

Informe sobre los resultados de la OMS
Presupuesto por programas 2018-2019

Generar impacto en cada país





Cuadro de la portada

'Los trabajadores de la salud por los objetivos de los tres mil millones' – pintado por delegados de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud, bajo la supervisión del artista. La obra pretende captar la función primordial que desempeñan los trabajadores de la salud en el cumplimiento del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS para promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables.

Cada panel representa uno de los objetivos de los tres mil millones.

Dairo Vargas es un artista contemporáneo y un apasionado de la atención de salud. Se implica en la mejora de la salud y del bienestar mental a través de iniciativas mundiales, y de trabajo en la comunidad y obras de caridad.

Fotografías, por orden de aparición

Prólogo del Director General
OMS/C Black

Resumen de orientación
iStock

Programa de Emergencias Sanitarias
Getty Images
OMS/B Sensasi
Getty Images
OMS/A Zhumaliev
OMS/L Mackenzie
OMS/C Black
OMS/L Mackenzie
OMS/L Mackenzie
OMS/S Hasan

Sistemas de salud
OMS/O Bakano
OMS/G Hampton

Erradicación de la poliomielitis y transición conexas
OMS/A Khan
OMS Bangladesh/A Bhatiasevi
OMS/J Swan
OMS/T Hongisto

Enfermedades transmisibles
Oficina Regional de la OMS para África
Sede de la OMS
OMS/V Sokhin
OMS/F Combrink
OMS Bangladesh
OMS/E Longarini
Oficina Regional de la OMS para las Américas

Enfermedades no transmisibles
Oficina Regional de la OMS para Europa
OMS/D Rodríguez

Promoción de la salud en el curso de la vida
OMS/Y Shimizu
OMS/E Martino
Hospital Provincial de Houaphanh/Dr. S Douangsouvanh
OMS Afganistán
OMS/M Villa Monge
OMS/E Matevžič
Oficina Regional de la OMS para África

Liderazgo y funciones instrumentales
Business Wire
Oficina Regional de la OMS para África
PNUD

Diseño y maquetación: **Studio FFFOG**
Portada e infografías: **Blossom**
Producción del informe coordinada por **HQ/BOS/PRP**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRÓLOGO
DEL DIRECTOR GENERAL

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN DEL
PRESUPUESTO

PROGRAMA DE EMERGENCIAS
SANITARIAS

SISTEMAS DE SALUD

ERRADICACIÓN DE LA
POLIOMIELITIS Y TRANSICIÓN
CONEXA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PROMOCIÓN DE LA SALUD
EN EL CURSO DE LA VIDA

LIDERAZGO Y FUNCIONES
INSTRUMENTALES



PRÓLOGO DEL DIRECTOR GENERAL



Mientras escribo estas líneas, la pandemia de COVID-19 tiene al mundo en vilo y muestra pocos signos de remitir. En menos de cinco meses, más de 4 millones de personas se han infectado y casi 300 000 personas han perdido la vida, y las cifras siguen subiendo. Este nuevo virus se ha cobrado un terrible precio en vidas y medios de subsistencia en todo el mundo explotando las lagunas de los sistemas de salud y magnificando las desigualdades. Sus efectos políticos, económicos y sociales se dejarán sentir durante los próximos años.

Ya se han suspendido las campañas de inmunización contra la poliomielitis, el sarampión, el cólera y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, y corren peligro los avances logrados con tanto esfuerzo contra el VIH, el paludismo y la tuberculosis. El número total de muertes resultantes de las perturbaciones de la salud pública causadas por la COVID-19 podría ser muchas veces mayor que el número de muertes causadas directamente por la enfermedad.

La pandemia es una ilustración gráfica de las interconexiones vitales de la labor de la OMS respecto de cada una de las metas de los «tres mil millones»: preparación y respuesta ante emergencias, cobertura sanitaria universal y poblaciones más sanas. Como nos recuerda la COVID-19, las esferas de trabajo de la Organización son interdependientes y ninguna puede existir sin las demás.

En el presente informe de resultados se expone la labor vital que realizamos y se muestra el modo en que, incluso cuando respondemos a un evento o crisis de salud pública, también trabajamos para apoyar a los países en la satisfacción de las necesidades sanitarias de sus poblaciones, el fortalecimiento de sus sistemas y la planificación ante imprevistos.

Ahora que la pandemia acapara los titulares, es fácil olvidar que la OMS está haciendo frente simultáneamente a otras múltiples amenazas para la salud, tanto antiguas como recientes.

A medida que trabajamos para responder a esta pandemia, también debemos prepararnos para la siguiente. Ahora es una oportunidad para sentar las bases de unos sistemas de salud más fuertes y resilientes en todo el mundo.

La pandemia es un claro recordatorio de la necesidad de una inversión urgente y sostenida en los trabajadores y sistemas de salud como la mejor defensa contra las crisis sanitarias, tanto las crisis importantes a gran escala como las que se producen a nivel individual y a las que se enfrentan millones de personas cada día.

La salud es una opción política. Nos enfrentamos a amenazas compartidas y tenemos la responsabilidad compartida de actuar. Si hay algo que estamos aprendiendo de la COVID-19 es que invertir ahora salva vidas —y dinero— más adelante.

El compromiso de la OMS no solo consiste en reunir a los países para poner fin a esta pandemia, sino también en construir un mundo más sano, más seguro y más justo para todos en todas partes.

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

GENERAR IMPACTO EN CADA PAÍS

Exactamente 70 años después de la fundación de la OMS, y con el impulso de los cambios en el panorama sanitario mundial del siglo XXI, la Organización emprendió un proceso de transformación en las seis regiones y las 149 oficinas sobre el terreno. En 2019, la OMS adoptó una nueva estrategia y misión, así como nuevas prioridades y metas, con el objetivo general de generar impacto en cada país.

En el **13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023** (13.º PGT) se ha articulado lo que el mundo necesita de la OMS: Promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables.

El baremo para determinar si la nueva estrategia basada en los datos logra sus objetivos es el impacto en los países. Las ambiciosas metas de los «tres mil millones», que están alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se establecieron en torno a tres prioridades estratégicas:

- Cobertura sanitaria universal** para 1000 millones más de personas
- Mejor protección frente a **emergencias sanitarias** para 1000 millones más de personas
- Mejor salud y bienestar** para 1000 millones más de personas.

El 13.º PGT hace hincapié en los cambios estratégicos ampliando el liderazgo, centrando los bienes mundiales de salud pública en el impacto en los países y sirviéndose de un enfoque integrado que evita la compartimentación de los programas.

Si bien los resultados recogidos en el presente informe están alineados con los compromisos del bienio 2018-2019 en el marco del plan estratégico anterior —que definía la planificación y presupuestación de la labor— en el presente informe se examinan los logros y retos de la OMS a través del prisma de la nueva estrategia. Ello contribuirá a establecer los valores de referencia de la situación en la que nos encontramos con respecto a las nuevas metas de los «tres mil millones».

Son muchos los ejemplos que describen la contribución de las actividades a largo plazo de la OMS a la generación de impacto en los países. La labor de la Organización se lleva a cabo en todos los países, grandes y pequeños, e incluso en Estados frágiles y afectados por conflictos; abarca todas las afecciones y enfermedades; y sirve a todas las personas, jóvenes y mayores.

En el presente informe se muestran los resultados de un proceso ascendente —que se inicia en el ámbito de país— para hacer seguimiento de los progresos y notificar los logros y los retos en la ejecución del presupuesto por programas 2018-2019, antes de la crisis provocada por el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

El reto que tenemos por delante es enorme, pero el mundo está en mejor posición que nunca para enfrentarse a esta crisis de salud pública sin precedentes. La OMS seguirá dirigiendo a los países, no solo para derrotar la COVID-19, sino también para cambiar la trayectoria de la salud mundial y construir un mundo más saludable, seguro y justo para todos.

LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL PARA 1000 MILLONES MÁS DE PERSONAS

La OMS ha transformado la definición de cobertura sanitaria universal, que ha dejado de ser un objetivo para considerarse un movimiento, aduciendo que es un imperativo moral, económico y desde el punto de vista de la seguridad. La falta de acceso a una atención de salud asequible genera pobreza y entorpece el crecimiento económico, mientras que los sistemas de salud débiles pueden ser fisuras por las que se propagan las enfermedades.

El liderazgo de la OMS en este ámbito está en la base de varias primicias históricas. En la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2019, los países aprobaron una declaración política que incluye compromisos integrales en materia de salud. Asimismo, la OMS abogó por primera vez en favor de la cuestión en la cumbre del G20 celebrada en Osaka en junio de 2019 y en la Asamblea de la Unión Interparlamentaria celebrada en Belgrado en octubre de 2019.

Varios países han logrado avances en el camino hacia la cobertura sanitaria universal con el apoyo y conocimientos especializados de la OMS. Grecia, la India y Kenya han puesto en marcha ambiciosos programas para ampliar la cobertura, mientras que China, Egipto y Filipinas han adoptado disposiciones legislativas importantes para promover la cobertura sanitaria universal, y el Gobierno de Ucrania ha incrementado su cuota de contribución a la financiación de la atención primaria de salud.

Si bien el acceso a los servicios sanitarios ha aumentado, el mundo sigue estando muy lejos de la meta de los 1000 millones y la protección financiera se ha debilitado, como se indica en el *Informe de monitoreo global de la protección financiera en relación con la salud 2019*, elaborado por la OMS. En 2015, 930 millones de personas dedicaron a la salud el 10% del consumo de los hogares, una cifra que va en aumento. La respuesta de la OMS ha sido crear un programa especial sobre atención primaria de salud y ampliar el apoyo que ofrece a los países.

Un componente fundamental de la cobertura sanitaria universal es la disponibilidad de medicamentos accesibles y asequibles, que la OMS impulsa a través de la precalificación. En 2018-2019, la OMS precalificó 213 productos, algunos de ellos pioneros y que pueden cambiar las reglas del juego, como un fármaco biosimilar contra el cáncer de mama, una vacuna contra el ebola crucial en las actividades de respuesta y una insulina biosimilar para diabéticos.

Las drásticas reducciones de los precios de los antiviricos, con el apoyo de la OMS, han permitido que más personas puedan adquirir medicamentos contra las hepatitis B y C y que más países traten de eliminar la hepatitis C, además de hacer posible también que países como China los incluyan en la cobertura de seguro universal. Un programa piloto para la primera vacuna mundial contra el paludismo puede salvar la vida de muchos niños en el futuro; unos 200 000 niños ya han sido vacunados en Ghana, Kenya y Malawi.



El acceso a servicios de salud esenciales y de calidad es fundamental para reducir la mortalidad materna e infantil, que ha disminuido considerablemente desde el año 2000, debido en parte al aumento del número de nacimientos en los centros de salud y a una mayor voluntad política. La mayor cobertura y acceso también han ayudado a varios países (Egipto, Ghana, Irán (República Islámica del), Kiribati, México, Nepal y el Yemen) a alcanzar objetivos de eliminación en una enfermedad tropical desatendida en 2018-2019. Malasia, las Maldivas y Sri Lanka también han logrado la eliminación de la transmisión maternofilial del VIH y la sífilis congénita.

Aún queda mucho por hacer para seguir ampliando la cobertura con el fin de poner fin a las epidemias de importantes enfermedades transmisibles. Entre los logros recientes cabe incluir la expansión de los autoanálisis del VIH, un nivel de tratamiento contra la tuberculosis superior al que ha habido nunca, la expansión del tratamiento curativo contra la hepatitis C a los países de ingresos bajos y medios, y la prestación de tratamiento contra al menos una enfermedad tropical desatendida a 1000 millones de personas; ahora bien, llegar a bolsas aisladas de cobertura para no dejar a nadie rezagado sigue siendo un reto formidable. Pese a que 116 millones más de niños recibieron en 2018 un conjunto básico de vacunas, es poco probable que se alcancen las metas mundiales para la eliminación del sarampión, la rubéola y el tétanos neonatal previstas para finales de 2020.

Se han logrado progresos considerables en el fortalecimiento de la capacidad de integrar intervenciones contra las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud, en particular intervenciones contra la hipertensión, las cardiopatías, el cáncer infantil y la salud mental. Gracias a la potenciación del conjunto de instrumentos HEARTS, más de 700 000 personas reciben tratamiento contra la hipertensión. Con todo, los progresos siguen siendo insuficientes para cumplir las metas, mientras que la prevalencia de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad sigue en aumento.

LOGRAR MEJOR PROTECCIÓN FRENTE A EMERGENCIAS SANITARIAS PARA 1000 MILLONES MÁS DE PERSONAS

Para «preservar la seguridad mundial», la OMS se ha enfrentado a brotes y respondido a necesidades sanitarias en crisis humanitarias durante el bienio 2018-2019, así como a desastres naturales y conflictos como los de Mozambique, la República Árabe Siria y el Yemen. Recientemente la OMS ha adoptado un enfoque más práctico ante las emergencias, desplegando personal sobre el terreno en crisis complejas.

La OMS también trabaja en la detección, evaluación, comunicación, prevención y preparación ante emergencias de salud pública. Durante 2018-2019, la OMS captó miles de «señales» de amenazas para la salud pública cada mes, de las que más de 980 (en 140 países) se consideró que constituían emergencias a las que se respondió, de ser necesario.

Tras el brote de la enfermedad por el virus del Ebola en la República Democrática del Congo, la OMS coordinó una intervención compleja y de gran envergadura, dificultada todavía más por la violencia, la movilidad de la población y la falta de centros de salud. Tras 18 meses de intervenciones, la República Democrática del Congo consiguió llevar a cero el número de casos de enfermedad por el virus del Ebola. Miles de intervinientes de primera línea se enfrentaron a riesgos considerables para vencer al virus, al igual que hacen los intervinientes contra la COVID-19 en estos momentos. Lamentablemente, la OMS perdió a cinco intervinientes.

Pese al temor de que la enfermedad se propagara a los países vecinos, ello nunca ocurrió. El brote se contuvo con ingentes esfuerzos de preparación a un costo de US\$ 18 millones en Uganda, una fracción del costo total de la respuesta, que ascendió a US\$ 1000 millones.

Como se ha puesto de manifiesto en la pandemia de COVID-19, un brote epidémico puede poner a una nación de rodillas, especialmente si la resiliencia del sistema de salud es débil. Con demasiada frecuencia, ante un brote el mundo reacciona con miedo, en lugar de prepararse. Invertir en la preparación permite salvar vidas y ahorrar dinero.

En noviembre del 2019, la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación publicó su primer informe, en el que advertía de que el mundo estaba peligrosamente mal preparado para una «amenaza muy real de una pandemia fulminante sumamente mortífera provocada por un patógeno respiratorio», un riesgo que sigue siendo muy real. Hace 15 años se ratificó el Reglamento Sanitario Internacional (2005), un instrumento que nunca ha sido tan pertinente como en estos momentos. El mundo debe hacer más para prepararse contra pandemias aplicando plenamente el Reglamento. Muchos países todavía necesitan fortalecer sus capacidades básicas para prevenir, detectar y responder a amenazas. En 2018-2019, la OMS realizó su 100.^a evaluación externa conjunta, un ejercicio de preparación en los países. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) constituye el único marco internacional jurídicamente vinculante para protegerse y responder ante la propagación internacional de enfermedades.

Algunas crisis nunca llegan a los titulares de los periódicos porque las actividades de prevención han funcionado. El número de casos se ha reducido en importantes puntos críticos del cólera, como Somalia, Sudán del Sur y el Yemen. En el ámbito mundial, los casos de cólera descendieron en un 60% en 2018 gracias a la administración de 18 millones de dosis de la vacuna. La vacunación masiva contra la fiebre amarilla protegió a más de 100 millones de personas contra la enfermedad en 2018-2019. Además, en 2019 unos 500 millones de personas recibieron la vacuna contra la gripe estacional.

En el caso de algunas enfermedades, es necesario reforzar los programas de vacunación. En los dos últimos años se han producido varios brotes de sarampión. La erradicación de la poliomielitis también se ha enfrentado a retos. Los 175 casos de infección por poliovirus salvaje detectados en 2019 en el Afganistán y el Pakistán constituyen el número más elevado desde 2014.



LOGRAR MEJOR SALUD Y BIENESTAR PARA 1000 MILLONES MÁS DE PERSONAS

La OMS aboga por promover la salud más que el mero tratamiento de la enfermedad, especialmente entre grupos de población vulnerables. Ello implica trascender la visión biomédica de la salud para identificar las causas fundamentales de los resultados sanitarios, incluidos determinantes como la equidad, las cuestiones de género, los derechos, la educación y el medio ambiente. Dado que estos determinantes se encuentran a menudo fuera del sector de la salud, para abordarlos se requiere colaboración multisectorial.

Cuando las sociedades son más limpias y seguras y prestan mayor apoyo, promueven poblaciones más sanas. El liderazgo de la OMS ha ayudado a establecer compromisos políticos en los países con el fin de cumplir lo dispuesto en las directrices de la OMS sobre la calidad del aire, abordar el problema del cambio climático y mejorar la salud. En la Cumbre sobre la Acción Climática de las Naciones Unidas, celebrada en 2019, 50 países —en representación de más de 1000 millones de personas— respondieron al llamamiento de la OMS de ofrecer a los ciudadanos aire limpio de aquí a 2030, comprometiéndose a observar las recomendaciones de la Organización. El número de ciudades que monitorean las mediciones de la calidad del aire a través de una base de datos de la OMS sobre la calidad del aire se ha cuadruplicado desde 2011, hasta llegar a las 4300 en 2018. Treinta países ya han logrado progresos considerables en el cumplimiento de sus compromisos de mejorar el acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene (ASH) en los centros de salud.

El Convenio Marco de la OMS sobre el Control del Tabaco viene protegiendo a un número creciente de personas contra los daños del tabaco desde su ratificación hace 15 años. En estos momentos, aproximadamente dos tercios de la población mundial están protegidos por al menos una medida de control del tabaco en el marco del conjunto de instrumentos «MPOWER» de la OMS.

La OMS y la Alianza Internacional de Alimentos y Bebidas concluyeron un acuerdo histórico, por el que la asociación se ha comprometido a eliminar las grasas trans de producción industrial del suministro mundial de alimentos de aquí a 2023. Cincuenta y cuatro países han promulgado leyes para eliminar las grasas trans del suministro de alimentos, siguiendo el conjunto de instrumentos REPLACE de la OMS. Con el apoyo de la Organización, 60 países aplican ahora un impuesto a las bebidas azucaradas.

Se ha puesto en marcha una nueva herramienta para analizar los puntos fuertes y débiles de los sistemas nacionales de inocuidad alimentaria y dar prioridad a intervenciones, junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). La OMS ha colaborado también con la FAO y la Organización Mundial de Sanidad Animal en un acuerdo tripartito para fortalecer las medidas contra la resistencia a los antimicrobianos. Las alianzas con la sociedad civil y otros asociados han ayudado a mejorar la seguridad vial en Chile, Eslovenia, Kazajstán, Malasia y Trinidad y Tabago.

Con todo, la labor de promover la salud y el bienestar se enfrenta a un reto considerable para atraer la atención y las inversiones que merece dadas sus repercusiones en la morbilidad y la mortalidad. Si bien la OMS se enorgullece de su largo historial en materia de promoción de la salud y de prevención, es ahora cuando empieza a consolidar su estrategia para abordar estos determinantes de la salud en consonancia con el 13.º PGT.

DAR A LA OMS LOS MEDIOS PARA SERVIR MEJOR A LOS PAÍSES

Habida cuenta del cambiante panorama sanitario mundial de los dos últimos decenios, la OMS es perfectamente consciente de que debe ser ágil e innovadora, y responder y adaptarse a las necesidades del siglo XXI. A través del liderazgo del Director General, y con el apoyo de los Directores Regionales, la OMS ha hecho oír su voz, abogando por progresos acelerados en cuestiones sanitarias fundamentales. Ha llevado su diplomacia sanitaria a los más altos rangos gubernamentales en los ámbitos nacional y mundial y a órganos internacionales y regionales, como el G20 el G7 y la Unión Africana, lo que se ha plasmado en compromisos concretos para promover la agenda sanitaria dentro y fuera del sector de la salud.

La OMS encuentra formas innovadoras de colaborar con sectores y alianzas ajenos al sector de la salud. En el marco del Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos, la OMS se asoció con otros 11 organismos sanitarios mundiales para alinearse y concentrarse en el apoyo a los países. Varias alianzas sanitarias innovadoras han ampliado la influencia de la OMS: se ha asociado con la FIFA en proyectos dirigidos a niños y adultos jóvenes y con Google para producir GoogleFit, una aplicación de seguimiento de la actividad física.

La necesidad de guiarse por la ciencia y los datos probatorios a la hora de abordar nuevos problemas urgentes como la COVID-19 es cada vez más importante en la era de las noticias falsas y la información errónea.

La nueva División Científica de la Sede refleja el compromiso de la OMS de situarse en la vanguardia de la ciencia y producir normas y criterios de categoría mundial basados en datos científicos. La pandemia de COVID-19 muestra que la División Científica podría desempeñar una función crucial en una respuesta de base científica a la crisis. La nueva División de Datos y Ejecución de la Sede y las estructuras homólogas de las oficinas regionales ponen de relieve la gran importancia que concede la OMS a la generación de impacto y a la capacidad de medirlo a través de su nuevo marco de resultados y sistema de medición.

La OMS ha elaborado instrumentos digitales eficaces de gestión para el apoyo durante emergencias, como la herramienta Go.Data para investigar brotes; e-SPAR, una plataforma para ayudar a los países a presentar informes anuales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005); y EMS2, un sistema de flujos de información.

Con el fin de prestar mejor apoyo a los países, se han rediseñado procesos y se ha dado prioridad a los bienes de salud pública mundiales con los que generar impacto en el primer examen de la capacidad del personal para llevar a cabo sus tareas, con el objetivo de lograr una mejor alineación del personal de la OMS en el ámbito nacional.

Prestar apoyo a los países es y seguirá siendo una de las prioridades primordiales de la OMS en el largo camino contra la COVID-19. Ningún país puede resolver la crisis por sí solo; por ello la OMS seguirá compartiendo experiencias, conocimientos técnicos, recursos y apoyo técnico con los países. El virus será vencido gracias a la solidaridad entre todos los países del mundo.



EL **PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2018-2019** FUE EL ÚLTIMO Y **EL MAYOR** DE LOS TRES PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS (2014-2019) DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO, 2014-2019

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO

El presupuesto por programas 2018-2019 fue el último y el mayor de los tres presupuestos por programas (2014-2019) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. El presupuesto por programas aprobado por la Asamblea de la Salud para 2018-2019 ascendió a un total de US\$ 4422 millones y se presentó en dos segmentos distintos:

US\$ 3400 MILLONES



Presupuesto por programas básicos

US\$ 1020 MILLONES



Erradicación de la poliomielitis; Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, y Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana

En comparación con los dos primeros presupuestos por programas del Duodécimo Programa General de Trabajo, el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado:

- fue el mayor presupuesto;
- no incluyó ninguna suma presupuestada para la Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable;
- incluyó todo el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en el segmento de programas básicos.

Si se tienen en cuenta todos los segmentos operacionales del presupuesto por programas 2018-2019 (Programas básicos, Erradicación de la poliomielitis, Programas especiales y Respuesta a brotes epidémicos y crisis), la OMS llevó a cabo programas por un valor superior a US\$ 5300 millones. En el marco de todo el periodo del Duodécimo Programa General de Trabajo, los niveles de financiación y ejecución absolutos del presupuesto por programas 2018-2019 fueron los más altos de los tres bienios (figura 1).

La ejecución de los programas básicos en 2018-2019 representó el 57% de la ejecución total. El segmento de Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable fue el segundo nivel de operaciones en importancia (representó el 22% de la ejecución total), mientras que el segmento de Erradicación de la poliomielitis representó el 19% y el segmento de Programas especiales solo el 2% de la ejecución total (figura 2). En las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental, el segmento de Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable y el segmento de Erradicación de la poliomielitis representaron más del 50% de la ejecución total y hasta el 77% en la Región del Mediterráneo Oriental. Por consiguiente, quedó claro que la falta de un segmento presupuestario aprobado para la Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable en 2018-2019 dio lugar a una subrepresentación del 20%, aproximadamente, en el nivel de operaciones de la OMS en comparación con el presupuesto aprobado. Como se estipula en la resolución WHA72.1 (2019) de la Asamblea de la Salud, en el presupuesto por programas 2020-2021 figurará un presupuesto estimado para el segmento de Planes de respuesta humanitaria y otras peticiones.



EN 2018-2019 LA OMS LLEVÓ A CABO PROGRAMAS POR UN VALOR **SUPERIOR A US\$ 5300 MILLONES**

FIGURA 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO, POR BIENIO (EN MILLONES DE US\$)

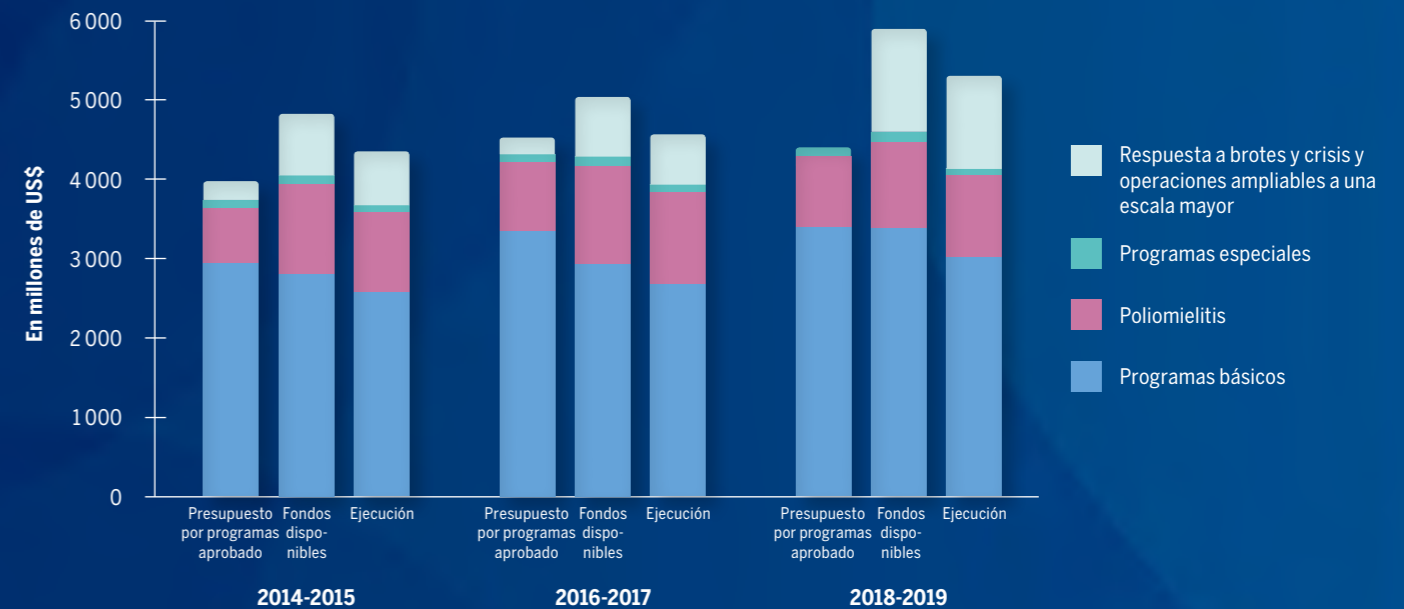


FIGURA 2: OPERACIONALIZACIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2018-2019, POR SEGMENTOS (EN MILLONES DE US\$)

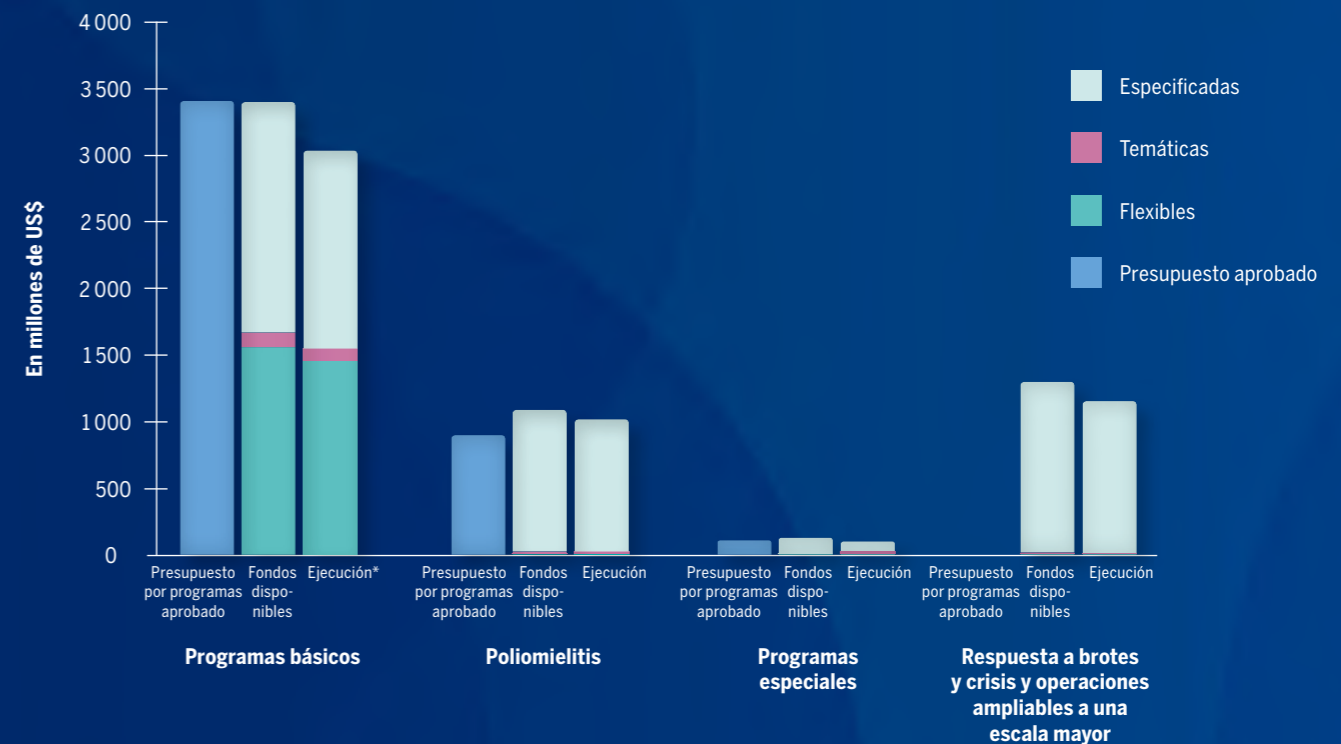
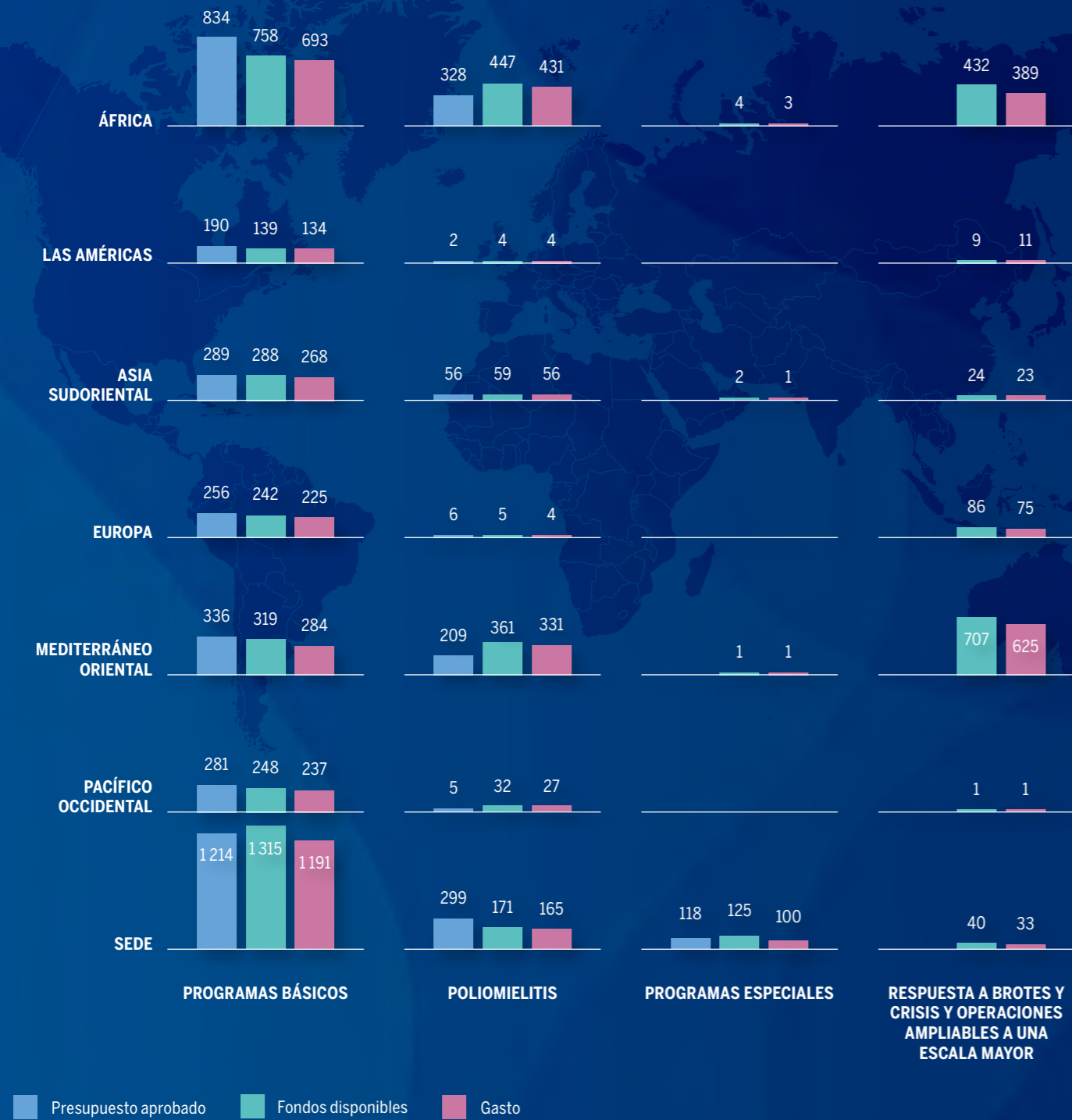


FIGURA 3: OPERACIONALIZACIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2018-2019, POR OFICINAS PRINCIPALES (EN MILLONES DE US\$)



* US\$ 1,3 millones de diferencia con los estados financieros comprobados (A73/25) debida a la corrección manual de un gasto negativo.

Todas las oficinas principales, con la única excepción de la Oficina Regional para las Américas,¹ consiguieron financiar casi por completo todo su presupuesto por programas 2018-2019 aprobado —la Región de Europa tuvo el nivel más bajo, un 94% (figura 3). También hubo una estrecha armonización en el nivel de financiación entre las principales oficinas. De manera semejante, la ejecución del presupuesto por programas aprobado estuvo bien alineada entre las principales oficinas, con excepción de la Oficina Regional para las Américas, y en todos los casos el nivel de ejecución en 2018-2019 fue superior al de 2016-2017. La ejecución de los fondos disponibles fue superior al 90% en todas las oficinas principales sin excepción.

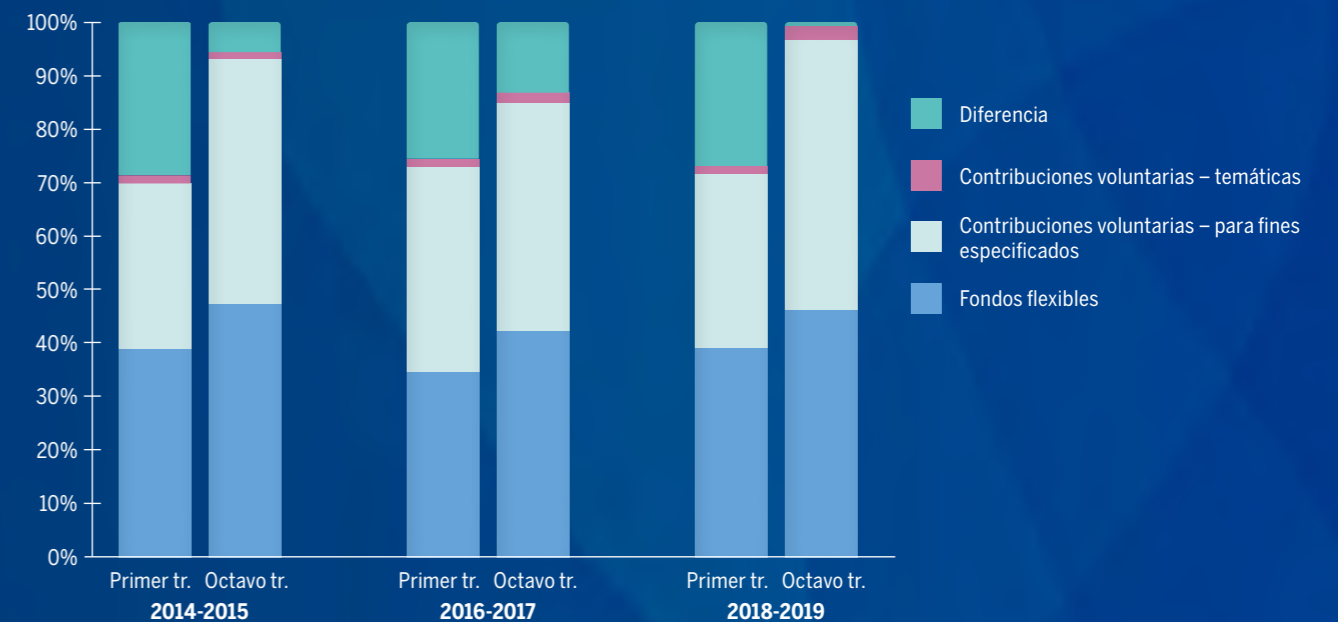
En 2018-2019, la OMS tuvo el nivel de financiación más alto del periodo del Duodécimo Programa General de Trabajo, tanto en lo que respecta al presupuesto por programas aprobado como al segmento de Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable (figura 4). El presupuesto básico se financió en un 49% mediante fondos institucionales flexibles² y contribuciones voluntarias temáticas (fondos asignados a un alto nivel a áreas prioritarias pero en las que hay un margen importante de discreción para su utilización según las necesidades³) y en un 51% mediante contribuciones voluntarias para fines especificados. La Organización también se benefició en 2018-2019 de un aumento del 3% en la cuantía de contribuciones señaladas en comparación con bienios anteriores, de conformidad con la resolución WHA70.5. Además, el nivel absoluto de los fondos temáticos aumentó casi 2,5 veces en comparación con 2014-2015.

¹ La modalidad de financiación de la Oficina Regional de la OMS para las Américas difiere de la de las demás oficinas regionales; mientras que los recursos de las demás oficinas regionales se movilizan a nivel mundial o por las oficinas regionales y en los países, los recursos de aquella se movilizan íntegramente a nivel mundial.
² Contribuciones señaladas, contribuciones voluntarias básicas y gastos de apoyo a programas.
³ Denominadas contribuciones voluntarias básicas en los estados financieros comprobados (documento A73/25).



EN 2018-2019, LA OMS TUVO EL NIVEL DE FINANCIACIÓN MÁS ALTO DEL PERIODO DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO

FIGURA 4: PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS FINANCIADO A LO LARGO DE LOS TRES BIENIOS, POR TIPO DE FINANCIACIÓN AL INICIO Y FINAL DEL BIENIO



La corriente de financiación a lo largo del bienio 2018-2019, que se obtiene comparando la financiación del primer trimestre con la del octavo, se distribuyó de forma más uniforme; a medida que fue desarrollándose el bienio, el aumento en el nivel de contribuciones voluntarias para fines específicos y contribuciones voluntarias temáticas condujo a una financiación de alrededor del 90% del presupuesto básico al final del primer año, y una financiación de todo el presupuesto al final del bienio. El mayor nivel de contribuciones señaladas, el aumento en la financiación temática y la mayor previsibilidad y corriente de fondos fueron los factores destacados en 2018-2019, lo que dio a la Administración de la OMS el margen necesario para lograr una mejor alineación de recursos y resultados del presupuesto por programas, así como un aumento de los recursos y de los niveles de organización, lo que a su vez produjo una ejecución más completa y mejor armonizada del presupuesto.

Los fondos institucionales flexibles representan una importante fuente de financiación que permite a la OMS tener capacidad operacional ante los gastos de personal y las actividades críticas dentro del presupuesto por programas aprobado. La Secretaría siguió aplicando el principio de la asignación estratégica de fondos flexibles para mejorar el equilibrio equitativo de la financiación de las áreas programáticas en todas las categorías de todas las oficinas principales. Como resultado de ello, en 2018-2019 se observó una mayor dependencia de la financiación flexible en la categoría «Enfermedades no transmisibles», en la categoría «Promoción de la salud en el curso de la vida» y en el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, entre las categorías técnicas (figura 5). Eso demostró el compromiso de la Organización de apoyar iniciativas en esas importantes áreas sin suficientes contribuciones voluntarias para fines especificados. Por otra parte, la categoría 1 recibió el nivel más bajo de fondos flexibles porque contaba con suficientes contribuciones voluntarias.

FIGURA 6: 20 PRINCIPALES CONTRIBUYENTES AL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2018-2019 (EN MILLONES DE US\$)

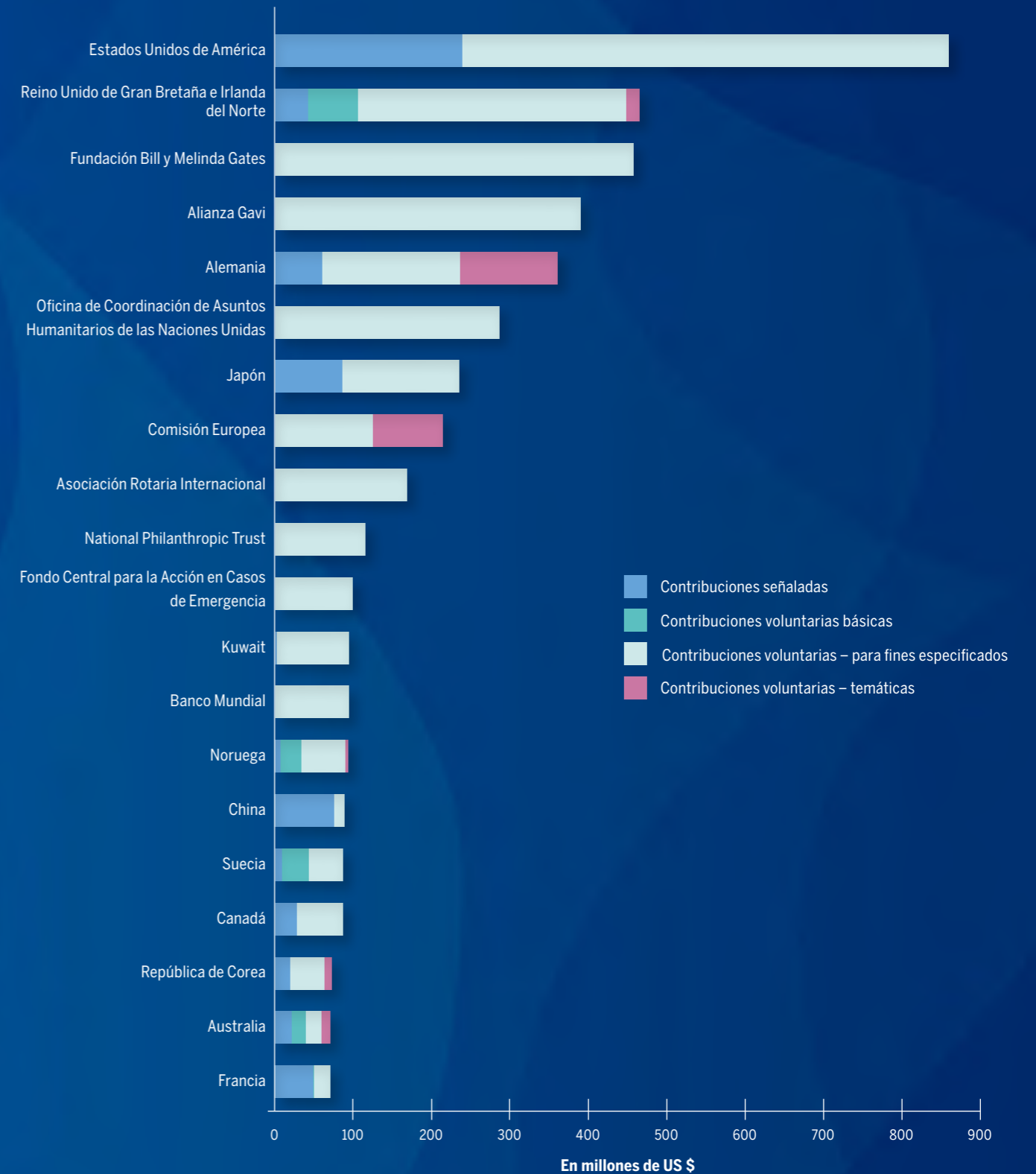
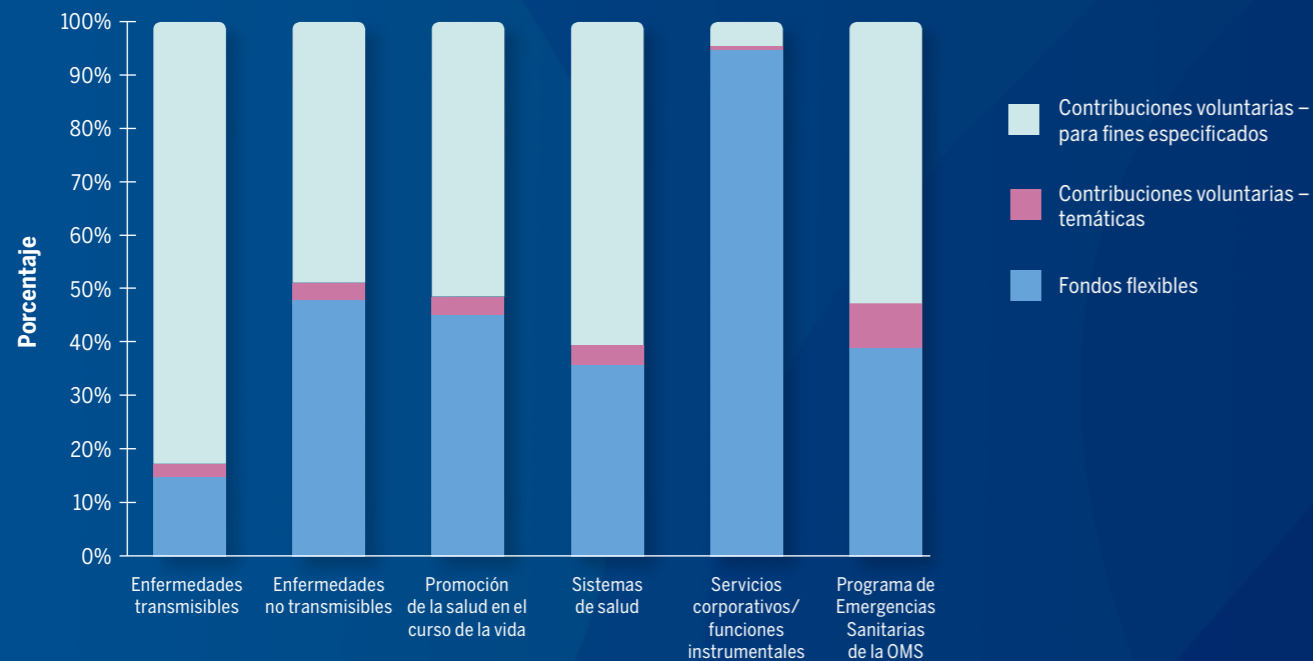


FIGURA 5. PROPORCIÓN DE LOS TIPOS DE FINANCIACIÓN EN LA FINANCIACIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2018-2019, POR CATEGORÍA (EN PORCENTAJE)



¿DE DÓNDE PROCEDE LA FINANCIACIÓN DE LA OMS?

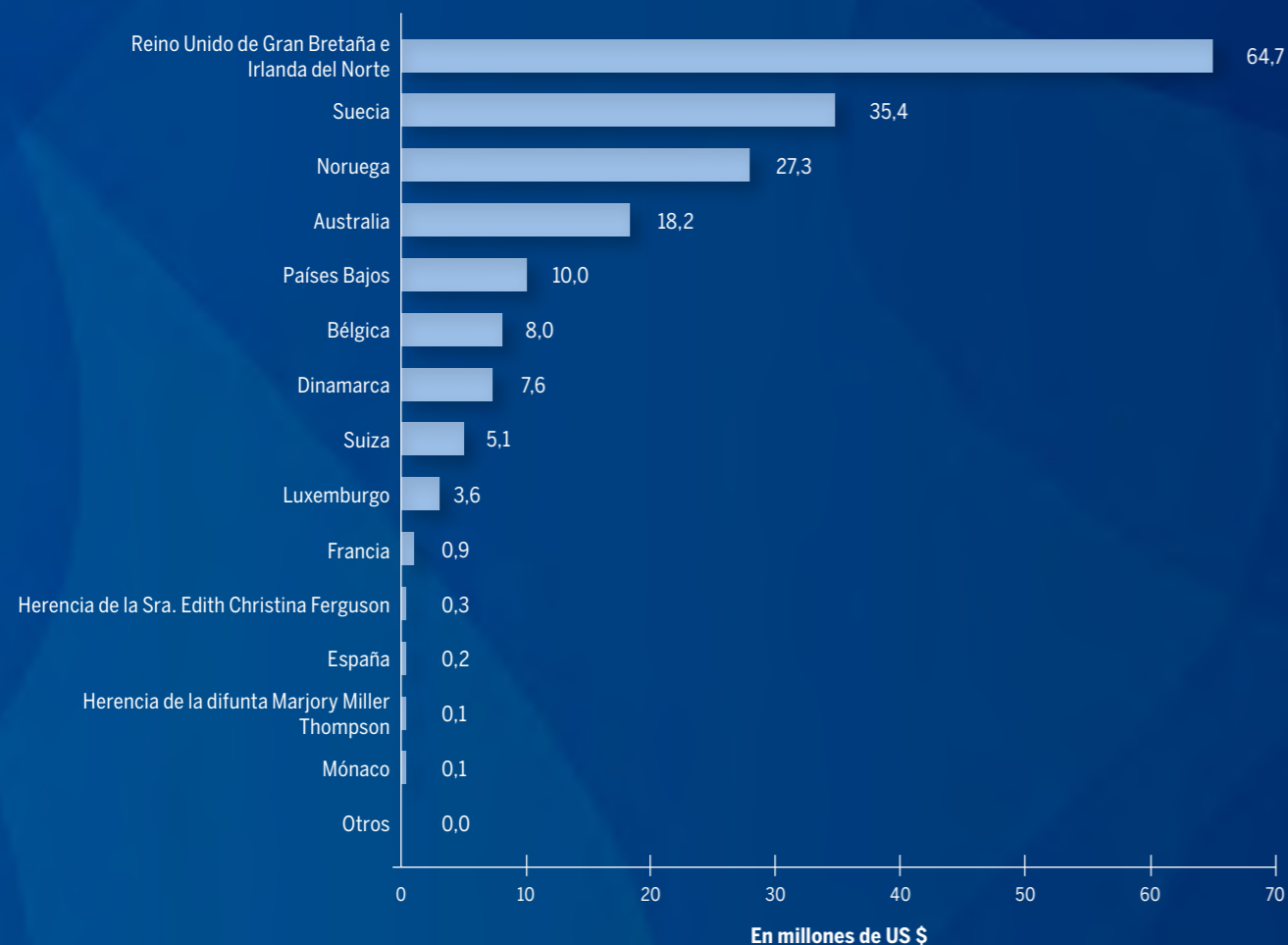
Dos son las fuentes principales de financiación para el presupuesto por programas: las contribuciones voluntarias y los fondos flexibles, que comprenden las contribuciones señaladas, los gastos de apoyo a programas y las contribuciones voluntarias básicas. Los 20 principales contribuyentes, cuyas contribuciones representan el 77% de los ingresos totales para 2018-2019, se resumen en la figura 6. Se trata en su mayor parte de los principales donantes del presupuesto por programas de la OMS del bienio anterior, con la excepción de Kuwait.

