

Informes sobre los progresos realizados

Informe del Director General

ÍNDICE

	Página
Enfermedades transmisibles	
A. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2016-2021 (resolución WHA69.22 (2016))	3
B. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16 (2011))	5
C. Eliminación de la esquistosomiasis (resolución WHA65.21 (2012))	6
Enfermedades no transmisibles	
D. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas (decisión WHA70(18) (2017))	8
E. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general (resolución WHA69.5 (2016))	9
F. Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público (resolución WHA68.20 (2015))	11
G. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (resolución WHA66.8 (2013))	12
H. Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista (resolución WHA67.8 (2014))	14

Promoción de la salud en el curso de la vida

- I. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana (resolución WHA69.3 (2016)) 15
- J. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12 (2004))..... 16

Sistemas de salud

- K. Promoción de la salud de refugiados y migrantes (resolución WHA70.15 (2017)) 18
- L. Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona (resolución WHA69.24 (2016)) 20
- M. Fomento de la innovación y el acceso a medicamentos pediátricos de calidad, seguros, eficaces y asequibles (resolución WHA69.20 (2016))..... 21
- N. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal (resolución WHA64.9 (2011)) 23
- O. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos (resolución WHA63.12 (2010)) 25
- P. Trasplante de órganos y tejidos humanos (resolución WHA63.22 (2010)) 26
- Q. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud (resolución WHA63.21 (2010)) 27
- R. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial (resolución WHA60.26 (2007)) 29

Programa de Emergencias Sanitarias

- S. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico (resolución WHA60.1 (2007)) 32

Enfermedades transmisibles

A. ESTRATEGIAS MUNDIALES DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA EL VIH, LAS HEPATITIS VÍRICAS Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PARA EL PERIODO 2016-2021 (resolución WHA69.22 (2016))

1. En mayo de 2016, la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHA69.22, adoptó las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2016-2021. En el presente informe se describen los progresos realizados en la aplicación de dichas estrategias.
2. Los comités regionales han respondido de forma proactiva, refrendando, adaptando y promoviendo las estrategias, en particular mediante planes de acción regionales.
3. Las estrategias fomentan las sinergias en relación con esas enfermedades y otras áreas de la salud. Se han hecho varios progresos, tales como la participación de 60 países en el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos y la publicación de directrices y de un plan de acción mundial sobre la farmacorresistencia del VIH; la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y/o la sífilis en 10 países o zonas en 2016 y 2017,¹ y la aprobación por el Comité Regional de la OMS para el Pacífico Occidental de un marco regional para la triple eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la hepatitis B y la sífilis en Asia y el Pacífico 2018-2030;² la publicación de nuevas orientaciones sobre el tratamiento de la infección por VIH, la hepatitis C, la sífilis, la infección por *Chlamydia trachomatis*, el herpes genital y la gonorrea; la publicación de consejos sobre el uso de una prueba diagnóstica dual del VIH y la sífilis en los servicios de atención prenatal, y la actualización de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales,³ que incluye ahora nuevos tratamientos para las infecciones de transmisión sexual, el primer tratamiento combinado eficaz frente a los seis genotipos del virus de la hepatitis C, y fármacos antirretrovíricos para ser utilizados en la profilaxis de la infección por VIH antes de la exposición.
4. En el marco de las estrategias ha habido un reforzamiento de las alianzas que ha dado lugar a la firma de un memorando de entendimiento entre la OMS y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para mejorar el impacto que tienen en los países las inversiones del Fondo; la firma de un memorando de entendimiento entre la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el que ambas instituciones se comprometen a llevar a cabo una acción conjunta en relación al VIH, las hepatitis víricas y la tuberculosis entre los consumidores de drogas; la firma de una declaración conjunta de las Naciones Unidas para acabar con las discriminaciones en el entorno de la atención sanitaria; la labor de promoción conjunta con la Alianza Mundial contra la Hepatitis para impulsar la acción destinada a hacer frente a las hepatitis víricas, y la firma de la asignación de una subvención del Unitaid a la OMS para que promueva la investigación e innovación en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH y la hepatitis C.

¹ Solo del VIH en Armenia (2016); solo de la sífilis en la República de Moldova (2016), y de ambas en Belarús y Tailandia (2016), y Anguila, Antigua y Barbuda, Bermudas, Islas Caimán, Montserrat y Saint Kitts y Nevis (2017).

² Véase la resolución WPR/RC68.R2 (2017).

³ *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2017 (including the 20th WHO model list of essential medicines and the 6th WHO model list of essential medicines for children)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, n.º 1006; <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/trs-1006-2017/en/>), consultado el 5 de marzo de 2018.

5. **Infección por VIH.** La expansión del tratamiento ha seguido siendo rápida, y a mediados de 2017 había 20,9 millones de personas en tratamiento, en comparación con 19,5 millones en 2016. Los progresos hacia la meta «90-90-90» del ONUSIDA con respecto a la realización de pruebas diagnósticas y al tratamiento se han orientado por nuevas políticas y directrices de la OMS, entre ellas las relativas al uso de los antirretrovíricos en el tratamiento y la prevención; al seguimiento de los pacientes y la vigilancia de los casos; a la farmacoresistencia del VIH; a las poblaciones clave; a las pruebas realizadas por el propio paciente y a la notificación de la pareja; al tratamiento de la enfermedad avanzada, y a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres infectadas por el VIH. El seguimiento de la aceptación y aplicación de las orientaciones de la OMS es ahora rutinaria y ha demostrado tener efectos en los países: en noviembre de 2017, el 70% de 139 países de ingresos bajos y medios estaba siguiendo el consejo de «tratar a todos los casos» de VIH, el 58% había aplicado plenamente la determinación sistemática de la carga vírica, el 40% había incluido el dolutegravir en las combinaciones de antirretrovíricos de primera línea, y el 27% estaba aplicando o elaborando políticas sobre las pruebas realizadas por el propio paciente.

6. **Hepatitis víricas.** En 2017, la OMS publicó el primer informe mundial sobre las hepatitis, en el que se describen la situación epidemiológica y la respuesta a las hepatitis víricas. La estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021 ha estimulado la acción en los países, sobre todo en las áreas de la planificación estratégica nacional y la expansión del tratamiento. En 2017, 82 países referían tener planes contra las hepatitis víricas, frente a tan solo 17 en 2012, pese a que solo el 35% de ellos referían tener financiación específica para esos planes. El número de personas en las que se inició un tratamiento contra la hepatitis C aumentó de 1,1 millones en 2015 a 1,76 millones en 2016, y la mayoría (86%) recibieron antivíricos de acción directa, aumento que se vio estimulado por la reducción del precio de estos fármacos. Así, por ejemplo, el precio de un tratamiento con sofosbuvir para curar la hepatitis C disminuyó en algunos países de aproximadamente US\$ 84 000 a menos de US\$ 200 entre 2014 y 2017. En el caso de la hepatitis B, el número de personas en tratamiento de por vida aumentó de 1,7 millones en 2015 a 4,5 millones en 2016, lo que representa un aumento de la cobertura del 8% al 16%. Entre 2004 y 2017, el costo anual del tratamiento de la hepatitis B con tenofovir disminuyó de US\$ 208 a US\$ 28. En 2018, a medida que venzan las patentes, todos los países deberían poder adquirir tenofovir genérico, lo que aumentaría aún más el acceso al tratamiento de la hepatitis B. Los progresos en los países se han visto facilitados por un mayor compromiso político. La Cumbre Mundial sobre Hepatitis de noviembre de 2017 reunió a profesionales de la salud pública, gobiernos y sociedad civil, y de ella salió una declaración de respaldo a la eliminación de la hepatitis como amenaza para la salud pública.

7. **Infecciones de transmisión sexual.** En la estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 se definieron metas mundiales para 2030, y se han hecho avances en la generación de datos mundiales sobre la incidencia de partida. Las estimaciones provisionales, derivadas del instrumento de modelización Spectrum-STI y basadas en los datos aportados por 129 países, indican que en 2016 hubo 1,1 millones de casos de sífilis materna que dieron lugar a más de 660 000 casos de sífilis congénita, contraída durante el parto en 350 000 de ellos. En 2017, cinco países generaron datos sobre la incidencia de partida de las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, y otros siete la estimarán en 2018. Hasta marzo de 2017 se había introducido la vacunación de las niñas contra los papilomavirus humanos en 71 programas nacionales de inmunización. La estrategia mundial del sector de la salud se fomentó y debatió en seis reuniones regionales a las que asistieron 105 Estados Miembros, la mayoría de los cuales refirieron utilizar la estrategia y las nuevas directrices terapéuticas. En 2017 se inició la elaboración de unas directrices sobre el uso de un enfoque sindrómico en la atención a las infecciones de transmisión sexual, cuya publicación está prevista para 2018. Para 2019 está prevista una encuesta para cuantificar los progresos realizados en la consecución de las metas establecidas para 2020. Se ha avanzado en la investigación de nuevas pruebas diagnósticas y vacunas contra las infecciones de transmisión sexual, se ha finalizado una evaluación inde-

pendiente de laboratorio de pruebas prometedoras para ser utilizadas en el lugar de consulta, y se han explorado nuevas opciones terapéuticas para la sífilis y la gonorrea.

8. Pese a los considerables progresos que se han realizado, la consecución de las metas para 2020 de las tres estrategias mundiales del sector de la salud requiere que se refuercen las estrategias para llegar a las poblaciones y lugares con mayor incidencia y peores resultados preventivos y terapéuticos. El proyecto de 13.º programa general de trabajo 2019-2023 ofrece nuevas oportunidades de mejorar la aplicación y el impacto de las estrategias.

B. ERRADICACIÓN DE LA DRACUNCULOSIS (resolución WHA64.16 (2011))

9. En 2017, solo dos países, el Chad y Etiopía, notificaron casos humanos de dracunculosis; anteriormente, la enfermedad era endémica en 21 países.¹ Los casos humanos han bajado de un número estimado de 3,5 millones en 1986 a solo 30 en 2017; el Chad y Etiopía notificaron 15 casos humanos cada uno, en un total de 20 pueblos. En 2017, por vez primera, Sudán del Sur notificó cero casos humanos; Malí notificó cero casos humanos tanto en 2016 como en 2017. La reducción del riesgo de dracunculosis en comunidades marginadas contribuye a la consecución de la cobertura sanitaria universal.

10. La OMS, sus asociados mundiales (el Centro Carter, el UNICEF y el Centro Colaborador de la OMS para la Erradicación de la Dracunculosis, dependiente de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América) y otros interesados han seguido trabajando duramente para garantizar, allí donde sea necesaria, la prestación de apoyo a los esfuerzos por erradicar la dracunculosis.

11. Siguiendo las recomendaciones de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis, la OMS ha certificado como libres de transmisión de la enfermedad a un total de 199 países, territorios y zonas, entre ellos 187 Estados Miembros de la Organización, el último de los cuales ha sido Kenya, en febrero de 2018. Quedan siete Estados Miembros por certificar: Chad, Etiopía y Malí, en los que la enfermedad es actualmente endémica; el Sudán y Sudán del Sur, que están en la fase de precertificación, y Angola y la República Democrática del Congo, en los que la enfermedad está ausente desde los años ochenta.

12. En 2017, los cuatro países en los que la enfermedad era endémica (Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur) mantuvieron una vigilancia activa de base comunitaria en 6547 pueblos, en comparación con 5300 pueblos en 2016. En 2017, esos cuatro países lanzaron campañas de comunicación de ámbito nacional.

13. En 2017, las búsquedas realizadas en Angola (en dos terceras partes del país) y en la República Democrática del Congo (en 18 de sus 26 provincias) no encontraron casos humanos ni animales infectados.

14. Excepto Angola, todos los países que quedan por certificar siguen ofreciendo recompensas en metálico por la notificación voluntaria de casos. En consulta con los Estados Miembros, la Secretaría está planificando un sistema mundial de recompensa similar al utilizado en la última fase de la campaña de erradicación de la viruela. En 2017 se notificaron e investigaron en todo el mundo cerca de 40 800 rumores sobre casos de dracunculosis, 19 de los cuales llevaron a la detección de casos humanos en el Chad y Etiopía. La mayoría (11 de 15) de los países en los que la enfermedad era endémica y ya han logrado la certificación siguieron presentando informes trimestrales a la OMS en 2017.

¹ Antes de la independencia de Sudán del Sur en 2011, la enfermedad era endémica en 20 países.