Con todo, el orden de los donantes ha variado respecto de 2018-2019, así como la composición de su financiación: se ha producido un aumento notable en las contribuciones voluntarias temáticas. En los estados financieros de la auditoría pueden encontrarse los análisis detallados de los ingresos de la OMS para 2019;⁴ en el portal web del presupuesto por programas de la OMS figura información sobre los contribuidores de la OMS y el flujo de financiación de una contribución a los resultados.⁵

⁴A73/25

⁵<http://open.who.int/2018-19/home>

FIGURA 7: CONTRIBUYENTES A LA CUENTA DE CONTRIBUCIONES VOLUNTARIAS BÁSICAS PARA EL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2018-2019 (EN MILLONES DE US\$)



Del total de fondos procedentes de contribuciones voluntarias para 2018-2019, US\$ 181,5 millones se destinan a la cuenta de contribuciones voluntarias básicas. En la figura 7 se resume la financiación por donante. Los fondos aportados a la cuenta han aumentado en este bienio en US\$ 33,5 millones, o un 23%, gracias a que varios contribuyentes importantes han aumentado sus contribuciones. Las contribuciones voluntarias básicas junto con las contribuciones voluntarias temáticas ofrecen una financiación flexible importante que permite a la Organización avanzar en la mejora del equilibrio de la financiación de los resultados del presupuesto por programas.

En resumen, en 2018-2019, con el apoyo de sus donantes, la OMS logró una mejor alineación de los recursos entre categorías y oficinas principales, una mayor financiación del presupuesto por programas y mayores niveles de ejecución. Se introdujeron muchas mejoras estructurales que permitieron obtener unos resultados más robustos en la ejecución del presupuesto, como una mejor calidad y previsibilidad de los recursos gracias, en gran parte, al desarrollo de una financiación temática, y una mayor atención a la distribución y aplicación de los fondos a nivel mundial y a la asignación estratégica de los recursos. Con todo, sigue habiendo importantes dificultades:

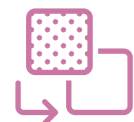
- La plena financiación y ejecución del presupuesto aprobado para ciertas categorías en algunas oficinas principales muestra que los niveles presupuestarios, si no se ajustan, proporcionarán poca flexibilidad para responder a cualquier necesidad o prioridad que surja en el futuro.
- Aunque la financiación de categorías históricamente infrafinanciadas, como Enfermedades no transmisibles, mejoró en 2018-2019, lo que demostró una mejor alineación de los niveles de financiación y ejecución de sus áreas programáticas, se necesitará tomar más medidas para mantener esa tendencia.
- Es necesario seguir trabajando para distribuir de forma más equitativa los fondos entre las principales oficinas. La sede sigue siendo la oficina principal mejor financiada, especialmente en el segmento de programas básicos. Es necesario establecer mecanismos para que las contribuciones voluntarias movilizadas a nivel mundial se distribuyan de manera oportuna y equitativa entre todas las oficinas principales. Si se hace, podrán reorientarse fondos flexibles a la mayoría de las zonas con financiación insuficiente.
- Varias áreas técnicas siguen dependiendo en gran medida de fondos institucionales flexibles. Mientras esa dependencia persista en un entorno de financiación flexible limitada, habrá una disparidad en la financiación a un nivel más bajo, por ejemplo entre los productos o los centros presupuestarios.
- Si se produjese una laguna importante de financiación en las actividades de erradicación de la poliomielitis en 2020-2021, podría ser necesario adelantar la fecha de transición de las funciones esenciales de salud pública financiadas por el programa de lucha contra la poliomielitis al presupuesto por programas básicos y la financiación básica de la OMS y recurrir a los mismos recursos flexibles finitos de la Organización.

A partir de la experiencia de 2018-2019, se han puesto en práctica diversas soluciones para aprender de esos problemas y hacerles frente en el futuro. Aunque esa labor todavía está en curso, las ideas más significativas presentadas hasta la fecha son:

- En el 13.º Programa General de Trabajo y en el presupuesto por programas 2020-2021, la OMS dejó de utilizar resultados por enfermedades concretas para adoptar una estructura de resultados integrada. Con ello se espera, entre otras cosas, alcanzar mayores niveles de planificación y alineación transversal tanto de presupuesto como de recursos, es decir, un mejor aprovechamiento de los presupuestos infrautilizados o de las áreas programáticas con exceso de financiación para lograr objetivos comunes.



EN 2018-2019, **CON EL APOYO DE SUS DONANTES**, LA OMS LOGRÓ UNA MEJOR ALINEACIÓN DE LOS RECURSOS ENTRE CATEGORÍAS Y OFICINAS PRINCIPALES, **UNA MAYOR FINANCIACIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS** Y MAYORES NIVELES DE EJECUCIÓN



LA TRANSPARENCIA HA SIDO FUNDAMENTAL PARA FOMENTAR LA CONFIANZA CON LOS ESTADOS MIEMBROS Y OTROS DONANTES. LA OMS OFRECE CONTINUAMENTE INFORMACIÓN SOBRE LA LABOR DE LA ORGANIZACIÓN, FINANCIACIÓN Y AVANCES EN SU PRESUPUESTO POR PROGRAMAS EN EL PORTAL WEB DE ESTE PRESUPUESTO DE LA OMS: [HTTP://OPEN.WHO.INT/2020-21/HOME](http://open.who.int/2020-21/home)

- Las estructuras organizativas, especialmente en la Sede, se han ajustado para fomentar una solución más flexible de la gestión de los recursos con miras a favorecer la obtención de resultados transversales e interprogramáticos.
- La estrategia de movilización de recursos de la OMS, presentada al Consejo Ejecutivo en enero de 2020,⁶ tiene por objeto fortalecer el método de la OMS para movilizar recursos, algo esencial para que la Organización cumpla su mandato y alcance sus objetivos. Uno de los objetivos principales de la estrategia es mejorar la calidad de la financiación que recibe la OMS. En 2019, se dio mucha más prioridad al fomento de la flexibilidad y previsibilidad, haciendo más hincapié en la financiación temática y estratégica. Los aumentos de la financiación temática en 2018-2019 fueron un buen indicativo inicial de esa tendencia en auge.
- Se está poniendo en marcha una solución más centralizada para gestionar las subvenciones institucionales con miras a aplicar una solución organizativa más coherente y homogénea en todo el ciclo de gestión de las subvenciones —desde su concepción hasta su finalización— con el objetivo de seguir mejorando la credibilidad, transparencia y eficiencia de la OMS.
- El personal directivo superior de las regiones y de la Sede participará de forma más activa en la determinación de las asignaciones de recursos en todos los niveles y todas las prioridades estratégicas hasta el nivel de los productos. Con ello se pretende obtener una distribución más equitativa y oportuna de los fondos, en consonancia con las necesidades determinadas y sobre la base del principio de la asignación estratégica de los recursos.
- Como parte de la labor de transición relativa a la poliomielitis, se está fomentando una interacción más integrada entre los programas básicos y el programa de erradicación de la poliomielitis para examinar de modo más completo y estratégico todos los elementos que deberá promover la OMS como parte de su labor básica en el futuro.

Por último, es importante señalar que la transparencia ha sido fundamental para fomentar la confianza con los Estados Miembros y otros donantes. Esto, a su vez, se ha reflejado en un mejor nivel de financiación del presupuesto por programas. La OMS sigue proporcionando más información al respecto en su portal sobre el presupuesto por programas.⁷ Mediante ese instrumento y otros de presentación de informes, su labor se ha dado a conocer a una escala más amplia, lo que ha mejorado su perfil, su responsabilidad y su credibilidad.

⁶ Documento EB146/29.

⁷ <http://open.who.int/2018-19/home>.

PROGRAMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS



CÓLERA:

se suministraron a 10 países 20,8 millones de dosis de vacuna anticolérica oral



LOS CASOS DE CÓLERA DISMINUYERON UN 60% EN 2018

(incluidos los de Haití, la República Democrática del Congo y Somalia)



ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL EBOLA:

300 000 personas vacunadas durante las operaciones de respuesta llevadas a cabo en la República Democrática del Congo



SE HAN ALCANZADO LOS CERO CASOS DE ENFERMEDAD

por el virus del Ebola después de 18 meses de actuación



1 DE CADA 3 ESTADOS PARTES

tienen capacidades de prevención y respuesta limitadas



45 PAÍSES indicaron que **CARECÍAN DE UN MECANISMO NACIONAL** para financiar la aplicación del RSI

200M

Todos los años, **MÁS DE 200 MILLONES DE PERSONAS** se ven afectadas por emergencias



SOLO EL 50% DE LOS ESTADOS PARTES tenían «capacidades de preparación operacional» que permitan una **RESPUESTA EFICAZ** a las emergencias



FIEBRE AMARILLA:

108 millones de personas vacunadas



La **OMS** respondió a **55 EMERGENCIAS** en más de **44 PAÍSES** y territorios en **2019**



«Toda crisis sanitaria requiere una respuesta de toda la sociedad y también de todos los asociados. Si estamos unidos y aprovechamos nuestros distintos puntos fuertes podemos salvar vidas y proteger la seguridad sanitaria».

DRA. MATSHIDISO REBECCA MOETI
Directora Regional de la OMS para África



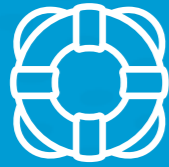
Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 554 millones



Fondos disponibles:
US\$ 456 millones
(82% del presupuesto por programas)



Gastos:
US\$ 423 millones
(76% del presupuesto aprobado; 93% de los recursos disponibles)



EL **PROGRAMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA OMS** REÚNE LOS ACTIVOS DE LA ORGANIZACIÓN EN LA **SEDE Y EN LAS OFICINAS REGIONALES** Y EN LOS PAÍSES PARA APOYAR A ESTOS EN LA PREPARACIÓN, PREVENCIÓN, RESPUESTA Y RECUPERACIÓN ANTE TODOS LOS PELIGROS QUE SUPONEN LAS **EMERGENCIAS SANITARIAS**. DEBIDO AL CAMBIO CLIMÁTICO SE ESTÁN PRODUCIENDO NUEVAS CRISIS QUE OBLIGAN A LAS POBLACIONES A DESPLAZARSE: A DÍA DE HOY ESTAS ASCIENDEN CASI A 70 MILLONES DE PERSONAS. EN COLABORACIÓN CON SUS ASOCIADOS, LA OMS DESEMPEÑA UN PAPEL DE LIDERAZGO FUNDAMENTAL EN VELAR POR QUE SE LOGRE UNA RESPUESTA INTERNACIONAL RÁPIDA.

PRINCIPALES LOGROS

En 2019, en el marco del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, se investigaron 500 eventos en 140 países y territorios, de los cuales un 66% correspondieron a eventos infecciosos, un 14% a desastres naturales y un 7% a eventos relacionados con productos químicos, radiológicos o nucleares o eventos relativos a la inocuidad de los alimentos.

En el poco tiempo que lleva en vigor, menos de cuatro años, la trascendencia del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en el mundo ha sido considerable. Se han logrado enormes avances en su liderazgo ante las emergencias sanitarias, a pesar de las dificultades relativas a la puesta en práctica del programa de transformación y al número cada vez mayor de crisis mundiales. La OMS ha reforzado su liderazgo en el marco de esas emergencias al coordinar con éxito crisis complejas y prolongadas y al asumir una función operacional más sólida.

PREPARACIÓN ANTE EMERGENCIAS

Las epidemias y pandemias suponen una amenaza para la seguridad sanitaria y acarrearán riesgos en todo el mundo, independientemente de la situación económica. En 2020 se ha puesto de manifiesto lo devastadora que puede ser una pandemia. El daño que ha supuesto la COVID-19 no se limita a la pérdida de vidas humanas sino que ha producido también la destrucción de medios de vida, una sobrecarga de trabajo entre los trabajadores de la salud y la perturbación de la economía mundial. Por lo tanto, es imperioso que los países inviertan todo lo necesario en la preparación ante emergencias para reducir al mínimo las consecuencias de las epidemias y las pandemias. Solo unos pocos países habían invertido lo suficiente en la preparación ante una pandemia como para adelantarse a las consecuencias de la COVID-19.

BENEFICIOS DE LA PREPARACIÓN ANTE UNA PANDEMIA

En 2019, en el primer informe anual de la **Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación**, un grupo de expertos convocado por el Banco Mundial y la OMS, se alertó a los dirigentes del mundo sobre la urgente necesidad de invertir recursos en «crear sistemas sólidos» con los que eludir posibles amenazas devastadoras para la salud. Los expertos advirtieron del «riesgo agudo» de una pandemia y dejaron claro que el mundo no estaba preparado.

Hoy, mientras el mundo se tambalea por la enorme devastación humana, económica y social de la pandemia de COVID-19, la necesidad de mejorar la preparación es más urgente que nunca. Un virus está provocando más muertes y daños que algunos ataques terroristas y guerras de los últimos tiempos.

En ocasiones anteriores, los países y los donantes han mostrado poco interés una vez que las pandemias han terminado y el miedo y el pánico han desaparecido. Por ejemplo, los donantes apoyaron apropiadamente las operaciones de respuesta contra el ebola, pero no la preparación regional ante esa enfermedad: a principios de diciembre de 2019, la OMS solo había recibido el 10% de los fondos necesarios.

El gasto dirigido a la preparación es una inversión muy rentable. En diversos estudios se ha demostrado que cada dólar invertido en preparación equivale a más de US\$ 2 durante una emergencia.¹ El Consejo Ejecutivo, en su 146.ª reunión celebrada en febrero de 2020, adoptó la resolución EB146.R10 sobre el fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias, en la que se recomienda que la Asamblea de la Salud adopte una resolución en la que se pida a las partes interesadas la adopción de una serie de medidas para mejorar la preparación.

¹ <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Return%20on%20Investment%20for%20Emergency%20Preparedness%20Study.pdf>.



CADA AÑO, MÁS DE 200 MILLONES DE PERSONAS SE VEN AFECTADAS POR SITUACIONES DE EMERGENCIA, Y 130 MILLONES DE ELLAS NECESITAN ASISTENCIA HUMANITARIA

«Hay un riesgo muy alto de que se produzca una pandemia de rápida propagación y altamente letal de un patógeno respiratorio, y que mueran entre 50 y 80 millones de personas y se destruya casi un 5% de la economía mundial. Una pandemia mundial de ese calibre sería algo catastrófico que crearía caos, inestabilidad e inseguridad. A pesar de ello, el mundo no está preparado ante esa amenaza».

Informe de la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, septiembre de 2019

World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005):

PREVISTO PARA AYUDAR A LA COMUNIDAD INTERNACIONAL A PREVENIR AMENAZAS AGUDAS PARA LA SALUD PÚBLICA Y RESPONDER A ELLAS

A principios de siglo, la amenaza de una pandemia no constituía una prioridad a nivel mundial. Los países no tenían que informar sobre posibles nuevas amenazas patógenas. El Reglamento Sanitario Internacional (1969) solo exigía a los Estados Partes notificar los casos de cólera, peste y fiebre amarilla.

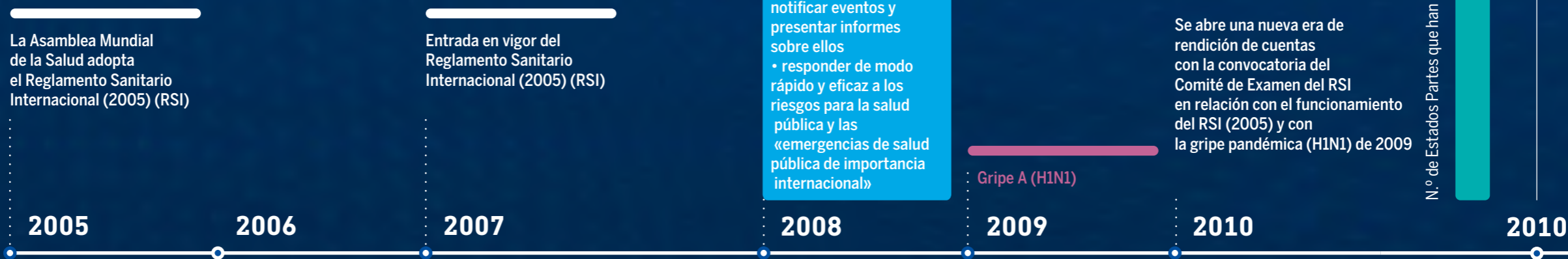
La epidemia del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003, por la que la OMS emitió su primera alerta mundial, puso de relieve la urgencia por establecer un marco de colaboración en seguridad sanitaria en un tiempo de globalización. Dos años más tarde, la Asamblea de la Salud adoptó por consenso mediante la resolución WHA 58.3 el **Reglamento Sanitario Internacional (2005)** como instrumento mundial para prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública. Ante la pandemia de COVID-19, el cumplimiento de este marco internacional jurídicamente vinculante resulta crítico para la seguridad sanitaria mundial y para una respuesta mundial eficaz.

UN FACTOR QUE IMPULSA LA SEGURIDAD SANITARIA MUNDIAL

El Reglamento Sanitario Internacional (2005) ha supuesto un cambio de paradigma en la seguridad sanitaria mundial. Sus 196 Estados Partes se han comprometido con el marco mundial establecido en este instrumento jurídicamente vinculante para abordar la propagación internacional de enfermedades. El Reglamento confiere a la OMS la autoridad para coordinar una respuesta mundial, velar por que se comparta información crítica y formular recomendaciones, en particular en el contexto de una **«Emergencia de salud pública de importancia internacional»** (ESPII).

En virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se exige a los Estados Partes que informen sobre cualquier evento que tenga lugar en su territorio y pueda constituir una ESPII —no solo por enfermedades infecciosas sino como consecuencia de todo peligro,

«prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales».



por ejemplo amenazas biológicas, químicas, radiológicas y nucleares, o amenazas relativas a la inocuidad de los alimentos— y sobre las medidas sanitarias aplicadas en respuesta a dichos eventos. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) establece que los Estados Partes deben desarrollar, fortalecer y mantener capacidades básicas para detectar, evaluar y notificar eventos relacionados con la salud pública y presentar informes sobre ellos.

En 2018, cerca del 100% de los Estados Partes informaron sobre sus capacidades básicas. Los detalles de los informes anuales de 2019 de los Estados Partes están publicados en el portal e-SPAR de la OMS, el portal de la Alianza Estratégica para el RSI y el sitio web del Observatorio Mundial de la Salud. De conformidad con lo estipulado en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), todos los Estados Partes han designado o establecido un centro nacional de enlace para el RSI para informar sobre eventos. Los 196 centros nacionales de enlace, así como 10 organizaciones internacionales, han designado usuarios del Sitio de Información sobre Eventos, una plataforma mediante la que los centros de enlace para el RSI comunican e intercambian información. En la actualidad hay casi 900 usuarios del Sitio de Información sobre Eventos que proporcionan información a la OMS sobre los eventos que tienen lugar en sus respectivos territorios.

Desde la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional revisado en junio de 2007, el Director General de la OMS ha convocado un Comité de Emergencias en relación con ocho eventos: la pandemia de gripe H1N1 (2009), el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) (2011-2012), la propagación internacional del poliovirus (2014-2020), la enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental (2014-2016), la enfermedad por el virus de Zika y las complicaciones neurológicas asociadas (2016), la fiebre amarilla (2016), la enfermedad por el virus del Ebola en la República Democrática del Congo (2018 y 2019-2020) y la nueva coronavirus COVID-19 (2020). En todos estos eventos salvo dos (el MERS-CoV y la fiebre amarilla) se declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional. Además, en el marco del Reglamento, el Director General ha convocado en tres ocasiones un Comité de Examen con objeto de recibir asesoramiento sobre el funcionamiento del RSI: para examinar la respuesta a la gripe pandémica H1N1 (en 2011), para examinar las peticiones de una segunda prórroga para instaurar las capacidades básicas requeridas por el Reglamento (en 2014) y para examinar el funcionamiento del Reglamento durante el brote de ebola en África Occidental (en 2016).

INSTAURACIÓN DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS REQUERIDAS POR EL RSI

En 2015, el 34% de los Estados Partes habían cumplido los requisitos del RSI en materia de capacidades básicas. Aunque el Reglamento Sanitario Internacional (2005) establece que los Estados Partes deben, entre otras cosas, notificar a la OMS todos los eventos que puedan constituir una ESPII antes de que transcurran 24 horas desde que se haya evaluado la información concerniente a la salud pública, el Reglamento no cuenta con ningún mecanismo para garantizar la observancia.

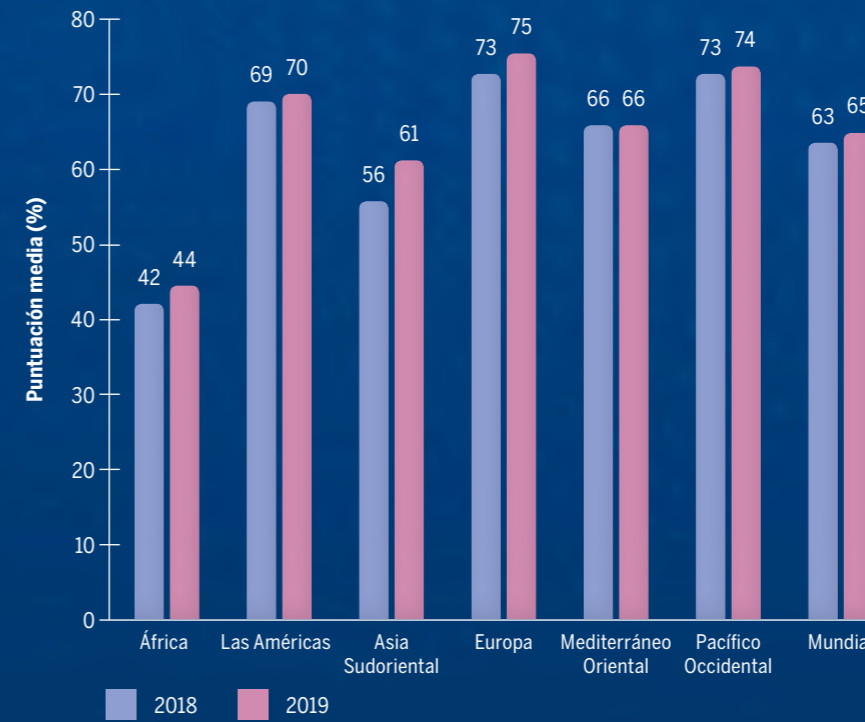
En 2014, los sistemas de salud nacionales afectados por el brote de ebola no pudieron detectar la amenaza con suficiente antelación para organizar una respuesta eficaz. El brote demostró que la capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para brindar protección depende de la capacidad que tengan los Estados Partes para prevenir y detectar las amenazas a la salud y responder a ellas.

El brote también puso de relieve la importancia de la colaboración entre países y contribuyó a reforzar los sistemas de laboratorio, la vigilancia y la movilización de la comunidad. La OMS reevaluó su propia función y asumió un papel operacional más importante a través de su Programa de Emergencias Sanitarias. Con la idea de que no volviese a producirse nunca lo mismo, los Estados Partes solicitaron también un mecanismo más sólido para supervisar y evaluar sus capacidades básicas.

El éxito del RSI a la hora de garantizar la seguridad mundial en materia de salud pública depende de su aplicación, puesta en práctica y cumplimiento plenos por todos los Estados Partes; las consecuencias potenciales del incumplimiento son en sí mismas un poderoso mecanismo de observancia.



REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005): PUNTUACIONES MEDIAS DE LA CAPACIDAD BÁSICA*, POR REGIONES DE LA OMS PARA 2018 Y 2019



* Basadas en la información de 157 Estados Partes que presentaron informes tanto en 2018 como en 2019. Las puntuaciones son promedios de 13 capacidades básicas: C1: Legislación y financiación; C2: Coordinación del RSI y funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI; C3: Eventos zoonóticos y la interfaz entre los seres humanos y los animales; C4: Inocuidad de los alimentos; C5: Laboratorio; C6: Vigilancia; C7: Recursos humanos; C8: Marco nacional para las emergencias sanitarias; C9: Prestación de servicios de salud; C10: Comunicación de riesgos; C11: Puntos de entrada; C12: Eventos químicos; C13: Emergencias por radiación.

Fuente: e-SPAR (<https://extranet.who.int/e-spar>).



LAS CAPACIDADES BÁSICAS HAN MEJORADO, PERO NO LO SUFICIENTE

En respuesta a ello, la OMS elaboró diversos instrumentos y procesos —como el **Marco de seguimiento y evaluación del RSI, planes de acción nacionales sobre seguridad sanitaria** y los **puntos de referencia de la OMS**— para ayudar a los Estados Partes a crear capacidad básica. Se han conseguido mejoras, pero todavía queda mucho por hacer.

A diciembre de 2019:

- 112 Estados Partes se habían ofrecido como voluntarios para una evaluación externa conjunta;
- se habían realizado 125 ejercicios de simulación;
- se habían completado 65 planes de acción nacionales para seguridad sanitaria (31 en África);
- se habían celebrado 31 talleres nacionales de enlace sobre la mejora en la detección y respuesta en la interfaz entre el ser humano y los animales.

En el último bienio, el progreso general en la aplicación relativa a las capacidades básicas mejoró en un 3%, aproximadamente, según datos relativos a 2018 recogidos mediante la **Autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes** (SPAR, por sus siglas en inglés). Si los mejores avances suponen un promedio del 5% aproximadamente en la capacidad de «interfaz entre el ser humano y los animales», esto refleja la necesidad de mejora.

También se vieron avances en otras esferas, como la detección de enfermedades, pero la mayoría de los Estados Partes siguieron mostrando niveles bajos o moderados de preparación nacional general, que también variaban mucho entre Estados.

En un análisis más detallado de la OMS de los datos obtenidos con SPAR, el cual se publicó recientemente en la revista Lancet, se comprobó que solo el 50% de los países tenían «capacidad de preparación operacional» para responder eficazmente a emergencias

como la de COVID-19, mientras que el 17% tenía una preparación «limitada»² (el índice de preparación operacional se basa en 18 indicadores del SPAR). Aproximadamente el 20% de los Estados Partes tienen una capacidad limitada de legislación, y el 25% una capacidad limitada de comunicación de riesgos.

Además, muchas otras capacidades relativas a la preparación (en gobernanza, inversión, capital humano, labor multisectorial y capacidad técnica) eran deficientes. Desgraciadamente, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto todas esas lagunas.

A partir de los datos de SPAR de 2018:³

- 1 de cada 3 Estados Partes tienen una capacidad de prevención y respuesta limitada;
- 52 Estados Partes tienen una capacidad de prevención limitada (zoonosis, inocuidad de los alimentos, prevención y control de infecciones, comunicaciones de riesgos, puntos de entrada);
- 60 Estados Partes tienen una capacidad de respuesta limitada;
- 45 Estados Partes han informado que no tienen ningún mecanismo para financiar la aplicación del RSI.

En las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes y Emergencias de Salud Pública (APSED) ha servido como marco estratégico de acción regional para impulsar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Desde hace más de un decenio, los países de estas regiones han realizado progresos en el fortalecimiento de su seguridad sanitaria mediante la elaboración y aplicación de planes de acción nacional para fortalecer las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

² Con el apoyo de recursos externos se dispone únicamente de muy poca capacidad funcional de forma puntual.

³ <https://extranet.who.int/sph/spar>.

ELEMENTOS VOLUNTARIOS DEL MARCO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL RSI



Todos los Estados Partes han notificado sus capacidades básicas al menos una vez, pero todos deberían hacerlo una vez al año

Presentación del instrumento eSPAR: 13 capacidades revisadas con 24 indicadores de progresos y un nuevo sistema de puntuación de cinco niveles

Preparación de un indicador —promedio de las capacidades notificadas por los países— para contribuir a la medición de la meta del 13.º Programa General de Trabajo

Comienza a funcionar la plataforma eSPAR para la notificación en línea

Los criterios de referencia de la OMS para las capacidades requeridas por el RSI ayudan a los Estados Partes en la elaboración de planes de acción nacionales para la seguridad sanitaria

Propagación internacional de poliovirus naturales

Enfermedad por el virus del Ebola en la República Democrática del Congo

2017 2018

2019



2019

LA PREPARACIÓN OPERACIONAL AYUDA A DETENER LA PROPAGACIÓN DEL EBOLA

Al confirmarse el brote de ebola el 1 de agosto de 2018 en Nord Kivu (República Democrática del Congo), hubo temores de que se produjera una propagación a los nueve países vecinos, entre ellos Uganda. Dada la regularidad con la que se producen movimientos transfronterizos de personas y bienes, y las deficiencias de los sistemas nacionales de salud, el riesgo era muy elevado.

Uganda tiene una larga y porosa frontera con la República Democrática del Congo, a través de la cual se produce una importante actividad comercial. Algunas zonas afectadas en la República Democrática del Congo estaban a tan solo 30 km de distancia de la frontera. Gracias a una evaluación rápida se determinó que el riesgo regional era alto. En la evaluación se tuvo en cuenta la alta densidad de población en Nord Kivu y los

distritos cercanos de Uganda. La OMS envió sobre el terreno equipos para respaldar las actividades de preparación, prestar apoyo técnico, evaluar la preparación utilizando una lista de verificación propia y ayudar a elaborar y aplicar planes nacionales de emergencia. Se intensificó la vigilancia de la enfermedad por el virus del ebola y se formó a equipos de respuesta rápida. La preparación operacional de Uganda para la enfermedad aumentó del 53% al 84%, según la evaluación de las misiones multiinstitucionales especiales realizada entre mayo de 2018 y enero de 2019.

Se comenzó a trabajar en los siete pilares de preparación ante el ebola. Se estableció un centro de operaciones y al menos un centro de tratamiento de la enfermedad, con un equipo capacitado para realizar entierros de forma segura. Se formó a un equipo de respuesta rápida en la detección temprana de casos y se vacunó al personal sanitario de primera línea. Se proporcionaron suministros esenciales (como equipos de protección e instrumentos de vigilancia). Gracias a una comunicación y coordinación rápida entre autoridades de todas las jurisdicciones y a las labores

de detección en los puntos de entrada, así como a las posteriores actividades de respuesta, fue posible reducir el nivel de riesgo.

En Uganda se invirtieron US\$ 18 millones en la preparación contra la enfermedad por el virus del Ebola. Si se hubiera producido un brote, se habría gastado mucho más en las tareas de respuesta: al menos US\$ 31 millones, sobre la base de un gasto de US\$ 15 per cápita durante seis meses. Además, en Uganda se llevó a cabo una evaluación externa conjunta en 2017 que fue muy útil para aumentar la preparación operacional y determinar cuáles eran las carencias.

En junio de 2019, tres miembros de una familia de la República Democrática del Congo que habían entrado en Uganda en busca de atención médica fallecieron de ebola. En este último país se localizaron a unos 108 contactos a los que se les hizo un seguimiento. La enfermedad no se propagó después de ese evento ni de otros eventos detectados en las zonas fronterizas. Eso demuestra la labor que había realizado Uganda para mejorar su capacidad de vigilancia y respuesta. Los esfuerzos de preparación dieron sus frutos para prevenir una epidemia de ebola en la región y en el mundo.

El Reglamento Sanitario Internacional (2005) nunca ha sido más relevante. Es necesario aprovechar todo su potencial y aplicarlo plenamente. Hay que intensificar la labor de capacitación de los países, para lo cual se necesitan firmes compromisos políticos y financieros. Adelantarse a las pandemias de rápida propagación requiere un esfuerzo intenso, inversiones y solidaridad.

También es necesario perfeccionar los instrumentos que se utilizan actualmente para evaluar las capacidades de los países requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Es posible que se necesite una herramienta para medir la preparación de los sistemas de salud y su capacidad de recuperación, a fin de comprobar su resistencia. Los sistemas de salud deben ser lo suficientemente resistentes como para superar las posibles perturbaciones y tener capacidad para hacer frente a un gran aumento de la demanda en caso de crisis sanitaria.

La seguridad sanitaria mundial debe seguir siendo un objetivo prioritario. Y es que el riesgo de que se produzca una segunda ola de COVID-19 o una nueva pandemia sigue presente. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) sigue siendo el único marco jurídicamente vinculante en la OMS para la protección y la respuesta ante la propagación internacional de enfermedades.

DIVERSAS INVERSIONES CONTRIBUYERON A LA PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COREANO

La respuesta de la República de Corea ante la COVID-19 mostró un sistema de salud pública que se había beneficiado recientemente de más de US\$ 250 millones en inversiones. De resultados de una evaluación externa conjunta realizada en 2017 y de las recomendaciones de la OMS tras el brote de enfermedad por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2015, el país mejoró su vigilancia de la morbilidad, los sistemas de laboratorio, la capacitación de los trabajadores de la salud y la prevención y el control de las infecciones.





EN EL ÚLTIMO BIENIO, SE PROTEGIÓ A **108 MILLONES DE PERSONAS DE LA FIEBRE AMARILLA EN ÁFRICA** GRACIAS A CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN

PREVENCIÓN DE EPIDEMIAS Y PANDEMIAS

La OMS trabaja en estrategias mundiales con asociados de diversos ámbitos para prevenir y controlar amenazas infecciosas de alto riesgo y para evaluarlas a nivel regional y nacional.

ELIMINAR LAS EPIDEMIAS DE FIEBRE AMARILLA

En 2019, 59 millones de personas fueron vacunadas en el marco de campañas preventivas masivas. La estrategia **Eliminar las epidemias de fiebre amarilla (EYE)**, puesta en marcha en 2017, representa un hito importante en la lucha contra las enfermedades reemergentes. El objetivo de esa iniciativa sin precedentes es, con ayuda de asociados, vacunar a 1000 millones de personas para 2026 en países africanos de alto riesgo.

Recientemente se actualizó la estrategia en respuesta a los cambios en la epidemiología de la enfermedad, a la reaparición de mosquitos y al incremento en el riesgo de que se produjeran brotes urbanos y la enfermedad se propagase a nivel internacional. Todavía hay tres países de alto riesgo que no han introducido la vacuna en su programa de inmunización sistemática: Etiopía, Sudán del Sur y Uganda. Se calcula que se ha protegido a 125 millones de personas en África gracias a la combinación de campañas rutinarias, preventivas y reactivas.

NIGERIA ACELERA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EYE

Para 2021, más de 85 millones de personas estarán protegidas contra la fiebre amarilla en Nigeria, un país prioritario para la Estrategia EYE. Ya se ha vacunado a más de 46 millones de personas en el marco de las actividades de respuesta ante los brotes y en campañas preventivas de vacunación masiva. Se seguirá trabajando para aplicar plenamente el plan decenal de EYE.

DISMINUCIÓN MASIVA DE CASOS DE CÓLERA

Esa disminución se debió en parte a las campañas de vacunación masiva impulsadas por la estrategia de 2018 **Acabar con el cólera: una hoja de ruta mundial para 2030**, elaborada por la OMS y sus asociados. En el último bienio se envió a los países un mínimo de 41 millones de dosis de vacuna oral contra el cólera. Desde que se creó la reserva de vacuna oral contra el cólera en 2013 con la financiación de la Alianza Gavi para las Vacunas, se han enviado casi 60 millones de dosis a todo el mundo. La OMS ha entregado por transporte aéreo toneladas de suministros.

En 2018, 34 países notificaron a la OMS medio millón de casos de cólera, aproximadamente, y casi 3000 muertes. La mayoría de los casos (se calcula que unos 370 000), se notificaron en el **Yemen**. En el último bienio se vacunó a más de 3 millones de personas vulnerables en tres campañas de vacunación masiva en **Somalia**, el **Sudán** y el **Yemen**, lo que dio lugar a una importante disminución de nuevos casos y de muertes en esos focos.

Sudán del Sur puso fin a su más largo brote de cólera, pasando de 16 000 casos en 2017 a cero casos. Eso demuestra que es posible detener brotes persistentes en zonas endémicas. En enero de 2020, **Haití** notificó un año completo sin ningún caso de cólera. En el **Yemen** se utilizó por primera vez la vacuna oral contra el cólera, pero la destrucción de las infraestructuras de agua y saneamiento en el país ha dificultado la lucha contra la enfermedad.

Bangladesh, **Nigeria**, la **República Unida de Tanzania**, **Somalia**, **Sudán del Sur** y **Zambia** también han realizado importantes avances en la elaboración de planes de acción nacionales en consonancia con la estrategia para Acabar con el cólera.

HAITÍ, LIBRE DE CÓLERA DURANTE UN AÑO

Después de casi diez años de infección, Haití ha notificado no haber registrado ningún caso de cólera durante todo un año. El último caso notificado fue el de un niño de cinco años en enero de 2019, que sobrevivió.

El número de infectados desde que se inició el brote en octubre de 2010 ha sido 820 000, y el de fallecidos casi 10 000. Más de un tercio de la población carece de servicios básicos de agua potable, y dos tercios cuentan con servicios de saneamiento limitados o inexistentes. Para que se certifique la eliminación, el país debe estar libre de cólera durante un total de tres años.

La Región de las Américas de la OMS prestó apoyo al Ministerio de Salud en diversas esferas, entre ellas epidemiología, vigilancia y actividades de laboratorio. La detección y las pruebas rápidas fueron fundamentales. En el marco del proyecto Labo Moto del Ministerio se utilizaron motocicletas para que las enfermeras de campo pudiesen transportar con rapidez muestras desde centros de tratamiento a laboratorios. Eso hizo que el porcentaje de pruebas realizadas de casos sospechosos aumentara del 21% en 2017 al 95% en 2019.

SE INVESTIGÓ LA APARICIÓN DE UN GRUPO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN ALGUNAS ALDEAS DE LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

En enero de 2019 se notificó un grupo de casos de enfermedades respiratorias en una zona remota de la provincia de Phongsaly, en la **República Democrática Popular Lao**. A mediados de febrero se habían notificado 417 casos y 16 muertes entre las minorías de nueve aldeas, las cuales carecían de un acceso adecuado a servicios de salud y tenían problemas de agua y saneamiento.

Se enviaron muestras al Centro Nacional de Laboratorios y Epidemiología del país, al Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas del Japón y a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. También se hizo un seguimiento de los informes de muertes de aves de corral. Según una evaluación rápida, se determinó que el riesgo era alto a nivel provincial, dada la tasa de letalidad y lo poco que se conocía sobre el patógeno. Se volvió a evaluar el riesgo después de que se confirmara en el laboratorio que las muestras eran, en su mayoría, de gripe estacional por A(H1N1)pdm09.



SE HAN REALIZADO AVANCES SIGNIFICATIVOS EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÓLERA A NIVEL MUNDIAL: **EL NÚMERO DE CASOS HA DISMINUIDO EN UN 60% EN 2018**, EN PARTICULAR EN LOS FOCOS PRINCIPALES COMO LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO, SOMALIA Y EL YEMEN



EN 2019 **SE VACUNÓ A UNOS 500 MILLONES DE PERSONAS** CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL

MILLONES DE PERSONAS VACUNADAS CONTRA LA GRIPE

Gracias al **Marco de Preparación para una Gripe Pandémica**, se aseguraron más de 400 millones de dosis de vacuna antipandémica, más del cuádruple de la cantidad disponible en la pandemia de 2009. La OMS recaudó US\$ 200 millones para fortalecer la capacidad nacional de preparación en 72 países. De ellos, 39 países están recibiendo apoyo para elaborar planes de preparación ante una pandemia de gripe que se vinculen a sus planes de acción nacionales de seguridad sanitaria.

Se llevó a cabo una campaña de vacunación con 3000 dosis de vacuna contra la gripe estacional. Se realizaron campañas de sensibilización de la comunidad y se suministraron multivitaminas a madres, con suplementos de vitamina A para casos graves de lactantes. El evento puso a prueba la preparación del sistema, algo indispensable para responder ante una pandemia.

En marzo de 2019, la OMS puso en marcha la **Estrategia Mundial contra la Gripe 2019-2030**, un marco general para abordar la preparación contra la gripe de manera integral mediante el refuerzo de la capacidad de prevención, control y preparación.

La OMS ha reconocido ocho nuevos centros nacionales de lucha contra la gripe, con lo que el número total asciende a 147 en 124 países. En 2019, los laboratorios del sistema mundial recogieron más de 3 millones de muestras, que sirvieron de base para seleccionar la cepa vacunal contra la gripe y apoyar la gestión del riesgo de esta enfermedad.

En 2018-2019, la OMS apoyó la inmunización de más de 50 millones de personas en campañas de vacunación preventiva o reactiva en 13 países africanos, gracias a lo cual pudo confirmarse la eliminación de la epidemia de meningococo del serogrupo A y controlarse siete brotes importantes debidos a otros serogrupos.

El **Grupo Internacional de Coordinación de la Provisión de Vacunas** coordina el suministro de vacunas y antibióticos de emergencia a los países durante brotes importantes. Vela por que haya tratamientos **disponibles**, asegurando reservas y negociando precios justos; por que los países necesitados tengan **acceso** a esos tratamientos; y por que estos se **asignen** de forma equitativa. Durante el último bienio, la OMS y sus asociados suministraron 34 millones de dosis de vacunas de emergencia contra la fiebre amarilla, el cólera y la meningitis, destinadas a 25 millones de personas en 17 países.



LA MENINGITIS SE HA REDUCIDO EFICAZMENTE EN EL «**CINTURÓN DE LA MENINGITIS**» DE ÁFRICA: NO SE HA PRODUCIDO NINGÚN BROTE EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS. SE ESTÁ TRABAJANDO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA **PLATAFORMA DE VIGILANCIA INTEGRADA**

APRENDIZAJE EN TIEMPO REAL PARA LOS ENCARGADOS DE LA RESPUESTA

En el último bienio, el número de inscripciones a los cursos de la nueva plataforma web interactiva de la OMS, **OpenWHO**, aumentó de forma extraordinaria. Como resultado, más trabajadores de primera línea y personas encargadas de la toma de decisiones pudieron acceder a conocimientos para salvar vidas. Mediante OpenWHO, la OMS y sus asociados principales pueden ofrecer conocimientos sobre la contención de brotes y la gestión de emergencias sanitarias a un gran número de encargados de la respuesta en primera línea.

A finales de 2019, se habían registrado 150 000 inscripciones, procedentes de todos los países, a los 70 cursos de OpenWHO.org. Para que un mayor número de gente pudiese acceder a los cursos, estos se ofrecieron en 21 idiomas.

Algunos cursos estuvieron dirigidos a trabajadores de primera línea durante una situación de respuesta real, como el brote de la enfermedad por el virus del Ebola en la República Democrática del Congo. Casi 20 000 trabajadores de primera línea participaron en el curso de salud y seguridad **ePROTECT** para la respuesta a la enfermedad.



LA CAPACIDAD DE RESPUESTA SE REFORZÓ OFRECIENDO UNA FORMACIÓN PRESENCIAL A **1500 PERSONAS EN 25 PAÍSES**





EN 2019:

SE DETECTARON CASI 100 000 SEÑALES DE AMENAZA PARA LA SALUD PÚBLICA

SE INVESTIGARON **500 EVENTOS** EN TODO EL MUNDO

SE REALIZARON **64 EVALUACIONES RÁPIDAS DE RIESGOS** EN 33 PAÍSES

DETECCIÓN RÁPIDA DE EVENTOS

Para salvar vidas es fundamental detectar y verificar con rapidez las posibles emergencias sanitarias. La OMS cuenta con un sistema de vigilancia de eventos en todo el mundo que funciona las 24 horas del día para detectar cualquier amenaza y evento de salud pública.

Se desarrollaron diversas innovaciones en el marco del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, entre ellas:

- la **plataforma de inteligencia epidemiológica de fuente abierta**, para reforzar la detección precoz de cualquier emergencia o evento grave de salud pública;
- el **sistema de cartografía de la disponibilidad de recursos de salud**, para evaluar y controlar el acceso a la atención sanitaria;
- el **sistema de pronta alerta y respuesta**, para recopilar con rapidez datos de campo mediante un instrumento desarrollado para ese fin (utilizado en emergencias en cuatro países);
- el **análisis geoespacial**, para respaldar la toma de decisiones con información en mapas e infografías.

LUCHAR CONTRA LAS «INFODEMIAS»

Al tiempo que gestiona la pandemia de COVID-19, la OMS está teniendo que hacer frente al problema de la profusión de información, alguna correcta y otra no, que dificulta a la gente encontrar fuentes fiables con las que orientarse. Debido a la elevada demanda de información oportuna y fiable sobre la COVID-19, la OMS ha establecido la **Red de Información sobre Epidemias (EPI WIN)**, en la que colaboran estrechamente equipos técnicos y equipos especializados en redes sociales para detectar información falsa, bulos y rumores, y responder ante ellos con información concreta y pruebas para actuar.

RESPONDER A LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

HACER FRENTE A LAS DIFICULTADES MÁS COMPLEJAS

El mundo está intentando superar emergencias sanitarias de magnitud y forma desconocidas hasta la fecha. Cada año se producen más de 200 brotes; en muchos de ellos se presentan problemas particulares y en otros se trata de enfermedades nuevas que aparecen en zonas vulnerables.

La OMS respondió a emergencias de grado 3 (el grado más alto en la escala de gravedad) en Mozambique, la República Democrática del Congo y el Yemen, así como a emergencias prolongadas de gran escala en Nigeria, la República Árabe Siria, Somalia y Sudán del Sur. Todas las emergencias de grado superior se gestionan a través del sistema de gestión de incidentes de la OMS.

Se han realizado importantes progresos en la gestión de brotes epidémicos. La OMS ha adaptado y optimizado sus operaciones cuando ello ha sido necesario. El **Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias** permite a la OMS responder con rapidez —a menudo en 24 horas o menos— con fondos no asignados a fines específicos, lo que proporciona una flexibilidad crucial. En 2019 se desembolsaron US\$ 83 millones del Fondo para agilizar las actividades de respuesta a emergencias de la OMS. El mecanismo del **Proyecto de investigación y desarrollo** ha dado prioridad a las investigaciones para proporcionar una respuesta eficaz, en particular mediante la precalificación de medicamentos y vacunas.



EN 2019 SE FACILITARON 1328 PRODUCTOS DE **INFORMACIÓN GEOESPACIAL** PARA LAS CRISIS DE LA **ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL EBOLA**, LA **ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE ZIKA**, LA **FIEBRE AMARILLA**, EL **CÓLERA**, EL **SARAMPIÓN**, LA **MENINGITIS**, LA **PESTE**, LA CRISIS DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA DEL CUERNO DE ÁFRICA Y OTRAS **CRISIS HUMANITARIAS**



LA ORGANIZACIÓN RESPONDIÓ A **55 EMERGENCIAS** EN MÁS DE **44 PAÍSES** Y TERRITORIOS EN **2019**



CADA AÑO, MÁS DE **200 MILLONES** DE PERSONAS SE VEN AFECTADAS POR SITUACIONES DE EMERGENCIA, Y **130 MILLONES DE ELLAS NECESITAN ASISTENCIA HUMANITARIA**



LA OMS RESPONDIÓ DE FORMA INMEDIATA: **UN DÍA DESPUÉS DE LA CONFIRMACIÓN DEL BROTE**, EL EQUIPO DE LA OMS LLEGÓ AL LUGAR. A LOS CINCO DÍAS, **EL DIRECTOR GENERAL DE LA OMS ESTABA ALLÍ**

ORGANIZAR UNA RESPUESTA EFICAZ AL BROTE DE EBOLA

En agosto de 2018, la OMS se enfrentó a lo que un organismo de asistencia describió como «una de las emergencias sanitarias más complejas que ha visto el mundo»: el brote de enfermedad por el virus del Ebola en la zona oriental de la República Democrática del Congo. La OMS perseveró a pesar de la peligrosa situación de inseguridad hasta que, finalmente, se detuvo el brote al cabo de 18 meses. Durante ese mismo periodo, la OMS respondió también a una crisis humanitaria asociada a las poblaciones desplazadas en la región de Kasai de ese mismo país.

El 1 de agosto de 2018 se confirmó un brote de enfermedad por el virus del Ebola en Mangina, una pequeña localidad de la provincia de Nord-Kivu, en la zona oriental de la República Democrática del Congo, marcada desde hace tiempo por un conflicto violento. El brote presentaba dificultades extraordinarias y sin precedentes que supondrían un desafío para cualquier entidad de salud pública. ¿Cómo respondería la OMS?

La OMS respondió de forma inmediata: un equipo humano llegó tan solo un día después. En las 48 horas siguientes, el entonces Director Regional de Emergencias Dr. Ibrahima Socé Fall, procedente de Brazzaville, tuvo que cruzar el río Congo en barco para llegar a Kinshasa y continuar viaje en avión hasta Goma, en helicóptero hasta Beni y por carretera hasta Mangina. Llegar tan rápidamente a esa ubicación remota no fue tarea fácil. Cinco días después de que se confirmase el brote, el Director General de la OMS estaba allí.

La respuesta del Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo, que la OMS respaldó junto con sus asociados, fue descrita como una de las respuestas más rápidas de la historia a un brote de ebola. El equipo de respuesta a los brotes —que acababa de contener con éxito en menos de tres meses un brote con 54 casos en la provincia de Équateur, en el oeste del país— emprendió rápidamente actividades de prevención y control desplegando con celeridad laboratorios móviles, suministros para la vacunación y reservas de una vacuna experimental eficaz. El ambiente era optimista, y en septiembre se observaron indicios de progreso.

Sin embargo, esta emergencia sanitaria resultó ser una de las más complejas nunca registradas. El brote de la provincia de Nord-Kivu, en el este del país y a 1500 km de la capital, afectaba a una zona de guerra muy volátil desgarrada por conflictos étnicos, sociales y políticos y con presencia activa de milicias armadas. Un millón de personas desplazadas recorrían la provincia, y un número aún mayor requería asistencia aunque esta apenas llegaba. Los servicios y el apoyo eran mínimos, y los centros sanitarios estaban fragmentados y carecían de reglamentación. Era una «tormenta perfecta» para propiciar una crisis incluso aunque las medidas de respuesta fueran las correctas.



LA RESPUESTA DEL **MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO**, QUE LA OMS RESPALDÓ JUNTO CON SUS ASOCIADOS, FUE DESCRITA COMO **UNA DE LAS RESPUESTAS MÁS RÁPIDAS DE LA HISTORIA A UN BROTE DE EBOLA**

Enfermedad por el virus del Ebola en la República Democrática del Congo

1 de agosto

se declara una emergencia de grado 3; se aprueba el desembolso de US\$ 2 millones del Fondo para Contingencias Relacionadas con Emergencias; llegan a Nord-Kivu equipos de respuesta de la OMS procedentes de la provincia de Équateur; se establecen en Beni y Mangina laboratorios con capacidad para realizar pruebas GeneXpert

4 de agosto

se establecen unidades de tratamiento del ebola en Beni y Mangina

2018

8 de agosto

comienza la vacunación

10 de agosto

los primeros pacientes reciben tratamientos en fase de investigación

21 de agosto

se autoriza el uso compasivo de los cinco tratamientos en fase de investigación

7 de noviembre

comienza en Uganda la vacunación del personal de primera línea

20 de noviembre

se aprueba un ensayo aleatorizado controlado de un tratamiento contra la enfermedad por el virus del Ebola

24 de marzo

el brote alcanza los 1000 casos

3 de junio

el brote supera los 2000 casos

11 de junio

se confirma el primer caso de enfermedad por el virus del Ebola en Uganda

14 de julio

se confirma el primer caso de enfermedad por el virus del Ebola en Goma

2019

17 de julio

se declara el brote como emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII)

28 de agosto

el brote supera los 3000 casos

19 de diciembre

la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos autoriza la primera vacuna para la prevención de la enfermedad por el virus del Ebola

17 de febrero

por primera vez desde el comienzo del brote no se notifica ningún caso confirmado de enfermedad por el virus del Ebola

2 de marzo

tras el segundo resultado analítico egativo del último caso confirmado comienza la cuenta atrás para declarar el fin del brote

10 de abril

se confirma un caso nuevo de enfermedad por el virus del Ebola en Beni

2020

MOVILIZACIÓN DE EXPERTOS

Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, la OMS respaldó los principales pilares de la respuesta en las provincias de Nord-Kivu, Sud-Kivu e Ituri, para lo cual recurrió a especialistas técnicos de 70 asociados especializados en prevención y control de infecciones, comunicación e interacción en materia de riesgos, laboratorios, y logística.

Los principales asociados fueron:

- **Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional**
- **Alliance for International Medical Action**
- **Banco Mundial**
- **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África**
- **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos**
- **Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido**
- **Entidades de las Naciones Unidas, entre ellas la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en la República Democrática del Congo**
- **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**
- **Instituto Nacional de Investigaciones Biomédicas de la República Democrática del Congo**
- **Médecins sans frontières**
- **Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja**
- **Organización Internacional para las Migraciones**
- **Programa Mundial de Alimentos**
- **Protección Civil de la República Democrática del Congo**
- **Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas**
- **Public Health England.**

Otros asociados, especialmente redes que ayudaron a desplegar a los expertos y equipos humanos:

- **Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos**
- **Red de Laboratorios sobre Agentes Patógenos Emergentes y Peligrosos**
- **Red de Respuesta y Evaluación Clínica de Enfermedades Emergentes**
- **Iniciativa de equipos médicos de emergencia**
- **Asociados y centros colaboradores regionales.**

CENTRARSE EN LO BÁSICO: PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Una de las primeras tareas de la OMS fue cerrar un pequeño hospital de Mangina que constituía un foco de infección. El centro se reabrió tras ser adecuadamente descontaminado.

La atención que se prestaba en los establecimientos sanitarios locales implicaba el uso de terapias tradicionales, unas prácticas de inyección poco seguras y una prevención y control de infecciones muy deficiente. Faltaba jabón, y la mitad de los centros sanitarios carecían de agua corriente. La OMS tuvo que partir de cero para enfrentarse a una enfermedad extremadamente contagiosa.

Inicialmente, muchos de los casos observados se daban en niños. Resultó que, durante un brote de paludismo en Beni, muchos centros sanitarios habían reutilizado varias veces el material para inyecciones en niños con paludismo y habían propagado así el virus del Ebola. Se formó repetidamente a los trabajadores sanitarios para actuar adecuadamente ante el ebola, pero aun así los establecimientos de salud seguían muchas veces contribuyendo a amplificar el brote. La OMS llevó a cabo una campaña para fomentar la administración oral de medicamentos y la utilización y manipulación seguras de las agujas.

SUPERAR LOS OBSTÁCULOS PARA EL TRANSPORTE DE SUMINISTROS CONTRA EL EBOLA

Garantizar la entrega diaria de unas tres toneladas de suministros para la respuesta al ebola no resultó fácil en una zona de difícil acceso en la que circulaban rebeldes armados. Se emplearon más de 400 motocicletas, un avión y dos helicópteros para facilitar las operaciones, especialmente en las zonas a las que resultaba más difícil llegar. Expertos en logística «volantes» ayudaron a resolver problemas como la descontaminación o la perforación de pozos de agua.

Nunca llegó a haber desabastecimiento:

- se mantuvo la cadena de frío a -80 °C para la vacuna contra el ebola
- se suministraron más de 17 millones de guantes, 2 millones de mascarillas, 900 000 batas y 200 000 dosis de vacuna
- una unidad de cadena de suministro de la OMS organizó 745 transportes de carga internacionales para suministrar más de 1000 toneladas de productos médicos entre agosto de 2018 y febrero de 2020.



CONSTRUIR PUENTES PARA LA COMUNIDAD

A diferencia de anteriores brotes de la enfermedad por el virus del Ebola, el equipo de respuesta contaba esta vez con una herramienta poderosa: una vacuna eficaz. Sin embargo, una vacuna solo es eficaz si la población la acepta y si se consigue administrarla. Otros instrumentos necesarios para combatir la enfermedad también se enfrentaron a conatos de resistencia en la comunidad: así sucedió con el rastreo de los contactos, los tratamientos farmacológicos y los entierros seguros y dignos.

Existía poca información sobre la enfermedad por el virus del Ebola, nueva en la zona, mientras que otras amenazas —entre ellas la violencia— eran más visibles. Circulaban sospechas de que la enfermedad era una estratagema del Gobierno para obtener ayuda monetaria.

El diálogo con las comunidades resultó esencial para comprender las preocupaciones que había detrás de la reticencia. Las intervenciones se adaptaron en respuesta a las preocupaciones y necesidades de cada comunidad. Obligar a los pacientes a cumplir las normas de bioseguridad implicaba el riesgo de provocar desafección. Las alianzas con las comunidades ayudaron a facilitar las actividades de respuesta. Se formó a miembros de la comunidad para que sensibilizasen a las familias sobre las prácticas de entierro seguras y la descontaminación de las áreas afectadas, un proceso que se repitió cada vez que el personal de respuesta llegaba a una zona nueva. A veces, primero había que combatir brotes de otras enfermedades como el paludismo o el sarampión. En ocasiones, para ganarse la confianza de las comunidades la OMS y los asociados las respaldaban en formas poco habituales que iban mucho más allá de su papel tradicional. Por ejemplo, se rehabilitó una carretera de 12 km entre dos localidades próximas a Mangina construyendo cuatro puentes: esto permitió reducir el tiempo de viaje de cuatro horas a solo una hora, un gran avance para los habitantes que necesitaban recibir atención médica.

La OMS también desplegó a 20 especialistas en antropología social, lo que supuso un vuelco importante. A lo largo de la epidemia, la OMS fue empleando a una proporción cada vez mayor de trabajadores locales.

TENACIDAD Y VALOR DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS

No cabe duda de que el éxito de la labor de respuesta dependió del enorme valor y tenacidad de los trabajadores sanitarios, quienes mantuvieron su dedicación a pesar de la amenaza de una violencia aterradora.

Los trabajadores sanitarios pusieron en juego su vida para enfrentarse a una de las enfermedades más peligrosas en una de las zonas del mundo más peligrosas.

Acudir al trabajo a pesar del riesgo de ataques fue «lo más duro de la tarea».

La OMS documentó 420 ataques contra centros sanitarios durante el brote,⁴ que causaron 11 muertos y 86 heridos entre el personal sanitario y los pacientes. La gente tuvo que pasar horas escondida detrás de un armario o en el lecho de un río para huir de la violencia. Kaswerma, a quien atacaron en el campamento de Biakato, recuerda recibir un machetazo en la cabeza, huir a la carrera y permanecer agazapada en un cuarto durante varias horas. Los equipos de vacunación y enterramiento también fueron apedreados en algunas comunidades.

En algunos casos, los ataques obligaron a suspender temporalmente las actividades de respuesta, con la consiguiente propagación de la infección al no investigarse los casos sospechosos ni realizarse enterramientos seguros y dignos.

Conscientes de la grave amenaza de bioseguridad que suponía la enfermedad por el virus del Ebola, la práctica totalidad de los 900 empleados de la OMS y el personal de muchos otros asociados perseveraron firmemente en su trabajo, una contribución que el mundo no debe olvidar.



«COLEGAS VALIENTES QUE YA ESTÁN COMBATIENDO EL BROTE DE EBOLA SE ENFRENTAN A UNA AMENAZA AÚN MAYOR: LA DE SER ATACADOS POR COMBATIENTES CON MACHETES, ARMAS DE FUEGO Y MALAS INTENCIONES».

Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Director General de la OMS

⁴ Desde el inicio del brote el 1 de agosto de 2018 hasta el 3 de marzo de 2020.



EL PRECIO MÁS ALTO POR PRESERVAR LA SEGURIDAD MUNDIAL

El epidemiólogo **Dr. Richard Valery Mouzoko Kiboung** siempre estaba dispuesto a ir allí donde más necesitaban su ayuda. Era un apasionado de la salud pública y trabajó incansablemente para combatir las enfermedades infecciosas en comunidades vulnerables de su Camerún natal.

Desplegado por la OMS en el marco de la respuesta al ebola en la República Democrática del Congo, estaba preocupado por la seguridad, al igual que otros, pero acudió a primera línea para salvar vidas. El 19 de abril de 2019 resultó muerto en un ataque contra el Hospital Universitario de Butembo. Sus colegas lo describieron como «un auténtico profesional y un excelente jefe de equipo», una persona altruista, compasiva y amable. Su fallecimiento supone una inmensa pérdida para Camerún y para la comunidad de salud pública. Deja mujer y cuatro hijos.

EL DR. TEDROS DIRIGIÓ LA LUCHA SOBRE EL TERRENO

El liderazgo presencial del Director General de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, fue decisivo para la labor de respuesta. El liderazgo del Dr. Tedros marcó el tono de la respuesta y movilizó a todos en el combate contra la enfermedad, desde los trabajadores sanitarios locales hasta los presidentes. Una de sus primeras medidas fue conseguir de los países que rodean la República Democrática del Congo el máximo compromiso político con la mejora de la seguridad, algo que resultaría crucial para detener la propagación del virus. La presencia visible sobre el terreno del Dr. Tedros —que viajó en varias ocasiones a Nord-Kivu, donde pasó tiempo hablando con los intervinientes en la respuesta y con las comunidades locales— ayudó a infundir ánimos al personal y a movilizar a los líderes locales en la lucha contra el ebola. El Dr. Tedros designó al Dr. Socé Fall, en la actualidad Subdirector General para Respuesta a Emergencias, para dirigir las operaciones en la zona cero, y le indicó que no regresase a Ginebra hasta finalizar la tarea. El Dr. Socé Fall permaneció 11 meses sobre el terreno hasta que se interrumpió la transmisión de la enfermedad.

AVANCES CIENTÍFICOS INNOVADORES: UN FACTOR DE CAMBIO RADICAL

La respuesta al brote de enfermedad por el virus del Ebola en el este de la República Democrática del Congo fue distinta a la de brotes anteriores gracias a avances científicos pioneros.

En 2016, la OMS puso en marcha su **proyecto de investigación y desarrollo**, una iniciativa para acelerar la investigación de pruebas analíticas, vacunas y medicamentos con el fin de evitar una crisis a gran escala en caso de epidemia. Esto sentó las bases para avanzar en una vacuna y en tratamientos capaces de salvar vidas.

La **vacuna rVSV-ZEBOV contra el ebola**, que empezó a utilizarse una semana después de que comenzara el brote epidémico en agosto de 2018, salvó vidas y frenó la propagación de la enfermedad por el virus del Ebola. La OMS precalificó la vacuna en noviembre de 2019, un paso crucial para acelerar la autorización, el acceso y el despliegue. Fue la primera vacuna contra el ebola en ser precalificada, en lo que supuso el proceso de precalificación de vacunas más rápido de la historia. La vacuna continuará utilizándose en el marco de un protocolo de investigación, para lo cual se ha formado a más de 400 personas en la República Democrática del Congo.

Dos medicamentos en fase de investigación reducen notablemente la mortalidad, especialmente si se administran precozmente. Durante el brote anterior se llevó a cabo un ensayo sobre estos fármacos, lo que demuestra que es posible llevar a cabo investigaciones de calidad en el marco de un brote epidémico. La mortalidad de los pacientes puede reducirse a casi la mitad (un 35%) siempre que acudan pronto a recibir tratamiento.

La OMS también llevó a cabo **estudios sociológicos** para orientar las estrategias empleadas en la respuesta.

La tecnología **GeneXpert** de reacción en cadena de la polimerasa se empleó en 11 laboratorios para respaldar numerosas actividades relacionadas con la atención a los pacientes, la vigilancia epidemiológica y la investigación y el desarrollo. A menudo, los resultados estaban disponibles en 24 horas. Se formó a personal nacional en relación con el diagnóstico de la enfermedad por el virus del Ebola, y se equipó también a los laboratorios para diagnosticar otras enfermedades.

UNA TAREA HERCÚLEA PARA LLEGAR AL FINAL

El 3 de marzo de 2020, el personal sanitario del centro de tratamiento del ebola de Beni celebró el alta de la última paciente, Masiko. Llegar hasta allí supuso una tarea hercúlea, después de un pico de 120 casos semanales separados por distancias de hasta 1200 km. Estas fueron las cifras del brote:

- 166 millones de pruebas de detección de síntomas del ebola en fronteras o puntos de control
- 3000 centros sanitarios designados para el apoyo a la prevención y el control de infecciones

- 300 000 personas vacunadas
- 11 laboratorios que analizaron unas 3500 muestras semanales (más de 190 000 muestras en total)
- 11 centros para el tratamiento de pacientes con ebola
- 26 000 entierros seguros y dignos
- Más de 1000 toneladas de material suministrado.

La OMS y sus asociados se mantienen en estado de respuesta activa hasta que se declare el fin del brote. Por consiguiente, cuando el 10 de abril se notificó un caso nuevo en la República Democrática del Congo, el país estaba listo para la respuesta. «Esto no hace sino demostrar que no podemos bajar la guardia. Debemos estar siempre preparados para responder», afirma el Dr. Michael Ryan, Director Ejecutivo del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.



TAMBIÉN SE ENVIARON MEDICAMENTOS PARA **10 000 PERSONAS** DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE TRAUMATISMOS Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESPUESTA A LOS DESASTRES

Además de su papel en los brotes, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS también responde a los desastres, cuya frecuencia y gravedad se prevé que aumenten como consecuencia del cambio climático.

CUIDAR DE LA SALUD TRAS UN CICLÓN

En marzo de 2019, el ciclón tropical Idai golpeó a tres países africanos afectando a 1,6 millones de personas y dañando gravemente 55 establecimientos sanitarios. La OMS respondió con rapidez para evitar que los brotes de enfermedad supusieran una segunda catástrofe, para lo cual desplegó un equipo de expertos para colaborar con los ministerios de salud, así como 20 equipos médicos de emergencia para proporcionar atención vital. También se enviaron medicamentos para 10 000 personas destinados a la atención de traumatismos y la atención primaria de salud.

La OMS ayudó al Ministerio de Salud de Mozambique a mantener las competencias directas de coordinación y notificación en relación con todas las actividades, lo que constituye un ejemplo de coordinación en el ámbito local. La OMS coordinó a más de 48 asociados del Grupo de Acción Sanitaria y desplegó a expertos de todos los niveles de la OMS y de la **Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos** para ayudar a establecer un sistema de vigilancia de enfermedades. En respuesta al aumento de casos de cólera, la OMS y sus asociados suministraron inmediatamente más de 800 000 dosis de vacuna oral contra esta enfermedad en una campaña de vacunación masiva que alcanzó un porcentaje de cobertura notificado del 98,5% y evitó así un desastre en potencia. También se proporcionaron unos 900 000 mosquiteros tratados con insecticida para prevenir un aumento de los casos de paludismo.

PREVENCIÓN DE CRISIS SANITARIAS EN ENTORNOS FRÁGILES

Alrededor de una cuarta parte de la población mundial —dos mil millones de personas— vive en entornos frágiles, en conflicto y vulnerables, donde pueden faltar servicios de salud básicos. Aproximadamente el 70% de todos los casos relacionados con brotes epidémicos —como los asociados al cólera, el sarampión o la fiebre amarilla—, así como el 60% de las muertes maternas prevenibles y aproximadamente la mitad de todas las muertes infantiles, tienen lugar en este tipo de entornos.

La función de la Organización como proveedor de último recurso de servicios de salud y su capacidad de desplegar personal de refuerzo han demostrado ser cruciales.

DOCUMENTACIÓN DE LOS ATAQUES CONTRA LA ATENCIÓN SANITARIA

En la **República Árabe Siria**, entre 2016 y 2019 se confirmaron en total 494 ataques contra centros sanitarios, de los que el 68% se registraron en el noroeste del país, una zona donde solo permanecen abiertos la mitad de los centros sanitarios. La OMS denuncia estos ataques, recopila pruebas al respecto y promueve prácticas

óptimas para la protección de la atención sanitaria en el marco de la iniciativa **Ataques contra la Atención Sanitaria**.

Dicha iniciativa ha puesto en marcha el **Sistema de Vigilancia de Ataques contra la Atención Sanitaria**, que documenta este tipo de ataques en diferentes países. Los

datos recogidos por este sistema se han utilizado en diversos foros como base probatoria para iniciar un diálogo sobre la necesidad de proteger a los centros sanitarios y a los civiles frente a los ataques y de adoptar medidas de carácter político y técnico al respecto.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BÁSICOS EN EL YEMEN



EN EL YEMEN, LA OMS Y SUS ASOCIADOS HAN PROPORCIONADO ASISTENCIA SANITARIA A **10 MILLONES DE PERSONAS**

En el Yemen, que sufre la peor crisis humanitaria del mundo, 20 millones de personas necesitan asistencia sanitaria. La OMS colabora con el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Población para cubrir deficiencias críticas en la prestación de atención sanitaria básica. La OMS proporciona ayuda directa a 49 hospitales y apoya a más de 3000 centros sanitarios junto con sus asociados.

En respuesta al mayor brote de cólera nunca registrado (casi 2,3 millones de casos al final de 2019), la OMS amplió sus operaciones y apoyó la creación de 333 equipos multidisciplinares de respuesta rápida. En 2019, la OMS suministró 6261 botiquines contra el cólera y 476 391 unidades de solución de lactato de Ringer con el correspondiente material de infusión intravenosa y garantizó el suministro de unos 19 millones de litros de agua no contaminada a los establecimientos de atención sanitaria y centros de tratamiento de la diarrea. Además, en las campañas llevadas a cabo en distritos de alto riesgo se administraron 3,1 millones de dosis de vacuna oral contra el cólera.

La OMS también puso en marcha el puente aéreo médico de las Naciones Unidas para transportar a pacientes que necesitaban atención médica no disponible en Yemen a centros de otros países acordados de antemano. Gracias a los inmensos esfuerzos diplomáticos de las Naciones Unidas y de algunos Estados Miembros, en febrero de 2020 tuvo lugar el primer vuelo de este puente aéreo médico, que transportó a un grupo de pacientes yemenitas desde Sanaa hasta Ammán (Jordania) para recibir atención especializada.



CIFRAS BÁSICAS PARA 2018-2019: PROGRAMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA OMS



Presupuesto por programas aprobado: US\$ 554 millones



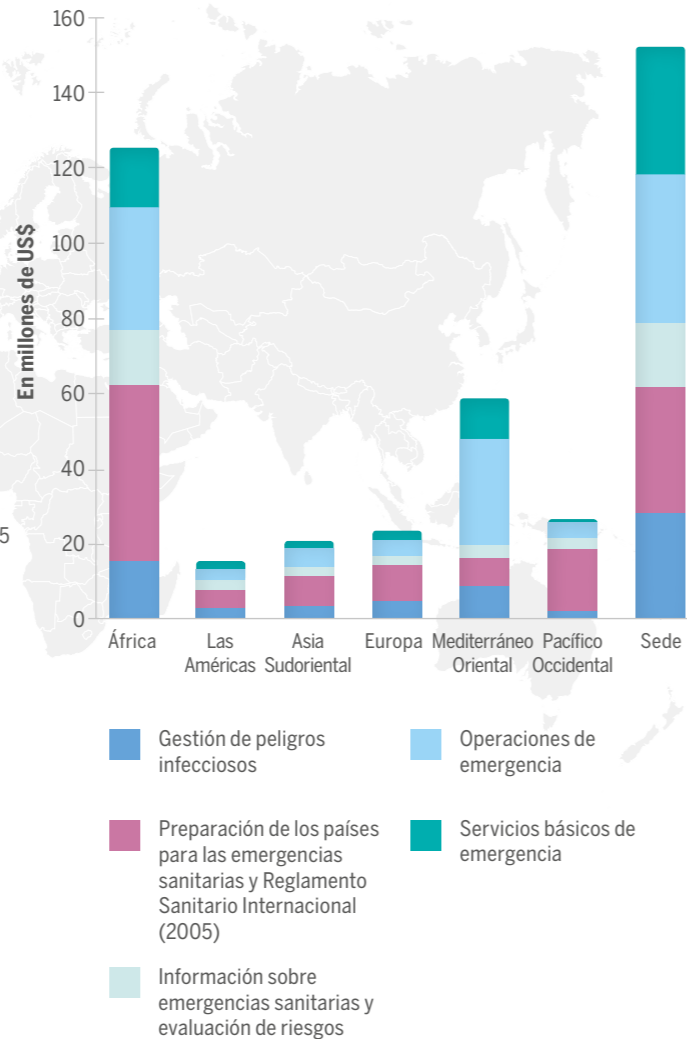
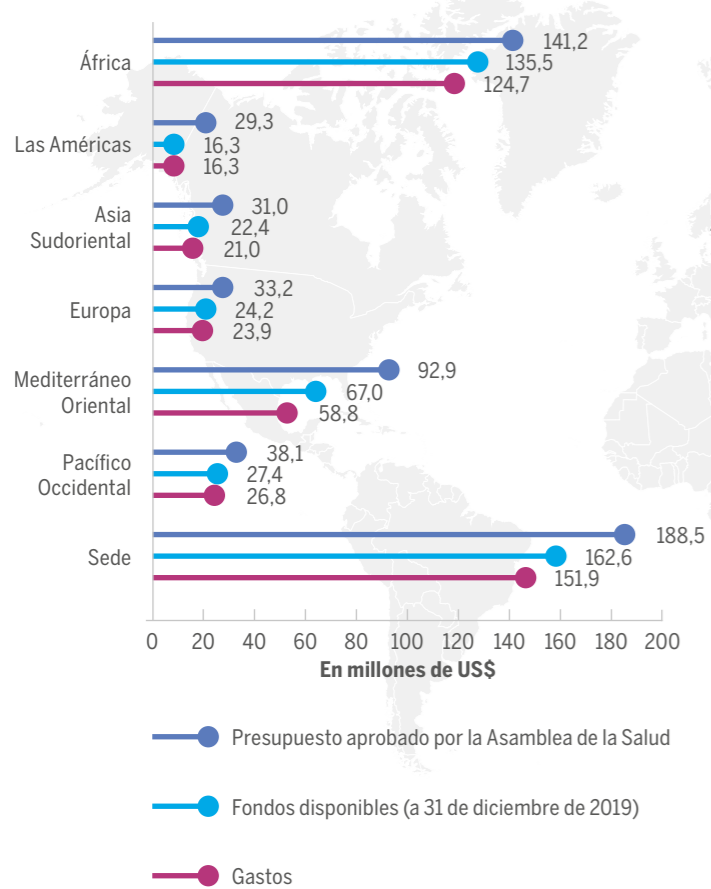
Fondos disponibles: US\$ 456 millones
(82% del Presupuesto por programas)



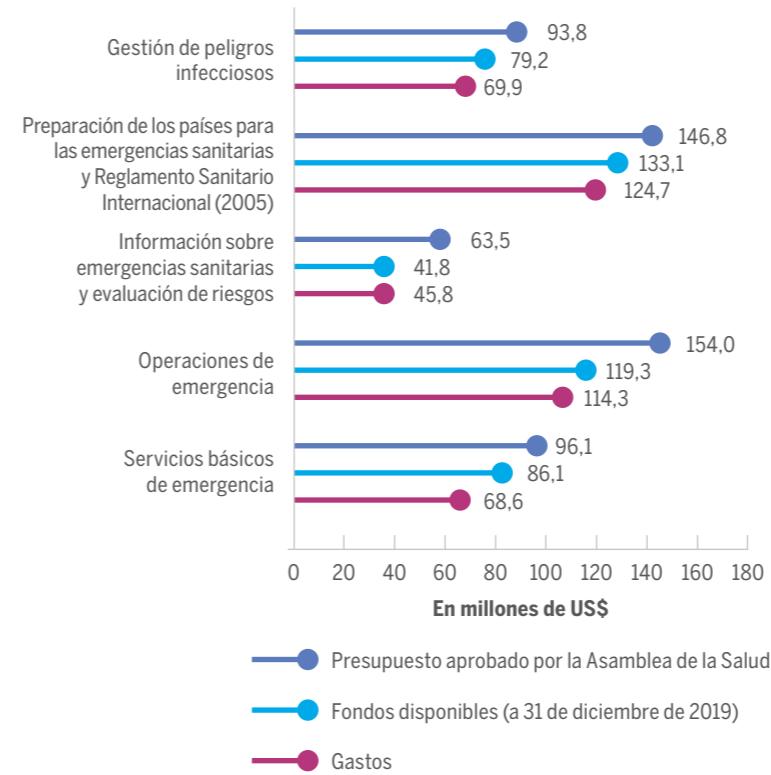
Gastos: US\$ 423 millones
(76% del presupuesto aprobado; 93% de los recursos disponibles)

PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS, DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)

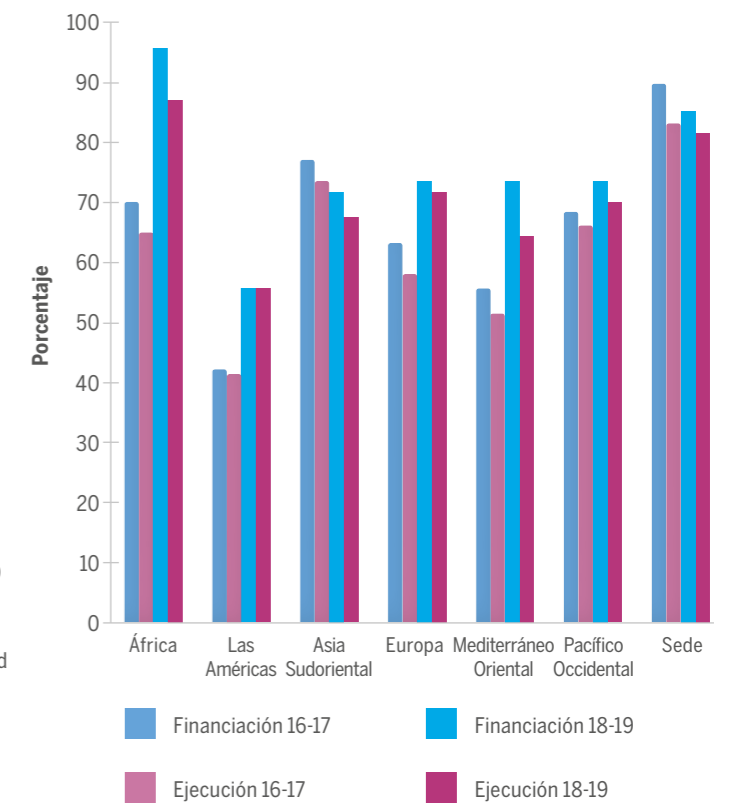
GASTOS DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS, POR OFICINA PRINCIPAL Y ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS, DESGLOSADOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



NIVEL DE FINANCIACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DE LOS PROGRAMAS PARA 2016-2017 Y 2018-2019



Por primera vez, en 2018-2019, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS se integró plenamente en el presupuesto del Programa de la Organización. El presupuesto bienal completo de esta categoría ascendió a US\$ 554 millones, es decir, el 16% del presupuesto básico aprobado por la Asamblea de la Salud para 2018-2019. Fue la tercera categoría técnica más importante, después de las enfermedades transmisibles y los sistemas de salud.

Tras su establecimiento en 2016, han sido necesarios cierto tiempo y recursos para establecer una dotación de personal adecuada y para ampliar las actividades del Programa en los tres niveles. Aunque persisten varios problemas, al final del bienio se lograron buenos progresos, que se pusieron a prueba durante el brote de ebola en la República Democrática del Congo. Al final del bienio, el Programa estaba respondiendo a más de 60 emergencias clasificadas como activas.

Al final del bienio se había financiado el 82% del presupuesto aprobado para el Programa, incluidas las asignaciones de fondos institucionales flexibles a un nivel equiparable a los de las otras dos categorías técnicas no financiadas en su totalidad. La incapacidad para financiar íntegramente el presupuesto del Programa continúa siendo uno de los principales obstáculos para consolidar la capacidad de preparación y respuesta en todas las regiones.

Ninguna oficina principal se financió por completo en 2018-2019; sin embargo, con excepción de la Sede y de la Región de Asia Sudoriental, todas las oficinas regionales aumentaron el nivel de financiación de sus respectivos presupuestos con respecto a 2016-2017. En las regiones de África y del Mediterráneo Oriental se registraron aumentos sustanciales, lo cual demuestra la buena correlación entre el nivel de las operaciones de emergencia y el apoyo técnico general necesario. En la Región de África, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS ocupó el segundo lugar de las categorías técnicas en cuanto al nivel de financiación y ejecución.

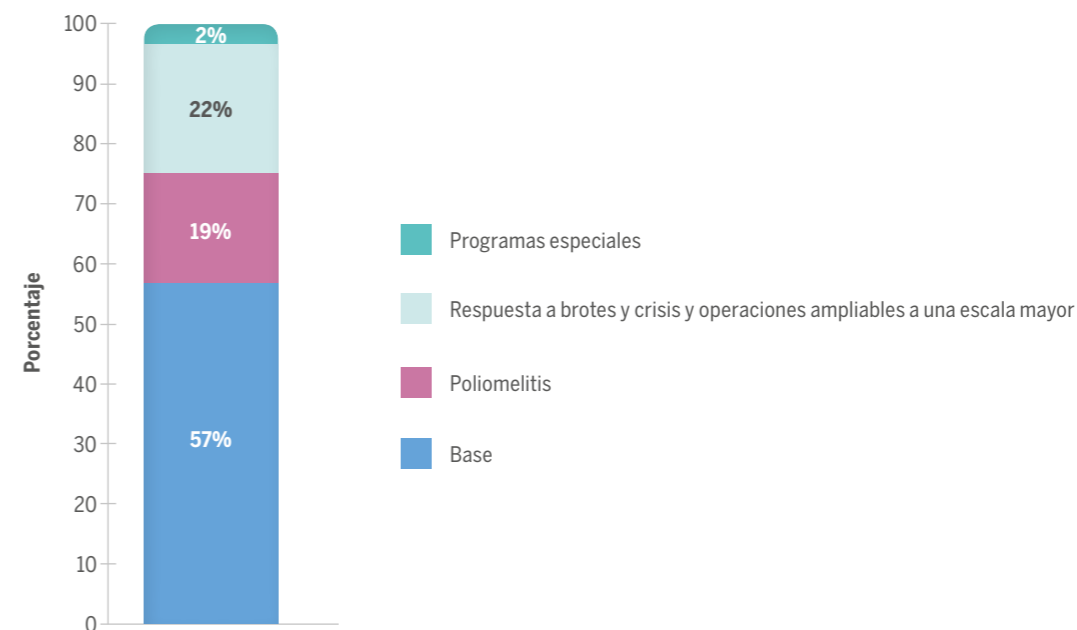
En el área programática Preparación de los países para las emergencias sanitarias y Reglamento Sanitario Internacional (2005), que fue la que obtuvo un porcentaje más alto de su financiación prevista (un 91%), se registró un aumento sustancial con respecto a 2016-2017; fue la mayor área programática de esta categoría en todas las regiones, excepto en la del Mediterráneo Oriental. El área programática Información sobre emergencias sanitarias y evaluación de riesgos fue la menos financiada (un 66%). Aunque su financiación también mejoró en comparación con 2016-2017, el incremento fue escaso y la proporción de fondos procedentes de contribuciones voluntarias para fines especificados fue significativamente inferior a la de las demás áreas programáticas.

La ejecución del presupuesto aprobado del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS fue del 76%, al igual que en otras categorías con un nivel de financiación similar. No obstante, la ejecución de los recursos disponibles fue elevada (un 93%). La oficina principal (la Oficina de la OMS en la Región de África) y el área programática (Preparación de los países para las emergencias sanitarias y Reglamento Sanitario Internacional [2005]) mejor financiadas fueron también las que más ejecutaron su presupuesto.

Por consiguiente, se comprobó que había una relación directa entre la ejecución, medida en relación con el presupuesto del Programa aprobado, y la disponibilidad de fondos: las áreas con altos niveles de financiación tenían niveles más altos de ejecución presupuestaria. Lo mismo se observó en las categorías Enfermedades no transmisibles y Promoción de la salud en el curso de la vida, lo cual indica que la capacidad de ejecutar el presupuesto previsto guarda relación con el grado de obtención de la financiación planificada.

En suma, aunque tanto la financiación como la ejecución del presupuesto del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS aumentaron en 2018-2019, todavía tienen margen de mejora. Aunque la Secretaría dio prioridad al Programa en la distribución de los fondos temáticos e institucionales flexibles, que representaron cerca del 48% de la financiación en 2018-2019, esos recursos no bastaron para financiar de forma plena y equitativa el presupuesto en todas las áreas y oficinas principales. Es necesario aumentar los recursos voluntarios para ejecutar por completo el Presupuesto por programas previsto y garantizar que 1000 millones de personas más estén mejor protegidas contra las emergencias sanitarias actuales y futuras.

PORCENTAJE DEL GASTO POR SEGMENTOS EN 2018-2019



CIFRAS BÁSICAS PARA 2018-2019: RESPUESTA A BROTES Y CRISIS Y OPERACIONES AMPLIABLES A UNA ESCALA MAYOR



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 0 millones



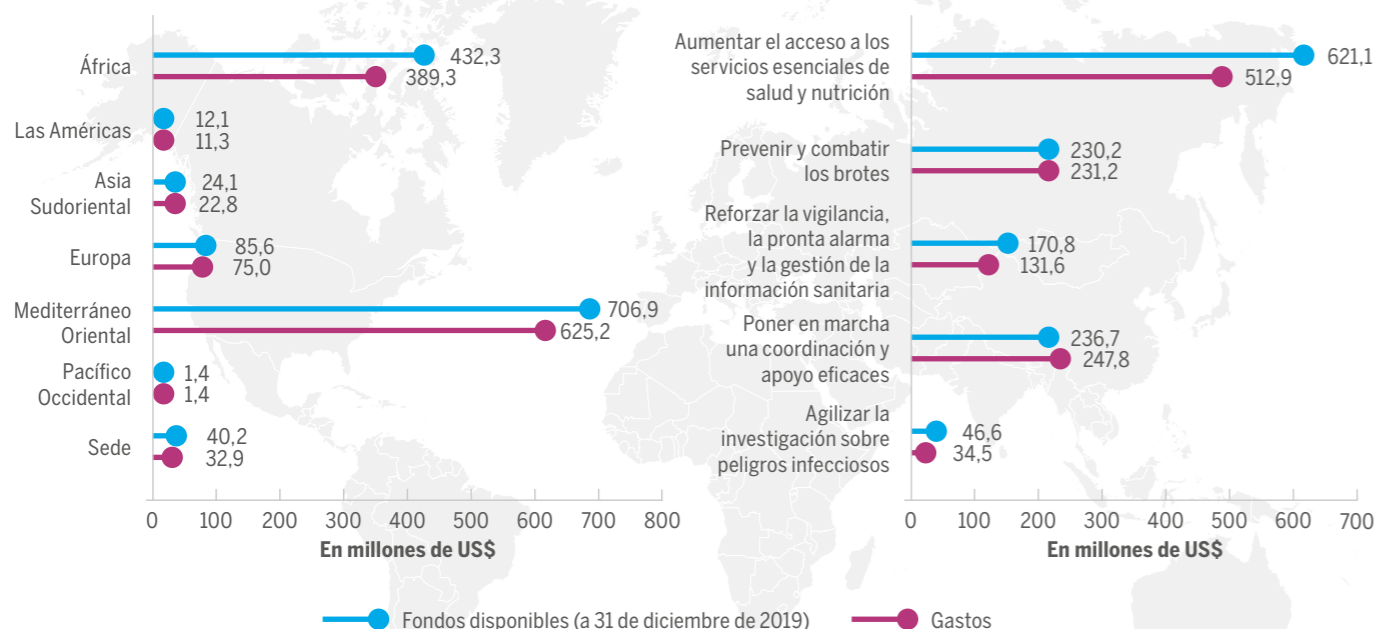
Fondos disponibles:
US\$ 1303 millones



Gastos:
US\$ 1158 millones
(89% de los recursos disponibles)

PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS, DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)

PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS, DESGLOSADOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



Debido a que el segmento Respuesta a brotes y crisis y operaciones ampliables a una escala mayor depende de los eventos que surjan, no se le asignó una partida en el presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud para 2018-2019, puesto que es difícil prever y planificar un nivel de actividad concreta. Por consiguiente, no se pueden comparar la financiación y la ejecución de este segmento con respecto a un presupuesto aprobado. Como se establece en la resolución WHA72.5, el Presupuesto por programas para 2020-2021 incluirá un presupuesto estimado para este segmento que permitirá obtener una representación presupuestaria completa del costo de las actividades de la OMS, que es alrededor de un 20% más elevado si se incluye este segmento.

En 2018-2019, la OMS destinó US\$ 1158 millones a la respuesta a brotes y crisis y operaciones ampliables a una escala mayor, de los cuales el 88% se ejecutó en las regiones de África y del Mediterráneo oriental. La Región del Mediterráneo Oriental fue la que recibió y utilizó más fondos humanitarios (el 54% del total), mientras que, en el conjunto de las regiones, el área programática Respuesta a brotes y crisis y operaciones ampliables a una escala mayor representó cerca del 50% de las actividades.

La respuesta a brotes y crisis y operaciones ampliables a una escala mayor se financian predominantemente con contribuciones voluntarias. En circunstancias excepcionales, la Secretaría concedió un préstamo de emergencia y asignó fondos flexibles para garantizar la continuidad de las actividades.

La Asamblea Mundial de la Salud estableció en 2015 el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias como un mecanismo de financiación rápida para responder a estas con inmediatez y mantener la continuidad de actividades críticas que salvan vidas. En 2018-2019 se puso a disposición la suma de US\$ 120 millones para la respuesta inmediata a los brotes de enfermedades y las crisis humanitarias con consecuencias sanitarias en los países. El evento más financiado a través del Fondo para Contingencias fue la respuesta al brote de ebola en la República Democrática del Congo. Se prevé que, en la medida de lo posible, la financiación del Fondo para Contingencias se reembolsará cuando se disponga de otras fuentes de financiación. De los US\$ 120 millones entregados en 2018-2019, al final del bienio se habían reembolsado US\$ 46 millones.

Se ha demostrado que el Fondo para Contingencias es una fuente inestimable de financiación para las operaciones de respuesta inmediata. Sin embargo, a pesar de haber logrado profundizar y ampliar su base de recursos, el modelo actual de reabastecimiento de este Fondo no es completamente sostenible, pues depende en su totalidad de las contribuciones directas de unos pocos donantes establecidos. La Secretaría está estudiando otros medios y fuentes de financiación para los futuros bienios.

En el portal del presupuesto por programas de la OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/12/about/programme-outcomes> y <http://open.who.int/2018-19/home>) pueden consultarse más detalles sobre la financiación del presupuesto por programas, el nivel de ejecución para esta categoría y los logros alcanzados en cada área programática, con inclusión de los indicadores correspondientes.

SISTEMAS DE SALUD



Puesta en marcha de estrategias para mejorar la seguridad del paciente en **91 PAÍSES**



Establecimiento de cuentas nacionales del personal de salud en **42 PAÍSES**



Los organismos nacionales de reglamentación garantizaron las funciones básicas de reglamentación de los medicamentos y las vacunas en **68 PAÍSES**



Aumento del índice de cobertura de servicios de un promedio mundial de **45/100** en 2000 a **66/100** en 2017



LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD BÁSICOS debe por lo menos duplicarse para 2030



Los Estados Miembros tienen que aumentar el gasto en **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD** por lo menos en un **1%** de su producto interno bruto con el fin de reducir los gastos sanitarios catastróficos



Es necesario contratar y capacitar a **18 MILLONES DE TRABAJADORES SANITARIOS** en todo el mundo para prestar los servicios de salud esenciales



Notificación de progresos en materia de protección financiera por **88 PAÍSES**



«Las personas y las economías también están mejor protegidas frente a los riesgos para la seguridad sanitaria gracias a un sólido sistema de atención primaria de la salud... La atención primaria de la salud es la primera línea de defensa contra los brotes y las emergencias sanitarias.»

DR. TAKESHI KASAI
Director Regional de la OMS para el Pacífico Occidental



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 590 millones



Fondos disponibles:
US\$ 617 millones
(105% del presupuesto por programas)



Gasto:
US\$ 558 millones
(95% del presupuesto por programas, 90% de los recursos disponibles)



LA **COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL** BASADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ES UN CONCEPTO UNIFICADOR

La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha recordado al mundo la importancia de la preparación, de contar con sistemas de salud sólidos y resilientes a las perturbaciones y de garantizar sistemas que puedan mantener los servicios de salud esenciales sin generar dificultades financieras, especialmente en periodos de crisis.

La cobertura sanitaria universal basada en la atención primaria de la salud es un concepto unificador; una plataforma para la prestación integrada y centrada en las personas de los servicios de salud; y uno de los más poderosos igualadores sociales entre todas las opciones normativas. Es la máxima expresión de la equidad. No se deja que las personas que no pueden pagar la atención sanitaria tengan una mala salud o mueran como resultado de una afección prevenible o tratable. Solo quedan 10 años para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible consistente en lograr la cobertura sanitaria universal; la meta de los 1000 millones más de personas para 2023 será un hito fundamental.

AYUDAR A UCRANIA A LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL MEDIANTE AMPLIAS REFORMAS DE LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD



DECISIÓN DE FINANCIARLAS CON LOS INGRESOS FISCALES PARA QUE **TODA LA POBLACIÓN ESTÉ CUBIERTA**, INCLUIDA LA TERCERA PARTE DE LA FUERZA DE TRABAJO QUE ESTÁ DESEMPLEADA O TRABAJA EN EL SECTOR INFORMAL

En los últimos dos años, 29 millones de ciudadanos -más de dos tercios de la población- se han dado de alta con un médico. Esta elección de proveedor es fundamental para garantizar la competencia entre los proveedores públicos y privados que son financiados por el nuevo organismo único de adquisiciones: el Servicio Nacional de Salud de Ucrania. A estos pacientes también se les garantiza una lista de servicios de atención primaria de la salud.

La transformación comenzó con la aprobación de la Ley de garantías financieras para la atención de la salud de 2017, que tiene por objeto mejorar el acceso de la población a la atención primaria de la salud y reducir los gastos directos de quienes buscan atención médica. La OMS desempeñó un papel importante en la configuración de esas reformas, en particular en la decisión de financiarlas con los ingresos fiscales para que toda la población esté cubierta, incluida la tercera parte de la fuerza de trabajo que está desempleada o trabaja en el sector informal.

La parte del presupuesto gubernamental destinada a la salud aumentó casi un 50% entre 2016 y 2019, pasando del 9,8% al 14,6%. Los bajos niveles de gasto público en atención de la salud, junto con una infraestructura hospitalaria sobredimensionada antes de estas reformas, habían dado lugar a que los pacientes tuvieran que hacer frente a importantes pagos directos por la mayoría

de los servicios ambulatorios y de hospitalización, así como por todos los medicamentos a nivel ambulatorio.

Al mismo tiempo se puso en marcha un programa de medicamentos asequibles con el fin de proporcionar gratuitamente medicamentos esenciales para enfermedades crónicas a más de 6,6 millones de ucranianos por conducto de farmacias contratadas por el Servicio Nacional de Salud de Ucrania. La evaluación y las recomendaciones normativas de la OMS fueron decisivas para prorrogar este programa hasta 2019. Entre 2018 y 2020, el monto del gasto público asignado a este programa se duplicó con creces. Los próximos pasos incluyen la capacitación de los proveedores de atención primaria y la ampliación del sistema de adquisiciones para cubrir la atención hospitalaria.

PRINCIPALES LOGROS

COMPROMISO DE ALTO NIVEL CON LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

La declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal de 2019 es el instrumento más exhaustivo jamás adoptado por las Naciones Unidas sobre el derecho de todas las personas a acceder a los servicios de salud y una poderosa declaración del mundo que queremos. Los jefes y representantes de **193 Estados y gobiernos** mostraron una sólida visión política y el compromiso de garantizar la cobertura sanitaria universal para las personas a las que prestan servicio.

Sobre la base de la **Declaración de Astaná** adoptada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud de 2018, la declaración política subraya la importancia que los dirigentes mundiales han atribuido al logro de la cobertura sanitaria universal y los objetivos conexos en el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades). En ella se describen las medidas concretas que deberían adoptar los gobiernos y todas las partes interesadas.

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL: ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS?

El **Informe mundial de seguimiento de 2019 (2019 Global Monitoring Report)** evidenció un aumento del índice de cobertura de servicios de un promedio mundial de 45/100 en 2000 a 66/100 en 2017.

Todas las regiones y grupos de ingresos han registrado mejoras, aunque el ritmo de los progresos se ha ralentizado desde 2010; además, los progresos ocultan grandes desigualdades que están dejando atrás a los más vulnerables.

Aunque la disminución de la pobreza mundial ha impulsado el aumento de la utilización y la cobertura de los servicios de salud, el aumento conexo del gasto sanitario directo ha dado lugar, por el contrario, a que más personas estén experimentando dificultades financieras, lo que ha empujado a muchos a la pobreza. La incidencia de los gastos sanitarios catastróficos ha aumentado todos los años desde 2000 hasta 2015.

En el Informe se indica que los progresos deben acelerarse considerablemente, ya que es necesario que, como mínimo, la cobertura se duplique entre 2019 y 2030. Los países deben contratar y capacitar a 18 millones de trabajadores sanitarios a nivel mundial, no solo para alcanzar las metas relativas a la cobertura sanitaria universal, sino también como inversión en capital humano y desarrollo sostenible.

En el Informe se señala que la mayoría de los países no invierten lo suficiente en la atención primaria de salud. Se hace un claro llamamiento a los gobiernos para que aumenten el gasto en atención primaria de salud en al menos un 1% de su producto interno bruto. La inversión de US\$ 200 000 millones adicionales al año en la ampliación de la atención primaria de la salud en los países de ingresos bajos y medios podría salvar 60 millones de vidas, aumentar la esperanza media de vida en 3,7 años para 2030 y contribuir considerablemente al desarrollo socioeconómico.



LOS JEFES Y REPRESENTANTES DE **193 ESTADOS Y GOBIERNOS** MOSTRARON UNA SÓLIDA VISIÓN POLÍTICA Y EL COMPROMISO DE GARANTIZAR LA **COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL** PARA LAS PERSONAS A LAS QUE PRESTAN SERVICIO



LLAMAMIENTO A LOS GOBIERNOS PARA QUE AUMENTEN EL **GASTO** EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN AL MENOS UN **1% DE SU PRODUCTO INTERNO BRUTO**

LA NUEVA LEY DE SEGURO DE ENFERMEDAD DE EGIPTO CUBRIRÁ A TODAS LAS PERSONAS



TODOS LOS EGIPCIOS ESTARÁN CUBIERTOS DE MANERA OBLIGATORIA POR SU PERTENENCIA A UNA FAMILIA

La ley de seguro universal de enfermedad de Egipto, aprobada en 2018, tiene el potencial de lograr un progreso significativo hacia la cobertura sanitaria universal. Se está aplicando durante un periodo de 15 años y está ayudando a garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud de calidad que necesitan sin sufrir dificultades financieras.

La OMS ha sido un asociado clave a todos los niveles, ya que ha brindado un estrecho apoyo durante la elaboración y posterior aplicación

de la ley y ha ayudado a elaborar el documento de política.

En virtud de la ley, todos los egipcios estarán cubiertos de manera obligatoria por su pertenencia a una familia.

Anteriormente, solo el 58% de la población estaba cubierta. Se espera que el Estado subvencione al 30%-35% de la población, en particular los pobres y vulnerables, con financiación procedente de los pagos de los empleados del sector formal, los impuestos sobre el tabaco, los peajes de las carreteras y los impuestos de sociedades.

Es importante señalar que se establecerá un sistema de pagador único que tendrá un enorme potencial para redistribuir los fondos desde las personas con menores necesidades y riesgos sanitarios hasta las de mayores necesidades y riesgos sanitarios.

El principal desafío será garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud durante el largo proceso de aplicación, en el que los acuerdos de cobertura variarán. La OMS ha ayudado a elaborar opciones para mejorar el sistema de financiación de la salud; ha respaldado una evaluación exhaustiva de los acuerdos de adquisición y gobernanza; y también ha contribuido a fortalecer el sistema de información sanitaria, especialmente en lo que respecta a los registros médicos. Posteriormente, el Organismo de Seguro Universal de Enfermedad aprobó la combinación recomendada de métodos de pago para los diferentes niveles de atención.

Una importante enseñanza de esta experiencia es que la colaboración continua de la OMS ha sido vital para el progreso constante realizado en Egipto.

PLANES FISCALES INNOVADORES PARA FINANCIAR LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL GABÓN



NUEVO IMPUESTO AL CONSUMO DEL 1% SOBRE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

El Gabón inició el camino hacia la cobertura sanitaria universal en 2007 mediante el establecimiento de un programa nacional de seguro de enfermedad. El aumento de la financiación pública ha dado lugar a una importante disminución de los pagos de bolsillo y de los pagos directos de los hogares. El Plan

para personas sin recursos del Gabón, que es un fondo totalmente subvencionado para los grupos de ingresos bajos, se financió hasta 2017 mediante un conjunto de impuestos que comprendía un impuesto del 10% sobre el volumen de negocios anual de las empresas de telefonía móvil y un impuesto del 1,5% sobre las transferencias monetarias internacionales individuales.

En 2017, el impuesto a las empresas de telefonía móvil se suprimió a raíz de la presión ejercida por la industria y se sustituyó por un nuevo impuesto al consumo del 1% sobre la adquisición de bienes y servicios.

El amplio paquete de beneficios incluye las consultas de atención primaria, la atención hospitalaria, los medicamentos y las evacuaciones médicas, con un copago del 20% excepto para los pobres. En los dos últimos años, la OMS ha seguido prestando apoyo al Gabón en cuestiones de gestión de las finanzas públicas en el ámbito de la salud, elemento básico de un entorno propicio para la reforma de la financiación de la salud y el avance hacia la cobertura sanitaria universal. La OMS formuló recomendaciones fundamentales para mantener los activos de la reforma y mejorar el diseño y la ejecución de los presupuestos.

Los avances regionales más destacados son los siguientes:

Región de África

Se estableció en 27 países una mayor capacidad para elaborar cuentas nacionales de salud con el fin de evidenciar una serie de necesidades normativas, como la elaboración de planes de transición en el **Congo** y el apoyo a la promoción de una mayor inversión en salud en **Burkina Faso**. Tomando como fuente la Base de Datos sobre el Gasto Sanitario Mundial, se elaboró la tarjeta de puntuación de la salud en África en estrecha colaboración con la Unión Africana.

Región de Europa

Estonia y Lituania aplicaron las recomendaciones normativas y ejecutaron nuevas políticas para mejorar la protección financiera de los pobres y los usuarios frecuentes de los servicios de salud. En **Estonia**, el número de personas que se beneficiaron del pago directo de los gastos de prescripción aumentó considerablemente, pasando de 3000 en 2017 a 134 000 en 2018. El nuevo sistema se puso en práctica tras un análisis de la OMS que demostró que las dificultades financieras se debían a los pagos directos por los medicamentos ambulatorios.

Región de las Américas

El «informe de la Comisión de Alto Nivel: Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata» proporcionó una estrategia para actuar con respecto a los determinantes sociales y crear espacios específicos para involucrar a las comunidades. Se puso en marcha un pacto regional sobre atención primaria de salud para la cobertura sanitaria universal.

Región de Asia Sudoriental

Se prestó asistencia técnica a **Bangladesh, Sri Lanka y Timor-Leste** para el diseño de paquetes de servicios básicos, la cual incluyó estudios de viabilidad y de costos. Con el fin de fundamentar la elaboración de nuevos modelos de prestación de servicios más integrados, se realizaron análisis de eficiencia interprogramática en **Bhután** y **Sri Lanka**. Estos análisis permitieron detectar duplicaciones y desajustes específicos de las responsabilidades funcionales en los distintos programas, lo que ayudó a promover la financiación sostenible de esos servicios con recursos nacionales y a fundamentar las reformas de todo el sistema de salud.

Regiones del Mediterráneo Oriental y África

Se aplicó un análisis diagnóstico del enfoque sistemático de la financiación de la salud en países en situación de fragilidad y afectados por conflictos, como el **Afganistán**. El nexa entre la asistencia humanitaria y la asistencia para el desarrollo proporcionó un marco integrado de planificación y ejecución.

Región del Pacífico Occidental

El programa de acción sobre el fortalecimiento de los marcos jurídicos para la salud proporciona orientación sobre la elaboración, aplicación y evaluación de leyes sanitarias. En **Filipinas** se promulgó una nueva ley sobre la atención sanitaria universal. Se redactaron leyes sobre la atención sanitaria básica y la promoción de la salud en **China**, sobre la fiscalización del alcohol en **Vanuatu** y sobre el control de las enfermedades infecciosas en **Viet Nam**.