15. La infección por *Dracunculus medinensis* en el perro sigue siendo un reto para la campaña de erradicación mundial de la dracunculosis. En 2017, el Chad notificó 817 perros infectados, Etiopía, 11 perros y cuatro babuinos infectados, y Malí nueve perros infectados. En el Chad, en 2017 el número de perros infectados disminuyó en un 26%, mientras que el número de lombrices *D. medinensis* emergentes de perros infectados se redujo en un 38%. Los resultados de las investigaciones operativas indican que la transmisión se puede interrumpir mediante la aplicación de las estrategias actuales, en particular con un control vigoroso de los copépodos y la prevención de la transmisión por los casos humanos y los perros infectados.

16. La inseguridad y la inaccesibilidad debidas a los conflictos siguen dificultando los esfuerzos del programa de erradicación en algunas zonas. En Malí, los problemas de seguridad en las regiones de Gao, Kidal, Mopti y Ségou siguen obstaculizando la ejecución del programa. Los disturbios, en particular el cuatrismo, y los desplazamientos masivos de población en Sudán del Sur siguen poniendo obstáculos a la ejecución del programa y restringiendo el acceso a zonas en las que la enfermedad es endémica.

17. El Director General supervisa regularmente la campaña de erradicación. Anualmente se celebra una reunión de todos los programas nacionales de erradicación de la dracunculosis en la que los países comunican oficialmente el estado de sus programas durante el año anterior.

18. En 2017, en paralelo a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud y bajo la presidencia del Director Regional para África, se celebró una reunión oficiosa con los ministros de salud de los países afectados por la dracunculosis. Los ministros y sus representantes manifestaron su compromiso constante de liderar las actividades de promoción y respaldar sus programas nacionales de erradicación, y se comprometieron a redoblar los esfuerzos por interrumpir la transmisión de la enfermedad lo antes posible.

C. ELIMINACIÓN DE LA ESQUISTOSOMIASIS (resolución WHA65.21 (2012))

19. La esquistosomiasis sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. La principal intervención es la administración periódica del antihelmíntico prazicuantel. El aumento de la disponibilidad de prazicuantel donado por la industria farmacéutica ha permitido que unos 89,2 millones de personas, sobre todo niños en edad escolar, hayan sido tratados en 39 países en 2016. Aunque la donación de prazicuantel ha aumentado de 72,3 millones de comprimidos en 2014 a 183 millones en 2016, estas donaciones solo han cubierto aproximadamente un 50% de los 563 millones de comprimidos necesarios. En 2016 hubo unos 206,4 millones de personas que necesitaron quimioprofilaxis contra la esquistosomiasis; la cobertura de los niños en edad escolar fue del 53,7%.

Región de África

20. De los 41 Estados Miembros de la Región, 31 aportaron datos en 2016. Según esos datos, unos 82,1 millones de personas recibieron quimioprofilaxis. En 19 países, la cobertura llegó al 100% de las zonas endémicas. En total se trataron 57,4 millones de niños en edad escolar, lo que representa una cobertura del 57,2%. La meta establecida por la OMS de una cobertura del 75% de los niños en edad escolar se alcanzó en Burkina Faso, Burundi, Camerún, Côte d'Ivoire, Guinea, Malí, Malawi, Mozambique, República Unida de Tanzania, Swazilandia, Togo y Zimbabwe. El número de personas que recibieron quimioprofilaxis contra la esquistosomiasis aumentó en cerca de un 57%: de 52,4 millones en 2014 a 82,1 millones en 2016.

21. La introducción de la quimioprofilaxis mediante campañas de tratamiento masivo ha producido una importante disminución de la prevalencia de la esquistosomiasis en el África subsahariana: del 15,4% en 2010 al 7,7% en 2017. El número de personas que necesitaron quimioprofilaxis contra la esquistosomiasis disminuyó de 258,8 millones en 2014 a 206,4 millones en 2016.

Región de las Américas

22. La quimioprofilaxis es necesaria en el Brasil y la República Bolivariana de Venezuela, donde hay 1,6 millones de personas que necesitan tratamiento. En 2016, solo el Brasil mencionó haber utilizado una estrategia de tratamiento tras la realización de pruebas, que llevó a tratar a 16 054 personas. En Suriname hay una transmisión residual en focos aislados, mientras que en otros siete países o territorios puede que se haya interrumpido la transmisión: Antigua y Barbuda, Guadalupe, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana y Santa Lucía.

Región de Asia Sudoriental

23. Indonesia es el único Estado Miembro de la Región con poblaciones que necesitan quimioprofilaxis. Dichas poblaciones residen en 28 pueblos de Sulawesi Central, donde la prevalencia de la infección humana es inferior al 2%. En 2016 se trataron 5319 personas. En 2017 se presentó un amplio plan de acción nacional.

Región de Europa

24. La aparición de casos autóctonos de esquistosomiasis por *Schistosoma haematobium* en Córcega (Francia) entre 2011 y 2015 destaca la necesidad de vigilancia en aquellas zonas de Europa meridional en las que están presentes los caracoles que son huéspedes intermedios. La situación ha estado bajo control desde 2015, sin que se hayan notificado nuevos casos autóctonos.

Región del Mediterráneo Oriental

25. Cuatro Estados Miembros de la Región (Egipto, Somalia, Sudán y Yemen) tienen poblaciones que necesitan quimioprofilaxis. La quimioprofilaxis se utilizó por vez primera en Somalia en 2017. En 2016, Egipto, el Sudán y el Yemen comunicaron haber tratado a 5,6 millones de personas, un 60% de las cuales eran adultos. El número de personas tratadas en la Región disminuyó de 7,8 millones en 2014 a 5,6 millones en 2016, sobre todo debido a los efectos que han tenido años de inestabilidad política en las tasas de tratamiento en el Yemen. De la totalidad de los casos tratados en la Región, el 60,3% correspondió al Sudán. En 2017, se realizaron en Omán y el Iraq estudios para confirmar la interrupción de la transmisión de la esquistosomiasis.

Región de Pacífico Occidental

26. En 2016 hubo unos 3,2 millones de personas que necesitaron quimioprofilaxis en cuatro Estados Miembros de la Región (Camboya, China, Filipinas y República Democrática Popular Lao), pese a que los casos de esquistosomiasis están limitados a algunas comunidades de estos países. En 2016 se recibieron informes de Camboya, Filipinas y la República Democrática Popular Lao sobre el tratamiento de la esquistosomiasis; se trataron más de 1,5 millones de personas. La prevalencia de la esquistosomiasis humana se ha reducido a niveles muy bajos en muchas zonas endémicas, lo cual significa que la transmisión se podría interrumpir pronto. No obstante, la transmisión zoonótica, sobre todo de *S. japonicum*, sigue siendo un problema.

27. La Secretaría está utilizando nuevos datos para redactar directrices sobre el control y la eliminación de la esquistosomiasis y sobre la verificación de la interrupción de la transmisión. Además, el control de los caracoles se ha integrado en la Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030. Se han publicado directrices sobre el uso de una prueba diagnóstica novedosa de *S. mansoni*, que es más apropiada para las zonas con baja transmisión.

Enfermedades no transmisibles

D. LA DIMENSIÓN DE SALUD PÚBLICA DEL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS (decisión WHA70(18) (2017))

28. La 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su decisión WHA70(18), pidió al Director General que prosiguiera sus esfuerzos por mejorar la coordinación y la colaboración de la OMS con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) con miras a abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas, y que siguiera manteniendo adecuadamente informada a la Comisión de Estupefacientes acerca de los programas y los progresos pertinentes.

29. En febrero de 2017 se concluyó un memorando de entendimiento entre la OMS y la UNODC que establecía siete ámbitos de colaboración, en los que por tanto se está intensificando la coordinación en el plano mundial y de país. En consonancia con la decisión WHA70(18), la OMS organizó un evento paralelo en el 61.^o periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes.

30. En la aplicación del Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia, la Secretaría de la OMS ha venido dirigiendo iniciativas de colaboración en las pruebas sobre el terreno de las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas. En una reunión conjunta UNODC/OMS celebrada en febrero de 2018 se debatieron los resultados y recomendaciones para la actualización de dichas Normas. También en colaboración con la UNODC, la Secretaría ha elaborado un instrumento clínico y materiales de formación para facilitar la aplicación de las directrices de la OMS para la detección y tratamiento del consumo de sustancias y los trastornos conexos durante el embarazo. En el 60.^o periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes se puso en marcha una nueva tarea conjunta para estudiar la gestión comunitaria de las sobredosis de opioides en el marco de la Iniciativa S.O.S. La colaboración con la UNODC ha continuado también con la elaboración de materiales de información sobre el tratamiento y la atención de personas con trastornos por consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal (centrados en alternativas a condenas o penas), sobre la detección y tratamiento de trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas nuevas, y sobre la epidemiología y estadísticas de las drogas. La UNODC y la JIFE han contribuido también considerablemente a los debates del Foro de la OMS sobre alcohol, drogas y comportamientos adictivos, celebrado en junio de 2017.

31. La 39.^a reunión del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia se celebró del 6 al 10 de noviembre de 2017, y a ella asistieron como observadores representantes de la UNODC y la JIFE. Ambos organismos mostraron su apoyo al proceso de establecimiento de prioridades del Comité de Expertos y presentaron información sobre la dependencia, riesgo de abuso y daños para la salud de las sustancias examinadas. El Comité recomendó que seis análogos de fentanilo, cinco cannabinoídes sintéticos y un estimulante de tipo anfetamínico se fiscalizaran internacionalmente. La 40.^a reunión se celebrará en junio de 2018 y estará dedicada específicamente al examen del cannabis y los componentes que lo incluyen.

32. La consulta anual de expertos UNODC/OMS sobre sustancias psicoactivas nuevas se celebró en octubre de 2017 en Viena con el objetivo de compartir información sobre la puesta en marcha del sistema de vigilancia de la OMS para las sustancias psicoactivas nuevas y el sistema de alerta temprana de la UNODC, y de explorar las sinergias entre ambos. El sistema de vigilancia de la OMS informará a los Estados Miembros sobre los riesgos de estas sustancias para la salud, especialmente sobre las sobredosis letales y no letales, los trastornos físicos y mentales conexos, y la merma de las capacidades en la conducción, lo que permitirá tomar medidas oportunas mediante el establecimiento de mecanismos de supervisión o reglamentación.

33. La OMS sigue colaborando con la UNODC en la elaboración y aplicación de orientaciones normativas sobre el consumo de sustancias y las enfermedades transmisibles —en particular el VIH, las hepatitis víricas y la tuberculosis— especialmente sobre: el uso de estimulantes de tipo anfetamínico y la transmisión del VIH; la prestación de servicios diferenciados contra el VIH para las personas que consumen drogas; la continuidad de la atención contra el VIH, la tuberculosis y las hepatitis en las cárceles; la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en las cárceles; y la prestación de servicios integrales en las cárceles. Asimismo, la OMS y la UNODC han contribuido a la elaboración de un documento para facilitar la inclusión de programas específicos para las cárceles en propuestas de subvenciones presentadas al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

34. Se reforzará la coordinación y colaboración con la UNODC y la JIFE para prestar apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de las recomendaciones operacionales emanadas del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre las drogas, celebrado en 2016. Para que la colaboración dé sus frutos, especialmente en el ámbito de país, es necesario redoblar los esfuerzos para movilizar recursos y fortalecer la capacidad de la OMS en la lucha contra el problema mundial de las drogas.

E. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL DE LA OMS PARA FORTALECER LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN EL MARCO DE UNA RESPUESTA NACIONAL MULTISECTORIAL PARA ABORDAR LA VIOLENCIA INTERPERSONAL, EN PARTICULAR CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS, Y CONTRA LOS NIÑOS EN GENERAL (resolución WHA69.5 (2016))

35. La violencia interpersonal afecta a la vida de cientos de millones de personas. Incluso en los casos en que no provoca la muerte, esa violencia puede tener diversas consecuencias duraderas. En efecto, la carga sanitaria y social de la violencia interpersonal no se limita al aumento de la mortalidad. Una proporción considerable de personas que están expuestas a la violencia o la experimentan sufren diversas consecuencias a corto y largo plazo, como: heridas físicas, lo que lleva a millones de personas de todo el mundo a solicitar atención hospitalaria de urgencia; problemas de salud mental como depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático; suicidio; discapacidades; y un riesgo más alto de sufrir enfermedades no transmisibles, como trastornos hipertensivos, enfermedades cardiovasculares e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Entre las consecuencias adicionales para las mujeres y las niñas figuran los embarazos no deseados, los abortos peligrosos y las complicaciones del embarazo. En mayo de 2016, la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA69.5 respaldó el plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. En el presente informe se da cuenta de manera provisional de los progresos realizados en la aplicación del plan de acción mundial de la OMS.