160 PAÍSES CUENTAN CON UNA POLÍTICA, ESTRATEGIA O PLAN NACIONAL INTEGRAL PARA EL SECTOR DE LA SALUD CON METAS Y OBJETIVOS ACTUALIZADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS



EXISTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS EN 90 PAÍSES

SISTEMAS DE SALUD MÁS SÓLIDOS Y MEJOR PREPARADOS

En el marco Equipo de Trabajo Conjunto sobre la Atención Universal de Salud, **Sudán del Sur** está recibiendo un apoyo intensificado de tres niveles con el fin de fortalecer su sistema de salud para prestar servicios sanitarios básicos y estar preparado frente a las emergencias. El país es sumamente vulnerable a eventos recurrentes de salud pública, como brotes de enfermedad por el virus del Ebola. El Equipo de Trabajo Conjunto, integrado por expertos en sistemas de salud y emergencias sanitarias, realizó tres misiones sucesivas en 2019 y colaboró estrechamente con el Ministerio de Salud y los asociados para determinar las esferas en que se podrían realizar intervenciones esenciales para mejorar el funcionamiento del sistema de salud. Ello incluyó la elaboración de un plan sin precedentes de recuperación y rehabilitación del sector de la salud en el cual se establecieron prioridades sujetas a plazos con el fin de reforzar los seis componentes básicos del sistema de salud y mejorar la preparación y la resiliencia ante las emergencias garantizando la continuidad de la prestación de servicios.

Esta labor condujo a la elaboración de un nuevo programa intensificado de asistencia técnica para apoyar a los ministerios de salud en la aplicación de planes de recuperación y rehabilitación del sector de la salud, en la que participaron expertos en sistemas de salud y en preparación y emergencias de los tres niveles de la Organización. El programa se centra en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios con miras a la atención primaria de la salud y las funciones esenciales de salud pública, haciendo especial hincapié en los colectivos vulnerables (mujeres, niñas), la preparación frente a emergencias y la reducción de riesgos, la función de gobernanza de los ministerios de salud, y la coordinación con los asociados para el desarrollo. Además, el programa tiene por objeto prestar un conjunto esencial de servicios de salud en 10 condados seleccionados, aumentar la tasa de utilización de los departamentos de atención ambulatoria, mejorar el desempeño de los sistemas de información sobre gestión sanitaria (HMIS) y el software de información sanitaria a nivel de distrito (DHIS2), mejorar la cobertura de la inmunización, y aumentar el número de partos atendidos por personal cualificado en 25 condados.

MEJORES DATOS SOBRE EL PERSONAL SANITARIO

Las cuentas nacionales del personal de salud puestas en marcha en 2016 permiten a los países recopilar datos de todos los sectores y comunicarlos periódicamente a la plataforma de cuentas nacionales del personal de salud a través de un centro de coordinación designado. Este proceso sistemático, que incluye la validación de los datos nacionales, ha creado un sentimiento de propiedad de los datos a nivel nacional. En la actualidad, 193 países disponen de datos de los últimos cinco años, en comparación con menos de 100 países antes de la aplicación de las cuentas nacionales del personal de salud. Los **documentos de orientación normativa**, complementados por talleres organizados en todas las regiones, han posibilitado una aplicación satisfactoria.

En el informe titulado *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce* (Prestación de servicios por mujeres en un sector liderado por hombres: análisis en materia de género y equidad del personal de atención sanitaria y social mundial) puso de relieve los obstáculos a la equidad de género en cuatro esferas fundamentales: la segregación ocupacional por sexo, el trabajo decente, las diferencias salariales entre hombres y mujeres y el liderazgo. Ello dio lugar a compromisos políticos para abordar esos obstáculos al más alto nivel en diferentes foros mundiales, como la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer y la Asamblea General de las Naciones Unidas.

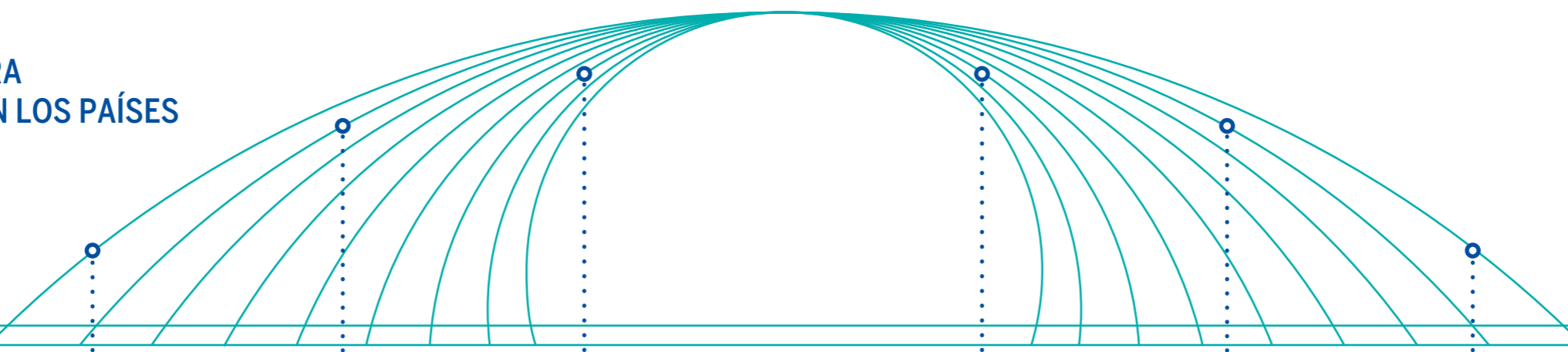


INFORMES DESGLOSADOS SOBRE EL PERSONAL SANITARIO EN 161 PAÍSES

IMPULSO A LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL EN LOS PAÍSES

El Ministerio de Salud lidera el esfuerzo con una hoja de ruta de actividades necesarias para que el sistema sanitario sea resiliente, eficaz y sostenible

93 asesores sobre políticas de salud trabajan sobre el terreno y 23 en las oficinas regionales, con el apoyo de siete donantes coordinados en la OMS por el Grupo de Trabajo Conjunto sobre cobertura sanitaria universal



DOMINICA

El mayor énfasis en los **centros de salud comunitarios** coloca a Dominica en una mejor posición para lograr la cobertura sanitaria universal después del huracán María

ESTONIA

En Estonia, la población cubierta por un **sistema de pago de los medicamentos recetados** integral que proporciona una mayor protección **aumentó del 0,2% al 10%** entre 2017 y 2018

NIGERIA

El Gobierno de Nigeria ha establecido un foro anual para **compartir novedades, conocimientos y prácticas óptimas** en relación con el personal de salud

SAMOA

Se han realizado intervenciones en la esfera de las enfermedades no transmisibles: los comités de mujeres consiguieron **cribar al 92% de la población en siete aldeas piloto** de Samoa y determinaron que el 45% de las personas de riesgo debían ser derivadas a una clínica para recibir atención

TIMOR-LESTE

En Timor-Leste se ha desarrollado un conjunto esencial de servicios basado en un enfoque de **medicina de familia** y en las **cuentas de personal de salud** actualizadas aportadas al plan estratégico nacional de recursos humanos para la salud 2020-2024

TÚNEZ

La nueva **política de salud tunecina** tiene en cuenta las **aspiraciones y necesidades** expresadas por **4000 ciudadanos** en un proceso participativo de consulta que duró dos años



Más de 1200 millones de personas se benefician actualmente en **115 países** de las seis regiones de la OMS

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA Y NAMIBIA



SE ELABORARON HOJAS DE RUTA PARA LA ACCIÓN, QUE SE ESTÁN APLICANDO CON EL APOYO DE LA OMS

En los dos últimos años, siete países de África han solicitado la colaboración de la OMS para elaborar y aplicar una política y una estrategia nacionales de calidad con el fin de mejorar el desempeño

de sus sistemas de atención de la salud. En agosto de 2019, la Secretaría organizó un taller de tres niveles para fomentar la capacidad de las direcciones nacionales de calidad a este respecto. Se elaboraron hojas de ruta para la acción, que se están aplicando con el apoyo de la OMS. La República Unida de Tanzania forma parte de la Red para Mejorar la Calidad de la Atención a la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, cuyo objetivo es reducir a la mitad la mortalidad materna y neonatal y los mortinatos en los centros sanitarios para 2022 y mejorar la experiencia de los pacientes en cuanto a la atención recibida

en los centros sanitarios. Se han establecido políticas y estructuras de gobernanza de apoyo, se han elaborado manuales de mejora de la calidad y se ha capacitado a instructores para apoyar a los centros de salud.

En Namibia, la OMS apoyó la elaboración y aplicación de un marco para medir los efectos de las intervenciones de calidad que está armonizado con el sistema nacional de información sobre gestión sanitaria e incluye actividades a nivel subnacional y de los centros para mejorar los datos sobre la calidad.

UTILIZACIÓN DE ENFOQUES CENTRADOS EN LA PERSONA EN MALÍ



EL PROYECTO HA CONTRIBUIDO AL APRENDIZAJE INTERNACIONAL SOBRE LA FORMA EN QUE LAS MEJORAS EN LA SALUD MATERNA, NEONATAL E INFANTIL DERIVADAS DE LA UTILIZACIÓN DE UN ENFOQUE DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS Y CENTRADOS EN LA PERSONA PODRÍAN APLICARSE EN OTROS CONTEXTOS Y ENTORNOS

En Malí, como parte de los esfuerzos por aplicar el Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona, la OMS y sus asociados apoyaron un proyecto para promover y evaluar la aplicación de enfoques centrados en la persona en los servicios de atención de la salud materna, neonatal e infantil. En el proyecto, que se puso en marcha en 2016, participaron 10 centros de salud comunitarios de los distritos de Diéma y Yélimané de la región de Kayes. El objetivo principal era promover enfoques centrados en la persona en las consultas clínicas de los proveedores de atención sanitaria durante el embarazo y el parto en los centros de salud periféricos, sobre la base del enfoque de mejoramiento de la calidad consistente en establecer objetivos mensurables, realizar pruebas en pequeña escala de los cambios en los procesos de prestación de atención y medir los resultados con indicadores predefinidos.

El proyecto también tenía como finalidad examinar si los proveedores de atención sanitaria tenían en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes y si estos recibían apoyo en la gestión de su propia atención. Entre los principales logros alcanzados figuran el aumento de la dignidad y la privacidad de las embarazadas durante el parto; la reducción de las lagunas en la prestación de la atención; la mejora de las relaciones entre el proveedor y el paciente; la reducción de los tiempos de espera; y la mejora de la gestión de las derivaciones según las necesidades de los pacientes. El proyecto ha contribuido al aprendizaje internacional sobre la forma en que las mejoras en la salud materna, neonatal e infantil derivadas de la utilización de un enfoque de servicios de salud integrados y centrados en la persona podrían aplicarse en otros contextos y entornos.

EL NÍGER REFUERZA SU PERSONAL SANITARIO PARA LLEGAR A LA POBLACIÓN SUBATENIDA



11 500 EMPLEOS ADICIONALES DE PROFESIONALES SANITARIOS EN TODO EL PAÍS

Sobre la base de las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, adoptadas por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA70.6 (2017), el Níger colaboró con diversos sectores y ministerios para trasladar las recomendaciones de la Comisión al contexto nacional. El plan nacional de acción resultante para la inversión en el empleo en el sector sanitario y social y el crecimiento de la salud económica 2018-2021 se basó en la asistencia técnica proporcionada por la OMS respecto del análisis del mercado laboral sanitario, que demostró que el empleo en el sector sanitario

representa menos del 4% de la fuerza laboral activa y está distribuido de manera desigual: solo el 35% de los trabajadores sanitarios ejercen su actividad en las zonas rurales, donde se encuentra el 60% de la población. En el plan nacional de acción se hace un llamamiento a favor de que, para 2021, se creen 11 500 empleos adicionales de profesionales sanitarios en todo el país y se dé prioridad a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a las zonas insuficientemente atendidas. Los datos conexos se validan a través de las cuentas nacionales del personal de salud para incrementar su disponibilidad, exhaustividad y calidad.



PRECALIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS PRIORITARIOS EN BANGLADESH

En Bangladesh, habida cuenta de que en 2015 el 67% de los gastos sanitarios directos se destinaron a medicamentos y de que la asistencia internacional para la adquisición de medicamentos está disminuyendo, se necesitan medicamentos prioritarios asequibles y seguros. El país produce alrededor del 98% de los medicamentos necesarios a nivel local, pero ninguno de los fabricantes precalificaba los productos farmacéuticos terminados. En 2016 se estableció una coalición de asociados interesados para coordinar sus esfuerzos con los de la OMS a fin de apoyar la creación de capacidad local para fabricar y regular los medicamentos. La oficina de la OMS en el país desempeñó un papel fundamental en la promoción y la prestación de

asistencia técnica para generar interés y mejorar la capacidad tanto de los fabricantes locales de medicamentos como del organismo nacional de reglamentación. El equipo de inspección de la OMS llevó a cabo la inspección inicial de la planta de fabricación de Beximco Pharmaceuticals, el primer fabricante que solicitó la precalificación en 2017. Dos años después, en enero de 2019, la OMS precalificó el primer producto, la lamivudina, un antirretrovírico contra el VIH/sida. Actualmente se están evaluando otras solicitudes de fabricantes locales.



LA OMS PRECALIFICÓ EL PRIMER PRODUCTO, LA **LAMIVUDINA**, UN ANTIRRETROVÍRICO CONTRA EL **VIH/SIDA**



LA PRECALIFICACIÓN AYUDA A PROPORCIONAR PRODUCTOS DE CALIDAD GARANTIZADA A MILLONES DE PERSONAS

El programa de precalificación abarca medicamentos, vacunas, pruebas diagnósticas, productos de control de vectores, equipos de cadena de frío, dispositivos de inmunización, dispositivos de circuncisión masculina y dos pruebas para determinados medicamentos contra el cáncer y para la insulina humana. En el bienio 2018-2019 **se precalificaron 326 productos**, lo que proporcionó orientación sobre la calidad, la seguridad y la eficacia o el rendimiento de los productos sanitarios.

Entre los principales logros cabe destacar los siguientes:

- la precalificación del **primer producto bioterapéutico similar para el cáncer de mama**;
- la inclusión en la lista de productos calificados de **Ervebo**, una vacuna contra la enfermedad por el virus del Ebola, menos de 36 horas después de su aprobación por la UE;
- la puesta en marcha de la precalificación experimental de la **insulina humana** para aumentar el tratamiento de la diabetes en los países de ingresos bajos y medios;
- control de vectores: en menos de 18 meses de funcionamiento, se han convertido **71 productos** incluidos en las listas del Plan OMS de evaluación de plaguicidas (WHOPES) y se han precalificado seis productos, al tiempo que se elaboran nuevos instrumentos para gestionar el rápido desarrollo de resistencia a los piretroides por parte de los mosquitos;
- la precalificación de **dos vacunas contra la poliomielitis**, lo que impulsa los esfuerzos de erradicación de la enfermedad;
- precalificación de la primera **prueba diagnóstica in vitro** para el VIH a través del mecanismo alternativo de evaluación del rendimiento.

PASO HISTÓRICO EN LA PRECALIFICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL EBOLA

La OMS precalificó la primera vacuna contra el ebola, lo que constituye un paso histórico hacia la aceleración de su autorización, acceso y distribución en los países con mayor riesgo de brotes de ebola. Se trata del proceso de precalificación de vacunas más rápido llevado a cabo por la OMS, ya que se completó 36 horas después de la aprobación de la **Unión Europea**. La vacuna precalificada cumple las normas de la OMS en materia de inmunogenia, seguridad y eficacia. Noventa días después de la precalificación de la OMS, **Burundi, Ghana, la República Democrática del Congo y Zambia** autorizaron una vacuna contra el ebola.



SE PRECALIFICARON
326 PRODUCTOS

SE AMPLÍA LA INVESTIGACIÓN DESTINADA A MEJORAR LOS PROGRAMAS DE SALUD EN NEPAL



TODOS LOS NIVELES DE LA OMS PRESTARON APOYO TÉCNICO

Al igual que en muchos otros países, en Nepal existe un déficit crítico de investigación para ayudar a aplicar los programas e intervenciones de salud pública mediante el examen de los obstáculos y de lo que funciona y lo que no. La sede de la OMS creó la Iniciativa de investigación sobre la aplicación

dirigida por los países con el fin de subsanar este déficit, empezando por Nepal. Dado que los esfuerzos por lograr la cobertura sanitaria universal suelen fracasar en la etapa de aplicación, la investigación sobre la aplicación podría cambiar las reglas del juego.

Todos los niveles de la OMS prestaron apoyo técnico. Mediante una serie de talleres se capacitó a los encargados de la formulación de políticas, los investigadores y los directores de programas. Un año más tarde, la capacidad de Nepal para realizar investigaciones de alta calidad sobre la aplicación había mejorado considerablemente. Se seleccionaron siete estudios,

entre ellos uno que tiene por objeto aumentar la afiliación al Plan Social de Seguro de Enfermedad de Nepal, que se puso en marcha en 2016 para reducir la carga financiera que representan los gastos médicos. Las conclusiones de los estudios se aplicarán en 2020.

Esta experiencia demuestra que un fuerte apoyo técnico, el tutelaje y una cantidad relativamente pequeña de capital inicial por parte de la OMS (de US\$ 6500 a US\$ 9000 por estudio) pueden ayudar a desarrollar una nueva capacidad nacional sostenible de investigación en un corto periodo de tiempo.

ADOPCIÓN DE DECISIONES MEJOR FUNDAMENTADAS EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO



LA CAPACIDAD NACIONAL SE FORTALECIÓ MEDIANTE CURSOS Y SESIONES DE FORMACIÓN SOBRE EL DHIS2 EN TODOS LOS NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD

En 2018, la OMS determinó la necesidad de elaborar un enfoque integrado de la utilización de la plataforma del software de información sanitaria a nivel de distrito 2 (DHIS2, por sus siglas en inglés), puesto en marcha en la República Democrática Popular Lao en 2013. Era necesario desarrollar un sistema de información

completo para la vigilancia de la tuberculosis, la infección por el VIH y otras enfermedades dentro de la plataforma DHIS2.

La OMS obtuvo un compromiso político al más alto nivel, mientras que un decreto ministerial por el que se refrendaba el DHIS2 como plataforma nacional desencadenó su adopción por 12 programas clave de salud pública y una coordinación específica con los asociados en pro del desarrollo a fin de obtener financiación.

La capacidad nacional se fortaleció mediante cursos y sesiones de formación sobre el DHIS2 en todos los niveles del sistema de salud, en particular a nivel local. Se elaboró cuidadosamente un proceso sistemático y riguroso para que

el Ministerio de Salud asumiera plenamente la responsabilidad y permitiera la agregación de los datos recopilados regularmente en todos los centros de salud pública del país.

Ahora que los 12 programas clave de salud pública están utilizando la misma plataforma, la información recopilada servirá de base para analizar los servicios de salud, prever las necesidades futuras y evaluar el desempeño de los trabajadores sanitarios. Esto mejorará la calidad de la atención y permitirá ahorrar costos al proporcionar una base para la adopción de decisiones basadas en datos científicos.

APRENDER LAS DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

En 2019, la OMS puso en marcha la Escuela de las DCI para proporcionar formación acerca de las denominaciones comunes internacionales y contribuir a mejorar los resultados de los tratamientos y la seguridad de los pacientes en todo el mundo. La Escuela de las DCI, de carácter virtual, es una plataforma de colaboración que vincula la innovación, la labor normativa, la investigación y la educación. Permite compartir cursos o información de manera específica con grupos de usuarios, sobre la base de diferentes perfiles de usuario predefinidos.

Los objetivos de la Escuela de las DCI son abogar por la utilización correcta y eficaz de las denominaciones comunes internacionales; desarrollar y aumentar el interés en la ciencia de la nomenclatura de los medicamentos; y cultivar el éxito futuro de la armonización de los programas de nomenclatura en todo el mundo. Después de solo unos meses ha tenido más de 2500 visitantes, y varias universidades han establecido sitios piloto.

El aprendizaje de las denominaciones comunes internacionales ayudará a prevenir los errores de medicación y a aumentar el uso de estas denominaciones en la práctica clínica. Ello facilitará el intercambio y apoyará las políticas de sustitución para ayudar a los compradores de medicamentos a seleccionar el medicamento apropiado y el tratamiento más asequible entre los equivalentes terapéuticos.

PRESIONAR PARA OBTENER UNA BUENA RELACIÓN CALIDAD-PRECIO EN LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES

Más de 150 países utilizan la Lista OMS de Medicamentos Esenciales para orientar sus decisiones sobre qué medicamentos representan una mejor relación calidad-precio, basándose en la evidencia y el impacto en la salud. En 2019, el Comité de Expertos recomendó añadir los siguientes medicamentos:

- cinco tratamientos contra el cáncer que son considerados los mejores con respecto a las tasas de supervivencia para tratar el melanoma y el cáncer de pulmón, sangre y próstata;
- tres nuevos antibióticos para el tratamiento de infecciones multirresistentes;
- nuevos anticoagulantes orales para prevenir los accidentes cerebrovasculares, que son particularmente ventajosos para los países de bajos ingresos porque no requieren una vigilancia regular como la que requiere la warfarina;
- productos biológicos y sus respectivos biosimilares para afecciones inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide y las enfermedades inflamatorias del intestino;
- la carbetocina termoestable para la prevención de la hemorragia posparto, que tiene efectos similares a los de la oxitocina pero no requiere refrigeración.

El Comité también actualizó las categorías de la clasificación AWaRE para reforzar el asesoramiento sobre qué antibióticos utilizar para las infecciones más comunes y graves a fin de lograr mejores resultados terapéuticos y reducir el riesgo de resistencia a los antimicrobianos.



DESPUÉS DE SOLO UNOS MESES HA TENIDO MÁS DE 2500 VISITANTES, Y VARIAS UNIVERSIDADES



MÁS DE 150 PAÍSES UTILIZAN LA LISTA OMS DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA ORIENTAR SUS DECISIONES



EL OBJETIVO DE LA DIVISIÓN CIENTÍFICA ES **AUMENTAR EL USO QUE HACEN LOS PAÍSES DE LAS ORIENTACIONES Y LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS**, MEJORAR SUS CAPACIDADES DE INVESTIGACIÓN Y FORTALECER LA GOBERNANZA MUNDIAL Y NACIONAL EN MATERIA DE SALUD DIGITAL



Tres entidades de investigación acogidas por la OMS también están vinculadas a la División Científica con el fin de garantizar una colaboración óptima entre estos programas y la utilización más eficaz de sus recursos en el fortalecimiento de la capacidad de investigación, especialmente en los países de ingresos bajos:

- Programa Especial UNICEF/ PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales
- Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
- Programa Especial PNUD/ UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana

LA OMS SE MANTIENE A LA VANGUARDIA

En marzo de 2019, el Director General estableció la División Científica para garantizar que la OMS pueda explotar plenamente el poder de la ciencia y la innovación para lograr un impacto a nivel nacional y mantenerse a la vanguardia.

Los tres departamentos de la División Científica

1. **Investigación en pro de la Salud.** Moviliza agendas de investigación centradas en los resultados y dirigidas por los países, coordina la investigación interinstitucional de alta calidad, e impulsa una traducción más eficaz de los resultados de las investigaciones en efectos sobre la salud en los países.
2. **Garantía de la Calidad de las Normas y Criterios.** Garantiza que las normas y criterios de la OMS se produzcan con una calidad constantemente alta y de manera oportuna y que su diseño y puesta en práctica respondan a las necesidades de los Estados Miembros.
3. **Salud Digital e Innovación.** Posibilita la digitalización e innovación de la OMS y presta apoyo a las Oficinas Regionales para que aprovechen el potencial de la salud digital y la innovación.

Se ha elaborado una teoría del cambio para fortalecer la colaboración entre las tres entidades de investigación.

Progresos

- Se decidió restablecer el Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias para que proporcione a la OMS asesoramiento de alto nivel en materia de políticas científicas.
- Se ha publicado un compendio de características deseadas de los productos para articular las necesidades de productos no satisfechas.
- Se ha elaborado una guía provisional sobre los aspectos éticos de la edición genética.
- Se han establecido nuevas normas para la consulta pública y la constitución de grupos de expertos con miras a la elaboración de normas y criterios, con el fin de garantizar que todas las normas y criterios de la OMS se elaboren sobre la base de las metodologías más avanzadas.
- La OMS se ha unido a cOAlition S, una alianza mundial para el acceso abierto a las publicaciones de investigación.

SALUD DIGITAL

El proyecto de estrategia mundial de la OMS sobre salud digital ofrece un marco de acción para facilitar la colaboración internacional en la reglamentación, la evaluación comparativa y la certificación de la inteligencia artificial y los dispositivos médicos de salud digital a fin de lograr la salud para todos. En él se hace un llamamiento a favor de una reglamentación internacional de los datos sanitarios que unifique los datos sanitarios como un bien de salud pública mundial, así como principios equitativos de intercambio de datos para la investigación y la inteligencia artificial que protejan los derechos de los pacientes.

PRÓXIMA GENERACIÓN DE NORMAS INTERNACIONALES

La undécima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE 11) fue adoptada por la Asamblea de la Salud mediante la resolución WHA72.15 (2019). La CIE 11 contiene códigos para nuevos tipos de cánceres y alergias, así como actualizaciones sobre cuestiones tales como los incidentes de tránsito y la armonización de los códigos con el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos y el sistema de presentación de informes sobre la seguridad de los pacientes. La revisión es el resultado de la tramitación pública transparente de 11 000 solicitudes y del mantenimiento continuo. Ahora es totalmente digital y multilingüe y se puede acceder a ella fácilmente mediante la función de búsqueda o la interfaz de programación de la aplicación. Esto garantiza la interoperabilidad entre los sistemas y también permite el uso en tiempo real de datos de salud pública y macrodatos.

Aunque se han mantenido los tipos de uso tradicionales, el CIE-11 también responde a los usos clínicos solicitados por los Estados Miembros, entre los que cabe mencionar los historiales individuales de los pacientes; el apoyo a la adopción de decisiones en la atención primaria; la evaluación de la calidad de los casos individuales y los resultados del sistema de salud; y el reembolso y la financiación del sistema de salud. Alrededor del 70% de los sistemas que gestionan los gastos sanitarios y la asignación de recursos utilizan la CIE como base y es un instrumento esencial para lograr una mayor eficacia y eficiencia en los países.

La Secretaría de la OMS ha elaborado un conjunto de instrumentos para ayudar a los Estados Miembros a aplicar la CIE-11 simplificando el acceso a la clasificación por los usuarios finales y su utilización. Hasta la fecha, 102 países de las seis regiones de la OMS han recibido capacitación sobre el uso práctico y la aplicación de esta norma mundial para la información sanitaria de diagnóstico; 29 de esos países se están preparando activamente para su aplicación, y 10 están llevando a cabo una aplicación experimental a nivel nacional en previsión de la entrada en vigor de la CIE 11 el 1 de enero de 2022.

DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS

Los países deberían aumentar el gasto en atención primaria de la salud por lo menos en un 1% de su producto interno bruto con el fin de subsanar los déficits de cobertura y cumplir las metas de salud acordadas en 2015. Los países, con el apoyo de la OMS, también deberían intensificar sus esfuerzos por ampliar los servicios en todo el país a fin de duplicar la cobertura sanitaria de aquí a 2030.

La inversión de otros US\$ 200 000 millones anuales en la ampliación de la atención primaria de salud en los países de ingresos bajos y medios podría salvar 60 millones de vidas, aumentar la esperanza media de vida en 3,7 años para 2030 y contribuir considerablemente al desarrollo socioeconómico. Ello representaría un aumento de alrededor del 3% con respecto a los US\$ 7,5 billones que ya se gastan en salud en el mundo cada año.

En el caso de los países más pobres, muchos de los cuales están afectados por conflictos, la OMS debería seguir prestándoles una asistencia cuidadosamente orientada a propiciar una mejora duradera de los sistemas y servicios de salud mediante el fortalecimiento sistemático de la atención primaria de salud a nivel de todo el país. La OMS seguirá prestando apoyo a todos sus Estados Miembros para alcanzar estos importantes objetivos.



LA SECRETARÍA DE LA OMS SEGUIRÁ PRESTANDO APOYO A TODOS SUS ESTADOS MIEMBROS PARA ALCANZAR ESTOS IMPORTANTES OBJETIVOS

CIFRAS BÁSICAS PARA 2018-2019: SISTEMAS DE SALUD



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 590 millones



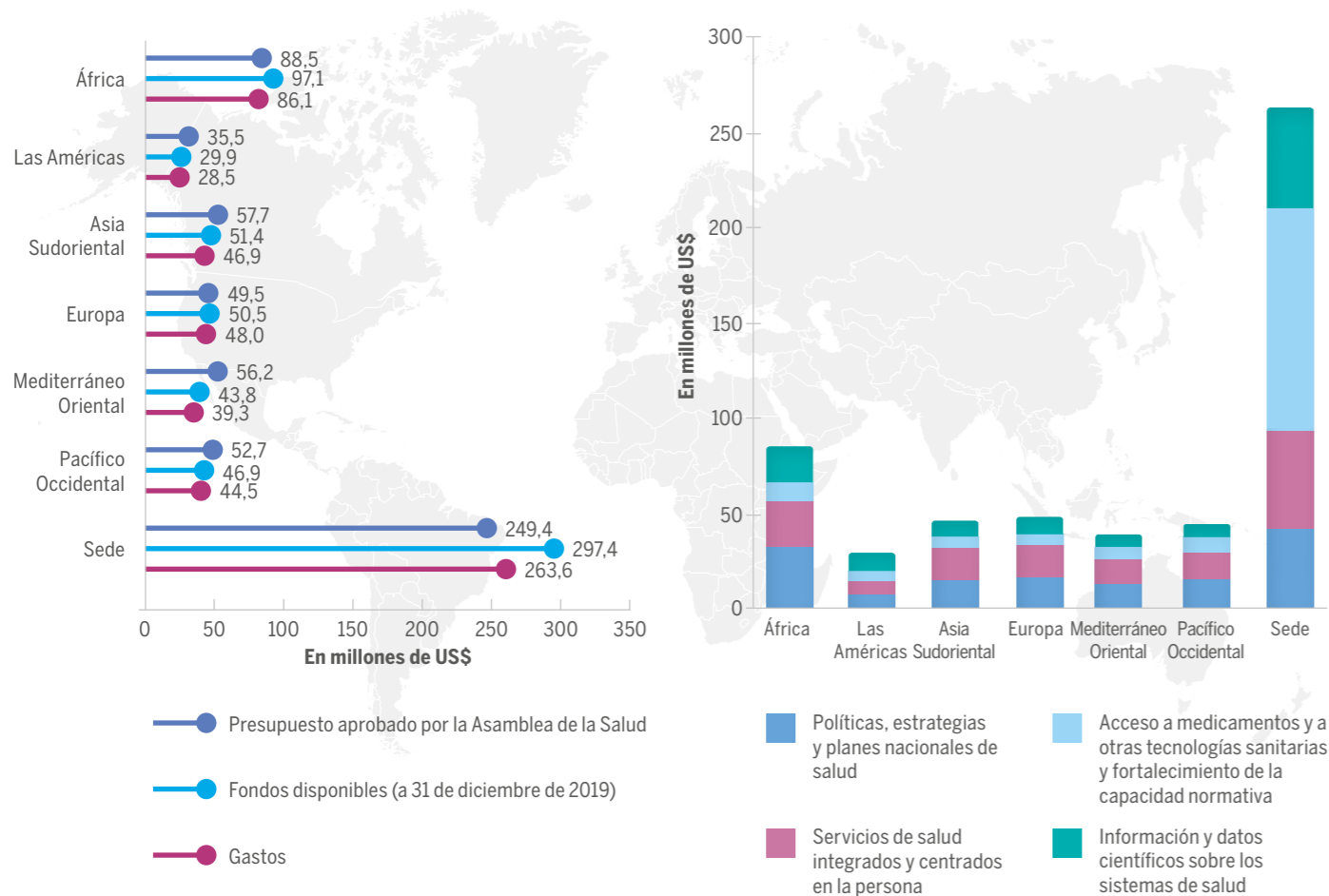
Fondos disponibles:
US\$ 617 millones
(105% del presupuesto por programas)



Gasto:
US\$ 558 millones
(95% del presupuesto por programas, 90% de los recursos disponibles)

PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)

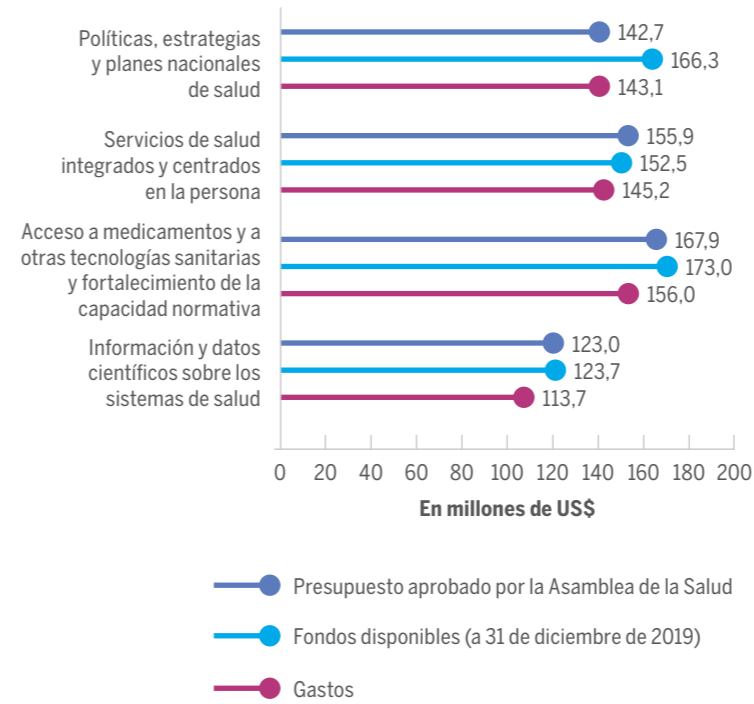
GASTOS CON CARGO AL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL Y ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



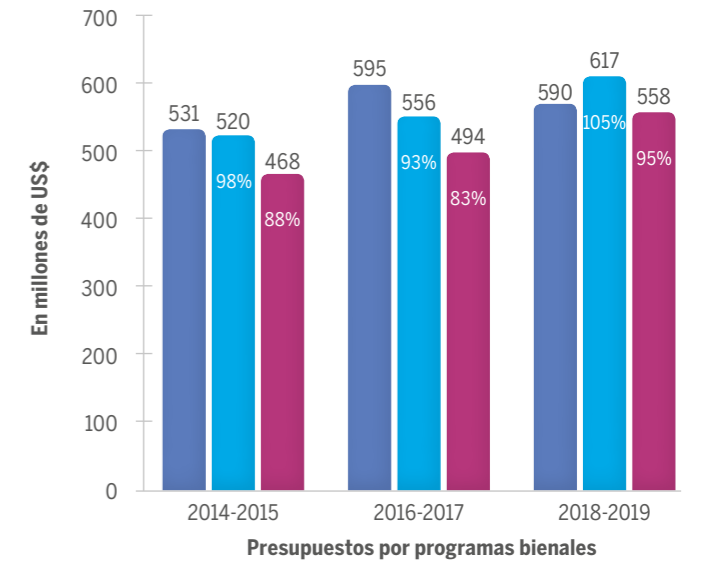
En 2018-2019, la categoría de Sistemas de salud fue financiada en un 105% y se ejecutó el 95% de su presupuesto aprobado. El alto nivel de financiación se atribuyó en parte a la Alianza para la colaboración en pro de la cobertura sanitaria universal, principalmente en el área programática de Políticas, estrategias y planes nacionales de salud. En general, los niveles de financiación y gastos reflejan un compromiso mundial firme y creciente de fortalecer los sistemas y servicios de salud.

En todas las oficinas principales, los niveles de gastos aumentaron a un ritmo similar al de los niveles de financiación, y el presupuesto se ejecutó íntegramente en la Sede y casi en su totalidad en las Regiones de África y Europa. Los niveles de ejecución más bajos en la Región del Mediterráneo Oriental se deben a que algunas tareas esenciales del área programática de los Sistemas de salud se realizaron como parte de la labor de emergencia y de las actividades de erradicación de la poliomielitis.

PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



COMPARACIÓN DE 3 PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS BÁSICOS BIENALES EN EL MARCO DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO (EN MILLONES DE US\$)



* Los porcentajes indican la proporción del presupuesto por programas aprobado

■ Presupuesto por programas aprobado
■ Fondos disponibles
■ Gastos

Los niveles de financiación y gasto en las regiones se concentraron en el área programática de Políticas, estrategias y planes nacionales de salud y en el área programática de Servicios de salud integrados y centrados en la persona. Con todo, en la Sede, los niveles de gasto en el área programática de Acceso a medicamentos y a otras tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa y en el área programática de Información y datos científicos sobre los sistemas de salud —44% y 20% respectivamente— reflejan la importante labor en materia de normas, estándares y otros bienes de salud pública mundial que se llevó a cabo allí. Gran parte de esa labor normativa sirvió de base sólida para la labor que realizaron las siete oficinas principales; el 71% de los gastos en el área programática de Políticas, estrategias y planes nacionales de salud y el 64% de los gastos en el área programática de Servicios de salud integrados y centrados en la persona se efectuaron a nivel de las oficinas regionales y las oficinas en los países. Los beneficios de esa estrategia se han reconocido plenamente en la planificación integrada para 2020-2021, y en las metas de los «tres mil millones» se ha prestado especial atención a un enfoque basado en los sistemas, la inversión en los países respaldada por un importante liderazgo mundial y regional, y los conocimientos técnicos y los bienes de salud pública proporcionados en el nivel de la Sede y las oficinas regionales.

Considerando la tendencia general durante el periodo del Duodécimo Programa General de Trabajo (2014-2019), la financiación y la ejecución de la categoría de sistemas de salud han mostrado una tendencia positiva: en términos absolutos, tanto la financiación como la ejecución mejoraron casi un 20% entre 2014-2015 y 2018-2019.

En general se han obtenido dos conclusiones importantes de los logros alcanzados en la categoría de sistemas de salud en cuanto a los niveles de financiación y de gastos. La primera, que todas las áreas programáticas fueron financiadas de manera similar. La segunda, que las inversiones en la categoría de sistemas de salud fueron elevadas en todas las oficinas principales en 2018-2019, con una ejecución presupuestaria correlativa.

Para obtener información más detallada sobre la financiación del presupuesto por programas, la ejecución de esta categoría y los logros por esferas programáticas, incluidos los indicadores, véase el portal del presupuesto por programas de la OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/04/about/programme-outcomes> y <http://open.who.int/2018-19/home>).

ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS Y TRANSICIÓN CONEXA



Se han evitado **18 MILLONES** de casos de **POLIOMIELITIS** por virus naturales



En **2019**, se vacunó a **450 MILLONES** de niños contra el poliovirus



Se han distribuido **2200 MILLONES** de dosis de vacunas



SI NO SE ERRADICA LA POLIOMIELITIS de los últimos reductos que quedan, podrían producirse hasta **200 000 NUEVOS CASOS CADA AÑO**



Se han detectado **175 CASOS** de poliomielitis por **VIRUS NATURALES**



NINGÚN CASO NOTIFICADO de poliomielitis por virus naturales en África en los últimos tres años



Se ha evitado que **1,5 MILLONES** de niños contrajeran la poliomielitis



Se **DETECTARON** e investigaron **100 000 CASOS** de parálisis flácida aguda (casos sospechosos de poliomielitis)

TIPO 1

Los casos de poliomielitis por virus naturales de **TIPO 1** aumentaron en el **AFGANISTÁN** y el **PAKISTÁN**



Se han **DETECTADO 339 CASOS** de poliomielitis por **VIRUS** circulantes de origen vacunal



«En muchos países, el programa contra la poliomielitis presta apoyo a los gobiernos y las comunidades como primeros responsables de la respuesta y, también, como los principales responsables de ella. A lo largo de más de tres decenios, el programa contra la poliomielitis ha construido un importante mecanismo de salud pública en cada uno de los países más vulnerables de nuestra región».

DR. AHMED AL-MANDHARI
Director Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 903 millones



Fondos disponibles:
US\$ 1088 millones
(el 120% del presupuesto por programas)



Gastos:
US\$ 1018 millones
(113% del presupuesto aprobado; 94% de los recursos disponibles)



LAS REGIONES, CON EL APOYO DE LAS ALTAS INSTANCIAS DE LA SEDE, HAN TOMADO LA INICIATIVA EN LA PLANIFICACIÓN PARA MANTENER EL PERSONAL Y LOS RECURSOS PARA COMBATIR LA POLIOMIELITIS DESPLEGADOS A GRAN ESCALA POR MEDIO DE PLANES DE TRANSICIÓN DETALLADOS Y ESPECÍFICOS PARA CADA PAÍS, DADO QUE LOS RECURSOS DE LA INICIATIVA SE CONCENTRAN CADA VEZ MÁS EN LOS PAÍSES ENDÉMICOS Y EN LOS QUE SE PRODUCEN BROTES



Mientras haya un solo niño infectado, los niños de todos los países corren el riesgo de contraer la poliomielitis. Si no se erradica la poliomielitis en los últimos reductos donde la enfermedad sigue activa, en el plazo de 10 años podrían producirse en todo el mundo hasta 200 000 nuevos casos cada año.

Los casos de poliomielitis por virus naturales han disminuido en un 99% desde 1988, y han pasado de aproximadamente 350 000 casos a solo 175 casos notificados en 2019. No obstante, esa cifra representa un retroceso con respecto a 2018, cuando únicamente se registraron 33 casos. El objetivo prioritario de 2020 es reforzar el programa a fin de reanudar el avance hacia la erradicación total del poliovirus naturales en el Afganistán y el Pakistán y detener la propagación de poliovirus de origen vacunal, especialmente en el África subsahariana.

El año 2019 fue un año difícil para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Los casos de poliomielitis por virus naturales aumentaron con respecto al año anterior en el Afganistán y el Pakistán, los dos países que siguen afectados, si bien se produjo un número inesperado de brotes de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal (cVDPV2), principalmente en África, aunque también en algunas zonas del Oriente Medio y Asia Sudoriental. Se han ideado y se están aplicando nuevas estrategias para detener los brotes de cVDPV2 y la transmisión de virus naturales de la poliomielitis con el fin de asegurar la erradicación permanente de la poliomielitis en el mundo. La alianza de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis también se fortaleció con la incorporación de GAVI, la Alianza para las Vacunas, como asociado principal.

Ha habido algunos avances alentadores. En África no se ha notificado ni un solo caso de poliomielitis por virus naturales desde hace más de tres años, lo que significa que la Región de África reúne ahora las condiciones para que se certifique su erradicación en 2020. Además, se ha declarado oficialmente que el poliovirus natural de tipo 3 se ha erradicado a nivel mundial, dado que el último caso se detectó en 2012. Los organismos internacionales de desarrollo manifestaron su compromiso permanente con la erradicación en el Foro Reaching the Last Mile, celebrado en Abu Dhabi, en el que se comprometió un total de US\$ 2600 millones para la iniciativa hasta 2023. Además de ocuparse de recibir puntualmente las contribuciones prometidas, la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis solicita vivamente apoyo adicional para hacer frente a brotes epidémicos y reponer las existencias de vacunas, lo que ha provocado un aumento de las necesidades generales de recursos del programa. Las regiones, con el apoyo de las altas instancias de la Sede, han tomado la iniciativa en la planificación para mantener el personal y los recursos para combatir la poliomielitis desplegados a gran escala por medio de planes de transición detallados y específicos para cada país, dado que los recursos de la Iniciativa se concentran cada vez más en los países endémicos y en los que se producen brotes.

A medida que la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis se concentra cada vez más, se pide a los países donde la poliomielitis ha desaparecido y a los posibles donantes que encuentren el modo de responsabilizarse del mantenimiento de las funciones y capacidades básicas que históricamente ha apoyado el programa contra la poliomielitis en 2021.



EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS NO SE HA NOTIFICADO NINGÚN CASO DE POLIOMIELITIS POR VIRUS NATURALES EN ÁFRICA



La Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis, en particular con Gavi, la Alianza para las Vacunas, como nuevo asociado principal, colabora cada vez más estrechamente con asociados para la salud de espectro más amplio a fin de hacer frente de forma activa a las causas fundamentales de los brotes, por ejemplo, mediante el fortalecimiento de la vigilancia y la inmunización sistemática, incluso haciendo un uso más amplio de la vacuna con poliovirus inactivados. Un elemento básico de la nueva estrategia para la fase final de la poliomielitis es la integración con los objetivos más amplios del Programa Ampliado de Inmunización y la coordinación de las actividades y los servicios con el programa de emergencias de la OMS.



LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA A LARGO PLAZO ES UN COMPONENTE FUNDAMENTAL DE LOS PLANES DE TRANSICIÓN

PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN RELATIVA A LA POLIOMIELITIS EN LA REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL DE LA OMS

La Región de Asia Sudoriental de la OMS ha ayudado a emprender iniciativas pioneras en la etapa de transición relativa a la poliomielitis, cerciorándose de que las inversiones encaminadas a erradicar esta enfermedad contribuyen a alcanzar metas sanitarias en el futuro gracias a los conocimientos, las enseñanzas y los activos adquiridos. La infraestructura establecida por la OMS en los últimos 20 años — que abarca recursos humanos, infraestructuras de vigilancia y de laboratorio y otros equipos y sistemas— se ha destinado al logro de objetivos sanitarios más amplios, entre ellos: la eliminación del sarampión y la rubéola, la intensificación de la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y el fortalecimiento de los sistemas de salud para aumentar la cobertura y la equidad de la inmunización y actuar frente a los brotes de enfermedades y frente a otras emergencias sanitarias.

Se elaboraron planes nacionales de transición contra la poliomielitis en cinco países de la región (**Bangladesh, la India, Indonesia, Myanmar y Nepal**) con importantes activos financiados contra esta enfermedad, adaptados al contexto nacional, aplicando tres principios:

1. Una articulación y un reajuste claros de las necesidades programáticas con las prioridades nacionales, en consulta con los Gobiernos nacionales.
2. La determinación de mecanismos para transferir capacidades al Gobierno nacional.
3. El compromiso de los Gobiernos nacionales de incorporar el proceso de transición y sus resultados, de aumentar la financiación interna y encontrar posibles donantes para colmar las lagunas de financiación.

La sostenibilidad financiera a largo plazo es un componente fundamental de los planes de transición. La aplicación de estos planes se está supervisando por conducto del Comité regional directivo de la transición relativa a la poliomielitis.

PRINCIPALES LOGROS

En 2019, se declaró oficialmente la erradicación mundial del poliovirus natural de tipo 3, tras la certificación de la erradicación mundial del poliovirus natural de tipo 2 en 2015. De todos los serotipos naturales, únicamente el de tipo 1 (WPV1) sigue circulando en algunas regiones del **Afganistán** y del **Pakistán**.

También en 2019, en Nigeria se cumplieron tres años desde la detección del último caso de poliomielitis por virus naturales en el país y, de hecho, en el continente, por lo que África reúne los requisitos para que se certifique la erradicación del poliovirus natural en 2020. Sería la quinta región de la OMS en la que se confirme oficialmente la ausencia de poliovirus natural.

La **Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis** puso en marcha la **Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023**, en la que se establecen los elementos fundamentales y una hoja de ruta para lograr que todos los virus de la poliomielitis desaparezcan del mundo de forma permanente. La estrategia se puso en marcha oficialmente con ocasión de la celebración de la Asamblea Mundial de la Salud de 2019, y contó con la participación de los asociados y las partes interesadas a quienes se invitó a que se sumaran a este esfuerzo.

En el Foro **Reaching the Last Mile, celebrado en Abu Dhabi**, se comprometieron US\$ 2600 millones al programa de erradicación mundial. Gavi, la Alianza para las Vacunas, se ha sumado oficialmente a la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis como asociado principal en 2020. No obstante, subsanar el actual déficit de financiación y asegurar que las contribuciones prometidas se efectúen íntegramente y con rapidez sigue siendo un importante desafío.

La OMS sigue dando prioridad al mantenimiento de las funciones esenciales de salud pública respaldadas por la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis y a la necesidad de mitigar los riesgos que conlleva la reducción de la financiación procedente de la Iniciativa para la Erradicación en los países. En consecuencia, las actividades de transición relacionadas con la poliomielitis se gestionan bajo la supervisión directa del Director General Adjunto y los directores regionales.

A lo largo del bienio ha aumentado considerablemente la sensibilización de los gobiernos de los países que reciben apoyo de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis acerca de la urgencia de ocuparse de los problemas de transición relacionados con la poliomielitis y de integrar las funciones que respalda la Iniciativa en los programas nacionales de salud. En algunos países se están poniendo en marcha planes de transición y se están buscando fuentes alternativas de financiación para sustituir los recursos procedentes de la Iniciativa, incluso con financiación nacional. También se han intensificado los esfuerzos por integrar las actividades de lucha contra la poliomielitis con otras funciones más amplias de inmunización y vigilancia integral, y de respuesta a los brotes epidémicos y a las situaciones de emergencia.

Además, las oportunidades y los riesgos relacionados con la transición relativa a la poliomielitis y la necesidad de estrategias de transición sostenibles se han incorporado a la visión y la estrategia de inmunización para el próximo decenio sobre el tema «Agenda de Inmunización 2030», que se pondrá en práctica mediante planes regionales y nacionales.



SE ESTÁN PONIENDO EN MARCHA PLANES DE TRANSICIÓN Y SE ESTÁN BUSCANDO FUENTES ALTERNATIVAS DE FINANCIACIÓN PARA SUSTITUIR LOS RECURSOS PROCEDENTES DE LA INICIATIVA



SE PROMETIÓ CONTRIBUIR CON US\$ 2600 MILLONES A LAS ACTIVIDADES DE ERRADICACIÓN A LO LARGO DE CUATRO AÑOS



LUCHA CONTRA EL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS DE ORIGEN VACUNAL EN INDONESIA



EL MINISTERIO DE SALUD DE INDONESIA REACCIONÓ DE INMEDIATO Y, JUNTO CON LA OMS Y SUS ASOCIADOS, SE PUSO EN MARCHA PARA LLEVAR A CABO LAS INTERVENCIONES NECESARIAS, CONFIRMAR LOS CASOS EN EL LABORATORIO Y APLICAR MEDIDAS DE VIGILANCIA

A principios de 2019, Indonesia declaró un brote de poliomielitis tras la confirmación de nuevos casos de infección por virus de la poliomielitis

de tipo 1 (VDPV1) de origen vacunal en la provincia de Papua. Uno de estos casos era un niño de 31 meses que no había sido vacunado y que sufrió parálisis flácida aguda. En las muestras de heces recogidas en el ámbito comunitario, se encontraron también virus del mismo origen genético en dos niños sanos.

El Ministerio de Salud de Indonesia reaccionó de inmediato y, junto con la OMS y sus asociados, se puso en marcha para llevar a cabo las intervenciones necesarias, confirmar los casos en el laboratorio y aplicar medidas de vigilancia. Además, se efectuaron dos rondas de inmunización con vacunas antipoliomielíticas orales en dos provincias de difícil acceso, Papua y Papua Occidental.

La participación de la OMS fue fundamental porque realizó análisis de datos de alta calidad para fundamentar la adopción de decisiones que permitieron llegar a personas que no habían sido atendidas hasta el momento. La Organización organizó cursos de formación para todos los funcionarios de vigilancia de los distritos, examinó historias clínicas, elaboró directrices, adquirió equipos para la recogida de heces y prestó apoyo para trasladar las muestras a Yakarta por vía aérea, en el marco de las actividades de vigilancia. Además, se estableció una oficina sobre el terreno en la provincia de Papua. La campaña de vacunación fue muy satisfactoria, ya que se inmunizó a más de 1,2 millones de niños y se controló el brote.

EL GÉNERO EN EL PUNTO DE MIRA



EN LA ESTRATEGIA PARA LA FASE FINAL DE LA POLIOMIELITIS 2019-2023 EL GÉNERO SE DEFINE COMO UNA FUNCIÓN INSTRUMENTAL PARA LOGRAR LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

En la Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023 el género se define como una función instrumental para lograr la erradicación de la poliomielitis. La equidad y la igualdad de género son valores fundamentales de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis y el programa reconoce que las estrategias que tienen en cuenta las cuestiones de género fortalecen en mayor medida las intervenciones de erradicación. En mayo de 2019 se adoptó la Estrategia 2019-2023 para la igualdad de género de la Iniciativa

de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

El programa contra la poliomielitis recopila periódicamente datos desglosados por sexo y utiliza indicadores que tienen en cuenta las cuestiones de género para garantizar la igualdad de acceso a las vacunas, la vigilancia y la participación de las mujeres, y ataja de forma inmediata cualquier discrepancia relacionada con el género.

A fin de mejorar la igualdad de género entre su personal, la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis se ha comprometido a aumentar el número de mujeres que trabaja en primera línea, sin dejar de garantizar su seguridad. En los últimos años, ha habido un notable aumento del número de mujeres que trabajan en el sector de la salud en relación con la poliomielitis.

Por ejemplo, en el Pakistán, actualmente las mujeres son más del 63% de los profesionales sanitarios de primera línea (frente al 60,5% en 2018) y representan el 78% de los

vacunadores en las zonas de mayor riesgo del país.

En el Afganistán, donde la inseguridad y el estricto papel asignado a cada sexo suelen imponer restricciones al trabajo y a la circulación de las mujeres fuera del hogar, actualmente las mujeres representan el 28% de los movilizados sociales y el 40% de los profesionales sanitarios de primera línea en las zonas urbanas,¹ —lo que supone un aumento del 9% desde 2018. En Nigeria, a pesar de que no se ha detectado la presencia de ningún poliovirus natural en los últimos tres años, más del 87,5% de los profesionales sanitarios de primera línea son mujeres.

¹ Si bien que el 40% de los trabajadores de primera línea de las zonas urbanas son mujeres, las mujeres únicamente representan el 13% de todos los trabajadores de primera línea en el Afganistán. El reducido número de mujeres que trabaja en primera línea puede atribuirse principalmente a que la situación sobre el terreno en materia de seguridad es cada vez más inestable, lo que dificulta en gran medida la incorporación de las mujeres en el personal sanitario.

RETOS

En el **Afganistán** y el **Pakistán**, los casos de WPV1 aumentaron con respecto a 2018 debido a que en algunas zonas clave una parte importante de la población infantil o no está vacunada o está infravacunada.

En el **Pakistán**, en 2019 se registró un aumento drástico de los casos de WPV1 y de las muestras ambientales positivas. Se trata de un hecho alarmante, pues se produjo tras un periodo de 18 meses en el que el **Pakistán** registró el menor número de casos de WPV1 notificados en 10 años, incluidos varios meses en los que no notificó ningún caso. Entre los problemas que se presentan figuran poder acceder a todos los grupos de población (lo que resulta complicado debido a la negativa a vacunarse, la inseguridad y las prohibiciones parciales impuestas a los programas de inmunización en el **Afganistán**); la calidad de las campañas de vacunación en las zonas que siguen siendo reservorios; los movimientos de población; y la seguridad de los trabajadores de primera línea. La creciente indecisión ante la vacunación, a menudo derivada de la desinformación difundida por los medios de comunicación tradicionales o las redes sociales, ha dificultado aún más los esfuerzos para conseguir vacunar a todos los niños contra la poliomielitis.

En 2019, el **Afganistán** y el **Pakistán** realizaron un examen exhaustivo de sus programas a fin de reestructurar las operaciones y tratar de invertir la tendencia frente al virus. Entre las medidas adoptadas cabe citar la introducción de cambios para mejorar la gestión; la puesta en marcha de intervenciones centradas en los reservorios de transmisión; la adopción de medidas que permitan aumentar la participación de la comunidad; y la aplicación de estrategias destinadas a superar los obstáculos que entorpecen el acceso a la población. A fin de apoyar esa labor, en **Jordania** se ha creado un nuevo centro de apoyo orientado a los países endémicos, con objeto de prestar un asistencia más eficaz, adaptada y coordinada.

En 2019 también se registró un número inesperadamente elevado de brotes de poliomielitis por virus circulantes de tipo 2 de origen vacunal (cVDPV2), principalmente en África, aunque también en algunas regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental.

A fin de hacer frente a la emergencia derivada de la evolución del cVDPV2, en 2019 la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis elaboró una nueva estrategia para hacer frente con mayor eficacia a esos brotes, entre otras cosas mediante el rápido desarrollo, aprobación y distribución de una nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 (nOPV2), que podría estar disponible a mediados de 2020.

El costo añadido que supone hacer frente a los brotes de cVDPV2 y reponer los suministros de vacunas agotados ha puesto a prueba la financiación de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis, que podría requerir la reducción de las actividades de control en algunas zonas y la concentración de los recursos en los países endémicos afectados por brotes, en situación de mayor riesgo. Los problemas que plantea la reducción de los recursos procedentes de la Iniciativa deberán mitigarse mediante la aplicación inmediata de estrategias de transición, como la integración en programas sanitarios complementarios, incluida la inmunización esencial y las emergencias sanitarias, en consonancia con la atención primaria de salud, a fin de fortalecer el sistema de salud y lograr la cobertura sanitaria universal.



LA DETECCIÓN DE ESAS CEPAS PONE DE RELIEVE LA IMPORTANCIA DE MANTENER UN ELEVADO NIVEL DE COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIOMIELÍTICA SISTEMÁTICA A TODOS LOS NIVELES PARA REDUCIR AL MÍNIMO EL RIESGO Y LAS CONSECUENCIAS DE LA CIRCULACIÓN DE CUALQUIER VIRUS DE LA POLIOMIELITIS

EN ESTADO DE ALERTA PARA UNA RESPUESTA RÁPIDA

El equipo de respuesta rápida de la Oficina Regional de la OMS para África, que trabaja en un pequeño módulo prefabricado, coordina la respuesta al brote de poliomielitis y presta asistencia a 12 países en la lucha contra la cepa del virus de origen vacunal.

El **Dr. Ndoutabe Modjirom**, que trabaja en la Oficina Regional de Brazzaville, coordina un equipo de 20 expertos en gestión de operaciones y vacunación, epidemiología, logística y comunicaciones, procedentes de los principales asociados de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis. El equipo se moviliza siempre que se confirma un nuevo brote de poliomielitis (de la cepa de origen vacunal) en la Región de África.

Los países donde se registran brotes de poliovirus de origen vacunal en África son Angola, Benin, el Camerún, el Chad, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Nigeria, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, el Togo y Zambia. Esos brotes se producen debido a la fragilidad de los sistemas de vacunación sistemática, la indecisión con relación a la vacunación, la dificultad de acceso a algunos lugares y la mala calidad de las campañas de vacunación. «Cada minuto que pasa desde

la confirmación del laboratorio significa que el poliovirus está circulando y que existe el riesgo de que se infecten más niños», dice el Dr. Modjirom.

En las primeras 72 horas de su activación, el equipo de respuesta rápida despliega el equipo A para que prepare un plan de evaluación de riesgos y de respuesta ante el brote, en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias locales, la OMS y el UNICEF. La campaña de vacunación de respuesta a emergencias, llamada «ronda cero», se activa en un plazo de 14 días. El equipo B toma el relevo al cabo de ocho semanas y asume las actividades de respuesta ante el brote.

Para combatir cada brote se llevan a cabo tres rondas de vacunación de gran calidad en el marco de las campañas de inmunización. Los países también deben intensificar las actividades de vigilancia de la enfermedad para detectar nuevos casos de parálisis flácida aguda.



«CADA MINUTO QUE PASA DESDE LA CONFIRMACIÓN DEL LABORATORIO SIGNIFICA QUE EL POLIOVIRUS ESTÁ CIRCULANDO Y QUE EXISTE EL RIESGO DE QUE SE INFECTEN MÁS NIÑOS», DICE EL DR. MODJIROM



Poner fin a la transmisión del WPV1 y detener los brotes de cVDPV es la prioridad más urgente de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis en 2020, además de movilizar los recursos financieros necesarios para ello. En lo que respecta a la transición relativa a la poliomielitis, la prioridad más importante será la transferencia de las funciones y la financiación de la Iniciativa a otras corrientes financieras, incluso mediante la recaudación de recursos internos.

Los problemas que plantea la erradicación de la poliomielitis para detener la transmisión de poliovirus naturales y hacer frente a los brotes de cVDPV están imponiendo restricciones adicionales a los recursos de la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis, que podrían requerir una agilización de las estrategias de transición y su aplicación.

La aparición de los problemas mencionados plantea obstáculos adicionales a la ampliación de las actividades de transición relativas a la poliomielitis, dado que los recursos tendrán que centrarse en las actividades de erradicación emprendidas. La OMS se propone mitigar esos riesgos integrando la transición relativa a la poliomielitis en otros procesos técnicos y de planificación, entre los que figuran la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal; la intensificación de las actividades de promoción para aumentar la implicación de los países y acelerar la asignación de recursos nacionales; una planificación más eficaz a nivel mundial de los recursos humanos para evaluar las necesidades y deficiencias más importantes; y la movilización de los recursos de manera más proactiva.



21 PAÍSES NOTIFICARON CVDPV2 EN 2018-2019



CIFRAS BÁSICAS PARA LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 903 millones

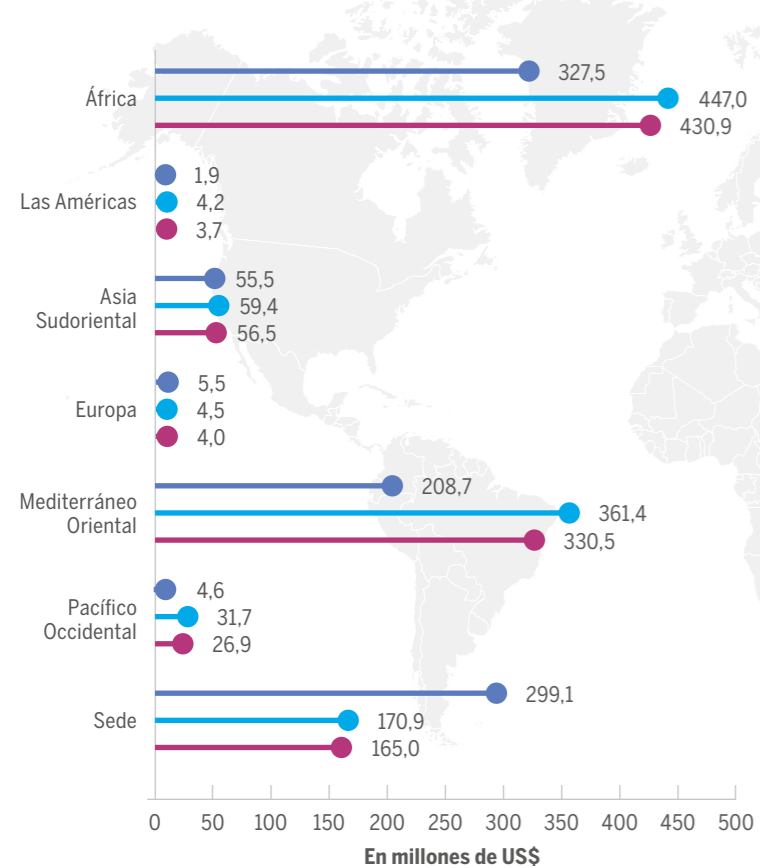


Fondos disponibles:
US\$ 1088 millones
(120% del Presupuesto por programas)

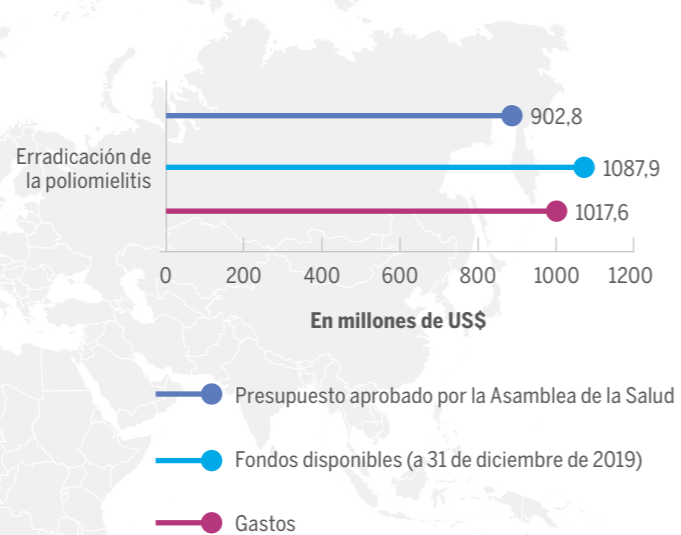


Gastos:
US\$ 1018 millones
(113% del presupuesto aprobado; 94% de los recursos disponibles)

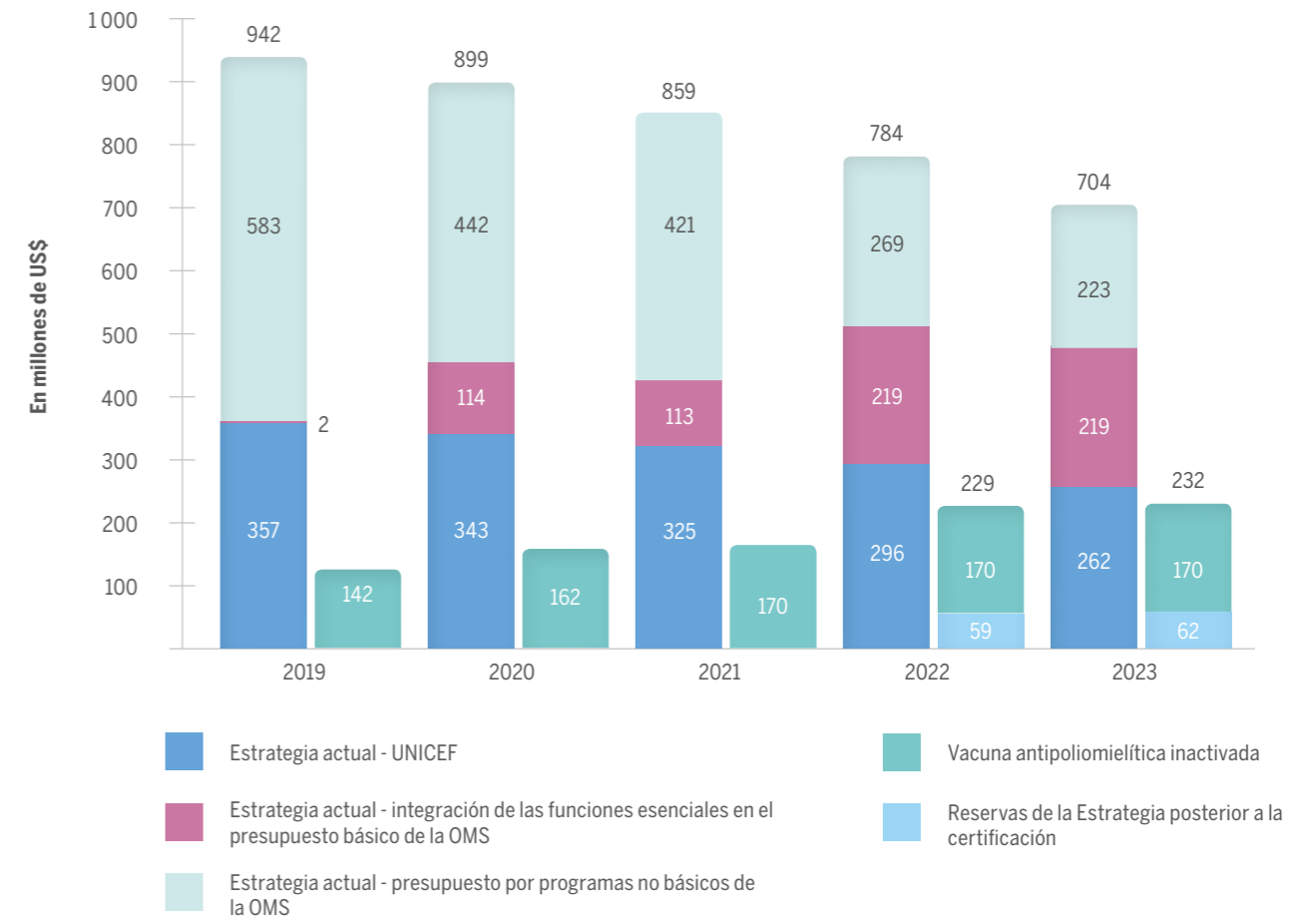
PRESUPUESTO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)



PRESUPUESTO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR PROGRAMA (EN MILLONES DE US\$)



PRESUPUESTO APROBADO DE LA ESTRATEGIA PARA LA FASE FINAL DE LA POLIOMIELITIS 2019-2023 (EN MILLONES DE US\$)



El presupuesto por programas de la OMS aprobado para 2018-2019 para la erradicación de la poliomielitis (US\$ 903 millones) se basó en el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP), elaborados para lograr un mundo sin poliomielitis de forma duradera para finales de 2018. A pesar de ello, la circulación del poliovirus natural no se interrumpió como estaba previsto, por lo que fue necesario adoptar una nueva estrategia más allá de 2018 para lograr su erradicación. Así, se adaptó la nueva Estrategia para la fase final de la poliomielitis 2019-2023 (IEMP), lo que tuvo repercusiones en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado de US\$ 903 millones.

El presupuesto resultante asignado al programa para la erradicación de la poliomielitis 2018-2019 fue de unos US\$ 1200 millones. En él se consignaron los recursos necesarios para realizar campañas de inmunización a gran escala en países endémicos y vulnerables (principalmente en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental) y para dar una respuesta urgente a varios brotes del poliovirus de origen vacunal en el África subsahariana.

La tasa promedio de ejecución de los fondos disponibles de todas las oficinas principales fue de un 92%, aproximadamente. La creciente necesidad de prestar apoyo a los países y regiones en primera línea donde se produce la transmisión del poliovirus explica el nivel relativamente bajo de financiación del presupuesto por programas aprobado en la Sede y, en su lugar, el aumento sustancial en las Regiones de **África** y el **Mediterráneo Oriental**. Los incrementos en el presupuesto para 2018-2019 y la financiación de actividades y gastos imprevistos para vacunas y brotes han agotado de manera desproporcionada la financiación flexible del programa. Es probable que eso genere una importante laguna en las actividades de erradicación de la poliomielitis en 2020-2021, lo que a su vez podría adelantar el momento en que se transfieran las funciones básicas y esenciales, en los países que dependen de la financiación de la poliomielitis, al presupuesto por programas básicos y la financiación básica de la OMS.

En el portal del presupuesto por programas de la OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/10/about/programme-outcomes> y <http://open.who.int/2018-19/home>) se ofrecen más detalles, en inglés, sobre la financiación del presupuesto por programas, la ejecución de esta categoría y los logros en cada área programática, incluidos los indicadores pertinentes.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES



En total, **38 PAÍSES** y territorios están declarados oficialmente libres de paludismo por la OMS



SE SALVARON 13,6 MILLONES DE VIDAS gracias a los tratamientos antirretrovíricos contra el VIH



Más de **1100 MILLONES DE PERSONAS RECIBIERON 1700 MILLONES DE DOSIS DE MEDICAMENTOS** contra enfermedades tropicales desatendidas (estimación para 2019)



LOS FALLECIMIENTOS POR TUBERCULOSIS EN TODO EL MUNDO DISMINUYERON UN 38% entre 2000 y 2018



Anualmente hay **UN MILLÓN DE CASOS DE CÁNCER** relacionados con la hepatitis, el VIH y las infecciones de transmisión sexual



La incidencia de hepatitis B ha disminuido, aunque anualmente fallecen **1,4 MILLONES** de personas a causa de la hepatitis B y C



La **TUBERCULOSIS, EL PALUDISMO Y EL VIH FARMACORRESISTENTES** ponen en riesgo la consecución de las metas de eliminación de estas enfermedades



En 2018, **LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN CUBRIERON A CASI NUEVE DE CADA 10 NIÑOS**



Hubo casi **20 MILLONES DE NIÑOS NO VACUNADOS** o infravacunados



En 2019 hubo **BROTOS IMPORTANTES DE DENGUE** en más de 50 países



«En el próximo decenio debemos mantener y acelerar los progresos en nuestra labor inconclusa en la esfera de las enfermedades transmisibles, aprovechando todo el poder de la innovación para avanzar hacia un mundo más saludable, seguro y equitativo».

DRA. POONAM KHETRAPAL SINGH
Directora Regional de la OMS para Asia Sudoriental



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 805 millones



Fondos disponibles:
US\$ 897 millones
(111% del presupuesto por programas)



Gasto:
US\$ 800 millones
(99% del presupuesto aprobado; 89% de los recursos disponibles)



LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ES UN **GRAN LOGRO DE SALUD Y DESARROLLO EN TODO EL MUNDO Y SALVA MILLONES DE VIDAS CADA AÑO**

La lucha contra las enfermedades transmisibles es un gran logro de salud y desarrollo en todo el mundo y salva millones de vidas cada año. Sin embargo, los progresos sustanciales y prometedores logrados en los dos últimos decenios siguen sin ser suficientes para acabar con las epidemias de aquí a 2030. Cada año fallecen 4 millones de personas a causa de las epidemias de VIH, tuberculosis, paludismo y enfermedades tropicales desatendidas y hepatitis víricas. Hoy en día sigue habiendo casi 20 millones de niños en todo el mundo que no reciben vacunas que pueden salvarles la vida, como las destinadas a prevenir el sarampión, la difteria y el tétanos. Además, muchas enfermedades de transmisión vectorial siguen suponiendo una amenaza, entre ellas las transmitidas por mosquitos, como el paludismo y el dengue.

Un desafío clave se refiere al ritmo de los cambios. En este bienio ha habido un fuerte compromiso político mundial con la Estrategia Fin a la Tuberculosis y se ha dado un impulso a la eliminación de las epidemias de hepatitis C, poniéndose en ambos casos de manifiesto el papel de la OMS como promotor y líder mundial en materia de salud.

En países que soportan una carga de morbilidad elevada y donde los avances se han estancado, la OMS ha lanzado iniciativas especiales para ampliar el acceso y aumentar la escala de la respuesta junto con los asociados y los países. Algunos ejemplos son el enfoque «de gran carga a gran impacto» para acelerar los avances en la reducción del paludismo, la iniciativa «**FIND. TREAT. ALL. #ENDTB**» contra la tuberculosis o las campañas de vacunación contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis.

Para los numerosos países de todas las regiones que avanzan satisfactoriamente para alcanzar sus metas en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en el caso del VIH) o para conseguir la eliminación (en el caso de las enfermedades tropicales desatendidas y el paludismo), la OMS ha seguido proporcionando como un solo equipo conocimientos expertos y asistencia en los países.



PRINCIPALES LOGROS

Se han conseguido avances significativos en esta esfera, con un abanico cada vez más amplio de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención disponibles y accesibles como resultado de la innovación, de un mayor esfuerzo de colaboración y de un uso eficaz de la financiación.

Algunas de las mejoras son opciones de bajo costo proporcionadas en el ámbito de la atención primaria y representan un cambio significativo con respecto al número de opciones relativamente limitado de que se disponía hace alrededor de un decenio. Cabe citar los siguientes éxitos: el aumento de los servicios de bajo costo para la detección y el tratamiento del VIH; la consecución de un máximo histórico en el número de personas que reciben atención antituberculosa de calidad; la extensión del tratamiento curativo de la hepatitis C a los países de ingresos bajos y medios; el acceso de 1100 millones de personas a medicamentos contra enfermedades tropicales desatendidas; y el lanzamiento de la primera vacuna contra el paludismo en un programa piloto en tres países africanos.

LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN, EL PRIMER PASO PARA EVITAR MUERTES POR VIH

En lo referente a las pruebas de detección del VIH, la situación ha cambiado drásticamente respecto a los primeros tiempos de la epidemia. En la actualidad se dispone de pruebas diagnósticas sencillas, rápidas y de bajo costo para su uso en las clínicas, las comunidades o el propio hogar. La OMS ha elaborado nuevas recomendaciones en materia de servicios de detección del VIH para ayudar a los países a llegar hasta los 8,1 millones de personas con VIH que aún no han sido diagnosticadas y por tanto no pueden recibir un tratamiento que salva vidas.

En 2018, de los 37,9 millones de personas con VIH que había en todo el mundo según las estimaciones, más de 8 millones no sabían que estaban infectadas. La detección del VIH en niños y adolescentes va por detrás de la detección en adultos. Hay 77 países que han adoptado políticas en materia de autodiagnóstico, y muchos otros las están elaborando.

**37,9
MILLONES**

**DE PERSONAS CON VIH
EN 2018**

↓ 16%

**LAS NUEVAS INFECCIONES
POR VIH CAYERON UN 16%
ENTRE 2010 Y 2018**

↓ 33%

**LOS FALLECIMIENTOS
RELACIONADOS CON EL VIH
CAYERON UN 33% ENTRE
2010 Y 2018**

LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA MODIFICA LA LEGISLACIÓN PARA MEJORAR EL ACCESO A LAS PRUEBAS DE VIH



LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA LEGALIZÓ LAS PRUEBAS DE AUTODIAGNÓSTICO DE VIH, LO QUE PERMITE UN ACCESO MÁS TEMPRANO A TRATAMIENTOS CONTRA EL VIH QUE SALVAN VIDAS

En noviembre de 2019, la República Unida de Tanzania legalizó las pruebas de autodiagnóstico de VIH, lo que permite un acceso más temprano a tratamientos contra el VIH que salvan vidas.

El Parlamento modificó la ley sobre el VIH para permitir las pruebas de autodiagnóstico de VIH en los mayores de 18 años y rebajar a 15 años la edad de consentimiento para someterse a pruebas de VIH (anteriormente fijada en 18 años). Era conocido que los adolescentes se enfrentaban a obstáculos legales y de política —como la necesidad de obtener el consentimiento de sus padres o tutores— para acceder a los servicios de detección del VIH y de asesoramiento sobre esta enfermedad.

La OMS prestó apoyo al Ministerio de Salud examinando un documento de política para las reuniones parlamentarias.



AUMENTA EL NÚMERO DE PAÍSES QUE ADOPTAN LA POLÍTICA «TRATAR A TODOS»

La política «Tratar a todos» de la OMS en relación con el VIH continuó implantándose en cada vez más países y se ha adoptado ya en la mayor parte del mundo. En julio de 2019, el 93% de los países de ingresos bajos y medios (frente al 40% a finales de 2016) y el 100% de los países prioritarios habían adoptado esta política, y otro 2% de los países de ingresos bajos y medios tenían previsto adoptar las recomendaciones de dicha política.

La aplicación está plenamente en marcha, y 115 países de ingresos bajos y medios (el 84%) han puesto íntegramente en práctica la política. En 2019, la OMS publicó orientaciones actualizadas sobre el tratamiento del VIH, que incluyen el uso de dolutegravir, y promovió un enfoque centrado en las mujeres que les da una mayor capacidad de elección en cuanto al tratamiento contra el VIH y el acceso a métodos anticonceptivos.

APOYO A PAKISTÁN DURANTE UN BROTE DE VIH EN NIÑOS

Tras detectarse un brote de VIH en niños en Ratodero-Larkana (provincia de Sindh, Pakistán) se proporcionó una respuesta coordinada en los tres niveles de la Organización. Más del 90% de los casos diagnosticados están siendo tratados actualmente en un nuevo centro de tratamiento antirretrovírico. La OMS centró sus esfuerzos en garantizar un suministro continuado de pruebas de detección en sangre y medicamentos antirretrovíricos, adaptar las pautas terapéuticas, formar a los profesionales sanitarios y fortalecer el control de infecciones.

ÉXITOS EN LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOFILIAL DEL VIH Y LA SÍFILIS

Durante el bienio, tres naciones asiáticas lograron eliminar la transmisión materno-filial del VIH y la sífilis congénita: Malasia, las Maldivas y Sri Lanka. La OMS prestó asistencia en el correspondiente proceso de validación y verificación.

Sri Lanka obtuvo la validación en noviembre de 2019. Tanto el VIH como la sífilis son actualmente epidemias de baja incidencia, con un 0,02% y un 0,005% respectivamente, gracias a unos programas de salud sólidos y al fuerte compromiso político. El 99% de cobertura de los servicios prenatales garantiza que las embarazadas con VIH reciban el nivel adecuado de cuidados para evitar la transmisión materno-filial.

La OMS también intervino en la movilización y utilización de fondos aportados por donantes y colaboró con el Gobierno de **Sri Lanka** para aumentar la calidad de los servicios de prevención y tratamiento del VIH mediante estrategias basadas en datos objetivos.

La eliminación de la transmisión materno-filial en las Maldivas en 2019 se vio facilitada por la mejora del acceso al diagnóstico y el tratamiento del VIH y por una vigilancia de enfermedades de alta calidad que permitió detectar, diagnosticar y tratar con rapidez los casos esporádicos de VIH y sífilis. La OMS proporcionó apoyo en relación con una base de datos electrónica y con la formación de los trabajadores sanitarios.

El éxito de **Malasia** en la eliminación de la transmisión materno-filial en 2018 se atribuyó a las pruebas tempranas, el diagnóstico temprano y el tratamiento temprano. El país inició un programa nacional para prevenir la transmisión materno-filial del VIH hace 20 años, en 1998. Las pruebas y el tratamiento prenatales para el VIH y la sífilis se proporcionan gratuitamente, y las mujeres tienen acceso a los servicios de salud, incluida la asistencia de profesionales calificados durante el parto.

«TRATAR A TODOS»

EN 2019, EL 93% DE LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS HABÍAN ADOPTADO UNA POLÍTICA «TRATAR A TODOS»



PERSISTE UNA BRECHA SUSTANCIAL PARA ALCANZAR LA META DE QUE 30 MILLONES DE PERSONAS CON VIH Y SUS CONTACTOS RECIBAN TRATAMIENTOS PREVENTIVOS CONTRA LA TUBERCULOSIS

CONTROL DE LA HEPATITIS C EN EGIPTO

5,6 millones de infectados en Egipto

La OMS publica **directrices terapéuticas para el VHC** basadas en las enseñanzas extraídas del VIH

Egipto diseña un **plan de acción**, y negocia el **menor precio** mundial en ese momento para los antiviricos de acción directa, así como su **producción local**

La base de datos de la OMS permite a los países intercambiar información sobre precios

2014

Ahorro de US\$ 400 millones anuales en el país, con un **costo de US\$ 260 millones** del cribado y el tratamiento

El análisis económico de la OMS muestra que tratar la hepatitis C **ahorra costos**

2015

Se añaden los antiviricos de acción directa a la **Lista de medicamentos esenciales**

2017

La OMS precalifica los primeros comprimidos genéricos de sofosbuvir

HACER ASEQUIBLES LOS MEDICAMENTOS CONTRA LA HEPATITIS B Y C EN CHINA

En la actualidad, los medicamentos contra la hepatitis B y C están disponibles, son accesibles y están cubiertos por el seguro nacional de salud en China, un país con una importante carga de morbilidad por hepatitis que hace que la incidencia de cáncer de hígado sea una de las más altas del mundo.

En 2019, las negociaciones para la reducción del precio de los antiviricos de acción directa que permiten curar la hepatitis C desembocaron en una bajada del 85% en el precio de venta, que anteriormente era de US\$ 10 000 para un ciclo de tres meses, y permitieron así su cobertura por el seguro universal de salud. La OMS colaboró con el Gobierno y las partes interesadas para elaborar argumentos de apoyo y análisis económicos que respaldaran la medida. La OMS también trabajó en la comunicación, la armonización

entre los asociados y el intercambio de información sobre los precios en otros países. Los elevados precios de la medicación contra la hepatitis B (tenofovir), de casi US\$ 3000 por paciente y año (2015), habían impedido hasta entonces su inclusión en el seguro universal de salud y dificultado el acceso. Con la ayuda de la OMS, el organismo nacional de seguros negoció de forma centralizada la adquisición agrupada de medicamentos genéricos y redujo así el precio a US\$ 10 por paciente y año, con inclusión en el seguro universal de salud.

La campaña del Ministerio de Salud y Población aspira a lograr **100 millones de vidas más sanas**

La OMS respalda la planificación y comunicación públicas

2018

60 millones de personas cribadas, tanto nacionales como residentes extranjeros, solicitantes de asilo, migrantes y refugiados

La OMS presta apoyo mediante el análisis de datos y la verificación del proceso de cribado

2,3 millones de personas tratadas

2019

La OMS precalifica los primeros comprimidos de daclatasvir

Egipto
↓ incidencia y mortalidad

EL Ministerio de Salud y Población está **integrando el cribado de la hepatitis C** en los servicios de atención primaria

La OMS está preparando un **marco para la validación** de la eliminación que también mida la cobertura de los servicios y su sostenibilidad

El ambicioso impulso de Egipto para la eliminación de la hepatitis está en consonancia con la **Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021 de la OMS**. La OMS está colaborando estrechamente con el Ministerio de Salud y Población de Egipto y prestó apoyo a la ampliación de las pruebas de detección y el tratamiento.

También respaldó el seguimiento de la ejecución, la supervisión y la formación, así como el examen de los indicadores y criterios relativos a la eliminación.

El Director General de la OMS visitó Egipto en agosto de 2019 para aprender de la experiencia egipcia y felicitar al Presidente por el importante logro de su país

en el avance hacia la eliminación de la hepatitis C. Ambos abordaron la posibilidad de que la iniciativa permita tratar a un millón de personas con hepatitis C en la Región de África. La OMS se ha comprometido a aplicar en sus actividades en todo el mundo las enseñanzas extraídas de la fructífera experiencia de Egipto.

DESCENSO DE LA INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN MYANMAR



UN PAÍS INCLUIDO EN LA LISTA DE LA OMS DE **30 PAÍSES CON ELEVADA CARGA DE TUBERCULOSIS**

En el último decenio, la prevalencia de la tuberculosis ha disminuido en Myanmar, con un descenso del 50% entre los mayores de 15 años, lo que indica que el país parece estar en buen camino para lograr la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir

la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles). Estos datos se basan en dos encuestas nacionales de prevalencia de tuberculosis (2009-2010 y 2017-2018) realizadas con la orientación de la OMS.

Myanmar figura entre los 30 países de la Región de Asia Sudoriental con elevada carga de tuberculosis, y la prevalencia de esta enfermedad triplica la media mundial.

Los factores que ayudaron a reducir la prevalencia fueron: la rápida ampliación de los servicios antituberculosos básicos; la prestación de tratamiento, cuidados de apoyo y atención comunitaria en zonas rurales y remotas, especialmente las

habitadas por minorías étnicas; y la detección activa de casos mediante equipos radiológicos móviles. La Secretaría de la OMS ha ayudado al país a analizar la situación relativa a la tuberculosis mediante su labor normativa, el seguimiento periódico, el apoyo a la vigilancia, el examen de las actividades programáticas y las recomendaciones para mejorar el programa contra la tuberculosis.

Sin embargo, en la zona urbana de Yangon no se ha observado el referido descenso de la prevalencia. En esta ciudad están surgiendo nuevos desafíos, como el aumento de la densidad de población urbana a causa de una mayor migración a la ciudad, la tuberculosis en ancianos y la presencia de comorbilidades.

IMPACTO EN LA TUBERCULOSIS INFANTIL GRACIAS A LA PRESTACIÓN INTEGRADA DE SERVICIOS EN ETIOPÍA



EL NÚMERO DE CASOS DE **TUBERCULOSIS** IDENTIFICADOS **AUMENTÓ CASI UN 600% EN EL PAÍS**

La tuberculosis supone una importante carga de morbilidad en Etiopía. El 11% de todos los casos de tuberculosis se da en niños. Etiopía alcanzó un importante éxito en la lucha contra esta enfermedad en la población infantil mediante un

enfoque que integra el tratamiento de la tuberculosis en la atención a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

El número de casos de tuberculosis identificados aumentó casi un 600% en el país. La remisión de casos para su diagnóstico es ahora tres veces más rápida. Al identificar un mayor número de casos también ha aumentado la cobertura del tratamiento antituberculoso.

Todo ello es el resultado de un proyecto piloto puesto en marcha en la Oficina de Salud Regional de Oromia, que se amplió a todo el país tras el éxito inicial. El

proyecto, que integró los servicios antituberculosos en las unidades de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, contó con el apoyo de la OMS. Los tres niveles de la Organización colaboraron para revisar los registros de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, documentar las prácticas óptimas, formar a los profesionales sanitarios en la toma de esputo para el diagnóstico de la tuberculosis y adoptar otras medidas destinadas a mejorar la capacitación y motivación para la detección de casos de tuberculosis.

MÁXIMO HISTÓRICO DEL NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBEN ATENCIÓN ANTITUBERCULOSA

En 2018, unos 7 millones de personas recibieron atención antituberculosa de calidad. El número de personas que recibió esta atención aumentó en 600 000 respecto al año anterior gracias a un mejor diagnóstico y tratamiento. La primera **reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis de la Asamblea General de las Naciones Unidas**, celebrada en septiembre de 2018, congregó a jefes de Estado, ministros y otros dirigentes y aumentó así el compromiso político para poner fin a la epidemia de tuberculosis. El mundo está pues en buen camino para alcanzar la meta de tratar a 40 millones de personas con tuberculosis entre 2018 y 2022.

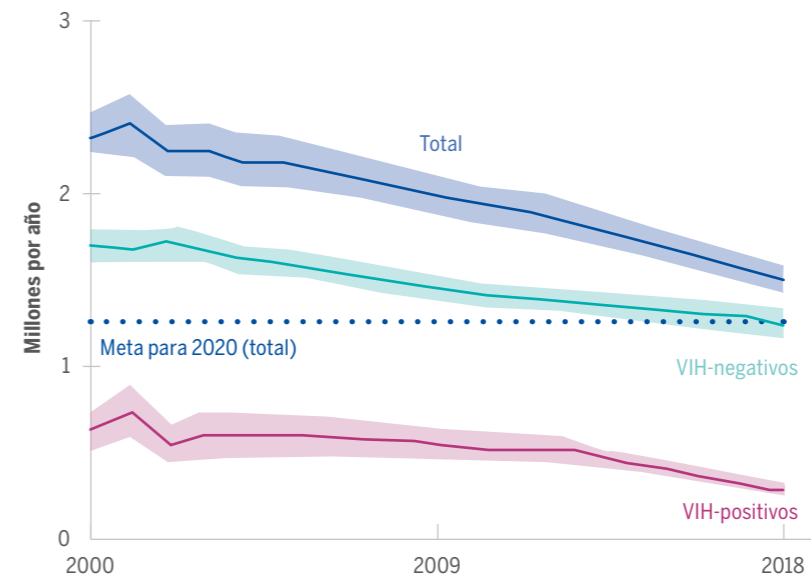
Siete países con una elevada carga de tuberculosis (la Federación de **Rusia, Kenya, Lesotho, Myanmar, Sudáfrica**, la **República Unida de Tanzania** y **Zimbabwe**) y una región (Europa) están en buen camino para alcanzar los hitos marcados para 2020 respecto a la incidencia y el número de fallecimientos.

Siguen existiendo enormes desafíos. La tuberculosis continúa siendo la enfermedad infecciosa más mortífera en todo el mundo y en 2018 provocó la muerte de 1,5 millones de personas, 251 000 de las cuales estaban infectadas por el VIH. La tuberculosis farmacorresistente sigue constituyendo una crisis de salud pública. Del más de medio millón de personas que necesitaban tratamiento contra la tuberculosis multirresistente, solo una de cada tres tuvieron acceso a él.

El Director General de la OMS lanzó en 2019 la iniciativa emblemática «**FIND. TREAT. ALL. #ENDTB**» junto con la Alianza Alto a la Tuberculosis y el Fondo Mundial para ampliar la respuesta contra la tuberculosis en los países con miras a lograr el acceso universal a la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.

En la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, la OMS presentó el marco de rendición de cuentas multisectorial para acelerar los progresos en la eliminación de la tuberculosis para 2030. En 2019, la OMS, en colaboración con los países y los asociados nacionales, inició la campaña «**RACE TO END TB**» («carrera para poner fin a la tuberculosis») en **Bangladesh, Camboya y Filipinas** a fin de promover la actuación en todos los niveles para hacer realidad los compromisos de la declaración política. En 2018 y 2019, la OMS elaboró una estrategia mundial para la investigación y la innovación relativas a la tuberculosis en colaboración con los Estados Miembros y con asociados externos.

TENDENCIAS MUNDIALES DEL NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS



Las áreas sombreadas son los límites inferior y superior
Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis (2019)



ENTRE 2000 Y 2018 SE SALVARON **58 MILLONES** DE VIDAS GRACIAS A UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EFICACES DE LA TUBERCULOSIS

3 MILLONES

3 MILLONES DE PERSONAS PADECÍAN TUBERCULOSIS NO DIAGNOSTICADA O **NO NOTIFICADA**



LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS DISMINUYERON DESDE **1,6 MILLONES EN 2017 HASTA 1,5 MILLONES EN 2018**; ENTRE 2000 Y 2018, LOS FALLECIMIENTOS SE REDUJERON UN 42%. SIN EMBARGO, EL MUNDO NO ESTÁ BIEN ENCAMINADO PARA LOGRAR LA META DE UN 35% DE REDUCCIÓN PARA 2020



SOLO EL 40% DE LOS PAÍSES ENDÉMICOS VAN POR BUEN CAMINO PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DEL PALUDISMO EN UN 40% O MÁS PARA 2020



LA INCIDENCIA DE PALUDISMO HA FRENADO SU RITMO DE DESCENSO

AUMENTAN LOS PAÍSES QUE HAN ELIMINADO EL PALUDISMO E IMPEDIDO SU REAPARICIÓN

Aunque los progresos se han estancado en muchos países con elevada morbilidad, cada vez son más los países con una carga reducida de paludismo que avanzan rápidamente hacia la eliminación.

- Número de países endémicos con menos de 10 000 casos de paludismo notificados: aumentó de 40 en 2000 a 49 en 2018.
- Número de países endémicos con menos de 100 casos autóctonos de paludismo: aumentó de 17 en 2000 a 27 en 2018.
- Número de países con menos de 10 casos autóctonos de paludismo: aumentó de 19 en 2017 a 24 en 2018.
- En el último bienio se certificó la eliminación del paludismo en cuatro países: Argelia, la Argentina, el Paraguay y Uzbekistán.
- En todo el mundo, 38 países y territorios han sido declarados oficialmente libres de paludismo por la OMS.
- Se ha puesto en marcha el enfoque «De gran carga a gran impacto» para combatir el paludismo en los 11 países más afectados.

En 2018 se estima que hubo 228 millones de casos de paludismo (la mayoría de ellos en la Región de África y en la India), frente a los 251 millones de casos de 2010. En el último decenio, el ritmo de avance hacia la eliminación en todo el mundo se ha frenado drásticamente, y no será posible alcanzar el hito de reducir la morbilidad un 40% entre 2015 y 2020.

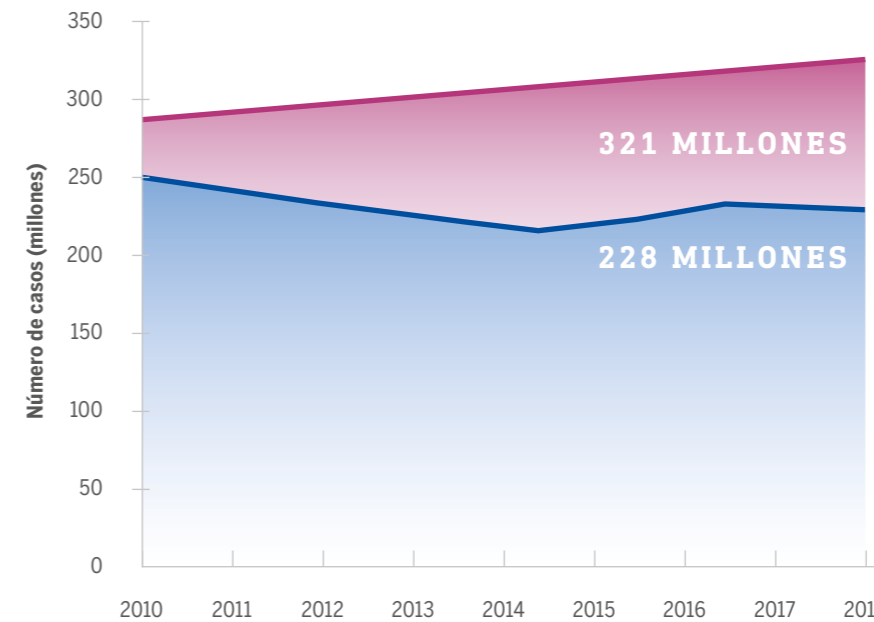


LAS CIFRAS ESTIMADAS DE MUERTES POR PALUDISMO EN TODO EL MUNDO CAYERON DE 585 000 A 405 000 ENTRE 2010 Y 2018

Si no se aceleran los avances, especialmente en los países con carga elevada, tampoco se alcanzarán los hitos de reducir la morbilidad un 75% para 2025 y un 90% para 2030.

En 2018, el Director General anunció que se redoblarían los esfuerzos para combatir el paludismo. Ese mismo año se lanzó en Mozambique el nuevo enfoque «de gran carga a gran impacto», que impulsan los 11 países más afectados y se basa en cuatro elementos clave: voluntad política, información estratégica, mejora de las orientaciones y estrategias y respuesta nacional coordinada.

COMPARACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS ESTIMADOS DE PALUDISMO EN LA ACTUALIDAD Y EL QUE HUBIERA CABIDO ESPERAR SI LA INCIDENCIA DE ESTA ENFERMEDAD EN EL MUNDO HUBIERA PERMANECIDO AL MISMO NIVEL QUE EN 2000



- Casos estimados de paludismo si la incidencia hubiera permanecido al mismo nivel que en 2000
- Número estimado de casos de paludismo, de acuerdo con la evolución actual

Fuente: Estimaciones de la OMS. Informe mundial sobre el paludismo (2019).



LUCHA CONTRA LA AMENAZA DEL PALUDISMO MULTIRRESISTENTE EN LA SUBREGIÓN DEL GRAN MEKONG



LA APARICIÓN Y PROPAGACIÓN DEL PALUDISMO MULTIRRESISTENTE SIGUE SUPONIENDO UN ENORME RETO

La eliminación del paludismo está al alcance en la subregión del Gran Mekong, que comprende Camboya, China, Myanmar, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam. Entre 2012 y 2018, el número de casos de paludismo por Plasmodium

falciparum cayó un 74% en estos seis países, y el número de fallecimientos lo hizo un 95%. Varios de los países alcanzaron importantes hitos nacionales: Camboya notificó por primera vez la ausencia de fallecimientos asociados al paludismo, China no registró ningún caso autóctono por tercer año consecutivo, y Tailandia experimentó una caída del 38% en el número de casos entre 2017 y 2018.

La aparición y propagación del paludismo multirresistente sigue suponiendo un enorme reto. Para combatir este problema, la OMS ha colaborado con los países y los asociados a fin de fortalecer el compromiso político sobre la base

de la Estrategia de la OMS para la eliminación del paludismo en la subregión del Gran Mekong 2015-2030. La OMS proporciona un apoyo más próximo a través de su centro subregional de Phnom Penh.

El llamamiento ministerial a la acción para eliminar el paludismo en la subregión del Gran Mekong antes de 2030 fue firmado en 2018 por los ministros de salud de los países afectados con el fin de reforzar la vigilancia, mejorar la colaboración transfronteriza, aumentar el acceso a las intervenciones y aplicar medidas específicas en comunidades vulnerables.

AMPLIACIÓN DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS COMBINADOS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA FILARIASIS LINFÁTICA EN CUATRO REGIONES DE LA OMS

Más de 10 millones de personas pertenecientes a comunidades de riesgo de 11 países fueron tratadas con la nueva combinación de ivermectina, dietilcarbamazina y albendazol (IDA) recomendada por la OMS para eliminar la filariasis linfática. Esto se ha conseguido solo dos años después de la publicación de las directrices correspondientes. La OMS proporcionó apoyo técnico y operativo para revisar las políticas nacionales y planificar, aplicar y monitorear la cobertura del tratamiento con IDA en cada uno de los 11 países.

- Samoa fue el primer país en adoptar a nivel nacional el tratamiento combinado. Cuatro países más de la Región del Pacífico Occidental (y otros países no pertenecientes a

la región) han implantado el tratamiento con IDA con apoyo de la OMS.

- Los resultados preliminares indican que una única ronda de IDA en la provincia de Nueva Gran Bretaña Oriental (Papua Nueva Guinea) ha reducido los niveles de infección por debajo del umbral de eliminación.
- La administración masiva de medicamentos en Guyana llegó a todas las zonas endémicas tras la elaboración de los correspondientes mapas para determinar dónde era necesaria dicha administración masiva.
- Kenya y Santo Tomé y Príncipe fueron los primeros países de la Región de África en

aplicar el tratamiento con IDA gracias al buen liderazgo y a la colaboración en la lucha contra enfermedades tropicales desatendidas.

- Se han registrado notables progresos en la eliminación de la filariasis linfática en Timor-Leste, que hacen que probablemente sea el siguiente país de la Región de Asia Sudoriental en alcanzar las metas de eliminación.

Se requerirá un apoyo continuado de la OMS para garantizar que los países citados, y otros 44 más, sigan por buen camino para lograr las metas de eliminación.

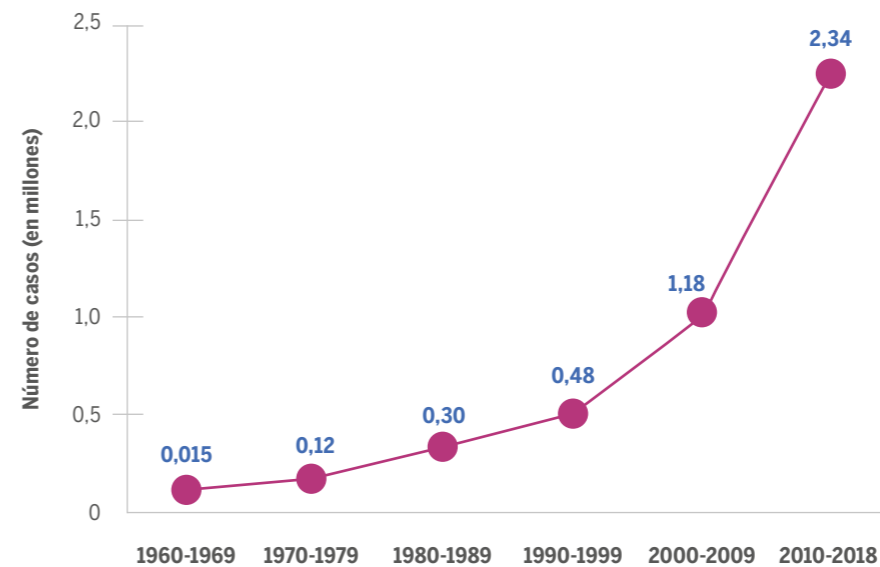
LLEGAR A TODAS LAS PERSONAS QUE NECESITAN TRATAMIENTO POR ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS

En 2018 y 2019, por segundo y tercer año consecutivos, más de 1000 millones de personas recibieron tratamiento contra al menos una enfermedad tropical desatendida. En 2019, más de 1100 millones de personas recibieron un total de 1700 millones de dosis de medicamentos contra enfermedades tropicales desatendidas. Esto implicó colaborar con gobiernos y asociados, aplicar las normas y prácticas de la OMS y recurrir a donaciones de medicamentos a gran escala bajo la gestión de la OMS. Con el apoyo de la OMS se proporcionaron tratamientos masivos administrando, generalmente con frecuencia anual, un conjunto integral de medicamentos contra la filariasis linfática, la oncocercosis, la esquistosomiasis, las helmintiasis transmitidas por el suelo, el tracoma y las trematodiasis de transmisión alimentaria. En aquellas enfermedades que requieren protocolos diagnósticos y terapéuticos complejos se proporcionó una atención individualizada. Es el caso, por ejemplo, de la úlcera de Buruli, la enfermedad de Chagas, el dengue, la fiebre chikungunya, la dracunculosis, la lepra, la leishmaniasis y la tripanosomiasis africana.

CONFIGURACIÓN DE LA POLÍTICA SANITARIA MUNDIAL SOBRE ENFERMEDADES DESATENDIDAS

En mayo de 2019, el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la OMS puso en marcha el Directorio de Perfiles de Productos Sanitarios. Su finalidad es hacer más eficiente la labor de desarrollo de nuevos productos contra las enfermedades tropicales desatendidas y servir de base para los debates sobre las prioridades de investigación y desarrollo. El Directorio es una base de datos, con posibilidad de realizar búsquedas, en la que figuran perfiles con las principales características de medicamentos, vacunas, pruebas diagnósticas y otros productos, principalmente contra el VIH, la tuberculosis y el paludismo, además del ebola, el virus de Zika y la fiebre de Lassa.