36. **Violencia contra las mujeres y las niñas.** La OMS ha elaborado directrices y herramientas clínicas y normativas para fortalecer la respuesta de los sistemas de salud y los prestadores de atención sanitaria a la violencia de pareja y a la violencia sexual. La Secretaría presta apoyo a los Estados Miembros para que elaboren o actualicen sus políticas y protocolos nacionales de conformidad con las directrices y herramientas de la OMS.^{1,2,3} En colaboración con oficinas regionales y con asociados de las Naciones Unidas, se han llevado a cabo cuatro talleres regionales de planificación para países de África oriental y meridional, de la Región del Pacífico Occidental y de la Región de Asia Sudoriental, así como para países del Caribe en la Región de las Américas. Están previstos otros dos talleres para países de la Región del Mediterráneo Oriental y países francófonos de la Región de África. Más de 30 países han adaptado o están utilizando las herramientas de la OMS, incluidas las destinadas a fortalecer la capacidad de los prestadores de atención sanitaria para identificar y ofrecer una respuesta a las mujeres supervivientes de la violencia. Se ha prestado un apoyo intensivo a nueve países pioneros. Las orientaciones de la OMS también son la base del componente de salud del Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas sobre Servicios Esenciales para las Mujeres y las Niñas Víctimas de la Violencia, que se está aplicando en 10 países. Además de traducirse a los idiomas oficiales de la Organización, el manual clínico de la OMS sobre la atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual se ha traducido al alemán, el armenio, el dari, el japonés, el pastún y el vietnamita. La OMS también está fortaleciendo la respuesta del grupo de acción sanitaria a la violencia de género en seis situaciones de emergencia. Se está llevando a cabo un examen mundial de las políticas y los protocolos, el cual se ha completado en cuatro regiones. La Secretaría también apoya el fortalecimiento de la capacidad para investigar y reunir datos sobre la violencia contra la mujer. Esto incluye el apoyo a los países que realizan encuestas sobre la violencia contra la mujer, utilizando la metodología del estudio multipaíses de la OMS.

37. **Violencia contra los niños.** Las siete estrategias de INSPIRE para poner fin a la violencia contra los niños⁴ se están aplicando a nivel nacional en varios países en los que se han llevado a cabo encuestas sobre este tema y en la mayoría de los 14 países pioneros que participan en la Alianza mundial para poner fin a la violencia contra los niños (de la que la OMS es miembro fundador). En más de 30 países se han llevado a cabo diálogos nacionales sobre políticas para fortalecer el papel del sistema de salud en la lucha contra la violencia contra los niños, y en otros ocho países se han evaluado y revisado los protocolos nacionales para prestar servicios a las víctimas de la violencia. En un informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños, cuya publicación está prevista para 2019, se incluirá una evaluación de los esfuerzos nacionales por poner fin a la violencia contra los niños. La OMS está ultimando unas directrices sobre la respuesta del sector de la salud al maltrato infantil, que complementarán las directrices sobre la respuesta clínica a los niños y adolescentes

¹ Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/es/>), consultado el 7 de mayo de 2018.

² Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico. Organización Mundial de la Salud, 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/es/>), consultado el 7 de mayo de 2018.

³ Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-system-manual/en/>), consultado el 7 de mayo de 2018.

⁴ INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/), consultado el 4 de mayo de 2018.

víctimas de abusos sexuales que la OMS publicó en octubre de 2017.¹

38. **Todas las formas de violencia interpersonal.** Garantizar el tratamiento eficaz de las lesiones relacionadas con la violencia es un componente clave de la atención médica de urgencia. En este sentido, la Secretaría ha prestado apoyo a casi 20 países para que refuercen sus servicios médicos de urgencia. Se ha puesto en marcha un sistema de información en línea para la prevención de la violencia (Violence Info)² que incluye información sobre la prevalencia, las causas, las consecuencias y la posibilidad de prevenir todos los tipos de violencia interpersonal. La OMS es uno de los organismos custodios para los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la violencia contra las mujeres y las niñas, concretamente el indicador 5.2.1 sobre la violencia de pareja y el indicador 5.2.2 sobre la violencia sexual fuera de la pareja. La OMS también dirige el trabajo metodológico para fortalecer la medición de estos indicadores y alberga una base de datos para ayudar en esta tarea. Tanto la UNODC como la OMS son organismos custodios del indicador 16.1.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativo al homicidio doloso y colaboran para armonizar la medición del homicidio doloso.

F. CARGA MUNDIAL DE EPILEPSIA Y NECESIDAD DE MEDIDAS COORDINADAS EN LOS PAÍSES PARA ABORDAR SUS CONSECUENCIAS SANITARIAS Y SOCIALES Y SU CONOCIMIENTO POR EL PÚBLICO (resolución WHA68.20 (2015))

39. En mayo de 2015, la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA68.20 sobre la carga mundial de epilepsia y la necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público. En el presente informe se aporta la actualización solicitada sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución.

40. Se han elaborado y difundido a través de una plataforma en internet directrices basadas en evidencias y un conjunto integral de medidas de aplicación con miras a reforzar la capacidad de los países para crear y mejorar servicios para las personas con epilepsia. La Secretaría ha contribuido a las actividades internacionales de promoción y sensibilización mediante la elaboración de una carpeta de material informativo sobre la epilepsia³ que contiene vídeos y una infografía.

41. Los departamentos de Salud Mental y Abuso de Sustancias y de Enfermedades Tropicales Desatendidas han empezado a elaborar unas directrices que estarán finalizadas en 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la neurocisticercosis por *Taenia solium* con el fin de prevenir la epilepsia.

42. En la Región de África, donde los casos de epilepsia no tratados son particularmente frecuentes, la Secretaría ha facilitado un taller regional celebrado en Ghana (septiembre de 2015) en el que estuvieron representados planificadores de políticas, expertos, pacientes con epilepsia, agentes no estatales y otros interesados directos de 17 Estados Miembros. En la Región de las Américas, se celebró en Honduras (agosto de 2015) un taller regional sobre la epilepsia para debatir las experiencias exitosas, los progresos y las enseñanzas extraídas. Además, se presentó a la 29.^a Conferencia Sanitaria Paname-

¹ Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>), consultado el 4 de mayo de 2018.

² <http://apps.who.int/violence-info/> (consultado el 4 de mayo de 2018).

³ http://www.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/information_kit_epilepsy/en/ (consultado el 13 de febrero de 2018).

ricana, en septiembre de 2017, el examen a mitad de periodo de la Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia, adoptado en 2011.

43. La atención a la epilepsia se ha integrado en todas las regiones de la OMS en la atención primaria como parte de la aplicación del Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP). En la Región del Pacífico Occidental, se ha iniciado esta estrategia en la China rural y en otros 14 países y zonas (Estados Federados de Micronesia, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Salomón, Kiribati, Nauru, Niue, Palau, Samoa, Tokelau, Tonga, Tuvalu y Vanuatu). En la Región del Mediterráneo Oriental, la atención a la epilepsia en la atención primaria se ha iniciado en Egipto, el Pakistán y Túnez, y se ha reforzado en el Afganistán, Jordania, Kuwait, el Líbano, Omán, Qatar y los territorios palestinos ocupados. Asimismo, se ha integrado la atención a la epilepsia en la aplicación del mhGAP en países de las regiones de Europa y Asia Sudoriental.

44. La Secretaría ha prestado un apoyo técnico amplio e intensivo a cuatro Estados Miembros que están poniendo en práctica modelos innovadores de atención a la epilepsia: Ghana, Mozambique, Myanmar y Viet Nam. En el contexto de la cobertura sanitaria universal, la atención a la epilepsia se está integrando en la atención primaria con un enfoque de base comunitaria. En consecuencia, unas 14 000 personas con epilepsia han sido identificadas y obtenido acceso a una atención de calidad. La cobertura del servicio ha aumentado del 17% al 51% en las zonas de esos cuatro países en las que se ha puesto en marcha.

45. Se han emprendido varias iniciativas para fomentar la colaboración con la sociedad civil y agentes no estatales internacionales para prestar apoyo a la aplicación de la resolución WHA68.20. El Día Internacional de la Epilepsia, una iniciativa conjunta de la Oficina Internacional para la Epilepsia y la Liga Internacional contra la Epilepsia, promueve la concienciación sobre esta enfermedad. El día se celebra el segundo lunes de febrero de cada año en más de 120 países. En 2017, China lo celebró con el tema: «Atendamos a los escolares con epilepsia». En septiembre de 2015 se facilitó un taller al que acudieron 35 secciones de la Oficina Internacional para la Epilepsia; el objetivo fue promover el papel de la sociedad civil en la aplicación de la resolución WHA68.20 (2015). Además, la Secretaría, en colaboración con las mencionadas organizaciones, está preparando un informe mundial sobre la epilepsia para dar información y orientación acerca sobre cómo mejorar las políticas, planes y programas destinados a aumentar el acceso a la atención a la epilepsia en la comunidad.

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

46. En la resolución WHA66.8, de mayo de 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. En el presente informe se resumen los progresos realizados hasta ahora en la ejecución de dicho plan de acción.

47. El plan de acción contiene seis metas mundiales y los correspondientes indicadores para medir su ejecución. Los datos se recopilaron entre los Estados Miembros, primero en 2014, utilizando los indicadores acordados en el Atlas de Salud Mental 2014, y de nuevo en 2017 para seguir los progresos realizados. Hasta enero de 2018, 177 Estados Miembros habían respondido al cuestionario del Atlas de Salud Mental.

48. Desde 2013, 104 Estados Miembros han actualizado sus políticas o planes nacionales de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos, y 94 han actualizado su legislación, también en consonancia con esos mismos instrumentos. La disponibilidad de recursos y servicios para la salud mental presenta una variabilidad considerable, y sigue siendo extremadamente limitada en los países con menores ingresos. El número mundial mediano de trabajadores de

salud mental es de 9 por 100 000, y no ha cambiado desde 2013. Aproximadamente un 40% de los Estados Miembros han referido disponer de una colaboración continuada entre los servicios de salud mental y los servicios sociales. Aproximadamente un 70% han referido que la atención y el tratamiento para personas con grandes trastornos mentales (psicosis, trastorno bipolar, depresión) están incluidos en sus planes nacionales de seguro de enfermedad o de reembolso, y más de un 45% han confirmado que estos trastornos están mencionados explícitamente. Los análisis preliminares muestran que el 40% de los Estados Miembros elaboran regularmente informes específicos sobre las actividades relacionadas con la salud mental. Los países que tienen en funcionamiento programas de prevención y promoción son menos del 50%. Por último, la tasa de respuestas fue mucho menor con respecto a la cobertura de los servicios que a otros aspectos del cuestionario, y la calidad de los datos fue variable. Esto refleja las actuales limitaciones de los sistemas de información de los países.

49. Se han emprendido varias iniciativas para mejorar esta situación. Se han elaborado estrategias y marcos de acción regionales sobre salud mental: en septiembre de 2013, el Comité Regional de la OMS para Europa adoptó el Plan Europeo de Acción para la Salud Mental 2013-2020;¹ en octubre de 2014, en la 66.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas se adoptó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020;² en octubre de 2014, el Comité Regional de la OMS para el Pacífico Occidental aprobó la Agenda Regional para la Aplicación del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 en el Pacífico Occidental;³ y en octubre de 2015, el Comité Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental adoptó un Marco de acción sobre la intensificación de la atención a la salud mental.⁴ En la actualidad se está examinando la Estrategia sobre salud mental para la Región de África.

50. La plataforma MiNDbank de la OMS da acceso a recursos internacionales y a políticas, estrategias, leyes y normas de servicio nacionales de 192 países en relación con la salud mental, el abuso de sustancias, la discapacidad y los derechos humanos.

51. En respuesta a la deficiente aplicación de intervenciones psicológicas basadas en evidencias, la OMS ha publicado dos guías sobre intervenciones psicosociales que pueden ser llevadas a cabo por legos: una sobre tratamiento psicológico grupal para la depresión, y otra sobre una intervención psicológica transdiagnóstica y ampliable para adultos en crisis de comunidades expuestas a adversidades. Asimismo, ha publicado orientaciones para la puesta en marcha de sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y de los daños autoinfligidos, y ha actualizado sus orientaciones para los profesionales de los medios de comunicación.