PROMEDIO DE CASOS ANUALES DE DENGUE NOTIFICADOS A LA OMS POR LOS ESTADOS MIEMBROS (1960-2018)



LA INCIDENCIA DE LA **LEISHMANIASIS CUTÁNEA**, QUE PROVOCA DESFIGURACIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN, ESTÁ AUMENTANDO EN ALGUNAS ZONAS



EN 2019 SE REGISTRARON **BROTOS DE DENGUE EN MÁS DE 50 PAÍSES**. LA OMS LOS AYUDÓ A ASEGURAR EL **DESPLIEGUE Y UTILIZACIÓN EFICACES DE PROFESIONALES ADECUADAMENTE FORMADOS** Y PROPORCIONÓ APOYO SOBRE EL TERRENO



ESTÁ **AUMENTANDO**
EL USO DE
VACUNAS NUEVAS O
INFRAUTILIZADAS

LA VACUNACIÓN SIGUE SALVANDO MILLONES DE VIDAS

La vacunación es un gran logro de salud y desarrollo en todo el mundo, que salva muchas vidas cada año. Actualmente contamos con vacunas que previenen más de 20 enfermedades potencialmente mortales y ayudan a personas de todas las edades a vivir más y con mejor salud. En 2018, 116 millones de niños completaron su programa básico de vacunación, frente a los 90 millones del año 2000; además, 2019 fue el primer año en el que los 194 Estados Miembros administraron al menos una dosis de vacuna con poliovirus inactivados en el marco de sus calendarios nacionales de vacunación, lo que supone la introducción mundial más rápida de una nueva vacuna.

Sin embargo, a pesar de los progresos logrados, la OMS y el UNICEF estimaron en 2018 que aún hay casi 20 millones de niños que no reciben vacunas que salvan vidas, como las destinadas a prevenir el sarampión, la difteria y el tétanos.

Países muy poblados como la India o Nigeria han mejorado su cobertura vacunal identificando deficiencias a nivel subnacional y aplicando estrategias individualizadas para corregirlas. Sin embargo, en otros países los progresos se han estancado o incluso ha habido retrocesos. Por ejemplo, aunque muchos países han conseguido mantener la eliminación del tétanos materno y neonatal, es poco probable que de aquí al final de 2020 se alcance ninguna de las metas de eliminación de enfermedades relativas al sarampión, la rubéola y el tétanos materno y neonatal. En los dos últimos años se han producido en el mundo numerosos brotes de sarampión, difteria, tos ferina y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Ampliar el acceso a la vacunación sigue siendo una de las inversiones en salud pública económicamente más rentables. La nueva visión y estrategia para el próximo decenio debe dar más prioridad al fortalecimiento de los programas de vacunación como parte de la atención primaria de salud a fin de mantener el impulso y preservar los logros conseguidos en materia de vacunas e inmunización. La OMS está dirigiendo la elaboración conjunta con sus asociados de una nueva visión y estrategia mundiales para responder a estos desafíos a lo largo del próximo decenio.

LA PRIMERA VACUNA DEL MUNDO CONTRA EL PALUDISMO

La primera vacuna del mundo contra el paludismo, RTS,S/AS01, fue puesta en marcha en 2019 por los Gobiernos de Ghana, Kenya y Malawi en un histórico programa piloto coordinado por la OMS y apoyado por varios asociados. Se estima que el paludismo causó en 2018 la muerte de 265 000 niños africanos. Se necesitan nuevos instrumentos —y un uso más dirigido de los que ya existen— para volver al buen camino hacia la consecución de los hitos mundiales relativos al control de esta enfermedad.

RTS,S/AS01 es la primera y única vacuna que reduce significativamente el paludismo en los niños pequeños africanos. Alberga el potencial de salvar la vida de decenas de miles de niños como instrumento de prevención adicional, y se está administrando en el marco de los programas de vacunación sistemática en determinadas zonas de los tres países piloto. En 2019, unos 200 000 niños recibieron la primera dosis. Los datos y la información del programa piloto servirán de base a las recomendaciones de política de la OMS sobre un uso más amplio de la vacuna.



EL **PALUDISMO** SIGUE
SIENDO UNA DE LAS
PRINCIPALES CAUSAS DE
MUERTE EN EL MUNDO Y SE
COBRA LA VIDA DE UN NIÑO
CADA DOS MINUTOS



CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y LA POLIOMIELITIS EN PAPUA NUEVA GUINEA

EL SARAMPIÓN CAUSÓ MÁS DE **140 000 MUERTES** EN TODO EL MUNDO EN 2018 A PESAR DE LA EXISTENCIA DE UNA VACUNA

Más de un millón de niños menores de 5 años fueron vacunados en Papua Nueva Guinea en la campaña de vacunación realizada en todo el país contra tres peligrosas enfermedades: el sarampión, la rubéola y la poliomielitis. La campaña fue iniciada en junio de 2019 por el Departamento Nacional de Salud con apoyo de la OMS, el UNICEF y otros asociados. Se administró la vacuna contra el sarampión y la rubéola a los niños de entre 6 meses y 5 años, mientras que a todos los niños menores de 5 años se les administró la vacuna antipoliomielítica oral independientemente de su estado vacunal. La campaña integrada de

vacunación contra el sarampión y la rubéola y contra la poliomielitis se llevó a cabo una vez completadas las campañas iniciales de vacunación antipoliomielítica en respuesta al brote de poliomielitis de junio. El brote de sarampión se notificó en 2014-2015, con más de 70 000 casos sospechosos, más de 2000 casos confirmados y 362 fallecimientos registrados. En 2017 y 2018 se notificaron casos adicionales. Esta campaña integrada demuestra el compromiso del país con la mejora de la salud y bienestar infantiles mediante la protección contra enfermedades prevenibles mediante vacunación.

LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR DE COREA, DECLARADA LIBRE DE SARAMPIÓN

La República Democrática Popular de Corea fue declarada libre de sarampión en 2018 tras no haber registrado transmisión local de esa enfermedad desde 2007. El país ha notificado sistemáticamente una cobertura casi universal de todas las vacunas infantiles, incluida

la vacuna contra el sarampión. En 2017, la OMS y el UNICEF proporcionaron asistencia para una encuesta de evaluación de la cobertura vacunal, que confirmó las elevadas tasas notificadas. También se prestó apoyo para mejorar el sistema de vigilancia del

sarampión y la rubéola en el país. La OMS proporcionó asistencia técnica para fortalecer la capacidad nacional de realización de pruebas tras ampliarse los criterios para realizarlas.

INTRODUCCIÓN EN EL PAKISTÁN DE LA VACUNA CONJUGADA CONTRA LA FIEBRE TIFOIDEA

Entre noviembre de 2016 y diciembre de 2019 se registraron más de 11 000 casos de fiebre tifoidea ultrarresistente durante un brote en la provincia pakistaní de Sindh. Se han notificado casos adicionales de fiebre tifoidea ultrarresistente en otras partes del Pakistán. En el marco de sus esfuerzos para controlar la fiebre

tifoidea, incluida la ultrarresistente, el Pakistán se convirtió en el primer país financiado por la Alianza Gavi en introducir la vacuna antitifoidea conjugada en su calendario de vacunación sistemática. La vacuna antitifoidea conjugada se está introduciendo escalonadamente: en noviembre de 2019 se realizó una campaña de puesta al día en

la provincia de Sindh dirigida a 10,1 millones de niños, seguida por la vacunación sistemática en toda la provincia. La introducción gradual de la vacuna continuará para cubrir la mayor parte del país de aquí a 2021, respaldada por la sólida colaboración entre la OMS, la Alianza Gavi para las Vacunas, el UNICEF y otros asociados.

PRECALIFICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL EBOLA

En otro hito, la OMS precalificó por primera vez una vacuna contra el ebola, un paso crucial para acelerar la autorización, el acceso y el despliegue en los países con mayor riesgo de brotes de ebola.

LA VACUNA CON POLIOVIRUS INACTIVADOS SE HA INTRODUCIDO CON MÁS RAPIDEZ QUE NINGUNA OTRA VACUNA

En 2019 se alcanzó un hito mundial: la administración en los 194 Estados Miembros de al menos una dosis de vacuna con poliovirus inactivados.

Conscientes de que, una vez que aparecen síntomas, la rabia casi siempre resulta mortal, la Alianza Gavi para las Vacunas ha acordado incluir desde 2021 en su lista de vacunas para los países susceptibles de recibir su ayuda la profilaxis antirrábica humana posterior a la exposición. Se trata de una intervención de importancia crítica que salvará vidas. Las organizaciones de la colaboración tripartita (la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal) están trabajando con miras a generar el apoyo necesario para garantizar que los gobiernos sean capaces de llevar a cabo vacunaciones caninas masivas que permitan eliminar esta enfermedad.

ELEVADA DEMANDA DE LA VACUNA QUE PREVIENE EL CÁNCER CERVICOUTERINO

La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) está reconocida como la medida de salud pública más costoeficaz para reducir significativamente el riesgo de padecer cáncer cervicouterino, el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres. Actualmente están autorizadas cuatro vacunas contra el VPH, que son muy eficaces y tienen un excelente perfil de seguridad. A finales de 2019 se había introducido la vacuna contra el VPH en más de 100 países, incluidos países con bajos ingresos, con financiación de la Alianza Gavi para las Vacunas y apoyo de los asociados.

El fuerte aumento de la demanda de vacunas contra el VPH ha conducido a una escasez mundial. En octubre de 2019, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización publicó nuevas orientaciones en las que se recomendaba dar prioridad a la vacunación de las niñas de 9 a 14 años.

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LA INVESTIGACIÓN SANITARIA

El Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la OMS apoya desde hace tiempo a los investigadores mediante programas de enseñanza y posgrado para desarrollar las aptitudes de liderazgo de los científicos de países de ingresos bajos y medios. En los últimos años, el Programa también se ha centrado en fortalecer las capacidades de los científicos para investigar los aspectos de la salud ligados al género.

El Programa ha elaborado instrumentos para dicho fortalecimiento, entre los que figura un conjunto de herramientas para investigaciones de género interseccionales y un enfoque innovador de «aula mundial» mediante aprendizaje en línea, conferencias web y redes sociales. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Ghana, con apoyo del Programa, ha elaborado, y ensayado con carácter piloto, un curso en línea para la capacitación relativa al análisis de género en los estudios sobre enfermedades de transmisión vectorial y cambio climático, que se ha integrado en los cursos ya existentes sobre género y salud.



A FINALES DE 2019 SE HABÍA INTRODUCIDO LA **VACUNA CONTRA EL VPH** EN MÁS DE **100 PAÍSES**, INCLUIDOS PAÍSES CON BAJOS INGRESOS



CAPACIDADES DE LOS CIENTÍFICOS PARA INVESTIGAR LOS ASPECTOS DE LA SALUD LIGADOS AL GÉNERO

LUCHA CONTRA LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

El uso inadecuado de los antimicrobianos (antibióticos, antivíricos, antiprotazoarios y antifúngicos) está haciéndolos ineficaces al favorecer la selección de cepas resistentes. Como los mismos antibióticos que se emplean en el ser humano también pueden utilizarse en animales y plantas, las bacterias resistentes pueden propagarse de los animales a las personas y al medio ambiente.

Por consiguiente, una sólida colaboración intersectorial resulta crítica para coordinar las políticas relativas al ser humano, los animales, las plantas y el medio ambiente a fin de prevenir la resistencia a los antimicrobianos y combatirla como amenaza para la consecución de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En mayo de 2018, las organizaciones de la colaboración tripartita «Una salud» —la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)— acordaron intensificar su actuación conjunta en esta esfera a través de un memorando de entendimiento. Una de las principales prioridades iniciales fue relanzar la actuación en los países para aplicar el Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, entre otras cosas protegiendo aquellos antibióticos que resultan críticos para la salud humana.



LA COLABORACIÓN TRIPARTITA «UNA SALUD» FUNCIONA A PLENO RENDIMIENTO

La colaboración tripartita «Una salud» entre la OMS, la FAO y la OIE ha dado lugar a:

- un marco multisectorial de seguimiento y evaluación que orienta a los países a la hora de establecer sistemas de recopilación de datos sobre sus planes nacionales en materia de resistencia a los antimicrobianos, efectuar un seguimiento de la aplicación de dichos planes e informar sobre los progresos correspondientes;
- una encuesta tripartita en la que los propios países deben evaluar la aplicación de sus respectivos planes nacionales sobre resistencia a los antibióticos, y a la que en 2019 contestaron 159 países (que representaban el 91% de la población mundial);
- el apoyo al cumplimiento eficaz del mandato del grupo especial de coordinación interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos y la remisión de un informe completo al Secretario General de las Naciones Unidas en 2019;
- la creación de una secretaría conjunta tripartita sobre resistencia a los antimicrobianos, radicada en la OMS y con funcionarios de enlace a tiempo completo en la FAO y la OIE, para coordinar las actividades conjuntas y facilitar el cumplimiento del mandato del grupo especial de coordinación interinstitucional;
- la creación de un mecanismo de financiación —el Fondo Fiduciario de múltiples asociados contra la resistencia a los antimicrobianos— para catalizar y acelerar la actuación en el ámbito nacional; se han designado 12 países iniciales para ampliar el impacto y los resultados a nivel nacional;
- el fortalecimiento de la función normativa de la OMS en materia de resistencia a los antimicrobianos;
- la publicación de un marco mundial de seguimiento y evaluación del Plan mundial de acción sobre resistencia a los antimicrobianos (para su uso en los niveles nacional y mundial), con una lista de indicadores recomendados;
- la elaboración de un documento de orientación para ayudar a los países a poner en marcha el seguimiento de los datos pertinentes sobre resistencia a los antimicrobianos;
- el desarrollo de metodologías para un programa mundial de vigilancia del uso de antimicrobianos y una encuesta de prevalencia puntual del uso de antibióticos en hospitales, y la publicación del primer informe de la OMS sobre la vigilancia del uso de antibióticos;
- la elaboración y publicación por la OMS de un marco para la formación teórica y práctica de los profesionales sanitarios en relación con la resistencia a los antimicrobianos;
- el desarrollo de la clasificación AWARE de antibióticos (Access, Watch, Reserve: acceso, precaución y último recurso) en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para ayudar a guiar su uso óptimo.

LOS PAÍSES, DECISIVOS: LA OMS AYUDA A LOS PAÍSES A RESPONDER

Se han desarrollado planes nacionales de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos en 135 países, y otros 50 países más los están ultimando. La OMS está elaborando un instrumento de cálculo de costos con el fin de ayudar a elaborar presupuestos para planes multisectoriales, así como un documento de orientación para ayudar a los países a establecer un marco de seguimiento de sus planes nacionales de acción. Se ha ultimado un conjunto de instrumentos prácticos para los programas de gestión responsable de los antimicrobianos en los centros sanitarios de países de ingresos bajos y medios y se ha establecido una red mundial en línea para la gestión responsable de los antimicrobianos.



LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS INFECCIONES DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE PARA **REDUCIR LA NECESIDAD DE USO DE ANTIMICROBIANOS** TANTO EN EL SER HUMANO COMO EN LOS ANIMALES



EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS SE HAN DESARROLLADO MUY POCOS ANTIMICROBIANOS NUEVOS, POR LO QUE **RESULTA CRÍTICO INVERTIR EN INVESTIGACIÓN**

LA OMS AYUDA A OPTIMIZAR EL USO DE LOS ANTIMICROBIANOS

La gestión responsable de los antimicrobianos ayuda a aumentar la longevidad de los antimicrobianos existentes promoviendo su uso adecuado, lo cual mejora la calidad de la atención y los resultados para los pacientes y frena la aparición y propagación de resistencia a los antimicrobianos. En 2019, la OMS ayudó a 10 países a iniciar programas nacionales y en los centros sanitarios para la gestión responsable de los antimicrobianos proporcionando asistencia técnica regional y nacional y organizando talleres de formación en los centros sanitarios. La OMS también contribuyó al proceso de revisión de las normas pertinentes del Codex Alimentarius para reducir la resistencia a los antimicrobianos en la cadena alimentaria.



EL SUDÁN INTENSIFICA SUS ESFUERZOS CONTRA LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

En julio de 2018, el Sudán puso en marcha con éxito su plan de acción nacional multisectorial sobre resistencia a los antimicrobianos, que fue respaldado por su Ministerio de Salud y su Ministerio de Recursos Ganaderos con el apoyo de la OMS, en colaboración con la FAO, la OIE y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Como prioridad para aplicar el plan se establecieron sistemas de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos. El Sudán también se incorporó en 2018 al Sistema mundial de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos (GLASS por sus siglas en inglés) y trabajó en la recopilación de datos con

la orientación de la OMS. El país notificó perfiles analíticos de susceptibilidad a antibióticos para 32 infecciones urinarias por *Escherichia coli*. En 2019 estableció nuevos puntos de vigilancia y notificó datos sobre 1136 infecciones, incluidos datos de muestras hemáticas y correspondientes a varios microorganismos patógenos.

La OMS también ha apoyado eficazmente al Sudán para completar una encuesta de prevalencia puntual del uso de antimicrobianos, una plataforma que se empleará para una evaluación ulterior de la capacidad de los hospitales y laboratorios.

UN ASPECTO BÁSICO: PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

La prevención y el control de las infecciones (PCI) es una de las primeras medidas para combatir la propagación de microorganismos patógenos en el ámbito comunitario y sanitario. Sin embargo, los progresos en la aplicación y adopción de normas de PCI han sido limitados. La prevención y el control de las infecciones desempeña un papel importante para reducir la necesidad de uso de antimicrobianos tanto en el ser humano como en los animales. Algunos de los progresos han sido:

- elaboración de componentes básicos de PCI para los centros sanitarios y de requisitos mínimos en relación con los componentes básicos;
- elaboración de instrumentos prácticos y apoyo para el fortalecimiento de la capacidad en materia de PCI en 48 países;
- aplicación de las recomendaciones de las directrices para prevenir la aparición en los centros sanitarios de bacterias gramnegativas resistentes a los carbapenémicos;¹
- dos encuestas de la OMS sobre la situación mundial de los programas de PCI en el ámbito nacional y en los centros sanitarios, realizadas en 88 países en 2018 y en 5925 centros de 141 países en 2019;
- fortalecimiento de los servicios básicos de agua, saneamiento e higiene (ASH) en los centros sanitarios y del tratamiento de aguas residuales, y énfasis sobre sus principales vínculos con la resistencia a los antimicrobianos en la estrategia ASH 2018-2025 de la OMS.

Los datos del **sistema GLASS** reflejan la escala de las amenazas y las tendencias actuales. Los progresos recientes en esta esfera abarcan:

- 89 países incorporados al sistema GLASS, de los que 66 han proporcionado datos sobre resistencia a los antimicrobianos recogidos en más de 9000 puntos de vigilancia;
- reciente aprobación de un nuevo indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativo a la resistencia a los antimicrobianos, basado en los datos recogidos a través del sistema GLASS, con el fin de realizar un seguimiento de los progresos en los países dentro del marco general de seguimiento de los ODS;
- puesta en marcha del mecanismo GLASS-EAR (notificación de resistencias emergentes a los antimicrobianos en el sistema GLASS) para respaldar las capacidades de detección, alerta temprana y evaluación de riesgos;
- elaboración con carácter piloto de un protocolo mundial de vigilancia integral de la resistencia a los antimicrobianos en el ser humano, la cadena alimentaria y el medio ambiente, posteriormente aplicado en nueve países y en vías de aplicación en otros cuatro.



LOS DATOS DEL **SISTEMA GLASS** REFLEJAN LA ESCALA DE LAS AMENAZAS Y LAS TENDENCIAS ACTUALES

INVERSIÓN EN LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO DE NUEVOS ANTIMICROBIANOS

En las últimas décadas se han desarrollado muy pocos antimicrobianos nuevos, por lo que resulta crítico invertir en investigación. La OMS está colaborando con la Alianza Mundial para la Investigación y Desarrollo de Antibióticos en relación con la septicemia en neonatos (mediante un estudio en 11 países) y con un nuevo tratamiento contra la gonorrea resistente a los antibióticos (para el que están en curso ensayos clínicos de fase III). Además, anualmente se evalúa la línea de desarrollo preclínico y clínico de medicamentos antibacterianos y antituberculosos en relación con la lista prioritaria mundial de las bacterias resistentes que plantean las mayores amenazas para la salud pública y para las que resulta necesario investigar y desarrollar nuevos tratamientos. La OMS también trabaja para catalizar formas de financiación innovadoras para la investigación y el desarrollo, en estrecha colaboración con asociados como el Banco Europeo de Inversiones.

¹ Enterobacteriáceas, *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a los carbapenémicos.



EN 2019 ESTABLECIÓ NUEVOS PUNTOS DE VIGILANCIA Y NOTIFICÓ DATOS SOBRE **1136 INFECCIONES**, INCLUIDOS DATOS DE MUESTRAS HEMÁTICAS Y CORRESPONDIENTES A VARIOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS

DESAFÍOS Y ENSEÑANZAS

Un desafío fundamental consiste en mantener en los países el compromiso político y los recursos necesarios para cumplir las metas relativas a enfermedades y alcanzar la cobertura sanitaria universal. Las inversiones en la prestación de servicios, en la atención primaria y comunitaria de salud y en los sistemas sanitarios han demostrado ser eficaces para mejorar los resultados.

A pesar de un descenso en las nuevas infecciones por VIH, los progresos han sido insuficientes para alcanzar las metas de eliminación correspondientes a 2020 y mantener la buena dirección para alcanzar las de 2030. El ritmo de introducción de intervenciones preventivas eficaces ha sido demasiado lento, y persisten importantes deficiencias en la cobertura de las pruebas diagnósticas y los tratamientos.

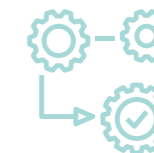
La baja cobertura de la dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B, en particular en la Región de África, supone un obstáculo para la eliminación de esa enfermedad, mientras que la hepatitis C continúa extendiéndose con rapidez en algunas comunidades. La cobertura de los tratamientos contra la hepatitis B y C es baja, y el acceso a las pruebas de diagnóstico es limitado.

No se cumplirán dos metas cruciales de la OMS para 2020 en relación con el paludismo: la reducción en un 40% o más de la incidencia del paludismo y la reducción de la mortalidad por paludismo en ese mismo porcentaje. Persisten importantes deficiencias en el acceso a intervenciones básicas para prevenir, detectar y tratar el paludismo, especialmente en los países que soportan una carga más elevada por esta enfermedad.

En 2019 se notificaron brotes de dengue en más de 50 países, y la expansión del territorio de distribución de los mosquitos de los géneros *Aedes* y *Culex* supone una amenaza para Europa. En zonas de conflicto y asentamientos de refugiados están apareciendo leishmaniasis y lepra. Asimismo, están surgiendo muchas enfermedades tropicales desatendidas en situaciones de emergencia complejas en las que faltan tanto medicamentos seguros y de calidad como financiación.

El acceso al diagnóstico de la tuberculosis farmacorresistente y a su tratamiento asequible y de calidad garantizada continúa siendo limitado, especialmente para los grupos de población más marginados. Se necesita un mayor esfuerzo para ayudar a los países a fortalecer la capacidad de detectar y tratar la tuberculosis farmacorresistente. La resistencia a los fármacos también supone un problema para la lucha contra el VIH y el paludismo. La investigación y la innovación serán cruciales para combatir la farmacorresistencia.

Los esfuerzos para prevenir la resistencia a los antimicrobianos se ven obstaculizados por la falta de sistemas y capacidades para generar datos de alta calidad que permitan vigilar el uso de estos medicamentos y la resistencia a ellos. Es necesario fortalecer los marcos de reglamentación para garantizar el acceso a antimicrobianos seguros y prevenir el empleo de productos médicos de calidad subestándar y falsificados. Esto es particularmente importante en aquellos países en los que existe un sector privado muy grande no sujeto a reglamentación. También es necesario que los Estados Miembros aumenten su compromiso político, sus recursos y su capacidad para aplicar programas integrales de gestión responsable de los antimicrobianos a nivel nacional y en los centros sanitarios. Se necesitan más inversiones para desarrollar nuevos antibióticos, vacunas y herramientas de diagnóstico y para aplicar medidas de prevención y control de infecciones en los establecimientos sanitarios, lo cual incluye fortalecer los servicios de agua, saneamiento e higiene (ASH).



LAS INVERSIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE SALUD Y EN LOS SISTEMAS SANITARIOS HAN DEMOSTRADO SER EFICACES PARA MEJORAR LOS RESULTADOS



PRINCIPALES CIFRAS DE 2018-2019: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 805 millones



Fondos disponibles:
US\$ 897 millones
(111% del presupuesto por programas)



Gasto:
US\$ 800 millones
(99% del presupuesto aprobado;
89% de los recursos disponibles)

PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES DEL UNICEF, EL PNUD, EL BANCO MUNDIAL Y LA OMS



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 50 millones



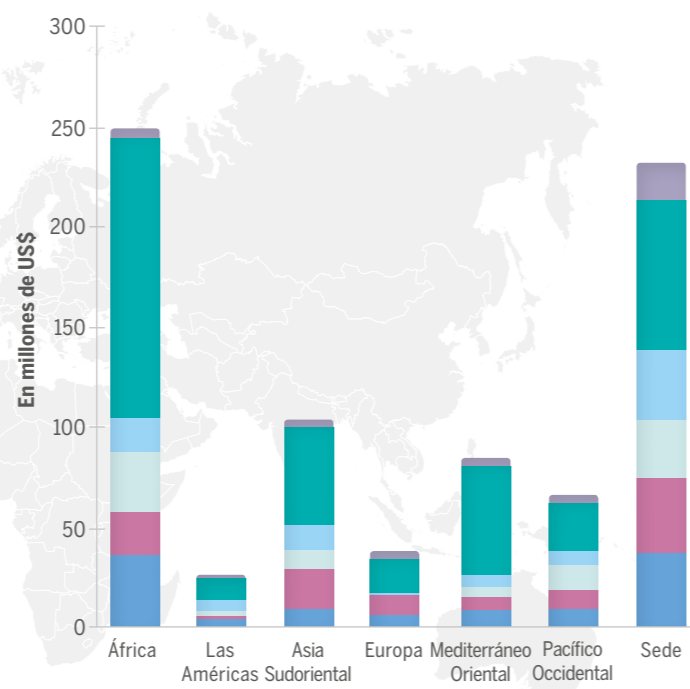
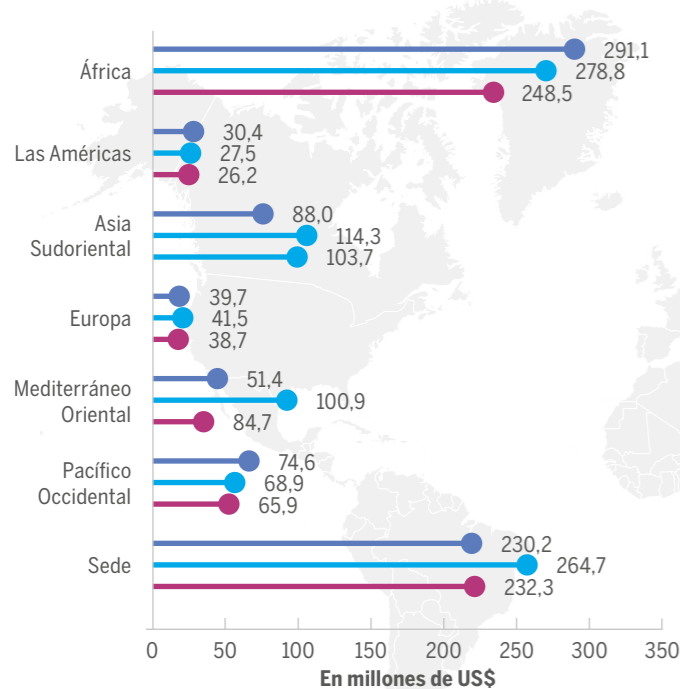
Fondos disponibles:
US\$ 43,7 millones
(87% of Programme budget)



Gasto:
US\$ 37 millones
(74% del presupuesto aprobado;
85% de los recursos disponibles)

PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTO, POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)

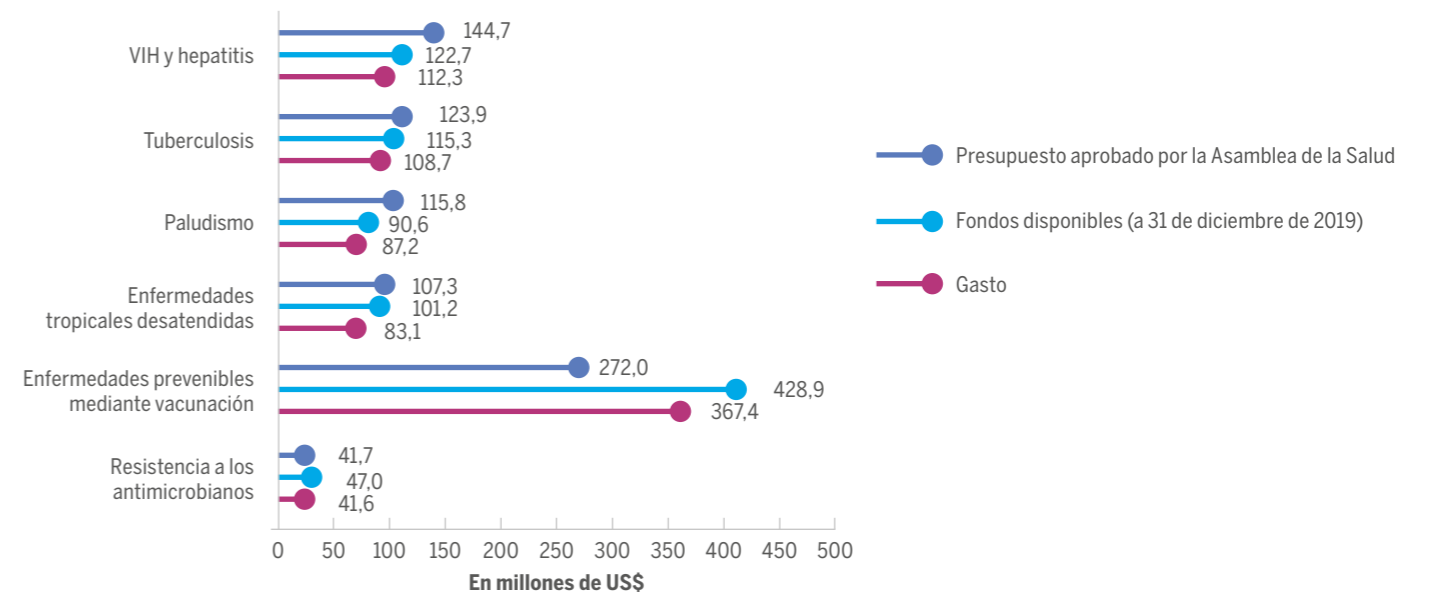
GASTO DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS, POR OFICINA PRINCIPAL Y ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



● Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud
● Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2019)
● Gasto

■ VIH y hepatitis
■ Tuberculosis
■ Paludismo
■ Enfermedades tropicales desatendidas
■ Enfermedades prevenibles mediante vacunación
■ Resistencia a los antimicrobianos

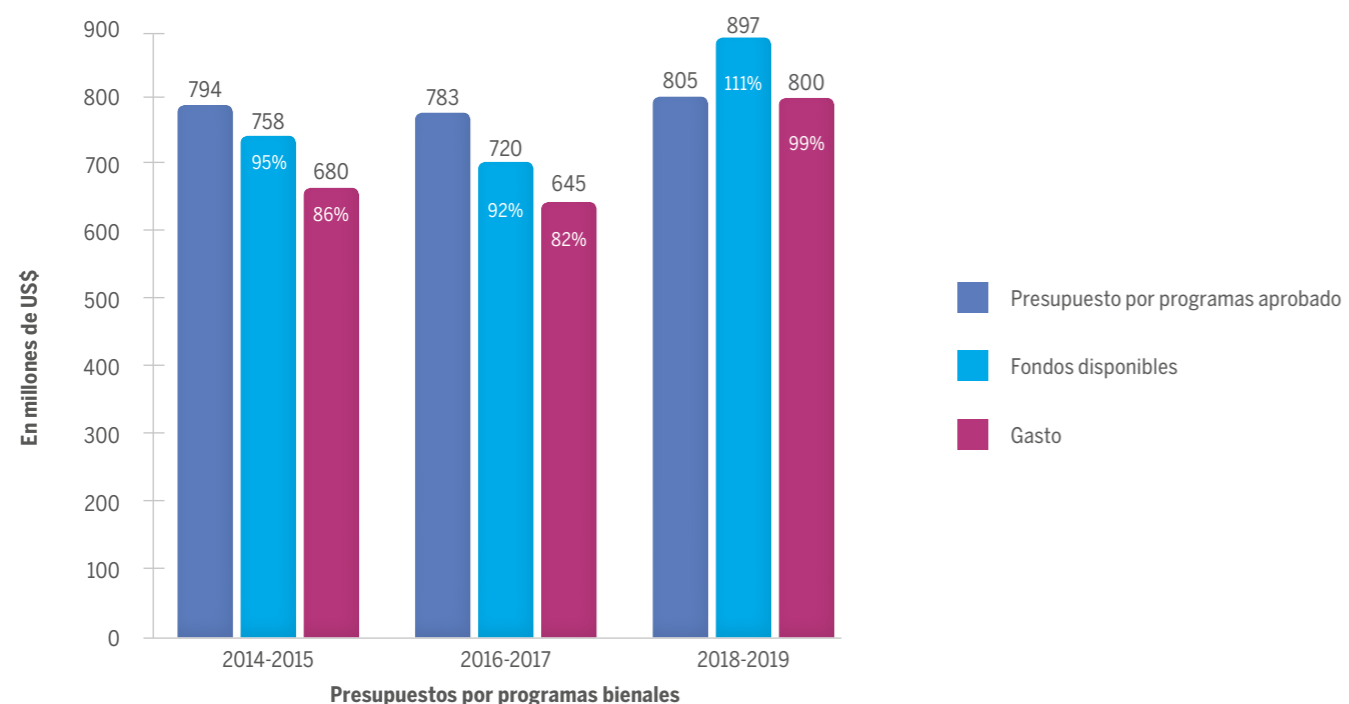
PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTO, POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



Al final del bienio 2018-2019, los fondos disponibles para la categoría de enfermedades transmisibles ascendían al 111% del correspondiente presupuesto aprobado. Este incremento sustancial de la financiación hasta superar el presupuesto por programas aprobado se debió fundamentalmente a la reprogramación de la financiación procedente de la Alianza Gavi para las Vacunas y del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, parte de la cual se contabilizaba anteriormente fuera del presupuesto básico. Estos fondos se destinaban a países sujetos a emergencias prolongadas, para los que la OMS actuaba como agente de financiación. Considerando factores como la transparencia de la gestión de la OMS y el hecho de que la OMS informase sobre dichos fondos en el sitio web del presupuesto por programas, se decidió integrarlos en el presupuesto básico en el bienio 2018-2019. Esto dio lugar a un nivel de financiación que superaba en un 58% el presupuesto planificado del área programática de enfermedades prevenibles mediante vacunación, mayoritariamente en las oficinas regionales del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental. Sin embargo, es importante observar que los gastos bienales de la categoría de enfermedades transmisibles se mantienen dentro del presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud y del límite de gasto definido por la resolución de apertura de créditos WHA70.5 (2017).

La categoría de enfermedades transmisibles depende en gran medida de financiación voluntaria asignada a fines muy específicos, lo que restringe la capacidad de transferir fondos entre áreas programáticas o entre oficinas principales. Por ejemplo, mientras que los esfuerzos destinados a combatir la tuberculosis y encontrar soluciones para las enfermedades tropicales desatendidas cuentan con recursos que casi llegan al nivel de su presupuesto aprobado, la lucha contra el VIH y la hepatitis y contra el paludismo presenta un nivel de fondos disponibles comparativamente más bajo.

COMPARACIÓN DE LOS TRES PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS BÁSICOS CORRESPONDIENTES AL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO



* Los porcentajes indican la proporción del presupuesto por programas aprobado

No obstante, la mejora general con respecto a 2016-2017 en la financiación de todas las oficinas principales y áreas programáticas y en su coordinación ha permitido ejecutar al 99% el presupuesto por programas aprobado para la categoría de enfermedades transmisibles. El área programática de enfermedades prevenibles mediante vacunación cuenta en todas las oficinas principales con el mayor presupuesto de la categoría de enfermedades transmisibles; presenta un buen nivel de dotación de recursos (del 100% o más) en todas las oficinas y un buen nivel de ejecución (superior al 100%). En el futuro será necesario abordar la idoneidad del nivel presupuestario para esta área programática en todas las oficinas principales considerando la inclusión en el presupuesto básico de ingresos que anteriormente se contabilizaban fuera del presupuesto por programas.

El área programática de resistencia a los antimicrobianos se incorporó al presupuesto por programas 2018-2019 como área programática específica de conformidad con la resolución WHA70.5. Aunque existía incertidumbre sobre el volumen de recursos con el que la OMS podría dotar a esta nueva área programática y sobre la rapidez con la que podría hacerlo, el área finalizó el bienio con un 13% de exceso de financiación y un 100% de ejecución con respecto al presupuesto aprobado. Esto demuestra claramente la importancia del liderazgo político en un área de carácter muy transversal.

Desde la perspectiva del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2018-2019 fue el bienio en el que la categoría de enfermedades transmisibles contó con el mayor presupuesto aprobado debido a la incorporación del área programática de resistencia a los antimicrobianos. En 2018-2019 también hubo más fondos disponibles como consecuencia de la integración de fondos no básicos, y el presupuesto aprobado se ejecutó íntegramente. La OMS seguirá abordando las dificultades relativas a las áreas con menor financiación de la categoría de enfermedades transmisibles en todas las oficinas principales y niveles de la Organización y mejorando la calidad de los fondos destinados a fines altamente específicos, que impiden un alineamiento pleno entre los resultados programáticos y los recursos.

En el portal del presupuesto por programas de la OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/01/about/programme-outcomes> y <http://open.who.int/2018-19/home>) pueden consultarse más detalles sobre la financiación del presupuesto por programas, el nivel de ejecución para esta categoría y los logros alcanzados en cada área programática, con inclusión de los indicadores correspondientes.

ENT

El RIESGO DE MORIR POR ALGUNA DE LAS CUATRO PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

(enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad pulmonar crónica) entre los 30 y los 70 años sigue disminuyendo; del 22% registrado en 2000 se redujo al 18% en 2016



La prevalencia mundial (normalizada por edad) de la **DIABETES** casi se ha duplicado desde 1980, con un aumento del 5% al 9% entre la población adulta en 2018; una de cada dos personas tenía diabetes no diagnosticada



La prevalencia del **CONSUMO DE TABACO ENTRE LOS ADULTOS** mayores de 15 años disminuyó del 27% en 2010 al 24% en 2018



Entre 2012 y 2018 los **CASOS DE CÁNCER Y LAS DEFUNCIONES CONEXAS** aumentaron un 28% y un 16%, respectivamente, y totalizaron 18 millones de diagnósticos nuevos y 10 millones de defunciones en 2018



La prevalencia de **SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS** aumentó del 36% en 2010 al 39% en 2016

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES



El número de **NIÑOS** menores de cinco años con **RETRASO DEL CRECIMIENTO** se redujo de 166 millones en 2012 a 149 millones en 2018



No se lograron progresos en la reducción del **CONSUMO TOTAL DE ALCOHOL POR PERSONA** (entre las personas mayores de 15 años)



La prevalencia de **ADULTOS CON ACTIVIDAD FÍSICA INSUFICIENTE** aumentó del 23% en 2010 al 28% en 2016



META 3.4 DE LOS ODS

La tasa actual de reducción del riesgo de morir por alguna de las cuatro principales enfermedades no transmisibles entre los 30 y los 70 años de edad es insuficiente para alcanzar la **META 3.4 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE**

El **GASTO PÚBLICO NACIONAL** relativo a enfermedades no transmisibles como porcentaje del gasto público nacional general en salud permaneció sin cambios entre 2015 y 2017, y los grupos de ingresos más bajos gastaron proporcionalmente menos que los países de altos ingresos



«Debemos reconocer que las mayores amenazas para la salud pública surgen muchas veces de decisiones que se toman en otros sectores, como las políticas económicas, educativas y de bienestar social... Para abordar estos retos tendremos que complementar el enfoque médico con otras disciplinas y competencias...»

DR. HANS KLUGE
Director General de la OMS para Europa



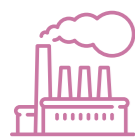
Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 351 millones



Fondos disponibles:
US\$ 293 millones
(83% del presupuesto por programas)



Gasto:
US\$ 268 millones
(76% del presupuesto por programas, 92% de los fondos disponibles)



LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA PROVOCA CADA AÑO 7 MILLONES DE MUERTES PREMATURAS; 9 DE CADA 10 PERSONAS RESPIRAN AIRE QUE CONTIENEN **ALTOS NIVELES DE CONTAMINANTES**. LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA (EN EL MEDIO AMBIENTE Y LOS HOGARES) ES LA SEGUNDA CAUSA PRINCIPAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades no transmisibles (**ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas**) provocan casi el 70% de todas las defunciones en el mundo. La mayor parte de esas defunciones son prematuras y se producen en países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de atención primaria de salud y envío de pacientes desde los niveles de atención primaria a otros niveles no pueden satisfacer la demanda de diagnóstico precoz, cribado y tratamiento apropiado de enfermedades no transmisibles. Los principales factores de riesgo que propician enfermedades no transmisibles son cinco: consumo de tabaco, dietas malsanas, actividad física insuficiente, contaminación atmosférica y uso nocivo del alcohol.

Una respuesta integral a las enfermedades no transmisibles debería incluir salud mental, discapacidad, violencia, traumatismos, uso de sustancias, inocuidad de los alimentos y zoonosis. La presencia de esos trastornos también incide en la respuesta a las enfermedades no transmisibles. En su conjunto, esas enfermedades no transmisibles representan los retos de salud pública más grandes y menos financiados que afronta el desarrollo sostenible en el siglo XXI.

Muchas muertes prematuras se pueden evitar mediante intervenciones sencillas y costoeficaces de gran efecto, que no se están realizando ni ampliando suficientemente en la mayoría de los países con miras a alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

EL NUEVO PLANTEAMIENTO DE BHUTÁN PARA COMBATIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES



Bhután adoptó de forma temprana, en 2015, el Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles (PEN). En 2016, las enfermedades no transmisibles provocaban casi el 70% de las muertes. Una encuesta de 2014 realizada con el instrumento STEPS mostró que una cuarta parte de la población padecía sobrepeso, más de una tercera parte tenía hipertensión y más de tres cuartas partes no practicaban ninguna actividad física intensa.

En 2019, la OMS colaboró con Bhután para introducir el innovador y costoeficaz conjunto PEN HEARTS. Se diseñó un modelo de capacitación para el cribado de pacientes con enfermedades no transmisibles, y tras instruir al respecto a una serie de formadores estos formaron a su vez a trabajadores sanitarios de dos distritos, Tsirang y Punakh. Se han puesto en marcha servicios centrados en las personas, lo que junto con una mejor gestión de la información ha tenido un efecto positivo en la comunidad. Este modelo de atención se evaluará después de un año. El Gobierno está comprometido a ampliar este enfoque a toda la nación.

PRINCIPALES LOGROS

En la actualidad, la mayoría de los países están buscando la manera de aplicar las intervenciones incluidas en la lista de la OMS de «**mejores inversiones**» y otras intervenciones recomendadas para hacer frente a los retos complejos e interconectados relativos a enfermedades no transmisibles, salud mental, discapacidad, violencia, traumatismos, abuso de sustancias, inocuidad de los alimentos y zoonosis. En el periodo 2018-2019 la OMS ultimó sus trabajos dirigidos a elaborar respuestas integrales a esas cuestiones mediante 10 **soluciones emblemáticas** multisectoriales (conjuntos de instrumentos técnicos) adaptadas a los países, basadas en el conocimiento científico actual y las pruebas científicas disponibles. Cada solución se desarrolla a partir de una teoría del cambio, con intervenciones dirigidas a metas importantes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sobre la base de las «mejores inversiones».

Los progresos logrados en la aplicación de las **soluciones emblemáticas** de la OMS (conjuntos de instrumentos técnicos costoeficaces) fueron los siguientes:

- **12 países** realizaron al menos una de las intervenciones incluidas en REPLACE (dirigidas a eliminar las grasas *trans* en la cadena de suministro de alimentos);
- **20 países** aplicaron la estrategia HEARTS (para reducir la hipertensión);
- **25 países** aplicaron la estrategia PEN (para aumentar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles en el ámbito de la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal);
- **136 países** adoptaron una o más de las intervenciones incluidas en las medidas MPOWER (para reducir el consumo de tabaco);
- **100 países** realizaron al menos una de las intervenciones incluidas en la estrategia ACTIVE (para incrementar la actividad física).

En respuesta a peticiones de los gobiernos, más de 100 países recibieron asistencia técnica de la OMS para perfeccionar y aplicar esas soluciones transversales con enfoques diferenciados en cada caso.

NUEVAS INICIATIVAS MUNDIALES DE MÚLTIPLES PARTES INTERESADAS

En 2018 y 2019, el Director General de la OMS puso en marcha algunas iniciativas mundiales especiales con miras a mejorar las alianzas de múltiples partes interesadas que fortalecen la colaboración con los gobiernos, así como con la sociedad civil y el sector privado. Esas iniciativas amplían una combinación de instrumentos de asesoramiento normativo, asistencia técnica, financiación y modalidades de ejecución programática, en estrecha colaboración con partes interesadas tales como:

- Special Initiative for Mental Health (Iniciativa especial sobre salud mental)
- Global Hearts Initiative (Iniciativa Global Hearts)
- Global Initiative to Eliminate Cervical Cancer (Iniciativa mundial hacia la eliminación del cáncer cervicouterino)
- Global Initiative for Childhood Cancer (Iniciativa mundial contra el cáncer infantil)
- Global Initiative to Eliminate Industrially-produced Trans-fat from the Global Food Supply (Iniciativa mundial para eliminar del suministro mundial de alimentos las grasas trans industriales)

APLICACIÓN DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO EN TODOS LOS PAÍSES

La Estrategia mundial para acelerar el control del tabaco 2019-2025 fue adoptada por la Conferencia de las Partes en el Convenio en su octava reunión. Dicha Estrategia proporcionará impulso y propiciará un compromiso más firme de las diversas partes interesadas en la aplicación del Convenio.



LOS TRAUMATISMOS CAUSADOS POR EL TRÁNSITO, QUE SON LA DÉCIMA CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE EN TODO EL MUNDO, OCASIONAN CADA AÑO UNOS **1,3 MILLONES DE DEFUNCIONES**. EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS SON LA PRINCIPAL CAUSA DE DEFUNCIÓN ENTRE PERSONAS DE 15 A 34 AÑOS

INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS FISCALES BASADAS EN PRUEBAS CIENTÍFICAS

Las medidas fiscales reducen la demanda, lo que a su vez permite bajar los costos de atención sanitaria y, al mismo tiempo, aumentar los ingresos fiscales. La OMS ha examinado los conocimientos científicos y las pruebas científicas disponibles, así como la experiencia internacional en relación con las medidas fiscales, y ha presentado sus conclusiones más recientes en la Asamblea de la Salud, en mayo de 2019. En particular:

- 73 países imponen actualmente un gravamen a las bebidas azucaradas.
- 94 países aumentaron sus impuestos especiales sobre productos de tabaco entre 2016 y 2018.
- 114 países establecieron o aumentaron un impuesto especial sobre el alcohol, desde 2010.

El impulso político se fortaleció durante el bienio a raíz de la tercera **Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles**, celebrada en septiembre de 2018, en la que los dirigentes mundiales (entre ellos más de veinte jefes de Estado o de Gobierno y 55 ministros) se comprometieron a aplicar una serie de políticas recomendadas por la OMS.

En la **reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal**, celebrada en septiembre de 2019, los países se comprometieron a ampliar progresivamente a 1000 millones de personas más la cobertura de servicios de salud y medicamentos esenciales para la detección precoz, el cribado y el tratamiento adecuado de enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental para 2023, como un componente esencial de la cobertura sanitaria universal.

La OMS reunió a 28 presidentes, ministros y defensores de la salud mundial en la **Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles**, con el fin de impulsar su liderazgo y sus conocimientos en materia normativa y proponer soluciones innovadoras que aceleraran las medidas relativas a las enfermedades no transmisibles y tuvieran un efecto multiplicador sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Por primera vez, la OMS pudo asignar a sus oficinas en los países personal dedicado exclusivamente a las áreas de control del tabaco, tratamiento de la hipertensión, tratamiento del cáncer infantil y seguridad vial.

BIENES MUNDIALES DE SALUD PÚBLICA DIFUNDIDOS

- El **Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030** propone medidas normativas basadas en pruebas científicas para la acción multisectorial, y describe de qué manera los países pueden reducir en un 15% la inactividad física en adultos y adolescentes para 2030.
- Las **Directrices de la OMS sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño para menores de cinco años** mencionan los beneficios de la actividad física y formulan recomendaciones respecto de su contribución al crecimiento del niño, su desarrollo físico, motor y cognitivo y su salud al comienzo de la vida.
- Las **Directrices sobre la reducción del riesgo de padecer deterioro cognitivo y demencia** señalan de qué manera las personas pueden minimizar el riesgo de demencia, para lo que recomiendan realizar ejercicio periódicamente, no fumar, evitar el consumo nocivo del alcohol, controlar su peso, llevar una dieta sana y mantener niveles saludables de tensión arterial, colesterol y glucemia.
- Las **Directrices para promover la lactancia materna en los establecimientos de salud** ofrecen asesoramiento sobre servicios de maternidad y neonatología.
- El **Estudio global de viabilidad de la inversión en las áreas de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles** indica que los países de ingresos bajos y medianos bajos pueden ganar US\$ 350 000 millones hasta 2030 si aumentan las inversiones en las áreas de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles, que representan un costo adicional de US\$ 1,27 por persona cada año. Esas medidas permitirían salvar más de 8 millones de vidas en el mismo periodo.

- La **OMS** publicó la **Clasificación de la Diabetes Mellitus 2019**.
- Con los auspicios del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles dirigido por la OMS se elaboraron **notas de orientación normativa** sobre aspectos que los ministerios gubernamentales distintos del de salud deben saber acerca de las enfermedades no transmisibles.
- Con los auspicios del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles se elaboró la **Política modelo** para los organismos del sistema de las Naciones Unidas sobre prevención de la injerencia de la industria tabacalera.
- Se añadieron a la **Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales 2019** otros **12 medicamentos oncológicos** para su uso en cinco tratamientos oncológicos, y se agregó un conjunto integral de pruebas de detección del cáncer a la **Lista OMS de Pruebas Diagnósticas Esenciales 2019**.

NUEVAS CONCLUSIONES PRINCIPALES

- Las conclusiones revelan que los **alimentos para lactantes tienen un alto contenido de azúcar** y se promocionan inapropiadamente para lactantes y niños pequeños.
- Datos recientes indican que el número de personas en riesgo de **tracoma** se redujo de 1500 millones en 2002, a 142 millones en 2019, una disminución del 91%.
- Nuevos datos señalan que en los países de bajos ingresos, tres cuartas partes de las **personas epilépticas** no reciben el tratamiento necesario, lo que aumenta el riesgo de muerte prematura y condena a muchos a vivir estigmatizados.

ENFOQUE DE REGLAMENTACIÓN COMÚN EN EL SUR DE ASIA EN MATERIA DE INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

La FAO y la OMS han establecido el Fondo Fiduciario del Codex con el fin de ayudar a los Estados Miembros a crear capacidades nacionales sólidas, estables y sostenibles para su participación en las actividades del Codex Alimentarius. El Fondo respaldará un proyecto —liderado por la **India**, y en el que también participan **Bhután** y **Nepal**— para elaborar un enfoque de reglamentación común en materia de inocuidad de los alimentos y facilitar el comercio transfronterizo. El proyecto fortalecerá además las actividades nacionales relativas al Codex en los países participantes mediante la colaboración entre ellos y la adopción de posiciones comunes en relación con el proceso de elaboración de normas del Codex. **Myanmar** ha colaborado con **Camboya** y con la **República Democrática Popular Lao** para desarrollar un proyecto similar basado en ese modelo.



EL INSTRUMENTO **BE HEALTHY, BE MOBILE** DE LA OMS DESTINADO A PROMOVER LA PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ENTRE LA POBLACIÓN **INCORPORÓ NUEVOS MÓDULOS DE CAMBIOS COMPORTAMENTALES**



SE PUSO A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO LA APLICACIÓN PARA TELÉFONOS MÓVILES **HEARWHO**, QUE SE PUEDE DESCARGAR GRATUITAMENTE Y PERMITE REALIZAR PRUEBAS DE AUDICIÓN. HASTA LA FECHA **HA REGISTRADO 130 000 DESCARGAS**

DE LAS CORTINAS DE HUMO A LOS ESPACIOS SIN HUMO: 15 AÑOS DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Hubo un tiempo en el que incluso los niños estaban desprotegidos frente a los perjuicios del tabaco. Las compañías tabaqueras hacían publicidad dirigida a los jóvenes y patrocinaban acontecimientos deportivos. En algunos países podían venderse cigarrillos a menores de edad. Personajes icónicos como las estrellas de cine fumaban en la gran pantalla haciendo así publicidad gratuita para la industria tabaquera. La opinión pública no tenía claros los mortíferos efectos del consumo de tabaco ni de la exposición pasiva al humo.

Actualmente, la actitud ante el tabaco y el entorno del control del tabaco son radicalmente distintos. En los 15 años transcurridos desde la entrada en vigor del **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco** en febrero de 2005 se han logrado avances extraordinarios en el control del tabaco. Hoy en día está prohibido fumar en la mayor parte de los espacios públicos, como lugares de trabajo cerrados, restaurantes y bares; el precio de los cigarrillos ha subido drásticamente, y en muchos países las cajetillas de tabaco muestran advertencias gráficas muy visibles sobre los riesgos para la salud y está prohibida la venta de tabaco a menores.

En países de todos los niveles de ingresos, los datos indican que el incremento de precio de los cigarrillos resulta muy eficaz para reducir la demanda. Unos precios más altos suponen un incentivo para dejar de fumar y para no empezar a hacerlo; además, disuaden a los exfumadores de volver a fumar y reducen el consumo entre quienes siguen fumando. En promedio, una subida del 10% del precio de los cigarrillos disminuye la demanda aproximadamente un 4% en los países de ingresos altos y alrededor de un 5% en los países de ingresos

bajos y medios, donde la menor renta tiende a hacer que las personas sean más sensibles a las variaciones en el precio. Los niños y adolescentes también son más sensibles al precio que los adultos, por lo que las intervenciones sobre el precio tienen un impacto significativo en ese grupo etario.

UN CONVENIO POCO CONVENCIONAL

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco fue único e histórico desde sus inicios. Fue el primer tratado internacional negociado bajo los auspicios de la OMS y ha sido suscrito por 181 Partes (los Estados Miembros de la OMS y la Unión Europea). También supuso un nuevo enfoque de salud pública y un hito jurídico en esa esfera.

El Convenio empezó a concebirse en la década de 1990. La OMS reconoció que había que hacer algo para combatir el auge de las enfermedades asociadas al tabaco. Tras tres años de negociaciones, la Asamblea de la Salud adoptó el Convenio mediante la resolución WHA56.1 de 21 de mayo de 2003. Entró en vigor en 2005, y actualmente es uno de los tratados más amplia y rápidamente ratificados de la historia de las Naciones Unidas.

Las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco también elaboraron y adoptaron un segundo tratado internacional, basado en el artículo 15 (Comercio ilícito de productos de tabaco) del Convenio. El Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco entró en vigor en septiembre de 2018 y ha sido suscrito por 58 Partes.

La OMS colabora estrechamente con la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco a fin de prestar apoyo a los Estados Miembros en relación con el control del tabaco.

EL REFUERZO DEL CONTROL DEL TABACO EN EL BRASIL MEJORA LOS RESULTADOS DE SALUD

La Asamblea Mundial de la Salud adopta por unanimidad El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

2003
El 21,8% de la población fuma

W
El mensaje «No existen niveles seguros para el consumo de estas sustancias» figura al dorso del 100% de las cajetillas (2001)

2004
O
Ampliación a la atención primaria del tratamiento de deshabituación cubierto por el sistema de salud

El Convenio entra en vigor con el Brasil como uno de los 40 países signatarios. Hoy, las Partes en el Convenio son 181

2005

Se pone en marcha el plan **MPOWER** con seis medidas de control del tabaco para priorizar las actuaciones de los Gobiernos

2008

M(onitor): vigilar el consumo de tabaco
P(rotect): proteger a la población del humo del tabaco
O(ffer): ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
W(arn): advertir de los peligros del tabaco
E(nforce): hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
R(aise): aumentar los impuestos al tabaco

2014
P
Endurecimiento legal que prohíbe totalmente fumar en lugares públicos, centros de trabajo y transportes públicos

E
Endurecimiento legal que prohíbe totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco

2015
M
Vigilancia del consumo de tabaco en adultos y jóvenes con datos recientes, periódicos y representativos

2018
El 13,4% de la población fuma
R
El 83% del precio de venta de la marca más vendida corresponde a impuestos, el mayor porcentaje de la región

Un estudio halla caídas de mortalidad del 5,2% en menores de un año y del 3,4% en neonatos en los cinco años transcurridos desde la prohibición total de fumar en espacios públicos en el Brasil

M P O W E R

2019

El informe más reciente de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, correspondiente al periodo 2016-2018, muestra que:

mpower



36 países introdujeron una o más de las medidas **MPOWER** al máximo nivel durante ese periodo;

La **mitad de la población mundial** se beneficia actualmente de advertencias destacadas y gráficas en las cajetillas que incluyen todas las recomendaciones de **MPOWER**; se trata por tanto de la medida que alcanza a una población más numerosa;

Un **tercio de la población mundial** tiene acceso a servicios de deshabituación tabáquica prestados de acuerdo con las prácticas óptimas (**23 países** cuentan con programas integrales de deshabituación);



62 países tienen una legislación integral sobre espacios sin humo, mientras que **70 países** tienen **leyes mínimas o moderadas** que prohíben fumar en algunos espacios públicos y lugares de trabajo, pero no en todos;



La **prevalencia del tabaquismo ha descendido en la mayoría de los países**, aunque el número de fumadores sigue siendo alto: **1100 millones** de personas, la mayoría de las cuales vive en países de ingresos bajos y medios;



El **tabaco mata a más de 8 millones de personas cada año**, entre ellos 1,2 millones de fumadores pasivos. Otras **65 000 personas fallecen anualmente** por enfermedades atribuibles a la exposición pasiva al humo.



CINCO MIL MILLONES DE PERSONAS —UNAS DOS TERCERAS PARTES DE LA POBLACIÓN MUNDIAL— ESTÁN ACTUALMENTE CUBIERTAS POR UNA O MÁS MEDIDAS DE LA INICIATIVA **MPOWER**

En 2007, la OMS puso en marcha la iniciativa «MPOWER» para promover la acción de los gobiernos en relación con seis medidas de control del tabaco acordadas con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Las medidas MPOWER han salvado a millones de personas de una muerte prematura y evitado miles de millones de dólares de gasto, y su implantación es cada vez mayor.

A pesar de los logros de los 15 últimos años, aún queda mucho por hacer: únicamente dos países, el Brasil y Turquía, han aplicado todas las medidas MPOWER. Además, los avances conseguidos están en riesgo, ya que se enfrentan al desafío constante de la industria tabaquera, que sigue gastando decenas de miles de millones cada año en la publicidad y promoción de los productos del tabaco y en actividades de patrocinio.

«Los descensos en el consumo de tabaco entre los varones marcan un punto de inflexión en la lucha contra el tabaco —señala el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS—. Durante muchos años habíamos asistido a un constante aumento del número de hombres que consumía los mortíferos productos del tabaco. Pero ahora observamos por primera vez a un descenso en el consumo masculino de tabaco, impulsado por una actitud más dura de los Gobiernos ante la industria tabaquera. La OMS seguirá colaborando estrechamente con los países para mantener esta tendencia a la baja».

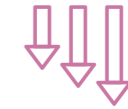
Entre 2000 y 2018, el número de consumidores de tabaco en todo el mundo se redujo en unos 60 millones de personas (desde los 1397 millones hasta los 1337 millones) según la tercera edición del informe mundial de la OMS sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco entre 2000 y 2025. Dicho informe muestra que el número de consumidores masculinos de tabaco ha dejado de crecer, y se prevé que en 2020 sea inferior en un millón de personas a la cifra de 2018 bajando hasta los 1091 millones de varones y que para 2025 se sitúe en 1087 varones, 5 millones menos que en 2018.

El informe también prevé que el número de fumadores de ambos sexos caiga en 10 millones entre 2018 y 2020, y en otros 27 millones hasta 2025 (para quedar en 1299 millones de personas). Aproximadamente un 60% de los países han experimentado un descenso del consumo de tabaco desde 2010. «Los descensos en el consumo de tabaco en todo el mundo demuestran que, cuando los gobiernos introducen y refuerzan medidas integrales basadas en datos objetivos, pueden proteger el bienestar de su ciudadanía y sus comunidades», afirma el Dr. Rüdiger Krech, Director de Promoción de la Salud de la OMS.

LOS CASOS DE RETRASO DEL CRECIMIENTO SE REDUCEN EN 17 MILLONES EN SEIS AÑOS

El retraso del crecimiento se debe a una nutrición deficiente. Sus efectos son devastadores en los niños, ya que comienzan sus vidas en desventaja para desarrollar plenamente sus posibilidades. Más de la mitad de los niños del mundo con retraso del crecimiento viven en Asia, y una tercera parte, en África.

El número de personas con retraso del crecimiento se redujo de 166 millones en 2012 a 149 millones en 2018. Esta extraordinaria mejora pone de relieve el efecto positivo de la reforma política que integra la nutrición en las estrategias de protección social.



EL NÚMERO DE PERSONAS CON RETRASO DEL CRECIMIENTO **SE REDUJO DE 166 MILLONES EN 2012 A 149 MILLONES EN 2018**

AUMENTO DE LA TASA DE SUPERVIVENCIA DE NIÑOS CON CÁNCER

Con apoyo de la OMS, 15 Gobiernos nacionales han ampliado sus servicios de oncología infantil, como parte de programas nacionales de lucha contra el cáncer, con el fin de alcanzar para 2030 una tasa de supervivencia entre los niños con cáncer, al menos del 60%.

La **iniciativa mundial de la OMS sobre cáncer infantil**, establecida en septiembre de 2018, se orienta a duplicar las tasas de supervivencia de niños con cáncer y aliviar el sufrimiento de todos los niños, para 2030. El cáncer es una importante causa de defunción entre los niños.

En los países de ingresos bajos y medios, los niños con cáncer tienen aproximadamente cuatro veces más probabilidades de morir que sus pares de los países de altos ingresos.

PROGRESOS EN EL PERÚ EN RELACIÓN CON EL CÁNCER INFANTIL

El Perú, que también se ha comprometido firmemente a lograr la cobertura sanitaria universal, ofrece servicios esenciales, en el marco de la atención primaria, que llegan a los niños de zonas rurales. Gracias al liderazgo político y al firme compromiso de asociados de diversos sectores, el ejemplo del Perú muestra lo que se puede hacer por los niños con cáncer.

Cada año se diagnostican en el Perú casi 1800 casos de cáncer en niños y adolescentes. Debido a retrasos en el diagnóstico, lo que dificulta el tratamiento, más del 50% de ellos muere.

En 2019 el Perú pidió apoyo a la **iniciativa mundial de la OMS sobre cáncer infantil** para elevar las tasas de supervivencia de los niños con cáncer al menos hasta el 70%.

La OMS ayudó a centrar el Plan Nacional de Cáncer Pediátrico en cuatro objetivos prioritarios, a saber: mejorar el diagnóstico precoz del cáncer infantil; reducir la tasa de abandono del tratamiento; establecer un registro nacional de cáncer pediátrico; y mejorar la calidad de los servicios en las unidades de oncología pediátrica. Para realizar un seguimiento de los progresos se seleccionaron como marcadores seis tipos de cáncer, entre ellos la leucemia y los tumores cerebrales.



EL LÍBANO MEJORA LA CALIDAD DE SUS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En el Líbano, 250 personas con trastornos de salud mental acceden cada año a mejores servicios de salud mental.

En febrero de 2019, el Hospital Psiquiátrico Al-Fanar, del Líbano, fue clausurado a raíz de presuntas violaciones de derechos humanos que incluían condiciones de vida deficientes, falta de higiene y tratamientos inapropiados tales como la coacción y la desatención.



THURUYA ZREIK FUE INGRESADA TRES VECES EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL LÍBANO PARA RECIBIR **TRATAMIENTO POR TRASTORNO BIPOLAR**. EL APOYO QUE RECIBIÓ DURANTE SU TERCERA ESTANCIA EN EL HOSPITAL, QUE EMPEZÓ A UTILIZAR EL CONJUNTO DE INSTRUMENTOS QUALITYRIGHTS, CONTRASTABA FUERTEMENTE CON SUS INGRESOS ANTERIORES. ELLA SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE COMO COORDINADORA SOBRE EL TERRENO DEL **PROGRAMA QUALITYRIGHTS**

La OMS y el programa nacional de salud mental contribuyeron a promover los derechos de los beneficiarios y el uso del conjunto de instrumentos QualityRights de la OMS para evaluar y mejorar aspectos relativos a la calidad y los derechos humanos en los servicios de salud mental. Un equipo de asesores nacionales recibió formación sobre el uso del conjunto de instrumentos.

Como parte de una estrategia para la reforma integral del sistema de salud mental, hay actualmente un equipo de más de 30 evaluadores de los servicios de salud mental, integrados por profesionales de esa especialidad, asistentes sociales, abogados y usuarios de los servicios. Todas esas mejoras se están canalizando por conducto del programa QualityRights de la OMS.

LA ESPERANZA DE VIDA AUMENTA EN RUSIA GRACIAS A INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL ALCOHOL



EN 2019, UN INFORME DE LA OMS DETERMINÓ QUE EL **CONSUMO DE ALCOHOL POR HABITANTE HABÍA DISMINUIDO EN UN 43%** A LO LARGO DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

En 2005, la Federación de Rusia estaba rezagada en muchos indicadores sanitarios. La esperanza de vida media era de apenas 66 años, 14 años menos que en Francia y ocho años menos que en Polonia. En el mismo año, un informe conjunto de la OMS y el Banco Mundial sobre mortalidad prematura y enfermedades no transmisibles en la Federación de Rusia identificaba el consumo nocivo del alcohol como un importante factor de riesgo. Las repercusiones en la oferta de mano de obra incluían jubilaciones antes de la edad prevista o pérdidas de empleos y una dependencia más temprana de las pensiones.

La Federación de Rusia aplicó en los años subsiguientes una serie de políticas muy ventajosas destinadas a: aumentar los impuestos especiales a las bebidas alcohólicas; establecer precios mínimos para el vodka y otras bebidas alcohólicas; introducir un sistema de seguimiento en tiempo real sobre la producción y venta de alcohol; restringir la disponibilidad de alcohol al por menor; eliminar el consumo de alcohol en lugares públicos seleccionados; restringir la mercadotecnia de bebidas alcohólicas dirigida a los jóvenes; y reducir el consumo de alcohol no registrado (alcohol elaborado en los hogares, de contrabando o producido ilegalmente) mediante la aplicación de medidas específicas, incluido el desarrollo del sistema de vigilancia EGAIS. En 2019, la esperanza de vida en la Federación de Rusia aumentó gracias a las intervenciones relacionadas con el alcohol en 2019. La Federación de Rusia está llevando a cabo las intervenciones mediante el concepto de política estatal para reducir el abuso de los productos alcohólicos y prevenir el alcoholismo en la población hasta 2020.

Los resultados se describieron en el informe de 2019 de la Oficina Regional de la OMS para Europa titulado *Alcohol policy impact case study: The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation* (Estudio práctico sobre las repercusiones de la política relativa al alcohol: los efectos de las medidas de control del alcohol en la mortalidad y la esperanza de vida en la Federación de Rusia). El informe de la OMS determinó que el consumo de alcohol por habitante había disminuido en un 43% a lo largo de los últimos 15 años. Esta tendencia reflejaba una reducción de la mortalidad por todas las causas en el mismo periodo, con la reducción más pronunciada en las defunciones relacionadas con el alcohol. El conjunto de medidas adoptadas en la Federación de Rusia se ajusta a las «mejores inversiones» recomendadas por la OMS. Este ejemplo demuestra que las medidas basadas en la evidencia ayudan a salvar vidas.

CONJUNTO DE INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD Y LOS DERECHOS EN MATERIA DE SALUD MENTAL

El conjunto de instrumentos QualityRights de la OMS ofrece a los países la información y los instrumentos necesarios para evaluar y mejorar la calidad y las normas de derechos humanos en los servicios de salud mental y asistencia social.

En la actualidad, el conjunto de instrumentos QualityRights se está introduciendo o ampliando en 31 países y se está intensificando en **Armenia, Bosnia y Herzegovina, Chequia, Croacia, Eslovaquia, Estonia, Filipinas, Ghana, Kenya, el Líbano, Lituania, Rumania y Turquía**.

Una premisa central consiste en respetar los derechos humanos de las personas que buscan apoyo y considerar sus preferencias, en vez de imponerles un tratamiento coercitivo.

LAS POLÍTICAS SOBRE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, UN FACTOR DECISIVO PARA ALCANZAR LAS METAS DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE RELACIONADAS CON LA SALUD

En 2016, más de una de cada 20 defunciones (3 millones de personas, en su mayoría hombres) en todo el mundo se debieron al consumo nocivo del alcohol. El consumo de alcohol es factor causal de más de 200 enfermedades y traumatismos.

Los progresos mundiales han sido insuficientes y desiguales. El alcohol está profundamente arraigado en el panorama social de algunas sociedades; además, su consumo empieza a aumentar en algunas regiones.

En el último decenio no se ha avanzado en la reducción del consumo total de alcohol por persona en el mundo.

La prevalencia de episodios de ingesta masiva de alcohol entre los adolescentes (15-19 años de edad) disminuyó en un 2% entre 2010 y 2016. Se observó una disminución similar entre los adultos (más de 15 años de edad) en el mismo periodo.

Diversas intervenciones de políticas, basadas en pruebas científicas, han conseguido notables éxitos en algunos países y podrían reducir la mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles, y podrían ser un factor decisivo para alcanzar las metas 3.4, 3.5 y 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Con el fin de dar un nuevo impulso a la acción, la OMS introdujo en 2018 su **módulo técnico SAFER**, que esboza cinco medidas estratégicas de gran efecto, desde restricciones en la disponibilidad y publicidad del alcohol, hasta políticas de precios.

FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

Con el apoyo conjunto de la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito se prestó asistencia a cuatro países en sus esfuerzos por prevenir y gestionar las defunciones por sobredosis de opioides. La segunda edición actualizada de las Normas internacionales sobre prevención del consumo de drogas se elaboró para mejorar la calidad de los programas de prevención de la toxicomanía. Nueve países ensayaron sobre el terreno las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas y utilizaron los resultados para mejorar la calidad de sus programas de tratamiento.



EN EL ÚLTIMO DECENIO **NO SE HA AVANZADO EN LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO TOTAL DE ALCOHOL POR PERSONA EN EL MUNDO**



VIET NAM APROBÓ UNA LEY SOBRE ALCOHOL QUE TENÍA EN CUENTA LAS «MEJORES INVERSIONES» DE LA OMS E INCLUÍA UNA **MEDIDA ORIENTADA A PROTEGER A LAS MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA EJERCIDA POR MIEMBROS DE LA FAMILIA EBRIOS**



LA OMS PRESTÓ ASISTENCIA A **TIMOR-LESTE** EN LA FORMULACIÓN DE SU PRIMERA POLÍTICA NACIONAL PARA EL **CONTROL DEL ALCOHOL**, Y A **BHUTÁN** EN EL DESARROLLO DE **GRAVÁMENES SOBRE EL ALCOHOL**

TRABAJAR CON OTROS SECTORES PARA REFORZAR LA SEGURIDAD DE LAS CARRETERAS EN ADDIS ABEBA



CAMPAÑAS CONJUNTAS DE LOS MEDIOS DE INFORMACIÓN Y LAS AUTORIDADES ENCARGADAS DEL CUMPLIMIENTO HAN CONSEGUIDO **REDUCIR LA CONDUCCIÓN BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN UN 50%**

Con el apoyo de la OMS y otros asociados en la financiación, la oficina de transporte de Addis Abeba desarrolló su primera iniciativa sobre seguridad vial.

Etiopía tiene una de las mayores tasas de letalidad por accidentes de tránsito, con una media anual de 400 fallecimientos.

A fin de ejercer un liderazgo estratégico en 11 instituciones gubernamentales se estableció un consejo interinstitucional para la seguridad vial, presidido por el teniente de alcalde.

La iniciativa supone un costo de US\$ 22 millones y se centra en cinco estrategias principales: cambiar los

comportamientos de las personas, en particular mediante un mayor uso de cinturones de seguridad y cascos; lograr una reducción de la velocidad y de la conducción bajo los efectos del alcohol; mejorar la infraestructura vial; promover opciones de tránsito urbano sostenibles; fortalecer las políticas de seguridad vial; y promover normas mejoradas sobre seguridad de los vehículos.

Por otra parte, la OMS ha trabajado con la policía local para fortalecer la recopilación de estadísticas sobre accidentes viales, y con el Ministerio de Salud para mejorar el sistema de vigilancia de traumatismos en los hospitales.

MÁS DE MEDIO CAMINO RECORRIDO PARA REDUCIR A CERO LOS ACCIDENTES VIALES EN SUECIA



LA VISIÓN CERO DE SUECIA HA INSPIRADO COMPROMISOS POLÍTICOS SIMILARES EN MUCHOS OTROS PAÍSES

A raíz de la aplicación del conjunto de medidas técnicas de la OMS sobre seguridad vial, el número de defunciones por accidentes de tránsito en Suecia se ha reducido en más de la mitad, aun cuando el volumen del tránsito se ha incrementado extraordinariamente. En 1997 Suecia adoptó una decisión política audaz respecto de la seguridad vial, conocida como Visión cero.

El objetivo consistía en que nadie perdiera la vida ni resultara gravemente herido en un accidente de tránsito.

EN MARCHA PARA SALVAR VIDAS

Con el apoyo de la OMS, entre 2014 y 2019 otros 22 países modificaron sus legislaciones sobre velocidad, conducción bajo los efectos del alcohol, conducción de motocicletas sin casco, cinturones de seguridad y dispositivos de sujeción para niños, a fin de prevenir defunciones por accidentes de tránsito, con lo que se proporciona cobertura a otros 1000 millones de personas, o sea el 14% de la población mundial.

La OMS colaboró con los asociados para ayudar a los gobiernos a revisar sus legislaciones sobre seguridad vial y proponer recomendaciones destinadas a fortalecerlas, por ejemplo, obligar a todos los ocupantes de un vehículo a utilizar cinturones de seguridad o dispositivos de sujeción para niños apropiados a cada edad.



TAILANDIA HA MEJORADO CONSIDERABLEMENTE LA CALIDAD DE SU INFORMACIÓN SOBRE CIRCULACIÓN VIAL, GRACIAS A UN NUEVO SISTEMA QUE RECOPILA DATOS DE LA POLICÍA, LAS ASEGURADORAS Y LOS REGISTROS SANITARIOS

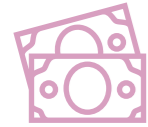


EL NÚMERO DE **MUERTES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO** SIGUE EN AUMENTO; ENTRE 2013 Y 2018 ASCENDIÓ DE 1,25 MILLONES A 1,35 MILLONES



ÁFRICA TIENE EL 2% DE LOS VEHÍCULOS DE TODO EL MUNDO, PERO REGISTRA EL 16% DE LAS DEFUNCIONES EN CARRETERA CON MÁS DE 300 000 FALLECIDOS CADA AÑO. SIN EMBARGO, TAMBIÉN HAY EXPERIENCIAS POSITIVAS. EN **RWANDA**, LOS ESFUERZOS NACIONALES A LA SEGURIDAD VIAL HAN CONSEGUIDO REDUCIR EL NÚMERO DE DEFUNCIONES Y TRAUMATISMOS EN UNA TERCERA PARTE, Y CONCITARON LOS ELOGIOS INTERNACIONALES





EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES **LA ESCALA DE LAS INVERSIONES ES INSUFICIENTE** PARA ACELERAR LOS PROGRESOS HACIA LAS METAS DE LOS **OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE** RELATIVAS A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DESAFÍOS Y ENSEÑANZAS

Los progresos generales en todos los países han sido muy desiguales. En algunos países se han observado avances notables, pero en la mayoría de los países la escala de las inversiones es insuficiente para acelerar los progresos hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a las enfermedades no transmisibles. La complejidad y dificultad de estas enfermedades hacen que muchos países de ingresos bajos y medio-bajos aún se enfrenten a importantes problemas en la aplicación de las intervenciones recomendadas por la OMS.

Entre estos problemas figuran la falta de capacidades nacionales y de mecanismos y mandatos para que las autoridades pertinentes faciliten y garanticen la acción en todos los sectores del gobierno con el fin de:

- buscar la coherencia de las políticas y equilibrar eficazmente los objetivos e intereses económicos, comerciales y de salud pública en las respuestas nacionales para respaldar los Objetivos de Desarrollo Sostenible;
- incorporar las intervenciones recomendadas por la OMS en materia de enfermedades no transmisibles a los conjuntos de prestaciones de la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal;
- legislar medidas fiscales que graven los productos del tabaco, las bebidas alcohólicas y las bebidas azucaradas;
- invitar a la industria de alimentos y bebidas, al sector de bebidas alcohólicas y a la industria farmacéutica a que refuercen su compromiso y contribución en relación con peticiones concretas para respaldar de modo significativo y efectivo la aplicación de las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles;
- elaborar proyectos susceptibles de ser presentados a las instituciones internacionales de financiación;
- impedir que las multinacionales con intereses creados interfieran en la elaboración de políticas sanitarias.

CIFRAS BÁSICAS PARA 2018-2019: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 351 millones

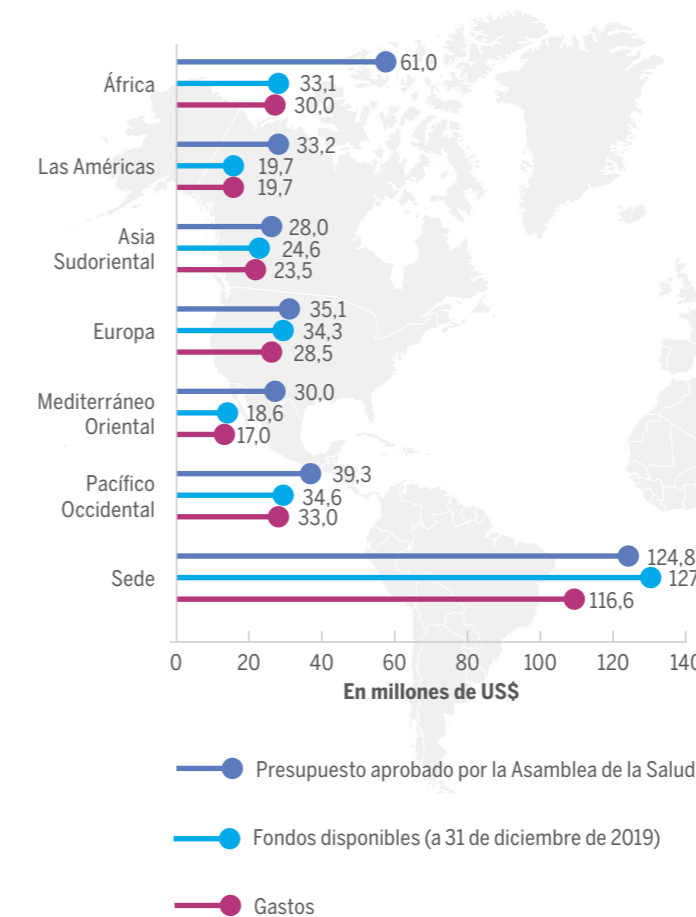


Fondos disponibles:
US\$ 293 millones
(83% del presupuesto por programas)

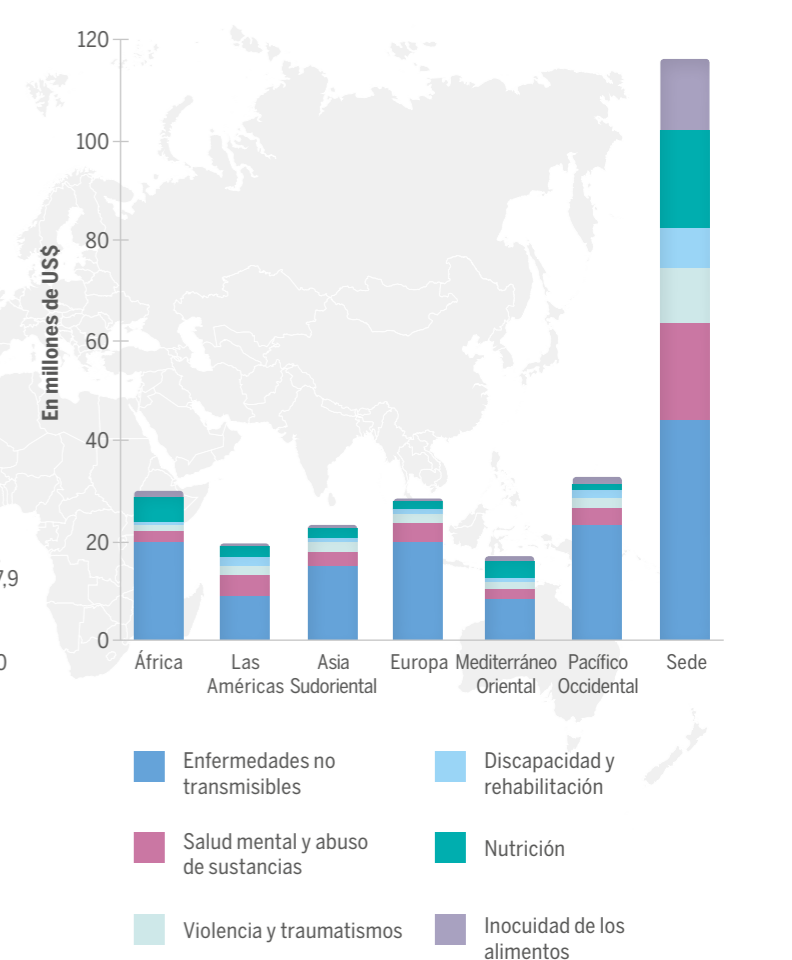


Gasto:
US\$ 268 millones
(76% del presupuesto por programas, 92% de los fondos disponibles)

PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS, DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)

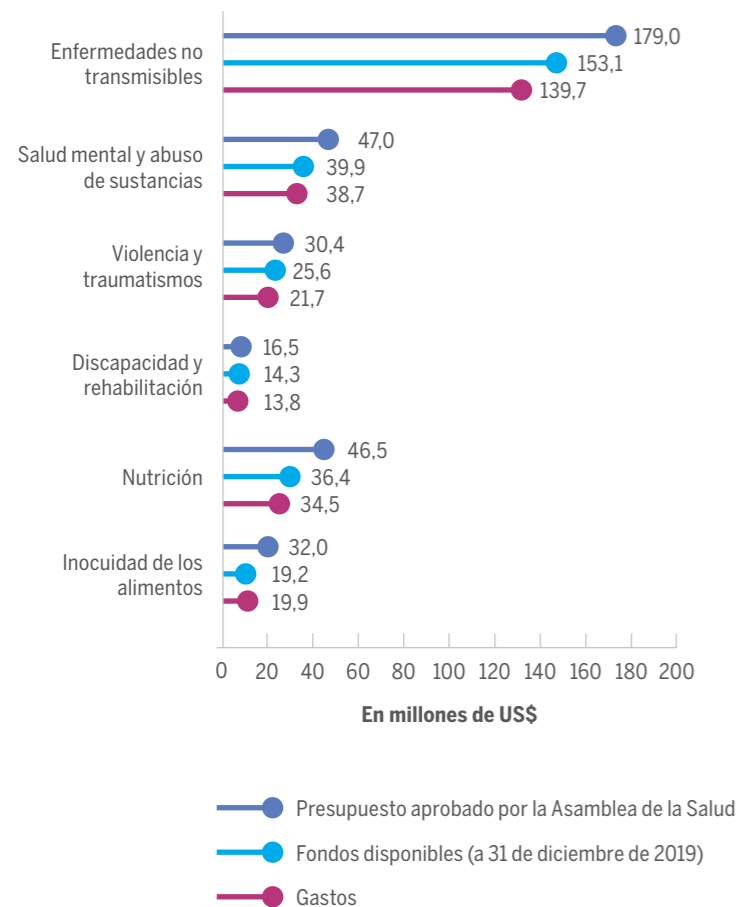


GASTOS CON CARGO AL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL Y ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)

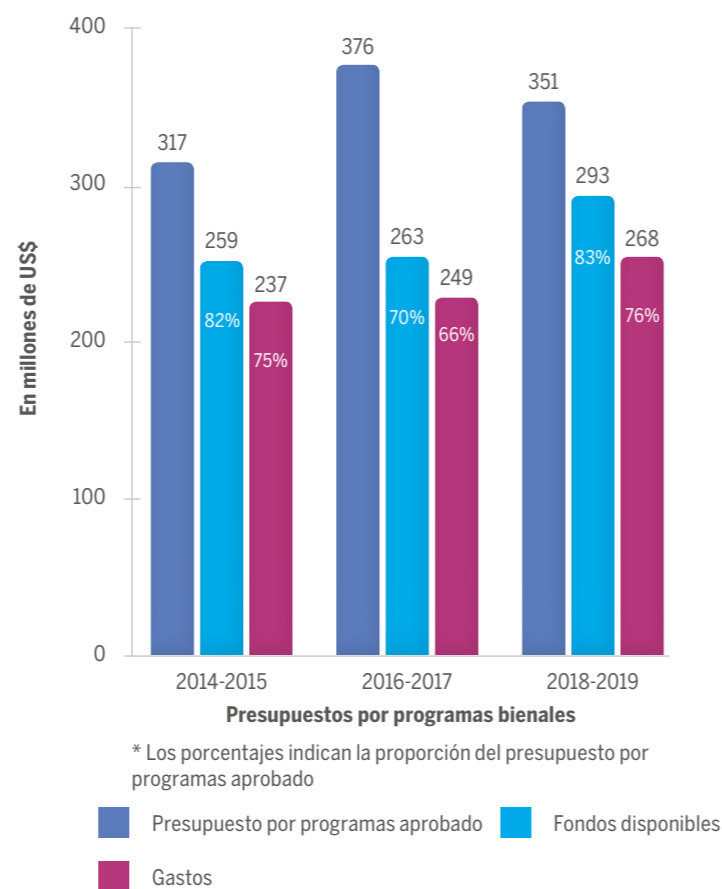


En 2018-2019 se alcanzaron niveles de fondos disponibles, gastos y alineación nunca vistos en la categoría de Enfermedades no transmisibles. Eso refleja un reconocimiento cada vez mayor de las consecuencias que acarrearán las enfermedades no transmisibles para la salud en todo el mundo. El presupuesto por programas 2018-2019 aprobado se mantuvo a un nivel comparable al de los bienios anteriores; con todo, aunque los presupuestos anteriores se habían considerado algo ambiciosos, en 2018-2019 la financiación alcanzó el 83%, la ejecución del presupuesto aprobado el 76% y la ejecución de los fondos disponibles el 92%.

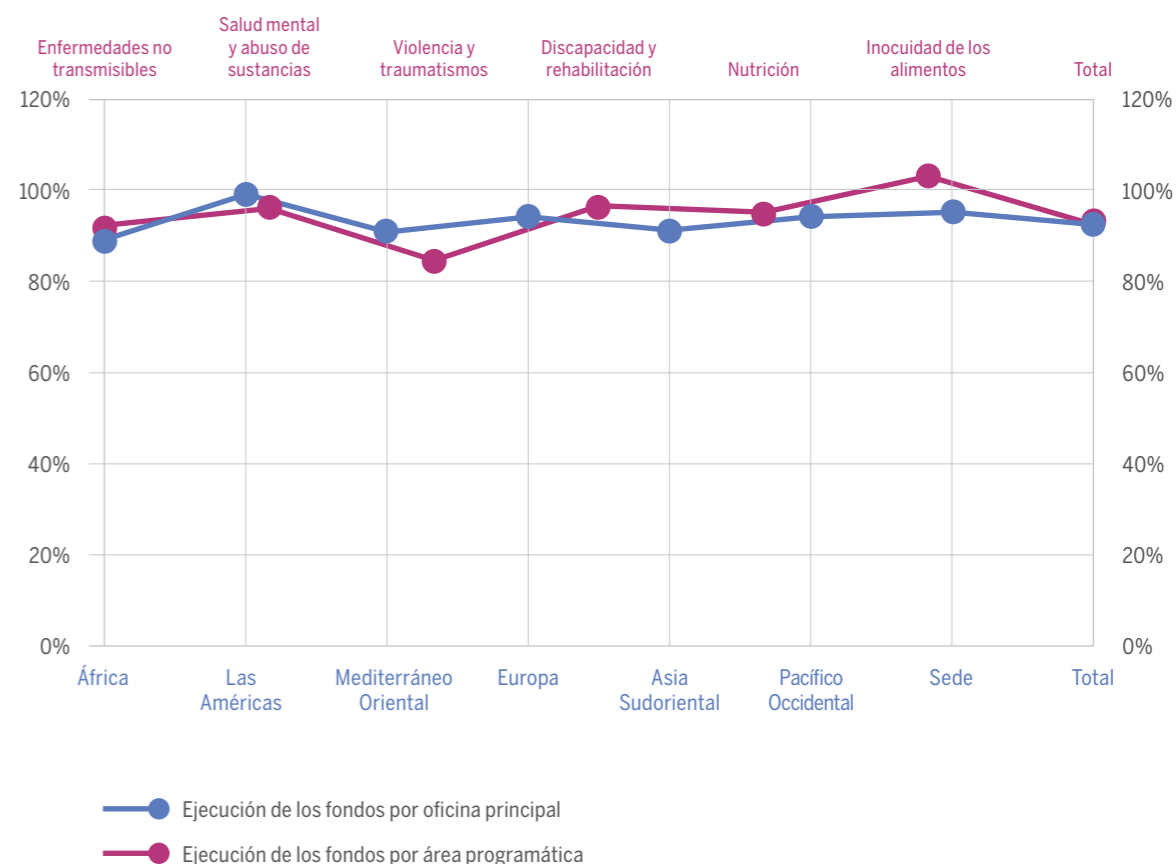
PRESUPUESTO BÁSICO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS, DESGLOSADOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



COMPARACIÓN DE LOS TRES PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS BÁSICOS BIENALES CORRESPONDIENTES AL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO



EJECUCIÓN DE LOS FONDOS, POR ÁREA PROGRAMÁTICA Y OFICINA PRINCIPAL, 2018-2019 (PORCENTAJE)



En términos absolutos, la OMS aumentó tanto la inversión como la ejecución en la categoría de Enfermedades no transmisibles en un 13% en 2018-2019, en comparación con 2014-2015. Gracias a ese incremento en los recursos, también se logró una mejor alineación entre las principales oficinas y áreas programáticas.

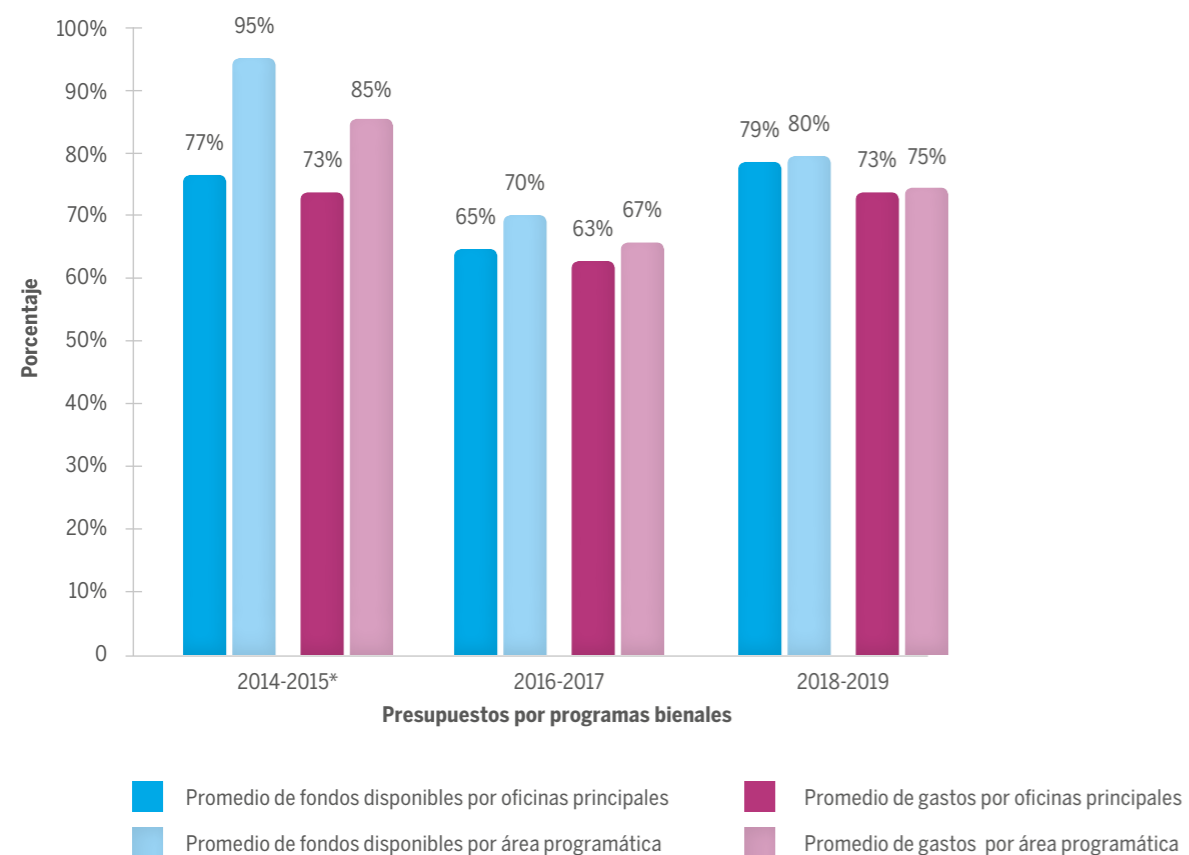
Aunque los niveles generales de recursos disponibles y ejecución siguieron correspondiendo en gran medida al área programática de Enfermedades no transmisibles, en 2018-2019 se observó un mejor equilibrio entre los presupuestos de casi todas las áreas programáticas en comparación con bienios anteriores. Los altos niveles de fondos medios disponibles y de gasto medio en la categoría de Enfermedades no transmisibles en 2014-2015 se debieron a donaciones puntuales a las áreas programáticas de Discapacidad y rehabilitación y Nutrición, lo que también dio lugar a una mayor variabilidad entre las áreas programáticas. En el bienio 2018-2019 se registraron mejores niveles relativos de financiación y gastos en comparación con 2014-2015, a pesar de haberse aprobado un presupuesto considerablemente más alto.

Esa mejora refleja las novedades recientes en curso en la categoría de Enfermedades no transmisibles. La reducción de fondos disponibles y de gastos, en relación con el presupuesto por programas 2016-2017 aprobado, se debió en parte a una importante disminución de las contribuciones voluntarias disponibles en 2014-2015 en la Región de África y a la transferencia a la categoría de Enfermedades no transmisibles del área programática de Inocuidad de los alimentos en 2017, lo que por su parte permitió que las áreas programáticas relacionadas con Enfermedades no transmisibles estuvieran más estrechamente armonizadas y se beneficiaran de las sinergias programáticas en 2018-2019.

El incremento en los niveles de financiación y ejecución en 2018-2019 en la mayor parte de la categoría de Enfermedades no transmisibles demostró el firme compromiso de la Organización de realizar una valiosa labor en 2018-2019. Una de las medidas adoptadas fue dar prioridad a la categoría de Enfermedades no transmisibles en lo que respecta a la financiación flexible: el 48% de la financiación de esa categoría procedió de fondos flexibles, el nivel más alto de financiación flexible de todas las categorías técnicas (véase la figura 5 del resumen de la ejecución presupuestaria). Esa financiación flexible funcionó como «financiación inicial» atrayendo más fondos por los resultados demostrables generados gracias a ella. El proceso se está ampliando y gracias a él se han conseguido más inversiones en el bienio de financiación temática semiflexible (fondos asignados a un alto nivel a áreas prioritarias pero en las que hay un margen importante de discreción para su utilización según las necesidades). Esas inversiones, a su vez, están ayudando a despertar un mayor interés entre los donantes y, como resultado, se están empezando a poder cubrir las necesidades de inversión en la categoría crítica de Enfermedades no transmisibles.

La ejecución de los fondos disponibles en la categoría de Enfermedades no transmisibles fue superior al 90% en todas las oficinas principales y áreas programáticas, lo que demuestra la capacidad de la Organización para cumplir sus compromisos.

COMPARACIÓN DE LOS TRES PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS BÁSICOS BIENALES CORRESPONDIENTES AL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO



* El área programática de Inocuidad de los alimentos no estaba incluida en 2014-2015 ya que no se transfirió a la categoría de Enfermedades no transmisibles en 2016-2017.

Debe trabajarse, tanto a nivel mundial como regional, para que haya recursos suficientes con los que hacer frente a los desafíos que suponen las enfermedades no transmisibles en África y en el Mediterráneo Oriental, en particular. El nivel de recursos no utilizados al final del bienio también debe gestionarse mejor en el próximo bienio, algo que dependerá principalmente de la previsibilidad del desembolso de fondos y de una mejor gestión de la línea de financiación.

En el portal del presupuesto por programas de la OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/02/about/programme-outcomes> y <http://open.who.int/2018-19/home>) pueden consultarse más detalles sobre la financiación del presupuesto por programas, el nivel de ejecución para esta categoría y los logros alcanzados en cada área programática, con inclusión de los indicadores correspondientes.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CURSO DE LA VIDA



38% MENOS DEFUNCIONES MATERNAS en 2017 que en 2000



45% DE REDUCCIÓN EN LA TASA DE MORTALIDAD de niños menores de cinco años en 2018 respecto de 2000

42%

42% MENOS DEFUNCIONES NEONATALES en 2018 que en 2000



EL AGUA NO APTA PARA EL CONSUMO Y LA INSUFICIENCIA DE SANEAMIENTO Y DE HIGIENE ocasionan cada año unas **830 000** defunciones por enfermedades diarreicas



50 PAÍSES (1000 MILLONES DE PERSONAS) se comprometieron a alcanzar los valores establecidos en las Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire



2,5 MILLONES

En 2018, **2,5 MILLONES DE RECIÉN NACIDOS FALLECIERON DURANTE SU PRIMER MES DE VIDA.** Un tercio de esas defunciones ocurrieron en el día del parto

NUEVE DE CADA 10 PERSONAS RESPIRAN AIRE CONTAMINADO, que mata prematuramente a más de 7 millones de personas cada año



76 LUGARES (MAYORMENTE CIUDADES) se han integrado en la Red BreatheLife



104 PAÍSES adoptaron una estrategia para el envejecimiento sano



«Debemos conseguir que las comunidades y las personas participen, y tenemos que trabajar junto con las organizaciones de la sociedad civil. No basta con preguntar: «¿Qué pueden hacer por nosotros en materia de salud?». También debemos preguntar: «¿Qué puede hacer la salud por ustedes?».

DRA. CARISSA F ETIENNE
Directora Regional de la OMS para las Américas



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 384 millones



Fondos disponibles:
US\$ 319 millones
(83% del presupuesto por programas)



Gasto:
US\$ 292 millones
(76% del presupuesto aprobado, 92% de los recursos disponibles)



EL ENFOQUE BASADO EN EL CICLO DE VIDA **RECONOCE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS DIFERENTES ETAPAS Y EDADES DE LA VIDA:** DESARROLLO DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA, SALUD DE LAS MUJERES DURANTE Y MÁS ALLÁ DE LA REPRODUCCIÓN, ADOLESCENCIA, Y ENVEJECIMIENTO SANO, QUE ES ACTUALMENTE LA ETAPA DE LA VIDA QUE MÁS RÁPIDAMENTE CRECE. LOS FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES TAMBIÉN REPERCUTEN EN LA SALUD. **LA CONSIDERACIÓN DE ESOS FACTORES PUEDE PROMOVER LA EQUIDAD SANITARIA, LOS DERECHOS HUMANOS Y LA IGUALDAD DE GÉNERO.**



PRINCIPALES LOGROS

SE REDUCE LA MORTALIDAD MATERNA, PERO LOS PROBLEMAS PERSISTEN

Durante decenios, la reducción de las defunciones de madres y recién nacidos fue un reto enorme, particularmente en entornos de bajos ingresos. Las niñas pequeñas en situaciones frágiles estaban especialmente en riesgo. Sin embargo, en el último decenio se han alcanzado progresos extraordinarios gracias a una mayor voluntad política, una mejor recopilación de datos y más nacimientos en centros de salud, entre otros motivos.

En 2017, el riesgo de que una muchacha de 15 años muriera por causas relacionadas con la maternidad (aproximadamente 1 en 190) era casi el 50% más bajo que en 2000.

Sin embargo, todavía persisten muchos problemas, en particular las deficiencias en los sistemas de salud y de recopilación de datos precisos. Muchos países carecen aún de sistemas eficientes de registro civil y estadísticas vitales, y en los que esos sistemas existen la notificación de errores, por ejemplo, los datos mal clasificados sobre defunciones, supone un desafío.

En el bienio 2018-2019, todos los países de la Región de Asia Sudoriental continuaron realizando progresos importantes para reducir la mortalidad materna, y se hallan en buena posición para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La cobertura de intervenciones esenciales basada en datos probatorios aumentó en esta región, en la que el 78% de las madres dan a luz en centros sanitarios, el 76% recibe atención prenatal y el 63% atención posnatal.

Durante el bienio, la **Región de las Américas** también realizó progresos, que incluyeron una notable reducción de las desigualdades sociales absolutas y relativas concernientes a mortalidad infantil y materna. En la Región de África, todos los países, excepto dos, introdujeron sistemas de **vigilancia de la mortalidad materna y actividades destinadas a hacerle frente.**

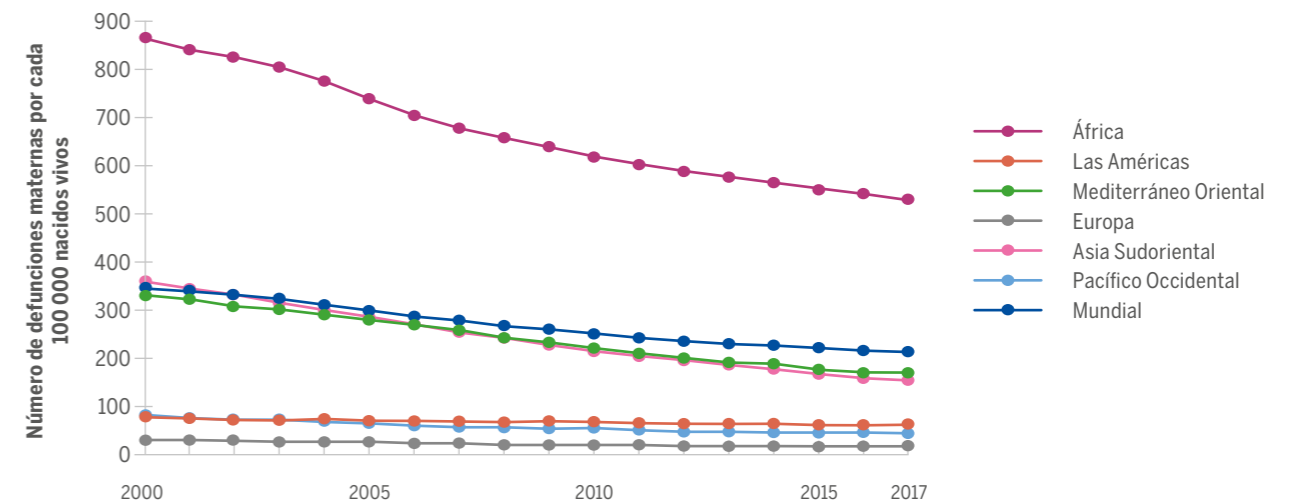


EN 2017, **MURIERON MÁS DE 800 MUJERES POR DÍA** DEBIDO A CAUSAS PREVENIBLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO



LA SUBREGIÓN DE **ASIA MERIDIONAL** ALCANZÓ LA MÁXIMA REDUCCIÓN EN EL PORCENTAJE GENERAL DE LA TASA DE **MORTALIDAD MATERNA** ENTRE 2000 Y 2017, **CASI EL 60%**

TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR REGIONES DE LA OMS (2000-2017)



Fuente: Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.