52. La Secretaría presta en todas las regiones apoyo técnico en materia de salud mental, trastornos por consumo de sustancias, afecciones neurológicas, prevención del suicidio y fortalecimiento sistémico en relación con políticas, planificación, reforma legislativa y desarrollo de servicios (en particular durante los conflictos y los desastres naturales, y después de ellos). También se ha prestado especial atención a la creación de capacidades en materia de derechos humanos y a la promoción de un enfoque de recuperación en el ámbito de la salud mental. Se han actualizado la guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) de la OMS y sus instrumentos de ejecución (aplicación para móviles y programa de capacitación), que están disponibles en 20 idiomas y se están utilizando en más de 100 países. La iniciativa de la OMS Calidad y Derechos está cobrando impulso con rapidez, y sus instrumentos de orientación y capacitación se están utilizan-

¹ Véase la resolución EUR/RC63/R10.

² Véase la resolución CD53.R7.

³ Véase la resolución WPR/RC65.R3.

⁴ Véase la resolución EM/RC62/R.5.

do en más de 40 países. La Secretaría ha liderado actividades de promoción en el ámbito de la salud mental, en particular el exitoso Día Mundial de la Salud de 2017, dedicado a la depresión y cuyo lema fue «Depresión: hablemos», la organización en Ginebra del foro anual mhGAP, y la participación en eventos mundiales, regionales y nacionales.

H. MEDIDAS INTEGRALES Y COORDINADAS PARA GESTIONAR LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (resolución WHA67.8 (2014))

53. En mayo de 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA67.8 (2014) sobre medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista. En el presente documento se atiende la petición de informar sobre los progresos realizados. En la resolución se pidió al Director General que, entre otras cosas, aplique la resolución WHA66.8 (2013) acerca del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, así como la resolución WHA66.9 (2013) sobre discapacidad, a fin de ampliar la atención de salud a las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, cuando proceda y como componente integrado de la ampliación de la atención para todas las necesidades de salud mental.

54. En consonancia con la resolución, la Secretaría está trabajando para aplicar las resoluciones WHA66.8 y WHA66.9, así como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), con miras a garantizar un enfoque coordinado de la gestión de los trastornos del espectro autista y otras discapacidades relacionadas con el desarrollo neurológico.

55. La Secretaría ha producido orientaciones basadas en evidencias e instrumentos de creación de capacidad para detectar y atender tempranamente los retrasos y trastornos del desarrollo, entre ellos los trastornos del espectro autista, como componente de la Guía de Intervención, versión 2.0,¹ del Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP). Asimismo, ha creado una aplicación para teléfonos móviles que ofrece asesoramiento y orientación a los profesionales sanitarios no especializados del nivel de atención primaria.² Estos instrumentos se están utilizando en los países para reforzar la capacidad de ampliar la prestación de atención.

56. En estrecha cooperación con asociados de la sociedad civil como Autism Speaks y otros, se ha puesto a disposición de las familias de niños con retrasos y trastornos del desarrollo el módulo de formación de la OMS relativo a las aptitudes de los cuidadores, que fomenta la atención basada en evidencias al autismo y otros trastornos del desarrollo. Se han organizado talleres para profesionales que trabajan con niños en Argentina (con participantes de seis Estados Miembros de la Región de las Américas; agosto de 2016), Nigeria (con la asistencia de especialistas en salud infantil y salud mental de nueve países africanos; mayo de 2016), Bhután (con la asistencia de 41 expertos de la Región de Asia Sudoriental) y Xiamen (con participantes de 14 países de ingresos bajos, medianos y altos de diferentes regiones; diciembre de 2017). También se ha prestado apoyo técnico a los Estados Miembros en materia de formulación de políticas y programación para el autismo y otras discapacidades relacionadas con el desarrollo neurológico.

57. La Secretaría ha contribuido a generar y difundir datos probatorios acerca de los enfoques ampliables de la atención al autismo y otros trastornos del desarrollo neurológico mediante la prestación de asesoramiento y apoyo técnicos a más de 30 Estados Miembros de todas las regiones para que adapten y prueben sobre el terreno la Guía de Intervención del mhGAP, para lo cual ha colaborado

¹ http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/ (consultado el 13 de febrero de 2018).

² http://www.who.int/mental_health/mhgap/e_mhgap/en/ (consultado el 13 de febrero de 2018).

estrechamente con los Estados Miembros, otras organizaciones de las Naciones Unidas, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil, entre ellas las asociaciones de padres.

58. En apoyo de los esfuerzos por alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los objetivos de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (sobrevivir, prosperar, transformar), la OMS colabora con el UNICEF, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y la Red de Acción por el Desarrollo de la Primera Infancia en la elaboración de un marco mundial para los cuidados afectivos que sirva como hoja de ruta para la acción. El marco definirá cómo se puede prestar apoyo a los padres y a otros cuidadores para que ofrezcan cuidados afectivos a los niños pequeños, y abordará las necesidades especiales de los niños con problemas y discapacidades relacionadas con el desarrollo y de sus cuidadores.

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

Promoción de la salud en el curso de la vida

I. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN MUNDIALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD 2016-2020: HACIA UN MUNDO EN EL QUE TODAS LAS PERSONAS PUEDAN VIVIR UNA VIDA PROLONGADA Y SANA (resolución WHA69.3 (2016))

60. En la resolución WHA69.3, la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, que establece el mandato político de:

- a) lograr efectos inmediatos en los países mediante la asunción de compromisos, el fortalecimiento de la capacidad de los países y la adopción de medidas basadas en evidencias; y
- b) establecer las evidencias y las alianzas mundiales necesarias para establecer un decenio de acción mundial concertada: el Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030.

61. La Secretaría ha emprendido las actividades clave que figuran a continuación. Para más información, en particular sobre otros indicadores cuantificables, véase el sitio web de la OMS.¹

62. **Asunción de compromisos y creación de capacidad.** Se han identificado 109 centros nacionales de coordinación sobre envejecimiento y salud, y 85 países disponen de una política nacional al respecto. Se han celebrado reuniones de Estados Miembros para examinar las estrategias regionales para África y Asia Sudoriental, así como el Marco de acción regional sobre envejecimiento y salud en el Pacífico Occidental. Para fomentar el compromiso con la atención a largo plazo en el África subsahariana y su comprensión, se ha organizado en colaboración con la Asociación Internacional de Gerontología y Geriátrica un diálogo regional sobre políticas en el que han participado representantes de 28 países. La Red Mundial OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores ha tenido un crecimiento considerable y da cobertura a más de 157 millones de personas en más de 500 municipios y otros ámbitos administrativos de 37 países.

¹ <http://www.who.int/ageing/es/> (consultado el 12 de febrero de 2018).

63. **Apoyo a las actividades en los países.** Se han elaborado directrices para los profesionales de la atención primaria sobre la atención integrada a las personas mayores, junto con un programa para telefonía móvil (mAgeing) que ofrece acceso fácil a recomendaciones y alienta su adopción. También se llevó a cabo una consulta mundial para determinar las acciones que son necesarias para apoyar a los países en la prestación de atención integrada a las personas mayores en el contexto de la cobertura sanitaria universal. Para apoyar a quienes están más cerca de los adultos de edad más avanzada, la Secretaría ha creado un programa de formación en línea destinado a los cuidadores de las personas con demencia. La Oficina Regional para Europa ha publicado orientaciones para las instancias normativas y los planificadores con respecto a la creación de entornos adaptados a las personas mayores. Los miembros de la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores también han contribuido a establecer una base de datos de ejemplos concretos de cómo las ciudades y las comunidades están consiguiendo convertirse en mejores lugares para envejecer.

64. **Hacia un Decenio del Envejecimiento Saludable.** La Secretaría organizó una reunión consultiva mundial con expertos para orientar la definición de parámetros que permitan medir el envejecimiento saludable y sirvan de base al Decenio. Se efectuó una consulta pública para determinar cuáles son las áreas de investigación prioritarias, y el grupo de examen Campbell-Cochrane sobre envejecimiento mundial ayudará a identificar cuáles son las carencias de datos científicos en el área del envejecimiento. Para ofrecer orientaciones sobre la atención clínica, se ha creado un Consorcio clínico mundial sobre envejecimiento saludable formado por geriatras e investigadores. Los Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental han iniciado una investigación sobre la respuesta de los sistemas de salud al envejecimiento de la población. La OMS también ha reforzado la convergencia y colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y otros asociados, entre ellos la Federación Internacional de la Vejez y HelpAge International. Asimismo, está en curso una campaña mundial de lucha contra la discriminación por motivos de edad que incluye actividades de sensibilización mediante diversos eventos de alto nivel, el establecimiento de una estructura de gobernanza con múltiples partes interesadas, y la creación de un grupo internacional de investigación que garantice que la campaña esté basada en evidencias. Como se pide en la resolución, la Secretaría está colaborando con asociados clave para formular una propuesta definitiva sobre el Decenio del Envejecimiento Saludable que sea examinada por la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud.

65. **Retos fundamentales.** Una actuación integral exige un fortalecimiento de las capacidades a nivel nacional. La Secretaría está colaborando con el Gobierno de Malta en la creación de un programa de aprendizaje en línea que será accesible en todo el mundo.

J. SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO (resolución WHA57.12 (2004))

66. De conformidad con la resolución WHA57.12 (2004), en el presente informe se destacan nuevos datos e iniciativas relativos a la aplicación de la estrategia de salud reproductiva. La estrategia, que tiene por objeto acelerar los progresos hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo, define cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva: mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal; prestar servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; luchar contra las infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH), las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas; y promover la salud sexual.

67. **Atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal.** En 2016, la OMS publicó su directriz consolidada sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo¹ y en 2018 su directriz sobre la atención durante el parto para una experiencia positiva del parto.² Estas directrices sientan las bases para el establecimiento, junto con el UNICEF y otros aliados, de la Red de Calidad de la Atención de Salud,³ cuyo objetivo es apoyar a los países en sus esfuerzos por reducir a la mitad las muertes maternas y neonatales y la mortinatalidad en los establecimientos de atención de la salud en un plazo de cinco años. Actualmente participan en ella nueve países.

68. **Planificación familiar.** La Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS prestaron apoyo a los ministerios de salud y asociaciones profesionales de 20 países para que actualizaran, sobre la base de las recomendaciones de la OMS, sus políticas, estrategias y directrices nacionales de planificación familiar. Para mejorar el asesoramiento sobre anticonceptivos, 47 países comenzaron a utilizar la rueda de la OMS con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. En 10 países africanos se evaluaron las políticas y estrategias nacionales para proporcionar anticonceptivos a los adolescentes y capacitar a los prestadores de atención sanitaria, en particular en materia de planificación familiar después del parto, y se determinaron las esferas que debían mejorarse.

69. **Aborto.** Un aborto peligroso se produce cuando un embarazo es interrumpido bien por personas que carecen de la cualificación necesaria, bien en un entorno que no cumple los estándares médicos mínimos, o en ambos casos. Algunas investigaciones recientes⁴ muestran que aproximadamente 25 millones (45%) de todos los abortos que se producen cada año en el mundo son peligrosos, y que anualmente alrededor de 7 millones de mujeres son hospitalizadas en países en desarrollo como consecuencia de abortos peligrosos. Es importante destacar que el estudio introduce una nueva categorización de la seguridad, ya que clasifica los abortos como «seguros», «menos seguros» y «nada seguros».

70. **Infecciones de transmisión sexual.**⁵ La investigación sobre nuevas pruebas diagnósticas y vacunas ha avanzado con la realización de una evaluación independiente en laboratorio de las prometedoras pruebas utilizables en el punto de atención, y se están explorando nuevas opciones terapéuticas para la sífilis y la gonorrea. Por conducto de la Alianza mundial de investigación y desarrollo de antibióticos, la OMS ha elaborado una hoja de ruta de investigación y desarrollo con el fin de orientar el descubrimiento de nuevos medicamentos para tratar la gonorrea, como parte de su plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos.

¹ WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/), consultado el 3 de mayo de 2018.

² WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>), consultado el 3 de mayo de 2018.

³ What is the Quality of Care Network? Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/network/en/), consultado el 3 de mayo de 2018.

⁴ Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. Nov 25;390(10110):2372–2381. Epub 2017 Sep 27 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)), consultado el 3 de mayo de 2018.

⁵ Para más información sobre las infecciones de transmisión sexual, véase el documento A71/41, sección A, Informe sobre los progresos realizados respecto de las Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2016-2021 (resolución WHA69.22 (2016)).

71. Abordar la epidemia del VIH es fundamental para la estrategia de salud reproductiva. Se calcula que en 2017 había 18,6 millones de mujeres y niñas que vivían con el VIH. La OMS publicó la guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH.¹ Esta innovadora guía adopta un enfoque centrado en la mujer para abordar las necesidades expresadas por las niñas y las mujeres que viven con el VIH, así como las necesidades de sus familias y comunidades.

72. **Salud sexual.** Para crear una comprensión más amplia de la salud sexual y ayudar a los países a prestar servicios integrales de salud sexual, la Secretaría puso en marcha en 2017 un marco operacional que desarrolla componentes cruciales de la salud sexual, definida como el logro del bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. En él se describen los principios rectores, los vínculos entre la salud sexual y las intervenciones de salud reproductiva, y los factores socioestructurales que influyen en las intervenciones y sus resultados.

Sistemas de salud

K. PROMOCIÓN DE LA SALUD DE REFUGIADOS Y MIGRANTES (resolución WHA70.15 (2017))

73. En enero de 2017, el Consejo Ejecutivo en su 140.^a reunión pidió a la Directora General en su decisión EB140(9) que llevara a cabo varias medidas. En mayo de 2017, la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA70.15. En el presente informe se describen los progresos en la aplicación de ambas.

74. **Colaborar con los Estados Miembros y los asociados para velar por que los aspectos relativos a la salud de los refugiados y los migrantes se aborden adecuadamente en la elaboración del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular.** En respuesta a la petición formulada en la decisión EB140(9), la Secretaría hizo aportaciones sobre los aspectos relativos a la salud en todas las reseñas informativas de las seis sesiones temáticas sobre el fomento de una migración segura, ordenada y regular, celebradas entre abril y noviembre de 2017, y en particular codirigió la labor sobre los aspectos relativos a la salud en la reseña informativa de la primera sesión temática.² La Secretaría dirigió un grupo interinstitucional en la elaboración de la «propuesta de componente sanitario en el pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular», que se presentó como aportación al informe del Secretario General de las Naciones Unidas titulado «Conseguir que la migración funcione para todos». La Secretaría organizó cuatro eventos paralelos durante las sesiones temáticas y durante las reuniones de alto nivel del 72.^o periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre de 2017. A lo largo de 2017 se celebraron en Ginebra y Nueva York sesiones periódicas de intercambio de información y reuniones bilaterales con los Estados Miembros y los asociados. La Secretaría colaboró estrechamente con el ACNUR e hizo aportaciones en relación con la salud para el borrador preliminar del pacto mundial sobre los refugiados, además de proporcionar apoyo técnico a países que acogen a refugiados.

¹ Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/), consultado el 3 de mayo de 2018.

² Sobre los derechos humanos de todos los migrantes, la inclusión y cohesión social, y todas las formas de discriminación, en particular el racismo, la xenofobia y la intolerancia.

75. **Utilizar el marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes a fin de concienciar en todos los niveles.** En respuesta a la petición recogida en la resolución WHA70.15, la Secretaría presentó el marco: en eventos paralelos organizados junto con los Estados Miembros y los asociados; en reuniones de alto nivel sobre migración celebradas en Ginebra y Nueva York; durante la Décima Cumbre del Foro Mundial sobre Migración y Desarrollo celebrada en Alemania; y en otras reuniones y talleres de ámbito mundial, regional y nacional durante 2017. Se prestó apoyo a los Estados Miembros y los asociados para la adaptación del marco al contexto regional, lo que dio lugar a documentos de posición regionales y subregionales en la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental. Además, la Secretaría colaboró con los Estados Miembros y los asociados para velar por que en la resolución 35/23 (2017)¹ del Consejo de Derechos Humanos se incluyera la cuestión de la salud de los refugiados y los migrantes y se mencionara la resolución WHA70.15, y por que la salud se incluyera en la Declaración de los Alcaldes sobre Migración y Refugiados: satisfacer necesidades, proteger los derechos y promover el empoderamiento,² la primera vez que se incluye en una declaración de alcaldes.

76. **Desarrollar, reforzar y mantener las capacidades necesarias para ejercer liderazgo en el ámbito sanitario y ayudar a los Estados Miembros y los asociados a promover la salud de los refugiados y los migrantes en estrecha colaboración con las partes interesadas pertinentes, evitando duplicidades.** En respuesta a la petición recogida en la resolución WHA70.15, la Secretaría ha definido cuatro orientaciones estratégicas de su labor para mejorar la salud de los refugiados y los migrantes: prestar apoyo a los Estados Miembros en la elaboración de políticas que promuevan el derecho de los refugiados y los migrantes a la salud y que garanticen que el sistema nacional de salud atienda sus necesidades sanitarias; velar por que la prestación de los servicios de salud sea adecuada desde el punto de vista cultural y lingüístico; fortalecer el monitoreo de la salud y la recopilación de datos, a fin de favorecer el establecimiento de prioridades realistas; y mejorar la colaboración entre países y sectores.

77. El tema de la salud de los refugiados y los migrantes se incluyó en el proyecto de 13.º programa general de trabajo 2019-2023, la primera vez que se incluye en el programa general de trabajo de la Organización. Ello ayudará a garantizar que los aspectos de salud pública de los refugiados y los migrantes se aborden de forma coherente en todos los niveles de la Organización. En 2017, en estrecha colaboración con la OIM y el ACNUR, se lograron progresos considerables en la prestación de liderazgo sanitario y apoyo técnico y operacional a los Estados Miembros y los asociados. Ello incluía apoyo para: intervenciones de salud pública; la aplicación de la estrategia y plan de acción para la salud de los refugiados y los migrantes en la Región de Europa de la OMS³ y de la resolución CD55.R13 (2016) sobre la salud de los migrantes;⁴ la aplicación de planes nacionales sobre migración en la Región de Asia Sudoriental; los refugiados y migrantes en situaciones vulnerables en el contexto de la cobertura sanitaria universal en países de la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental; y la elaboración de un documento regional de posición y un plan de acción sobre la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes en la Región del Mediterráneo Oriental.

¹ El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

² Refrendada en el 4.º Foro de Alcaldes sobre Movilidad Humana, Migración y Desarrollo, celebrado en Alemania en 2017.

³ Véase la resolución EUR/RC66/R6 (2016).

⁴ Adoptada por el 55.º Consejo Directivo de la OPS en la 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

78. **Identificar 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.** En respuesta a la petición recogida en la resolución WHA70.15, la Secretaría hizo un llamamiento mundial a la presentación de información, en particular estudios de caso, sobre las políticas y prácticas actuales, y las enseñanzas adquiridas en la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Entre agosto de 2017 y enero de 2018 se recibieron 199 documentos que abarcaban 85 países, remitidos por 52 Estados Miembros y asociados. Cada región llevó a cabo un análisis de la situación: sus informes, en particular las prácticas óptimas y una compilación de prácticas, se publicarán en el sitio web de la OMS. El proyecto de plan de acción mundial se elaborará y publicará para someterlo a consulta en el segundo semestre de 2018.

L. FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS Y CENTRADOS EN LA PERSONA (resolución WHA69.24 (2016))

79. En mayo de 2016, la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó en su resolución WHA69.24 el marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona, y pidió a la Directora General: que proporcione apoyo técnico y orientación a los Estados Miembros para la aplicación, adaptación nacional y puesta en funcionamiento del marco; que vele por que todas las partes pertinentes de la Organización, en sus tres niveles, participen de manera congruente, activa y coordinada en la promoción y aplicación del marco, y que lleve a cabo actividades de investigación y desarrollo para establecer indicadores con los que hacer un seguimiento de los progresos mundiales hacia el logro de servicios de salud integrados y centrados en la persona. En el presente informe se aporta información sobre las actividades emprendidas por la Secretaría en respuesta a esta resolución.

80. **Creación de capacidad y prestación de apoyo a los Estados Miembros.** El marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona se ha adaptado a las políticas sanitarias y planes estratégicos nacionales en 12 países. Además, en tres países de la Región de África se han realizado mejoras de la gestión hospitalaria y de la organización de los registros sanitarios. En Sudáfrica, por ejemplo, la aplicación en un distrito de los principios de la atención centrada en la persona ha incrementado en un 19% la proporción de pacientes que son atendidos menos de dos horas después de haberse presentado en el centro sanitario. La Oficina Regional para las Américas ha apoyado reformas sanitarias en cinco países de la Región, así como la integración de los servicios de salud en 10 países. En 10 países de la Región del Mediterráneo Oriental se han realizado cursos nacionales de capacitación de instructores para incrementar las capacidades de los médicos generales y los gestores de hospitales. En la Región del Pacífico Occidental, seis oficinas de la OMS en sendos países han colaborado con los Estados Miembros en una serie de reformas de la prestación de servicios. En otros tres países de la Región se han elaborado estrategias para integrar la medicina tradicional en sus sistemas nacionales de salud.

81. **Elaboración de documentos, instrumentos y herramientas técnicas.** La Secretaría, en colaboración con expertos y otras organizaciones internacionales, ha elaborado documentos de posición sobre la función de los hospitales dentro del marco y sobre la atención primaria de alto rendimiento (en relación con el 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata). Se han redactado notas de información sobre políticas y prácticas para ofrecer recomendaciones basadas en evidencias acerca de la aplicación del marco en diversos contextos. Los temas de dichas notas han sido: el acceso a las poblaciones subatendidas y marginadas; la integración de los programas verticales en los sistemas de salud; la innovación sanitaria, y la continuidad y coordinación de la atención. Además, la Secretaría ha preparado un documento titulado *Critical pathways towards integrated people-centred health services* [Rutas críticas hacia los servicios de salud integrados y centrados en la persona] que se acompañará de una serie de instrumentos de evaluación y planificación que ayuden a las autoridades sanitarias de ámbito subnacional a planificar la sanidad.

82. **Intercambio de conocimientos.** La OMS ha lanzado en internet la plataforma de conocimientos «IntegratedCare4People», destinada a respaldar el intercambio de conocimientos entre las regiones, los países y los grupos de interesados. Hasta mayo de 2018 se han incorporado a la plataforma 70 estudios monográficos y 400 recursos documentales. Además se han establecido tres comunidades de intercambio de prácticas. En 2017 la plataforma tuvo más de 4000 nuevos visitantes.

83. **Constitución del acervo de datos objetivos y seguimiento de los progresos.** Mediante un examen por expertos con el método Delfos, se han identificado 14 indicadores para seguir los progresos mundiales en materia de servicios de salud integrados centrados en la persona y 19 indicadores para medir las mejoras a nivel nacional y subnacional. Siempre que fue posible, esos indicadores se han sacado de listas mundiales de referencia, entre ellas la lista mundial OMS de referencia de 100 indicadores sanitarios básicos (más los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud). Asimismo, se han identificado otros indicadores que requieren una labor ulterior de investigación y desarrollo.

84. **Desarrollo de alianzas.** La Secretaría sigue colaborando estrechamente con todos los asociados existentes, en particular los centros colaboradores de la OMS en materia de servicios de salud integrados y atención primaria, organizaciones internacionales como la Fundación Internacional para la Atención Integrada, organismos de desarrollo e instituciones académicas, además de buscar oportunidades de colaboración con nuevos agentes. El lanzamiento por la OMS de la Red Mundial de Prestación de Servicios ha sido crucial para dar a conocer el marco y lograr que se mantenga su visibilidad y siga teniendo gran prioridad en el programa internacional de acción sanitaria.

85. **Integración.** Mediante la realización de reuniones técnicas y el asesoramiento y apoyo a quienes trabajan en otras áreas programáticas técnicas, en particular las de envejecimiento y curso de la vida, y género, equidad y derechos humanos, se ha reforzado la capacidad de los miembros del personal de la Organización para integrar el marco en su labor cotidiana.

Perspectivas para el futuro

86. Pese a los importantes progresos que ha hecho la Secretaría en respuesta a la resolución WHA69.24, queda una cantidad considerable de trabajo pendiente. El 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, que se celebra este año, será una importante oportunidad para reafirmar el papel de los servicios de salud integrados y centrados en la persona y de la atención primaria como fundamentos de los esfuerzos de la OMS por lograr la cobertura sanitaria universal. La Secretaría seguirá prestando apoyo y orientaciones técnicas a los Estados Miembros en su labor de adaptación del marco a sus estrategias y planes nacionales, y les respaldará en el seguimiento y evaluación de las reformas de la prestación de servicios de salud.

M. FOMENTO DE LA INNOVACIÓN Y EL ACCESO A MEDICAMENTOS PEDIÁTRICOS DE CALIDAD, SEGUROS, EFICACES Y ASEQUIBLES (resolución WHA69.20 (2016))

87. En respuesta a la resolución WHA69.20 (2016), los Estados Miembros, en colaboración con la Secretaría y los asociados, están trabajando para fomentar la innovación y el acceso a medicamentos pediátricos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, mediante la formulación y aplicación de políticas y planes destinados a mejorar la salud de los niños y el acceso a los medicamentos pediátricos; el establecimiento de procesos basados en evidencias para seleccionar los medicamentos pediátricos incluidos en las listas nacionales de medicamentos esenciales y tomar decisiones con respecto al reembolso y las adquisiciones; la recopilación y análisis de datos sobre los precios y el uso de los medica-

mentos pediátricos, y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de reglamentación con miras a fomentar la realización de ensayos clínicos éticos y de calidad sobre los medicamentos pediátricos.

88. En consonancia con la resolución, la Secretaría ha emprendido las siguientes actividades clave.

89. En colaboración con los asociados, la Secretaría organizó la tercera reunión sobre Optimización de los Fármacos Antirretrovíricos de Uso Pediátrico, celebrada en diciembre de 2016, para hacer balance de los progresos realizados y seguir discutiendo sobre los tratamientos óptimos.¹ La reunión facilitó la coordinación de todo el proceso de desarrollo de los antirretrovíricos. Se debatió sobre las enseñanzas extraídas de la priorización del desarrollo de antirretrovíricos que pudieran aplicarse a otras enfermedades, como las hepatitis víricas y la tuberculosis, con el fin de identificar sinergias y fomentar la armonización en el desarrollo de fármacos y formulaciones de agentes antiinfecciosos para niños.

90. Se está trabajando para restablecer la Red de Organismos de Reglamentación de Medicamentos Pediátricos, y en junio de 2018 tendrá lugar una reunión con dichos organismos y otras partes interesadas para definir las normas de funcionamiento de la red. Se contempla que la red sirva como foro de debate, facilite la colaboración y cree capacidad en relación con cuestiones de reglamentación que atañen a los medicamentos de uso pediátrico. La Secretaría ha establecido en internet una plataforma para compartir directrices sobre reglamentación, directrices terapéuticas normalizadas y otra información importante relacionada con los medicamentos de uso pediátrico.

91. Desde 2016, la OMS ha precalificado 14 productos adaptados al uso pediátrico para tratar la infección por VIH, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades diarreicas, proporcionado así a los organismos y organizaciones involucradas en la adquisición al por mayor de medicamentos información vital sobre la garantía de calidad de esos productos.

92. En 2017 se incorporaron al Comité de Expertos de la OMS en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales seis especialistas en pediatría. El Comité de Expertos analizó revisiones sistemáticas sobre las enfermedades diarreicas, el cólera, la neumonía contraída en la comunidad, la septicemia y la malnutrición grave con el fin de reunir evidencias para actualizar la 6.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales y las indicaciones pediátricas para estas enfermedades en las directrices terapéuticas normalizadas de la OMS. Se están revisando las posologías óptimas para los tratamientos pediátricos con antibióticos, que serán debatidas en la próxima reunión del Comité de Expertos, en 2019.

93. A través de la Iniciativa Muskoka sobre Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, se ha prestado asistencia técnica a seis países² para mejorar el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad. Se prestó apoyo para reforzar la gestión de la cadena de adquisición y suministro, formular políticas acerca de los medicamentos genéricos, efectuar el seguimiento del acceso, revisar las listas nacionales de medicamentos esenciales y las directrices terapéuticas normalizadas, evaluar el personal farmacéutico y fortalecer las comunidades de intercambio de prácticas.

94. A través del Proyecto Bienal de Colaboración China-OMS para 2016-2017 en materia de Seguridad y Accesibilidad de los Medicamentos Pediátricos se prestó apoyo técnico a ese país. El proyecto abarca la formulación de estrategias para fomentar la elaboración de una lista nacional de medicamentos pediátricos esenciales; la reglamentación del uso de medicamentos pediátricos en indicaciones no

¹ Véase *Paediatric Antiretroviral Drug Optimization (PADO) Meeting 3*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/paediatric-arv-optimization-pado3/en/>), consultado el 13 de febrero de 2018.

² Benin, Côte d'Ivoire, Guinea, Malí, Níger y Senegal.

aprobadas; la producción de medicamentos pediátricos esenciales prioritarios, y la mejora de los mecanismos de fijación de precios y suministro.

95. El proyecto Agilización de Tratamientos para Acabar con la Tuberculosis Pediátrica, ejecutado por la Alianza Mundial para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis y la Secretaría, ha facilitado la pronta disponibilidad de nuevas formulaciones pediátricas a precios asequibles, a través del Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis. La amplia planificación y colaboración con los países destinatarios ha facilitado la rápida aceptación de estas nuevas combinaciones de dosis fijas.

N. ESTRUCTURAS DE FINANCIACIÓN SOSTENIBLE DE LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL (resolución WHA64.9 (2011))

96. Un número creciente de países han contraído un compromiso político más explícito con la cobertura sanitaria universal en sus políticas nacionales. Desde el informe actualizado de 2015,¹ la OMS ha ayudado a más de 100 países de todas las regiones, a los que ha prestado asistencia técnica y apoyo en relación con el diálogo normativo y la creación de capacidad en el ámbito de la financiación de la salud. Esto ha incluido la facilitación de intercambios de experiencias entre países, la síntesis de las principales enseñanzas adquiridas, programas de capacitación en materia de financiación de la salud, análisis diagnóstico de las principales dificultades y prioridades técnicas para acometer reformas en los países, y un diálogo de alto nivel sobre factores políticos clave para la aplicación.

97. Datos fidedignos revelan que los problemas surgen cuando los pagos directos y los seguros de enfermedad voluntarios representan una parte considerable del gasto total en salud; en cambio, un mayor gasto público en salud refuerza la protección financiera. En apoyo de la cobertura sanitaria universal, los países de todos los niveles de ingreso han adoptado medidas para mantener la financiación pública. Uno de los enfoques consiste en otorgar mayor prioridad a la salud en la asignación de recursos públicos, como se ha hecho en la República Islámica del Irán. Otro enfoque se orienta a cambiar el flujo y la finalidad de los ingresos presupuestarios generales, por ejemplo, en la India, donde el presupuesto nacional y los presupuestos de muchos Estados financian los seguros de enfermedad de las personas pobres. Asimismo, muchos países han diversificado las fuentes de financiación pública, por ejemplo, combinando los ingresos por impuestos generales con la contribución de la población asegurada, en los países tienen un sistema de seguro social de enfermedad. Esto ha demostrado ser una estrategia útil, tanto en países de bajos ingresos como en países de altos ingresos. En Estonia, el Gobierno decidió aumentar recientemente las transferencias de impuestos al Fondo de Seguro de Enfermedad de Estonia, con el fin de diversificar su base de financiación más allá de la dependencia casi exclusiva de las contribuciones del empleador y el empleado.

98. La cobertura sanitaria universal ha recibido apoyo adicional a través del reconocimiento de que una menor fragmentación de los fondos pagados por anticipado ofrece la mejor oportunidad para destinar los recursos a los sectores más necesitados. La fusión de los ingresos generales con las contribuciones al seguro social en un fondo común es un enfoque adoptado en muchos países. Esto refuerza la eficiencia al consolidar la gestión de esos fondos. Las consecuencias de la fragmentación se pueden mitigar también mediante la compatibilización de los derechos a recibir las prestaciones, con los métodos de pago a los proveedores. La aplicación es posible mediante una plataforma de información nacional unificada que sirva a múltiples programas o regiones.

¹ Véase el documento A68/36, sección L.

99. No se podrá avanzar hacia la cobertura sanitaria universal a menos que se utilicen eficientemente los fondos. El principal instrumento de financiación de la salud para asegurar un uso apropiado son las «adquisiciones estratégicas» de servicios de salud, que suponen relacionar los pagos a los proveedores con los datos sobre su desempeño y las necesidades de la población a la que prestan servicios. Así como se ha reconocido que el poder de ese instrumento ha aumentado desde el anterior informe de la Secretaría, también se han intensificado los esfuerzos por fortalecer y analizar esos mecanismos. La experiencia sugiere que para aumentar las adquisiciones estratégicas en los sistemas de salud es preciso centrar la atención en tres áreas generales: 1) mecanismos para seleccionar y modificar los servicios que se adquirirán, en particular las tecnologías sanitarias y las evaluaciones de las repercusiones presupuestarias; 2) métodos de pago a los proveedores para promover la eficiencia y los beneficios equitativos y fomentar la prestación eficaz de los servicios prometidos; y 3) capacidades reforzadas, sistemas de gestión, y gobernanza del organismo o unidad encargados de la adquisición estratégica, incluido el análisis de datos generados por el sistema de pagos y su aplicación en futuras decisiones sobre políticas y pagos.

100. El impulso otorgado a la cobertura sanitaria universal por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ha puesto de relieve la necesidad de realizar un seguimiento preciso de los progresos a ese respecto. A finales de 2017 se publicó un informe de seguimiento sobre la cobertura sanitaria universal.¹

101. El sistema de clasificación de los gastos sanitarios se revisó en colaboración con la OCDE y Eurostat. En consecuencia, se puede realizar un seguimiento de los gastos sanitarios más desglosado y relacionado con las políticas, mediante el uso de la base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario mundial. Esto permite el seguimiento continuo de cuestiones de alta prioridad y, además, ofrece nuevos conocimientos detallados que son cruciales para la financiación sostenible, por ejemplo, la proporción de ayuda externa que contribuye a financiar el gasto sanitario nacional.

102. Aún persisten muchos problemas, por lo que, en el futuro, será esencial aprovechar los aspectos de eficiencia probada y, al mismo tiempo, hacer hincapié en cuestiones que merecen más atención.

103. Según ha mostrado la experiencia, para que las reformas vayan más allá de las pequeñas iniciativas piloto es esencial un firme compromiso con las autoridades nacionales de finanzas y presupuesto.

104. Para preservar progresos sostenibles hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal es necesario un verdadero enfoque integral. El diseño y la aplicación eficientes requieren coherencia con otros cambios, como los planteados en la prestación de servicios y la gobernanza. Con demasiada frecuencia se presta poca atención a los servicios comunitarios y los programas de salud pública.

105. Es preciso mejorar constantemente la calidad y el análisis de los datos. Los países deberían aprovechar la oportunidad para utilizar con mayor eficacia las bases de datos de adquisiciones estratégicas, con miras a generar un círculo virtuoso de calidad, uso y análisis de los datos.

106. Sigue siendo esencial que exista un renovado compromiso político para que los países de todo el mundo puedan realizar progresos más equitativos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal.

¹ Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial: 2017 (www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/), consultado el 6 de febrero de 2018.

O. DISPONIBILIDAD, SEGURIDAD Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS (resolución WHA63.12 (2010))

107. **Fortalecimiento de los sistemas nacionales de suministro de sangre.** La Secretaría de la OMS ha prestado apoyo a las políticas y sistemas nacionales de suministro de sangre en 12 países,¹ y ha respaldado el fortalecimiento de los servicios nacionales de transfusión de sangre en los países afectados por la enfermedad por el virus del Ebola. Durante el brote reciente de enfermedad por el virus de Zika, la OMS proporcionó orientaciones de emergencia.

108. En la 63.^a reunión del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental se aprobó el marco estratégico regional para la seguridad y disponibilidad de la sangre (2016-2025).² Se realizaron evaluaciones y una consulta regional para reforzar la preparación ante emergencias y la capacidad de respuesta de 11 países y territorios en materia de transfusiones de sangre.³ La Oficina Regional para Asia Sudoriental organizó un taller regional para gestores de programas nacionales de sangre en el que se examinó la capacidad actual de los servicios de transfusión con el fin de identificar problemas y elaborar planes de acción.

109. El Día Mundial del Donante de Sangre, que centra la atención en las campañas de donación voluntaria no remunerada, se celebra en un número cada vez mayor de países. La Secretaría ha prestado apoyo a numerosos países en la realización de campañas nacionales con motivo del Día Mundial del Donante de Sangre y en fomentar o mejorar la gestión de los donantes.

110. **Sistemas de calidad y hemovigilancia.** En 2016, la OMS publicó orientaciones sobre el establecimiento de sistemas nacionales de hemovigilancia y la puesta en marcha de programas de evaluación externa de la calidad para detectar infecciones transmisibles mediante transfusión en la sangre donada. En diciembre de 2016, la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental organizó una consulta regional sobre hemovigilancia con el objetivo de lanzar en la Región documentos de orientación de la OMS. La Secretaría ha prestado apoyo a Argelia, Bhután y el Pakistán en la creación y puesta en marcha de sistemas de hemovigilancia. A través de la base de datos mundial de la OMS sobre seguridad de la sangre, se recopiló, analizó y difundió información sobre la seguridad y disponibilidad de la sangre. Se publicó un informe basado en los datos aportados a la Secretaría por los Estados Miembros.

111. **Sistemas nacionales de reglamentación de la sangre.** La Organización ha prestado apoyo a la evaluación de los sistemas de reglamentación en tres países y a la creación de capacidad de las autoridades y los servicios de transfusión en 18 países de la Región de África.⁴ Para fomentar la adhesión a los buenos principios de fabricación y la armonización entre los países de la Región, la OMS ha examinado las legislaciones sobre sangre existentes en los países de la Región del Mediterráneo Oriental y elaborado una legislación modelo que puede ser adaptada por los países.

¹ Bangladesh, Bhután, Camboya, Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Gabón, Maldivas, Myanmar, Nepal, Pakistán y Sudán del Sur.

² Véase la resolución EM/RC63/R.5.

³ Afganistán, Irán (República Islámica del), Jordania, Líbano, Libia, Pakistán, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Yemen y territorios palestinos ocupados.

⁴ Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Guinea, Kenya, Mauricio, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Senegal, Sudáfrica, Togo, Zambia y Zimbabue.

112. **Comité de Expertos en Patrones Biológicos.** El Comité estableció las directrices sobre la gestión de la sangre y sus componentes como medicamentos esenciales y sobre la estimación del riesgo residual de virus transmisibles en los componentes, así como preparaciones internacionales de referencia para productos sanguíneos y pruebas diagnósticas *in vitro*, entre ellas las necesarias para detectar patógenos en los brotes epidémicos. Se han revisado las directrices de la OMS para la producción, control y reglamentación de las inmunoglobulinas contra los venenos de serpiente.

113. **Uso seguro y racional de la sangre y los productos sanguíneos.** La Secretaría ha prestado apoyo a los países en la creación de sistemas y capacidades para un uso adecuado de la sangre. En colaboración con la Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre, la Organización ha empezado a actualizar el Manual de la OMS sobre el uso clínico de la sangre.

114. **Retos y próximas medidas.** Aunque se ha avanzado, numerosos países de ingresos bajos y medios aún tienen planteadas importantes dificultades para ofrecer un suministro suficiente y seguro de sangre y productos sanguíneos. En el futuro, la Secretaría seguirá prestando apoyo a los países en la creación de sistemas efectivos y sostenibles de suministro de sangre y la consecución del acceso universal a sangre y productos sanguíneos seguros en todos los países.

P. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS (resolución WHA63.22 (2010))

115. En la resolución WHA63.22 (2010), la Asamblea Mundial de la Salud aprobó los Principios Rectores sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos, que desde entonces han influido en la creación y modificación de leyes, reglamentaciones y otras disposiciones legislativas en unos 60 países, y han servido de modelo para crear o mejorar programas de donación y trasplante en todo el mundo. Los Principios Rectores están ayudando a los Estados Miembros a luchar de forma más eficaz contra la comercialización de los trasplantes, a simplificar las donaciones tras la muerte cerebral y cardiocirculatoria, y a aumentar la protección de los donantes vivos.

116. En la 136.^a reunión del Consejo Ejecutivo, en enero de 2015, se pidió a la Secretaría que organizara consultas con los Estados Miembros y los asociados internacionales para lograr un consenso mundial sobre los principios éticos rectores de las donaciones y de la gestión de todos los productos médicos de origen humano, más allá del ámbito del trasplante de células, tejidos y órganos humanos. Hay otros tipos diversos de dichos productos que tienen aplicaciones clínicas en el ser humano e importantes semejanzas inherentes a su origen humano. Los problemas de seguridad para los donantes y los receptores son pues muy similares e incluyen la necesidad de garantizar la calidad, trazabilidad, supervisión, vigilancia y acceso equitativo a estos productos en el contexto de la cobertura sanitaria universal.

117. La Secretaría ha respondido al creciente interés por todas las cuestiones relacionadas con los productos médicos de origen humano creando en el grupo orgánico de Sistemas de Salud e Innovación una iniciativa especial para fomentar la coherencia de las prácticas éticas, con miras a reforzar la seguridad, calidad y disponibilidad globales de tales productos.

118. Dado que diferentes tipos de productos médicos de origen humano pueden necesitar diferentes sistemas operacionales y de supervisión reglamentaria adaptados a sus especificidades, en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud se propusieron 10 nuevos principios rectores acordes con la resolución WHA 63.22. La Secretaría está trabajando en la creación de un grupo especial que preste asistencia a los Estados Miembros en la elaboración de programas nacionales de donación acordes con esos principios rectores. Los principales objetivos del grupo especial consisten en analizar los obstáculos a la aplicación de los Principios Rectores a nivel mundial y nacional, identificar áreas de alto ries-

go y orientar las intervenciones, ofrecer apoyo basado en evidencias y crear capacidades en los ámbitos regional y nacional a petición de la OMS, y establecer un mecanismo mundial de gobernanza para coordinar de forma eficiente la lucha contra el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes y para mejorar los registros de trasplantes.

119. Los datos sobre actividades y prácticas son recopilados por el Observatorio Mundial de Donaciones y Trasplantes,¹ un proyecto de colaboración entre la OMS y la Organización Nacional de Trasplantes de España. La realización de trasplantes de órganos está en aumento en todo el mundo. En la actualidad son 110 los países que los realizan, lo cual supone un aumento mundial de más del 12% en los últimos cuatro años; el aumento, cercano al 50%, ha sido especialmente significativo en los países de América Latina. Pese a este crecimiento, todavía se está bastante lejos de poder atender las necesidades actuales.

120. Notify Library,² creada conjuntamente por la OMS y el Centro Nacional de Trasplantes de Italia, ha actualizado el Manual Notify, dirigido a clínicos y autoridades sanitarias, para ofrecer una mejor panorámica didáctica de la supervisión y la vigilancia en relación con los productos médicos de origen humano.

121. En abril de 2017 se designó al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante de Argentina como centro colaborador de la OMS en materia de donaciones y trasplantes. El centro asistirá a la Organización Panamericana de la Salud a la hora de reforzar las políticas, mejorar la capacitación y elaborar programas de donación y trasplante en la Región de las Américas.

122. La Secretaría también ha incrementado la colaboración con otras entidades de las Naciones Unidas para aplicar la resolución 71/322 (2017) de la Asamblea General sobre prevención y lucha contra la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos, que está en consonancia con los Principios Rectores 5, 6 y 7 de la OMS.

Q. ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE INVESTIGACIONES EN PRO DE LA SALUD (resolución WHA63.21 (2010))

123. En enero de 2016 se publicó en línea una versión de prueba del Observatorio Mundial de la Investigación y el Desarrollo Sanitarios. Tras incorporar las observaciones de los usuarios, el Observatorio se puso en marcha el 19 de enero de 2017.³ Entre sus fuentes de datos, que abarcan un amplio conjunto de datos y análisis pertinentes para la investigación y desarrollo sanitarios, se incluyen: los flujos de financiación para la investigación y desarrollo sanitarios en relación con productos en el ámbito de las enfermedades desatendidas; los productos sanitarios en proceso de desarrollo; las publicaciones de investigación; los ensayos clínicos; la capacidad de los investigadores sanitarios; y otros indicadores mundiales pertinentes para realizar comparaciones, como el gasto interior bruto en investigación y desarrollo sanitarios, y la asistencia oficial para el desarrollo por donante y país receptor para la investigación médica y los sectores sanitarios básicos. Desde su puesta en marcha el Observatorio ha seguido creciendo y a finales de 2017 acumulaba un total de 19 fuentes de datos.

¹ <http://www.transplant-observatory.org/> (consultado el 12 de febrero de 2018).

² <http://www.notifylibrary.org/> (consultado el 14 de febrero de 2018).

³ Véase Global Observatory on Health R&D, en <http://www.who.int/research-observatory/en/> (consultado el 9 de marzo de 2018).

124. En respuesta a la resolución WHA67.25 (2014) sobre el seguimiento de los recursos para investigación y desarrollo en materia de resistencia a los antimicrobianos, y el informe de la Secretaría sobre las opciones para reforzar el intercambio de información sobre productos diagnósticos, preventivos y terapéuticos, presentado al Consejo Ejecutivo en su 138.^a reunión en el documento EB138/28, la secretaria del Observatorio Mundial de la Investigación y el Desarrollo Sanitarios trabaja estrechamente con las secretarías de la OMS para la resistencia a los antimicrobianos y el proyecto de investigación y desarrollo de medidas para prevenir las epidemias a fin de hacer seguimiento y analizar la investigación y desarrollo pertinentes para la resistencia a los antimicrobianos y las epidemias a través de los datos del Observatorio.

125. En relación con el «Objetivo referente a la Organización» de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud, el Comité de Examen de Directrices de la OMS y su secretaria ofrecen a la Organización rigurosos procesos de garantía de la calidad para sus directrices, así como su apoyo y actividades de mejora de la calidad, y para la elaboración de nuevos métodos y enfoques. Durante el bienio 2016-2017, el Comité aprobó 49 series de directrices normativas técnicas para los Estados Miembros. Además, la secretaria atendió más de 500 consultas y organizó 26 seminarios y talleres para personal de la Secretaría en la Sede y en las oficinas regionales con objeto de facilitar la elaboración de directrices fiables y contundentes.

126. La Secretaría ha ampliado su colaboración y alianzas con varias partes interesadas destacadas en investigación y desarrollo sanitarios para garantizar una comunicación eficaz de las posiciones y prioridades de la OMS, y un enfoque más armonizado sobre el intercambio de datos. Algunos ejemplos de alianzas y colaboración: el grupo de trabajo del G7 en I+D sanitarios y los debates del G20; *Heads of International Research Organizations* a través de su participación en el Grupo Directivo de la plataforma *World RePORT*, en la que se compilan datos anuales sobre subvenciones de investigación sanitaria otorgadas por importantes entidades de financiación; y la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias, que financia la investigación y desarrollo de nuevas vacunas contra enfermedades infecciosas emergentes consideradas prioritarias en el proyecto de investigación y desarrollo de la OMS.

127. El 18 de mayo de 2017, en respuesta a los esfuerzos concertados de la Secretaría por fomentar la divulgación pública de los resultados de ensayos clínicos, algunas de las entidades más importantes de financiación de investigaciones médicas y agentes no estatales internacionales acordaron normas nuevas, con arreglo a las cuales todos los ensayos clínicos que financien o apoyen deben registrarse y los resultados divulgarse públicamente.¹ Actualmente, no se publican informes del 30% al 50% de los ensayos clínicos, en ocasiones porque los resultados son negativos o no son concluyentes. Estos resultados no notificados dejan un panorama incompleto y potencialmente engañoso de los riesgos y beneficios de las vacunas, medicamentos y dispositivos médicos, y pueden llevar al uso de productos inadecuados o incluso perjudiciales. A finales de 2017, 21 importantes entidades de financiación habían firmado una declaración conjunta en la que afirmaban su compromiso con las nuevas normas.

128. Las actividades de la Secretaría en el ámbito de los aspectos éticos en la salud mundial han contribuido a tres de los objetivos de la estrategia.

- **Objetivo referente a la Organización.** El personal pertinente de la Secretaría apoyó: *i*) la elaboración del código de conducta para investigaciones responsables y de la política sobre conducta indebida en las investigaciones; *ii*) la mejora de las competencias del personal en

¹ Véase International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (<http://www.who.int/ictrp/results/jointstatement/en/>), consultado el 9 de marzo de 2018.

los aspectos éticos de las investigaciones con la elaboración de cursos de formación en línea sobre los aspectos éticos para realizar investigaciones durante desastres; *iii*) el fortalecimiento de las normas éticas mediante la labor en curso del Comité de la OMS de examen de los aspectos éticos.

- **Objetivo referente a la capacidad.** Se elaboraron instrumentos de capacitación y orientaciones en relación con los aspectos éticos de la investigación operacional.
- **Objetivo referente a los estándares.** Se elaboraron tres importantes conjuntos de directrices de la OMS: *WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance*; *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*; y *Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient Care: training manual*.¹

129. Las oficinas regionales han seguido aplicando activamente la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud, y los comités consultivos sobre investigación sanitaria se han mantenido activos en cinco de las seis oficinas regionales. La Red de políticas basadas en pruebas científicas se mantiene activa en el ámbito nacional y regional en las Regiones de África, Europa y del Mediterráneo Oriental, así como en la Región de las Américas.

R. SALUD DE LOS TRABAJADORES: PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL (resolución WHA60.26 (2007))

130. En 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota de los progresos realizados en el periodo 2008-2012 con respecto a la aplicación del Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017.²

131. En el presente informe se describen los progresos realizados por la Secretaría desde 2013 en relación con los cinco objetivos del Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017.

Objetivo 1: elaborar y aplicar instrumentos normativos sobre la salud de los trabajadores

132. Se ha prestado apoyo técnico a 13 países para que elaboraran perfiles y planes de acción nacionales para la salud de los trabajadores y fortalecieran las capacidades pertinentes de los ministerios de salud.

133. Junto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se ha elaborado un marco mundial para los programas nacionales de salud y seguridad laboral del personal sanitario, y se ha prestado apoyo a 12 países para que elaboraran dichos programas. Esta labor contribuye también al plan de acción para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021) de la OIT, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹ *WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017; *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016; y *Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.

² Véanse los documentos A66/27, sección J, y WHA66/2013/REC/3, actas resumidas de la Comisión B, séptima sesión, sección 1.

Objetivo 2: proteger y promover la salud en el lugar de trabajo

134. La Secretaría ha formulado directrices para proteger a los trabajadores de los posibles riesgos de los nanomateriales manufacturados y compilado los requisitos mínimos para la protección de la salud en el lugar de trabajo. Conjuntamente con la OIT, se han publicado instrumentos prácticos y materiales de capacitación para mejorar el trabajo en los centros sanitarios, y se ha prestado apoyo a la aplicación en ocho países.

135. Se han publicado recomendaciones sobre la colaboración con el sector privado para estimular los comportamientos saludables entre los trabajadores y prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo. En el Día Mundial de la Salud Mental 2017 se publicó una hoja informativa sobre salud mental en el lugar de trabajo. En la Conferencia Ministerial Mundial de la OMS «Poner fin a la tuberculosis en la era del desarrollo sostenible: una respuesta multisectorial» (Moscú, 16 y 17 de noviembre de 2017) se abordaron los riesgos laborales relacionados con la tuberculosis, sobre todo entre los mineros y el personal sanitario.

136. En 2014, durante el brote de enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental, se publicaron y actualizaron junto con la OIT recomendaciones sobre la protección de la seguridad y la salud laborales, y se elaboraron orientaciones provisionales sobre la seguridad y la salud laborales en el control vectorial de emergencia de los mosquitos *Aedes*. Se ha publicado un manual OMS/OIT sobre seguridad y salud laborales en los brotes y las emergencias de salud pública en el que se abordan diferentes tipos de riesgos y emergencias. La Secretaría organizó para los coordinadores nacionales de 17 países africanos un curso sobre salud laboral y preparación ante emergencias que se celebró en Johannesburgo (Sudáfrica) en 2016, y actividades de capacitación para mejorar el trabajo en los centros sanitarios de ocho países (en 2016 y 2017).

Objetivo 3: mejorar el funcionamiento de los servicios de salud ocupacional y el acceso a los mismos

137. En Semnan (República Islámica del Irán) en 2014, en Bangkok (Tailandia) en 2016, y en San Petersburgo (Federación de Rusia) en 2017 se celebraron consultas y conferencias regionales sobre mejora de la cobertura sanitaria de los trabajadores con intervenciones esenciales y servicios básicos de salud laboral, a fin de elaborar indicadores y hojas de ruta, difundir prácticas óptimas y fomentar la colaboración entre países.

138. Se incluyeron en el instrumento de las Naciones Unidas de cálculo de costos denominado OneHealth una serie de intervenciones esenciales para la salud de los trabajadores, con el fin de que los países puedan planificar y calcular los costos de la prestación de servicios en la atención primaria y plantear situaciones hipotéticas para mejorarlos. Se está elaborando un conjunto de herramientas de capacitación de los profesionales de la atención primaria para que puedan ofrecer esas intervenciones esenciales.

139. Se ha seguido fomentando el acceso de los trabajadores migrantes a los servicios de salud laboral en el marco de las prioridades y los principios rectores de la promoción de la salud de los refugiados y migrantes.

140. La Secretaría también ha evaluado la eficacia de diferentes planes de financiación de la cobertura sanitaria de los trabajadores del sector de la economía no estructurada.

Objetivo 4: proporcionar datos probatorios para fundamentar las medidas y las prácticas

141. La Secretaría ha colaborado con la OIT para formular criterios de exposición y diagnóstico para las enfermedades laborales. La OMS y la OIT también han empezado a desarrollar una metodología conjunta para estimar la carga de enfermedades relacionadas con el trabajo.

142. Se ha creado una base de datos mundial con datos desglosados por países sobre salud de los trabajadores con los indicadores internacionales existentes que miden el estado de salud de los trabajadores y sus determinantes, y se está creando un instrumento de visualización que permita a los países monitorear la salud de los trabajadores y elaborar perfiles nacionales.

Objetivo 5: integrar la salud de los trabajadores en otras políticas

143. La Secretaría ha publicado una síntesis de los aspectos de la salud laboral relacionados con las tecnologías ecológicas y el cambio climático que ha contribuido a la aplicación de la Guía práctica de las Naciones Unidas para la incorporación sistemática del empleo y el trabajo decente y al Convenio de Minamata sobre el Mercurio.

Ejecución

144. Entre las iniciativas específicas para ejecutar el plan de acción mundial a nivel regional se encuentran: el Plan de acción sobre salud de los trabajadores 2015-2025 en la Región de las Américas, el Marco regional para la acción en materia de salud laboral 2011-2015 en la Región del Pacífico Occidental, y la Red de Europa sudoriental sobre salud de los trabajadores. También se incluyeron acciones prioritarias sobre la salud de los trabajadores en la Estrategia regional para la gestión de los determinantes medioambientales de la salud humana en la Región de África 2017-2021, la Estrategia árabe sobre salud y medio ambiente 2017-2030, y los resultados de la quinta y la sexta conferencias ministeriales del Proceso Europeo sobre Medio Ambiente y Salud, celebradas en Parma (Italia) del 10 al 12 de marzo de 2010, y Ostrava (República Checa) del 13 al 15 de junio de 2017, respectivamente.

145. La red mundial de 45 centros colaboradores de la OMS en materia de salud laboral ha prestado apoyo a la Secretaría en la prevención de las enfermedades no transmisibles laborales, la seguridad del personal sanitario, la capacitación para la detección precoz de las enfermedades laborales, la evaluación de la sanimetría de los trabajadores, y la salud de los trabajadores del sector de la economía no estructurada.

146. La Secretaría ha organizado eventos para promover la salud de los trabajadores en los tres congresos mundiales organizados por la OIT y la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo.

147. Se ha recibido de los Gobiernos de los Estados Unidos de América y del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte apoyo financiero continuo para la labor normativa de la Secretaría en relación con la ejecución del Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores.

Programa de Emergencias Sanitarias

S. ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA: DESTRUCCIÓN DE LAS RESERVAS DE VIRUS VARIÓLICO (resolución WHA60.1 (2007))

148. En la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2016, los Estados Miembros debatieron sobre la fecha de destrucción de las reservas de virus variólico. Dada la aparición de las tecnologías de biosíntesis, que hacen posible crear virus variólico mediante información pública y procedimientos de laboratorio comunes, la Asamblea de la Salud instó al Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico que examinara las necesidades actuales de investigación con virus variólico vivo, y acordó incluir en el orden del día provisional de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2019, un punto sustantivo sobre la destrucción de las reservas de virus variólico a fin de dejar tiempo para realizar más investigaciones, con presentación anual de informes a la Asamblea de la Salud sobre la situación al respecto durante el intervalo.¹

149. El presente informe sobre los progresos realizados ofrece una panorámica de la labor llevada a cabo por la Secretaría desde la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2017. Se resumen las actas y las conclusiones de la 19.^a reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico (Ginebra, 1 y 2 de noviembre de 2017)² y se presenta una actualización del estado de las inspecciones bienales de bioseguridad de los dos repositorios autorizados de virus variólico: el Centro colaborador de la OMS para el diagnóstico de las ortopoxvirosis y depositario de cepas y ADN de virus variólico, Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas «VECTOR»³ (Koltsovo, Región de Novosibirsk, Federación de Rusia) y el Centro Colaborador de la OMS sobre la Viruela y otras Poxvirosis, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América).⁴

150. En su 19.^a reunión, el Comité Asesor recibió informes de la Secretaría sobre su labor en el año anterior, y de los dos centros colaboradores sobre las colecciones de virus mantenidas en los repositorios. El Comité Asesor examinó la labor de cada centro colaborador en relación con el programa autorizado de investigación con virus variólico vivo. En 2017, la OMS recibió seis propuestas de investigación en curso que fueron evaluadas por el Subcomité Científico del Comité Asesor; cinco de ellas (todas de los CDC) se consideraron «investigaciones esenciales que beneficiarían la salud pública y que exigen el uso de virus variólico vivo», por lo que el Subcomité Científico recomendó a la OMS su aprobación. El Comité Asesor también recibió información actualizada sobre la situación de reglamentación y aprobación de pruebas diagnósticas, antivíricos y vacunas contra la viruela.

¹ Véase el documento WHA69/2016/REC/3, actas resumidas de la Comisión A, sexta sesión.

² Informe de la 19.^a reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico (<http://www.who.int/csr/resources/publications/smallpox/variola-research-november-2017/en/>), consultado el 8 de mayo de 2018.

³ Informe del Equipo OMS de Inspección de la Bioseguridad de los laboratorios de contención máxima de virus variólico al Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas («VECTOR»), Koltsovo, Región de Novosibirsk, Federación de Rusia, 10-15 octubre de 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272366/WHO-WHE-CPI-2018.14-eng.pdf>), consultado el 8 de mayo de 2018.

⁴ Informe del Equipo OMS de Inspección de la Bioseguridad de los laboratorios de contención máxima de virus variólico a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América, 8-12 de mayo de 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272367/WHO-WHE-CPI-2018.15-eng.pdf?ua=1>), consultado el 8 de mayo de 2018.

151. El Comité Asesor consideró detenidamente los progresos hechos en las investigaciones en curso y las necesidades de investigación futura que requieren virus variólico vivo. Asimismo, tomó nota de los avances en materia de pruebas diagnósticas (una prueba de PCR —reacción en cadena de la polimerasa— en tiempo real ya aprobada y otra basada en proteínas todavía en desarrollo) y de la próxima solicitud de aprobación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América de dos antivíricos (inminente uno y en fase de desarrollo el otro) y de una vacuna de tercera generación (hacia finales de 2018). El Comité Asesor fue informado de las investigaciones sobre virus variólico, cuyos beneficios reconoció, especialmente en lo que se refiere al control de otros ortopoxvirus, en particular el de la viruela símica, que en la actualidad es endémico en África Central y Occidental. En general, el Comité Asesor hizo hincapié en la necesidad de preparación a nivel nacional y mundial, sobre todo en relación con la disponibilidad y accesibilidad de pruebas diagnósticas y otros instrumentos conexos.

152. La ronda actual de inspecciones bienales de bioseguridad que realiza la OMS en los repositorios se ha completado tanto en VECTOR (10 a 15 de octubre de 2016) como en los CDC (8 a 12 de mayo de 2017); ambas inspecciones han sido efectuadas por el mismo equipo internacional de expertos en bioseguridad, liderado por la OMS. El protocolo utilizado para las inspecciones se ajusta a la norma de gestión de riesgos biológicos de laboratorio CWA 15793 del Comité Europeo de Normalización, que abarca 16 elementos de la gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio. Los informes de ambas inspecciones se encuentran en la fase final de aprobación y serán puestos a disposición en el sitio web de la OMS. Se está planificando la siguiente ronda de inspecciones, que tendrá lugar en 2018 y 2019.

= = =