TRAS LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA NO HUBO **NINGUNA MUERTE MATERNA POR HEMORRAGIA EN 2018, Y SOLO UNA EN 2019**

UN ESTADO DEL BRASIL INVIERTE LA SITUACIÓN RELATIVA A MORTALIDAD MATERNA

Si Karolene Gomes no hubiera acudido al Hospital Regional Balsas del Estado de Maranhão (Brasil), en el que se le diagnosticó correctamente una hemorragia puerperal grave, habría muerto. El personal de enfermería se había capacitado en un taller sobre la iniciativa cero muertes maternas por hemorragia (ZMDH), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En el contexto de la iniciativa ZMDH se capacita a profesionales sanitarios sobre protocolos para las principales emergencias obstétricas, así como sobre marcos jurídicos, sistemas de información sanitaria y atascamientos que obstaculizan la atención.

Durante más de 20 años, Maranhão registró la tasa de mortalidad materna más alta del Brasil. Tras la aplicación de la estrategia, los

resultados han sido prometedores. En la zona sanitaria de la región de Balsas, que abarca 14 ciudades, no hubo ninguna muerte materna por hemorragia en 2018, y solo una en 2019.

La Región de las Américas propuso desarrollar la iniciativa ZMDH, en particular mediante a) la capacitación de equipos nacionales y locales para tratar las hemorragias obstétricas; b) la formación y capacitación de equipos nacionales en materia de validación de las condiciones básicas del instrumento para los servicios de atención materna perinatal; c) la elaboración de planes locales de mejoras; y d) el seguimiento de los resultados.

Los progresos realizados en la Región del **Mediterráneo Oriental** se vieron obstaculizados por crisis humanitarias que impidieron ejecutar suficientemente los programas. Para solventar este problema, se elaboraron planes estratégicos adaptados y protocolos operativos normalizados.

Las necesidades satisfechas en materia de planificación familiar, una intervención de gran efecto para reducir la mortalidad materna y permitir a las mujeres y las parejas concretar sus deseos de procreación, aumentaron entre las mujeres casadas o que viven en pareja, del 75% en 2000 al 78% en 2017.¹ Entre todas las regiones, África es con diferencia la que menos necesidades satisfechas registra en lo que respecta a planificación familiar mediante métodos modernos, con un 56% en 2017.¹ A fin de reducir las necesidades de anticoncepción no satisfechas, la OMS ejecutó entre 2015 y 2018 el proyecto «Umbrella», en el cual 47 países elaboraron directrices y estrategias de aplicación nacionales para asegurar que las políticas y los programas nacionales estuvieran regidos por normas rigurosas basadas en pruebas científicas.

UN ESTUDIO INDICA QUE EL ANTICONCEPTIVO INYECTABLE «DEPO» ES SEGURO

Un amplio estudio de investigación clínica realizado en cuatro países africanos por un consorcio internacional de investigaciones, en el que participa el Programa de Reproducción Humana de la Secretaría, no halló ninguna diferencia significativa en el riesgo de infección con el VIH entre las mujeres que utilizaban uno de los tres métodos anticonceptivos reversibles de gran eficacia. Publicado en *The Lancet*,² el estudio reveló que cada uno de los métodos tenía altos niveles de seguridad y eficacia para prevenir el embarazo, y que todos los métodos eran bien tolerados por las mujeres que los utilizaban. La OMS combinó esta información con otras pruebas científicas disponibles y publicó recomendaciones actualizadas sobre el uso de anticonceptivos por parte de mujeres en riesgo de infección con el VIH.

EL AMBICIOSO OBJETIVO DE ELIMINAR EL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad prevenible mediante vacunación que se puede curar si se detecta a tiempo y se trata debidamente. En mayo de 2018, el Director General de la OMS hizo un llamamiento a la acción en el que abogó por renovar la voluntad política para eliminar esta enfermedad. Además, se elaboró una estrategia mundial para eliminar el cáncer del cuello uterino como problema de salud pública de aquí a 2030, con tres ambiciosos objetivos.

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MARRUECOS

El claro compromiso político con la salud de la madre ayudó a Marruecos a reducir la mortalidad materna en un 77%: en el transcurso de 25 años, disminuyó hasta 73 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos en 2017. Se elaboró una estrategia nacional centrada en las intervenciones de mayor impacto y en la ampliación de la cobertura, y los dispensarios móviles y los servicios gratuitos de salud reproductiva ayudaron a reducir las inequidades entre las zonas urbanas y las rurales. Se mejoró la atención especializada gracias al uso de ambulancias e incluso helicópteros para acceder a las zonas montañosas, y se utilizaron tecnologías sanitarias en dispositivos móviles para realizar consultas de revisión. Asimismo, la utilización de un sistema de vigilancia de la mortalidad materna y de medios digitales para prestar atención sanitaria ayudaron a mejorar las auditorías y la rendición de cuentas.

¹ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, World Fertility and Family Planning.

² HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Trial Consortium. *Lancet* 2019, 394: 303–13.



RENOVAR LA VOLUNTAD POLÍTICA PARA **ELIMINAR ESTA ENFERMEDAD**



LA **CARBETOCINA TERMOESTABLE** SE INCLUYÓ EN LA LISTA OMS DE **MEDICAMENTOS ESENCIALES**. ES TAN **SEGURA Y EFICAZ** COMO LA **OXITOCINA** PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA PUERPERAL



EL 92% DE LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO TIENEN ACTUALMENTE CONTACTO PIEL A PIEL CON SUS MADRES EN CENTROS DE SALUD QUE HAN ADOPTADO LA EENC

REDUCCIÓN DE LAS DEFUNCIONES DE NEONATOS EN MONGOLIA

En Mongolia, el 92% de los recién nacidos a término tienen actualmente contacto piel a piel con sus madres en centros de salud que han adoptado la EENC, mientras el 82% de los lactantes en esos centros siguen en contacto hasta el primer amamantamiento. En 2018, la mortalidad neonatal se redujo al 8,7 por 1000 nacidos vivos.

Podría parecer obvio que el lugar natural de un recién nacido está sobre el pecho de la madre, en vista de los enormes beneficios que conlleva el contacto piel a piel con su madre. Ahora bien, ese «primer abrazo» inmediatamente

después del nacimiento no siempre es la norma. Tal era el caso en los hospitales de Mongolia en 2014, en los que no era una práctica normalizada.

La OMS ayudó a introducir y ampliar las intervenciones basadas en pruebas científicas. La EENC se aplicó en 25 hospitales que atienden la mayoría de los partos de todo el país. Esos hospitales también establecieron mecanismos para mejorar y mantener la calidad de la atención, así como exámenes anuales sobre la ejecución que llevan a cabo sus ministerios de salud.

VIGILANCIA REFORZADA DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS EN LAS AMÉRICAS

La vigilancia de los defectos congénitos se ha reforzado mediante la cooperación con los países, la capacitación y la promoción. La aparición del virus de Zika contribuyó al establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia. Se divulgó un documento

de promoción titulado *Presente y futuro de la vigilancia de defectos congénitos en las Américas*, en el que se describen la situación y los problemas de la región. Unos 13 países están realizando la vigilancia de defectos congénitos a escala nacional.

MEJORA DE LA SALUD INFANTIL EN ZONAS AFECTADAS POR CONFLICTOS

En 2017, la OMS y el Ministerio de Salud de la República Árabe Siria pusieron en marcha una nueva iniciativa destinada a capacitar a agentes de salud comunitarios, para que realizaran visitas domiciliarias y orientaran a las madres sobre cuidados de los recién nacidos

en zonas en las que el acceso a la atención de salud es muy limitado. Dos años después, se han realizado más de 12 000 visitas a familias de zonas afectadas por el conflicto, y se ha identificado a 300 recién nacidos para su envío a centros de salud.

LA INVESTIGACIÓN COORDINADA POR LA OMS PROPICIA UN AUMENTO DE LAS INTERVENCIONES

Hasta el 80% de las defunciones neonatales se producen en lactantes prematuros o con bajo peso al nacer. El **método madre canguro** se conoce desde hace más de dos decenios por ser una intervención eficaz que reduce en un 40% las defunciones entre lactantes de menos de dos kilogramos. Sin embargo, la cobertura mundial de esta intervención sigue siendo muy baja, dado que no alcanza al 5%.

La OMS ha coordinado las investigaciones sobre la aplicación en siete lugares de **Etiopía** y la **India** que abarcan unos 8 millones de personas, a fin de desarrollar y evaluar modelos ampliables. Con la intervención se procuraba recopilar y utilizar datos cualitativos y cuantitativos de calidad para ayudar a mejorar la aplicación. La evaluación del modelo final indicó una cobertura de buena calidad del 60-80%, que dio lugar a la ampliación de ese modelo en Etiopía y la India.

EL MÉTODO MADRE CANGURO SE EXPANDE

Desde 2013, según estimaciones, la tasa de mortalidad de recién nacidos en la Región del **Pacífico Occidental** ha disminuido entre un 8% y un 39% en nueve países con alta tasa de morbilidad. Los datos de estudios o de la vigilancia a nivel nacional revelan que en cuatro países ha mejorado la tendencia en lo que respecta a la iniciación en la lactancia materna o la lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida.

Se ha trabajado con denuedo para ampliar la **atención esencial temprana y de calidad del recién nacido**. Unos 35 000 profesionales recibieron capacitación en materia de atención esencial temprana del recién nacido (EENC), y casi 6000 centros están dispensando EENC, lo que supone un incremento de un 80% desde 2017.

En respuesta a las peticiones de algunos países, el método madre canguro se introdujo en los nueve países, haciéndose extensivo a 278 hospitales (casi las dos terceras partes de los hospitales nacionales, regionales y provinciales de los nueve países de la región, excluida China). Un 68% del personal hospitalario de los servicios de partería y neonatología recibió capacitación en el método madre canguro en los hospitales en los que se dispone de datos. En la actualidad, el 91% de los lactantes tienen contacto directo con la piel de la madre en los centros de salud que introdujeron la EENC, una mejora respecto de 2017.

La OMS presta asistencia técnica a los países con el fin de ayudarlos a generalizar esa intervención. La Organización elaboró guías programáticas y apoyó a los países en el desarrollo de módulos de capacitación en EENC y en el método madre canguro destinados al personal sanitario; además, establece enfoques para el mejoramiento de la calidad y realiza un seguimiento sistemático para orientar la elaboración de programas. También se apoyó a los países en el desarrollo de políticas y protocolos nacionales armonizados con pruebas científicas mundiales, y en la consecución de compromisos políticos y financiación nacional.



AUMENTO DE LA PROPORCIÓN DE LACTANTES CON **LACTANCIA NATURAL EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA**



UNOS 13 PAÍSES ESTÁN REALIZANDO LA **VIGILANCIA DE DEFECTOS CONGÉNITOS** A ESCALA NACIONAL



DOS AÑOS DESPUÉS, SE HAN REALIZADO MÁS DE 12 000 VISITAS A FAMILIAS DE **ZONAS AFECTADAS POR EL CONFLICTO**



EN EL AFGANISTÁN LA MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS SE REDUJO A LA MITAD

Entre 2000 y 2018, la mortalidad de niños menores de cinco años se redujo en un 52% en el Afganistán. Los principales factores que propiciaron esa mejora fueron: una sólida gestión gubernamental; una política sanitaria nacional basada específicamente en la atención primaria de salud; la contratación externa para la aplicación del conjunto básico de servicios de salud y servicios hospitalarios esenciales; y la financiación internacional. El Ministerio de Salud Pública realizó un seguimiento de la calidad de los servicios de salud, y se introdujo un sistema de gestión del desempeño basada en incentivos para organizaciones

no gubernamentales que prestan servicios.

La OMS proporcionó apoyo para la elaboración de políticas basadas en pruebas científicas, directrices para los servicios clínicos, módulos de capacitación y programas de creación de capacidad para los proveedores. La OMS prestó apoyo para la vacunación anual de 12 millones de niños y el tratamiento de 52 000 niños malnutridos.



LA MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS SE REDUJO EN UN 52% EN EL AFGANISTÁN

INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ATENCIÓN MATERNOINFANTIL

La Red para Mejorar la Calidad de la Atención a la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño es una alianza de gobiernos, asociados y organismos de financiación que se propone reducir a la mitad, para el final de 2022, la mortalidad materna y neonatal y la mortinatalidad, en los centros sanitarios participantes, mediante una atención de calidad centrada en la persona. Los 11 países miembros de la Red (**Bangladesh, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, la India, Kenya, Malawi, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Sierra Leona y Uganda**) están adoptando medidas para mejorar la calidad de la atención y realizar el seguimiento de los datos.

La OMS desempeña las funciones de secretaría y presta apoyo técnico a los países. Con el fin de recopilar e intercambiar las enseñanzas adquiridas, la OMS estableció una red mundial de aprendizaje integrada por 900 profesionales y encargados de tomar decisiones del sector sanitario. El sitio web de la Red ofrece una plataforma para el intercambio de recursos, conocimientos especializados y prácticas óptimas, que incluye una biblioteca, una serie de seminarios web y podcast y un foro comunitario de intercambio de prácticas para examinar y resolver problemas.

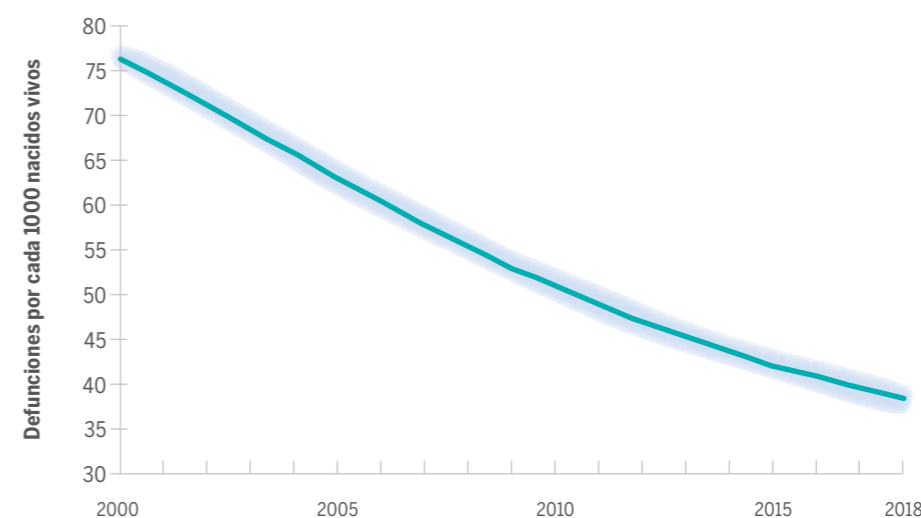
REDUCCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL

Desde 2000, las tasas de mortalidad infantil se han reducido casi a la mitad, debido principalmente al mejor acceso a servicios de salud asequibles y de calidad. El máximo riesgo de defunción infantil es en la etapa neonatal, cuya tasa de mortalidad mundial ha disminuido, si bien más lentamente que la de los niños de todas las edades y los de 1 a 59 meses de edad. En 2018 se registraron 2,5 millones de defunciones de recién nacidos.



DESDE 2000, LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SE HAN REDUCIDO CASI A LA MITAD

TASA DE MORTALIDAD EN LOS MENORES DE CINCO AÑOS



Tasa de mortalidad en los menores de cinco años

Las áreas sombreadas son los límites inferior y superior.

Fuente: Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019. Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019.



AL MENOS 30 PAÍSES HAN REALIZADO ACTIVIDADES DIRIGIDAS A APLICAR EL MARCO PARA LOS CUIDADOS AFECTIVOS DURANTE LA PRIMERA INFANCIA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA EN ÁFRICA

Como consecuencia del establecimiento del Marco para los cuidados afectivos, en 2018, y en consonancia con las medidas estratégicas propuestas, 30 países realizaron actividades dirigidas a fortalecer sus estrategias nacionales. En lo concerniente al fortalecimiento de los sistemas de salud se está recurriendo al aprendizaje acelerado para promover los cuidados afectivos en África oriental y meridional, regiones en las que los trabajos se están documentando minuciosamente, por ejemplo, en **Etiopía, Kenya, Mozambique y Zambia**. La OMS está colaborando con asociados a fin de traducir las experiencias en orientación operacional para su aplicación en otros países.

MEJORES SERVICIOS DE SALUD PARA LOS ADOLESCENTES AFRICANOS

Tres años después de la adopción de las **Medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (AA-HA!)**, 36 países de la Región de África las están utilizando para planificar, poner en marcha y ampliar el acceso a servicios de calidad para los adolescentes.

En colaboración con algunos asociados, la OMS respalda un enfoque innovador destinado a fortalecer los sistemas de salud de distrito, mejorar el desempeño de los dispensadores y ampliar el acceso de los adolescentes a servicios de salud en **Etiopía** y la **República Democrática del Congo**. En **Zimbabwe**, la evaluación de centros de salud según las normas de la OMS dio lugar a la acreditación de 309 centros de salud como centros sensibles a las necesidades de los adolescentes.

Por otra parte, la OMS está encabezando la innovación en materia de recopilación y análisis de datos sobre servicios de salud de calidad para adolescentes, a través de una plataforma web que ya se ha introducido en dos países: **Colombia** y **Ghana**.



LA IMPORTANCIA CRECIENTE DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

El compromiso político respecto del envejecimiento sano se ha fortalecido extraordinariamente en todas las regiones. Estudios monográficos realizados en **Chile, China, Finlandia, Ghana, la India, Qatar, Singapur y Tailandia** documentan la medida en que los datos y las pruebas científicas están influyendo en la formulación de políticas y programas para adultos mayores. El **Pakistán** ha recaudado fondos para un proyecto nacional destinado a proteger los derechos de las personas mayores con discapacidad entre los refugiados afganos.

La OMS publicó directrices sobre Atención integrada para personas mayores (AIPM), un conjunto de instrumentos basados en pruebas científicas que facilitará la puesta en práctica de un modelo de atención centrado en la persona. Los Estados Miembros de la **Región de África, la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental** han comenzado a adaptar los instrumentos de AIPM; a participar en programas de capacitación para profesionales de la salud a fin de permitirles identificar, revertir o retrasar la pérdida de capacidades físicas y cognitivas en los adultos mayores; y a promover objetivos centrados en la persona.

La Red Mundial OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores, que ayuda a los dirigentes locales a identificar y superar los obstáculos para la salud y el bienestar de las personas mayores, se ha extendido a 1000 ciudades y comunidades en 42 países. La OMS ha publicado un curso de capacitación en línea titulado *Healthy Ageing for Impact in the 21st Century*, dirigido a funcionarios gubernamentales y a la sociedad civil.



LOS DATOS Y LAS PRUEBAS CIENTÍFICAS ESTÁN **INFLUYENDO EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA ADULTOS MAYORES**

BUENOS AVANCES PARA ESTABLECER UN SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO PARA LAS PERSONAS MAYORES

En 2018, la Federación de Rusia puso en marcha un programa piloto de varias etapas, con el fin de establecer un sistema de atención a largo plazo para las personas mayores, después de la introducción de una estrategia nacional. Se estima que 1,8 millones de personas necesitan esos servicios en la Federación de Rusia.

En 2020, el sistema abarcará 18 territorios, y el objetivo consiste en alcanzar la cobertura en todo el país para 2024.

Para estudiar las cuestiones relativas a la prestación de asistencia a las personas mayores como parte de la aplicación de la estrategia, en 2017 se creó un grupo de trabajo interdepartamental con la participación de representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio

de Trabajo y Protección Social y otros interesados de las autoridades federales.

Con el fin de promover el desarrollo de la atención a largo plazo para las personas mayores, la OMS ofrece conocimientos técnicos especializados y organiza reuniones con asociados nacionales e internacionales clave para examinar las innovaciones en esta esfera e intercambiar experiencias.



EN 2020, EL SISTEMA ABARCARÁ **18 TERRITORIOS**, Y EL OBJETIVO CONSISTE EN ALCANZAR LA COBERTURA EN TODO EL PAÍS PARA 2024





NUEVE DE CADA DIEZ PERSONAS RESPIRAN AIRE CONTAMINADO, QUE PROVOCA MÁS DE SIETE MILLONES DE DEFUNCIONES PREMATURAS CADA AÑO

UNA NUEVA ESTRATEGIA SOBRE SALUD, MEDIO AMBIENTE Y CAMBIO CLIMÁTICO

La estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático de 2019 ofrece una visión y señala un camino para responder a los riesgos relativos a la salud medioambiental. El objetivo consiste en asegurar entornos seguros, propicios y equitativos para la salud y un marco general para orientar todas las medidas.

Asimismo, el nuevo plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo promueve el compromiso político, reúne pruebas científicas y ayuda a movilizar fondos para fortalecer la resiliencia climática de los sistemas de salud que prestan servicios a algunas de las poblaciones más vulnerables y aisladas del mundo.

LOS PAÍSES SE COMPROMETEN A LIMPIAR EL AIRE

El liderazgo de la OMS fue crucial para promover diversos compromisos medioambientales en el bienio. En la **Cumbre sobre la Acción Climática ONU 2019**, 50 países, con una población total de 1000 millones de personas, respondieron al llamamiento formulado por la OMS para que ofrecieran a los ciudadanos aire limpio para 2030, y se comprometieron a alcanzar los valores de las **Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire**. Esto refuerza los compromisos contraídos en la **Conferencia Mundial de la OMS sobre contaminación atmosférica y salud**, celebrada en 2018, en la que 26 países se comprometieron a seguir las directrices de la OMS sobre calidad del aire mediante intervenciones tales como la intensificación del seguimiento de la calidad del aire y la realización de investigaciones conexas.

LA RED BREATHELIFE SE AMPLÍA

La **campana BreatheLife** de la OMS, destinada a aumentar la sensibilización respecto de la contaminación atmosférica, sus efectos sobre la salud y las intervenciones eficaces conexas sigue creciendo, y en la actualidad abarca 76 lugares (mayormente ciudades), lo que beneficia a casi 300 millones de personas. La campaña combina conocimientos especializados en salud pública y cambio climático con orientación sobre la aplicación de soluciones que permitan contrarrestar la contaminación atmosférica, en particular mediante enfoques intersectoriales.

La OMS coordina la campaña BreatheLife con tres asociados —la Coalición Clima y Aire Limpio, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y el Banco Mundial— y colabora con ellos para promover la aplicación de las Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire mediante el intercambio de prácticas óptimas; la ampliación de los esfuerzos de seguimiento; la información a los ciudadanos por medio de asistencia técnica; y el suministro de recursos destinados a acrecentar la sensibilización y movilizar a las comunidades para que adopten medidas en el ámbito local.



LA CAMPAÑA COMBINA CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN SALUD PÚBLICA Y CAMBIO CLIMÁTICO CON ORIENTACIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DE SOLUCIONES QUE PERMITAN CONTRARRESTAR LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA, EN PARTICULAR MEDIANTE ENFOQUES INTERSECTORIALES

LA OMS AYUDA A LA PRIMERA CIUDAD AFRICANA A SUMARSE A LA CAMPAÑA BREATHELIFE



EL NÚMERO DE LUGARES OBJETO DE VIGILANCIA DE LA **CALIDAD DEL AIRE** AUMENTÓ DE 15 A 32

La OMS estima que cada año mueren en Ghana más de 28 000 personas por contaminación atmosférica, incluidos más de 4000 niños menores de cinco años. El uso de combustibles contaminantes para el transporte y la preparación de alimentos y la quema de residuos no recogidos y desechos electrónicos aumentan la contaminación.

Por medio de la iniciativa de salud urbana de la OMS, que procura abordar los efectos sanitarios de la contaminación atmosférica mediante intervenciones normativas sectoriales, Accra se convirtió en la primera ciudad africana en sumarse a la red BreatheLife. La campaña acrecentó la conciencia de la comunidad y desarrolló capacidades para solicitar intervenciones a las autoridades de la ciudad, en relación con fuentes de contaminación

atmosférica local. Esto despertó un interés considerable en los medios de comunicación locales. Gracias a la acción comunitaria se cerraron fábricas y vertederos que eran importantes focos de contaminación. El número de lugares objeto de vigilancia de la calidad del aire aumentó de 15 a 32.

La OMS elaboró tres directrices y documentos estratégicos basados en evaluaciones sanitarias y económicas de intervenciones normativas sectoriales: la estrategia de resiliencia de Accra; un plan de acción para luchar contra el eterno problema de las inundaciones y los efectos del cambio climático; y un nuevo plan de gestión de la calidad del aire para la zona metropolitana del gran Accra.





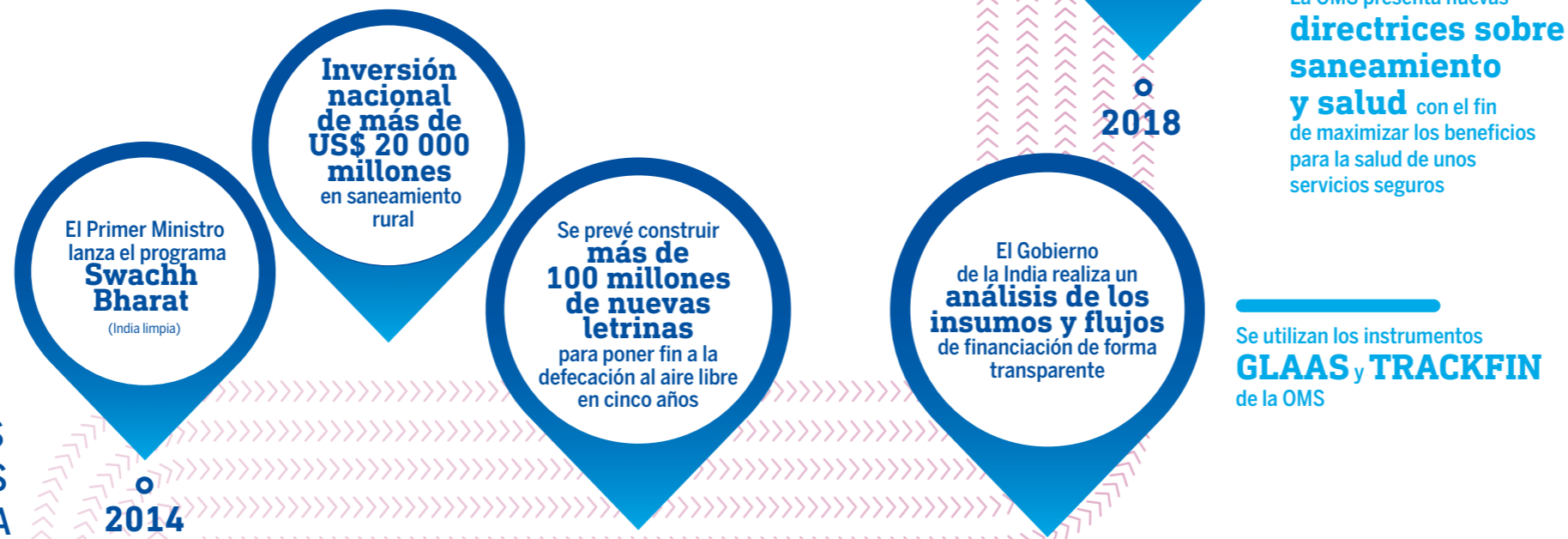
100 COMPROMISOS PARA MEJORAR LOS SISTEMAS DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE EN CENTROS DE SALUD

MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE EN CENTROS DE SALUD

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA72.7 destinada a mejorar los servicios de agua potable, saneamiento e higiene (WASH) en los centros de salud de todo el mundo, y señalaron que la iniciativa WASH era crucial para prevenir infecciones. En la actualidad, uno de cada cuatro centros de salud carece de servicios básicos de agua, y uno de cada cinco no tiene servicios de saneamiento. Hasta la fecha, la OMS ha recibido, por parte de grupos de partes interesadas, más de 100 compromisos para mejorar los sistemas de agua, saneamiento e higiene en centros de salud, en particular en 30 países que ya han realizado importantes progresos para cumplir sus compromisos. Además, a escala regional continúan aplicándose medidas de apoyo a los compromisos existentes.

LOS SISTEMAS DE SANEAMIENTO SEGUROS PREVIENEN ENFERMEDADES Y SALVAN VIDAS EN LA INDIA

Más del 50% de todas las personas que defecan al aire libre viven en la India: 437 millones de personas, un tercio de la población del país
(informe de la OMS y el UNICEF, 2014)



Se presenta el informe de la OMS, el Banco Mundial, la OIT y WaterAid para mejorar las condiciones de los trabajadores de saneamiento

Se amplía la planificación sobre seguridad del saneamiento mediante **centros de capacitación**

La OMS apoya la **obtención de datos y la aplicación de medidas**

La OMS presenta nuevas **directrices sobre saneamiento y salud** con el fin de maximizar los beneficios para la salud de unos servicios seguros

Se utilizan los instrumentos **GLAAS y TRACKFIN** de la OMS

La eliminación de la defecación al aire libre **en la India** evita más de **300 000 muertes** y la pérdida de **más de 14 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad**
(estimaciones de la OMS sobre carga de morbilidad)

y la **gestión segura de los servicios** proporcionará **beneficios aún mayores**



48 PAÍSES SE HAN COMPROMETIDO A LEGISLAR O MEJORAR LOS CONTROLES LEGALES SOBRE PLOMO EN LA PINTURA

ELECTRIFICACIÓN CON LOS ASOCIADOS

Unos 48 países se han comprometido a legislar o mejorar los controles legales sobre plomo en la pintura, en el marco de un proyecto financiado por el Fondo para el Medio Ambiente Mundial y la OMS, el PNUMA y otros asociados que trabajan en la elaboración o revisión de normas obligatorias, reglamentos o legislaciones.

La OMS y otros miembros de la familia de las Naciones Unidas establecieron en 2019 la **Plataforma para la acción en los sectores de salud y energía**. La Plataforma reforzará la cooperación política y técnica entre esos sectores con el fin de acelerar la transición hacia la energía limpia, mediante un enfoque inicial centrado en las cocinas no contaminantes y la electrificación de los centros de salud.

CRECIENTE ATENCIÓN A LA EQUIDAD SANITARIA

En la Región de Europa se han realizado importantes trabajos en materia de equidad. Los países se comprometieron a acelerar la adopción de medidas para reducir las desigualdades en los sectores gubernamentales y ampliar las respuestas del sector sanitario. En la Región de Europa, la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre los hombres fue el principal impulsor de la **Estrategia de la OMS para la salud y el bienestar de los hombres en la Región de Europa**.

Por último, se publicó el **Atlas de equidad sanitaria en la Región de Europa de la OMS**, que recoge las tendencias y el estado de situación en materia de equidad sanitaria, las tendencias relativas a determinantes e inversiones, y la adopción y los efectos de 53 políticas.

En la Región de África, 21 equipos en los países han mejorado su capacitación en materia de evaluación de obstáculos en los programas de salud para los adolescentes, a fin de identificar a los adolescentes desfavorecidos. Se prestó apoyo a medidas orientadas a mejorar los servicios en **Etiopía, Nigeria** y la **República Unida de Tanzania**.



21 EQUIPOS EN LOS PAÍSES HAN MEJORADO SU CAPACITACIÓN EN MATERIA DE EVALUACIÓN DE OBSTÁCULOS EN LOS PROGRAMAS DE SALUD PARA LOS ADOLESCENTES

OBSTÁCULOS Y ENSEÑANZAS ADQUIRIDAS

Aunque se han hecho grandes progresos para reducir la mortalidad materna y neonatal, no bastan para alcanzar las metas mundiales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Hay problemas de larga data que continúan sin resolverse. Las neumonías y las enfermedades diarreicas siguen siendo las principales causas de mortalidad en los niños, mientras que los abortos peligrosos causan entre el 5% y el 13% de las muertes maternas. La mayor parte de las defunciones maternas se continúan registrando en el África subsahariana.

Además, las mujeres, los niños y los adolescentes se enfrentan cada vez más a problemas complejos, como la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles y los problemas relacionados con las desigualdades, los cambios demográficos y las pautas de la enfermedad. Los conflictos pueden exacerbar las desigualdades en materia de salud. Las enfermedades mentales se asocian con una carga significativa de morbilidad y discapacidad y el género es un determinante fundamental de la salud mental. La depresión unipolar afecta al doble de mujeres que de hombres.

Resulta significativo que la insuficiencia de los servicios de atención sanitaria dé lugar a una mayor proporción de sobremortalidad que la falta de acceso a dichos servicios. Por consiguiente, es necesario insistir en la mejora de cobertura real y en la calidad de la atención a las mujeres, los niños y los adolescentes.

CIFRAS BÁSICAS PARA 2018-2019: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CURSO DE LA VIDA



Presupuesto por programas aprobado: US\$ 384 millones



Fondos disponibles: US\$ 319 millones
(83% del presupuesto por programas)



Gasto: US\$ 292 millones
(76% del presupuesto aprobado, 92% de los recursos disponibles)

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/UNFPA/OMS/BANCO MUNDIAL DE INVESTIGACIONES, DESARROLLO Y FORMACIÓN DE INVESTIGADORES SOBRE REPRODUCCIÓN HUMANA



Presupuesto por programas aprobado: US\$ 68,4 millones

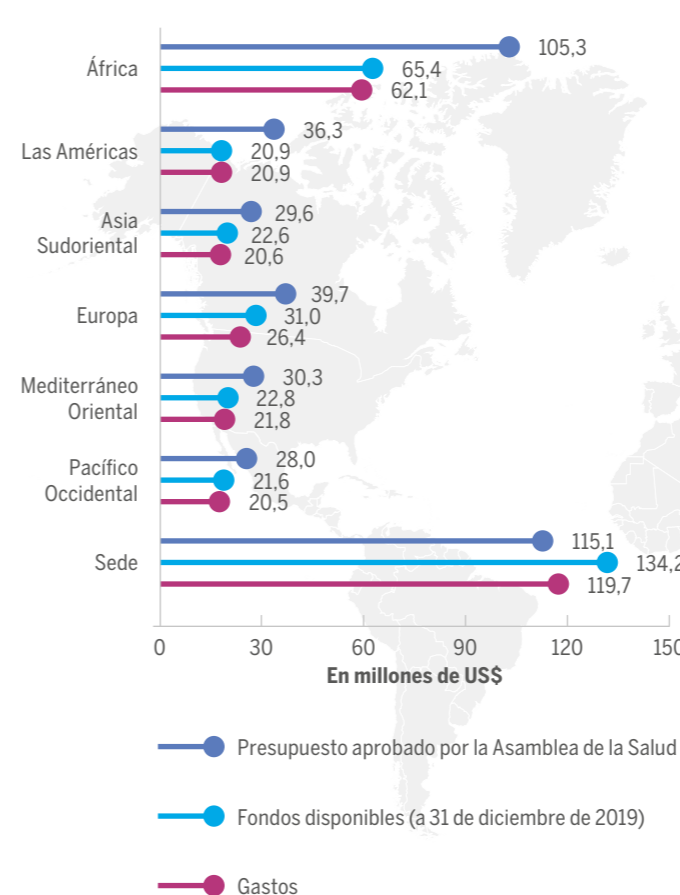


Fondos disponibles: US\$ 89,5 millones
(131% del presupuesto por programas)

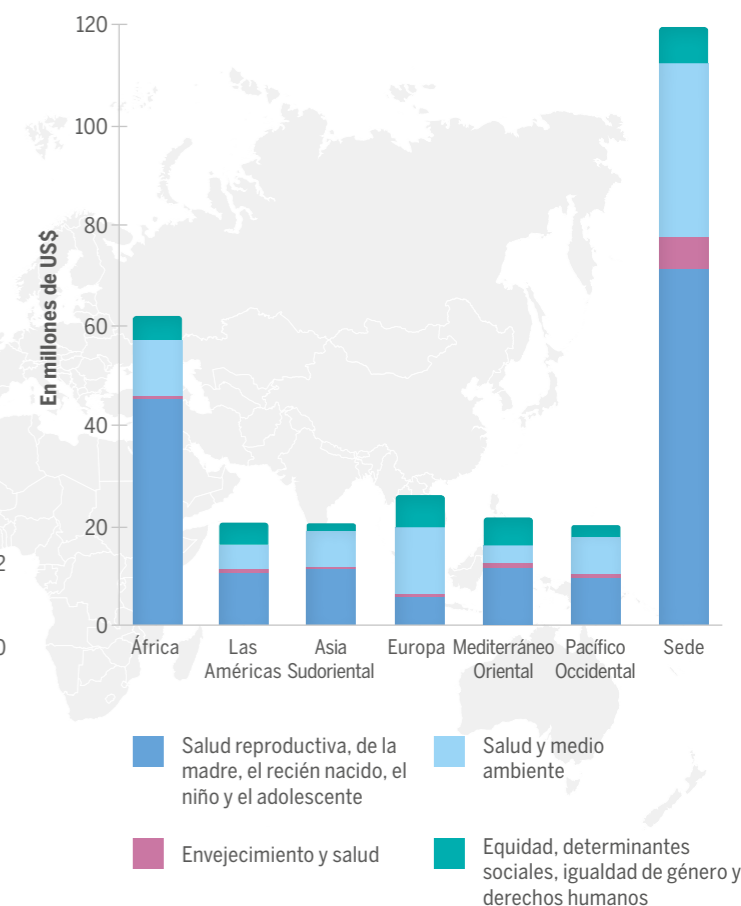


Gasto: US\$ 68,3 millones
(100% del presupuesto aprobado, 76% de los recursos disponibles)

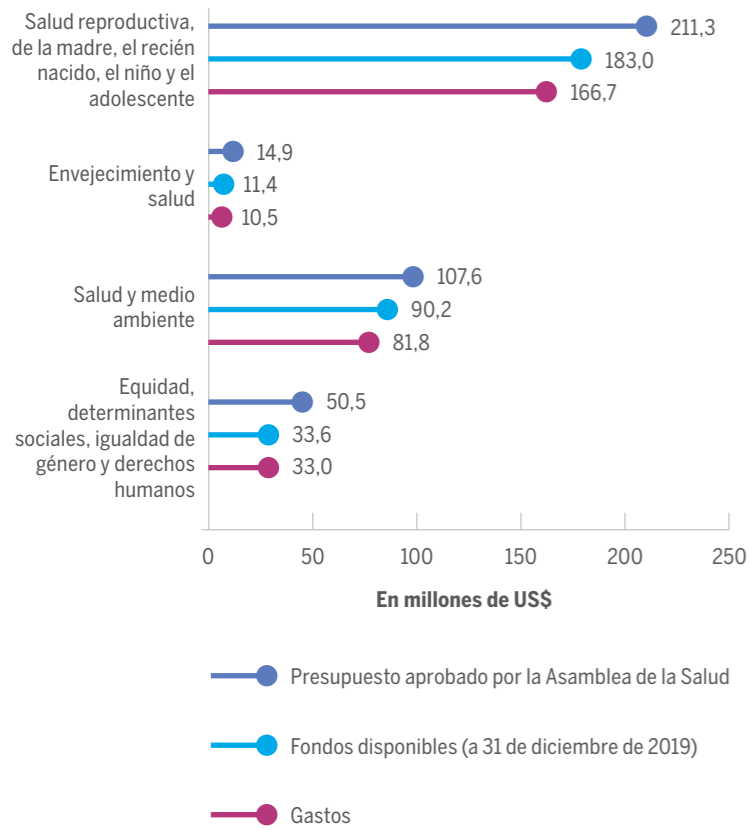
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS BÁSICOS, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)



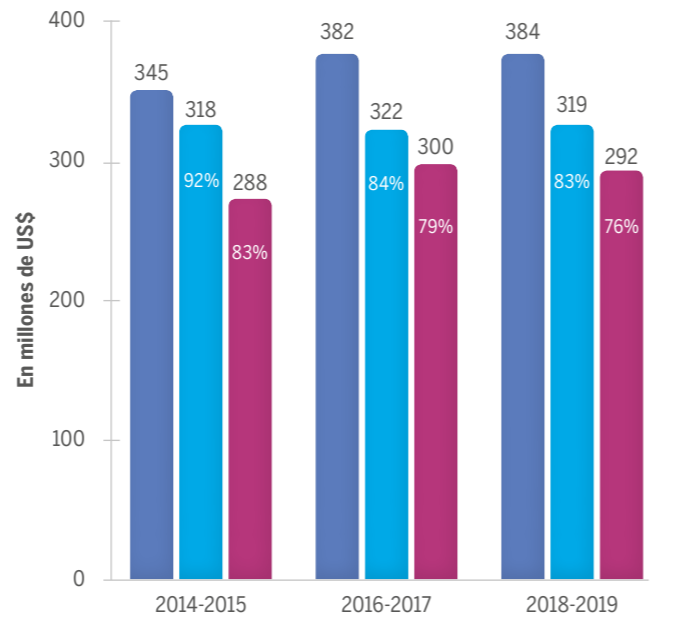
GASTO DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS, POR OFICINA PRINCIPAL Y POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN US\$ MILLONES)



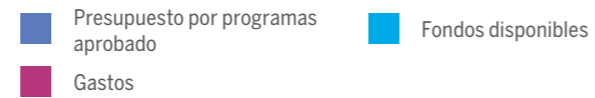
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS BÁSICOS, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



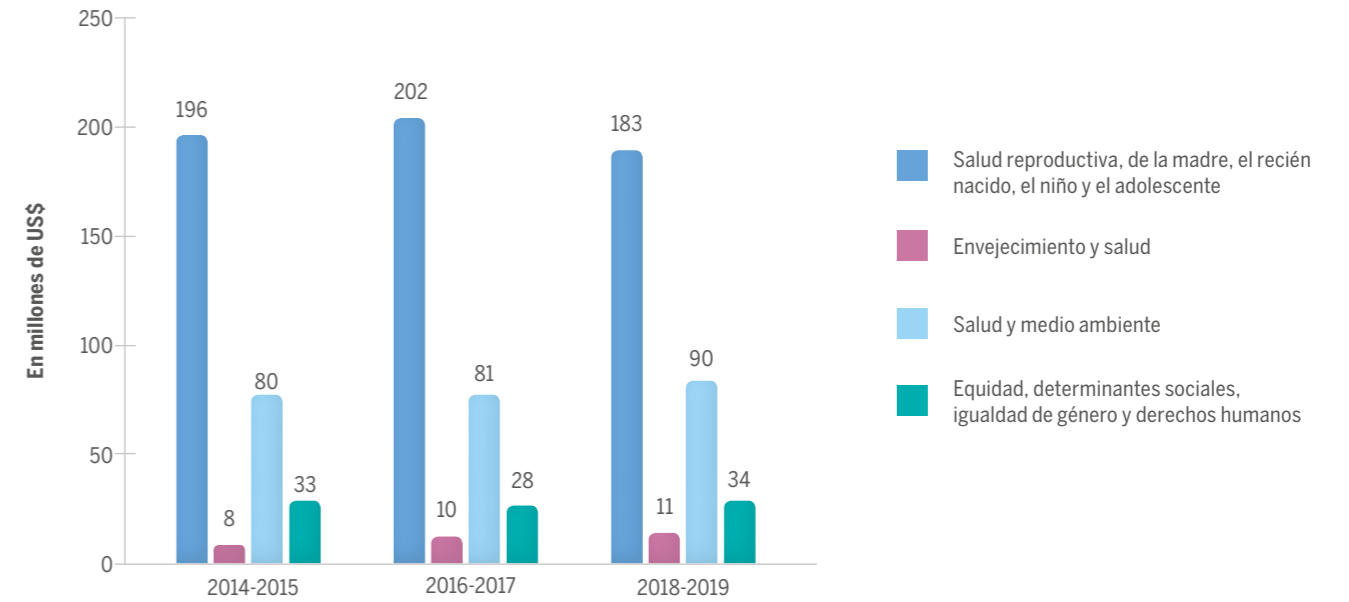
COMPARACIÓN DE TRES PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS BÁSICOS EN EL MARCO DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO (EN MILLONES DE US\$)



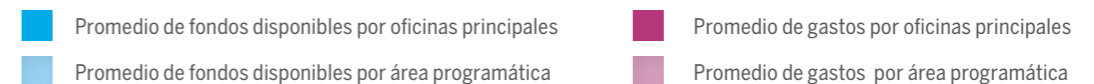
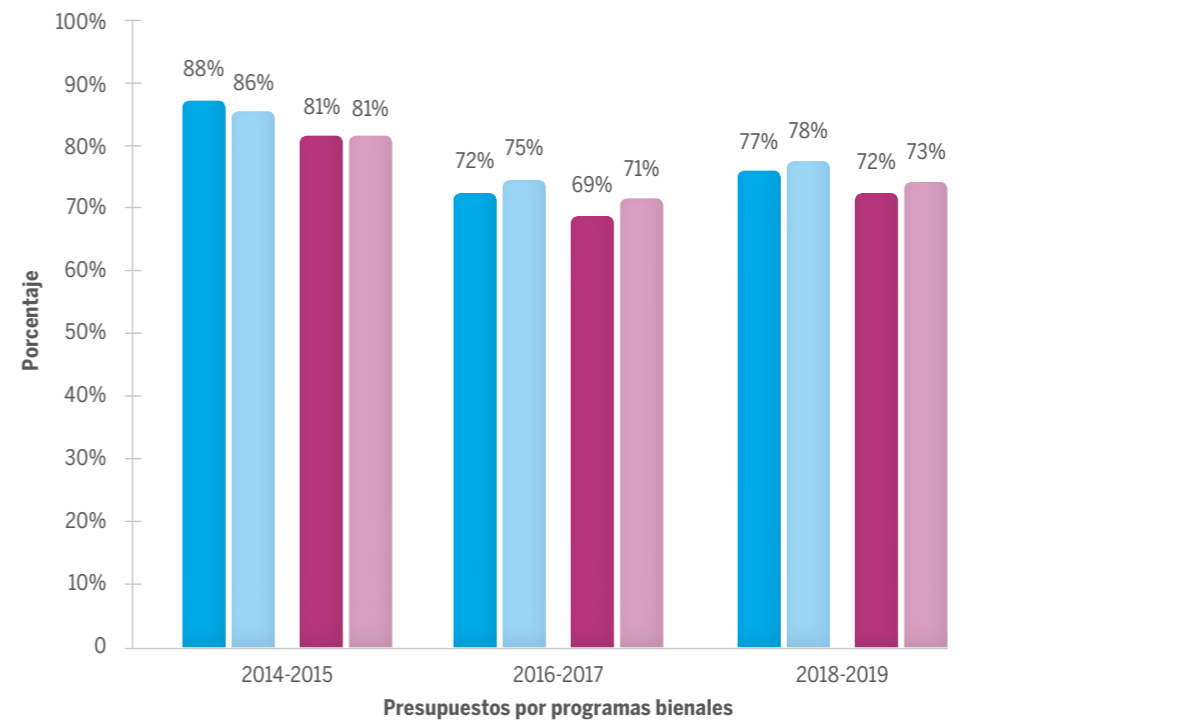
* Los porcentajes indican la proporción del presupuesto por programas aprobado



FINANCIACIÓN DISPONIBLE EN TRES PRESUPUESTOS BIENALES POR PROGRAMAS BÁSICOS EN EL MARCO DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO, POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



COMPARACIÓN DE TRES PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS BÁSICOS EN EL MARCO DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO



En 2018-2019, la categoría de Promoción de la salud en el curso de la vida tuvo un nivel de financiación mundial del 83%, en comparación con su presupuesto aprobado de US\$ 384 millones. Junto con las categorías de Enfermedades no transmisibles y Emergencias sanitarias, fue la categoría que recibió menos fondos en el presupuesto por programas básicos.

El menor nivel de financiación se explicó, en parte, porque el aumento del nivel presupuestario de esa categoría no se vio correspondido por un mayor compromiso de los donantes: el presupuesto aumentó en un 11% entre 2014-2015 y 2018-2019 pero la financiación se mantuvo al mismo nivel en términos absolutos en las categorías.

De modo más detallado, la financiación de la mayoría de las áreas programáticas se mantuvo al mismo nivel en los tres últimos bienios, con la excepción del área programática Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, la cual disminuyó considerablemente de 2016-2017 a 2018-2019 por no prorrogarse una importante subvención de US\$ 25 millones destinada a varios países de la Región de África. Eso puso de relieve una vez más la vulnerabilidad de la OMS al depender de solo unos pocos donantes principales.

Para compensar esa falta de financiación voluntaria en la categoría de Promoción de la salud en el curso de la vida, la Secretaría le dio prioridad en su distribución de fondos flexibles y le asignó la segunda mayor partida de fondos flexibles para categorías técnicas. El nivel de financiación de fondos flexibles y temáticos aumentó en 2018-2019 en más del 7% en comparación con 2016-2017, lo que permitió mantener la financiación de esa categoría al mismo nivel en términos absolutos.

Se han realizado esfuerzos por financiar la categoría de Promoción de la salud en el curso de la vida con una mayor proporción de fondos flexibles, pero no se ha solucionado del todo la distribución desigual de financiación dentro de esa categoría. En 2018-2019, los niveles de financiación de las oficinas regionales oscilaron entre el 60% y el 78%, mientras que en la Sede el nivel fue de un 117%. La disparidad en la financiación se atribuyó en parte a la diferencia en la esfera de trabajos realizados por la Sede y las oficinas regionales. En el presupuesto de la Sede en esa categoría figuraba un componente importante de investigación en el área programática de Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, que estaba bien financiado y se llevaba a cabo únicamente en la Sede. De hecho, la mayor parte de los gastos de la Sede se efectuaron en esa área programática, que representó alrededor del 40% de los fondos y gastos disponibles. Es necesario seguir trabajando para financiar adecuadamente todas las áreas de la categoría de Promoción de la salud en el curso de la vida, prestando especial atención a los niveles regional y nacional, lo que no puede lograrse únicamente con fondos institucionales flexibles.

Como aspecto positivo, aunque la financiación de las oficinas regionales fue baja, en 2018-2019 estuvo mejor alineada entre esas oficinas que en los bienios anteriores del Duodécimo Programa General de Trabajo. También hubo un mejor alineamiento en la financiación entre las áreas programáticas. La ejecución del presupuesto 2018-2019 aprobado fue similar en todas las oficinas regionales, mientras que la ejecución de los fondos disponibles fue superior al 90% en todas las oficinas principales.

En el portal del presupuesto por programas de la OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/03/about/programme-outcomes> y <http://open.who.int/2018-19/home>) se ofrecen más detalles, en inglés, sobre la financiación del presupuesto por programas, la ejecución de esta categoría y los logros en cada área programática, incluidos los indicadores pertinentes.

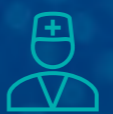
LIDERAZGO Y FUNCIONES INSTRUMENTALES



12 ORGANISMOS MULTILATERALES DE SALUD, desarrollo y asistencia humanitaria firmaron el **PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL A FAVOR DE UNA VIDA SANA Y BIENESTAR PARA TODOS** con el fin de acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud



19 MILLONES DE PERSONAS
En 2018-2019, la OMS puso a disposición un paquete de medicamentos esenciales para tratar las enfermedades más comunes en el nivel de la atención primaria de salud en contextos de emergencia



15 MILLONES DE PERSONAS
En 2018-2019, la OMS proporcionó kits para enfermedades no transmisibles (ENT) con el fin de atender las ENT más frecuentes en el ámbito de la atención primaria de salud en contextos de emergencia



El porcentaje de mujeres con nombramientos de larga duración como **FUNCIONARIAS INTERNACIONALES DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL** aumentó del **40%** en 2010 al **46%** en 2019



Los **193 ESTADOS MIEMBROS DE LAS NACIONES UNIDAS** están unidos en un compromiso común y global para lograr la atención sanitaria universal



35 MILLONES DE PERSONAS
La OMS proporcionó medicamentos esenciales y suministros médicos a centros hospitalarios en 2018-2019



EL PRESUPUESTO DE LA OMS A NIVEL DE LOS PAÍSES aumentó del 39% en 2018-2019 al 44% en 2020-2021



La evaluación de la **MOPAN** pone de manifiesto que la capacidad y el potencial no son uniformes en todos los países y no siempre son adecuados para satisfacer las necesidades



La OMS tiene que movilizar **US\$ 14 100 MILLONES** en 2019-2023 para financiar la aplicación del 13.º PGT



En 2018-2019, el 80% del total de las contribuciones a la OMS procedió de **20 DONANTES SOLAMENTE.** La OMS necesita ampliar su base de donantes



En 2018-2019, **MÁS DEL 70%** de las contribuciones a la OMS tuvieron fines especificados. La OMS debe aumentar la flexibilidad de su financiación



«Aspiro a un mundo donde cada persona pueda llevar una vida sana y productiva, independientemente de quién sea o dónde viva. Alcanzar esta visión va a requerir una OMS fuerte y eficaz —acorde con el siglo XXI— que pertenezca a todos por igual. Necesitamos una OMS que se gestione de manera eficaz, con recursos adecuados y orientada a resultados».

DR. TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS
Director General de la OMS



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 716 millones



Fondos disponibles:
US\$ 712 millones
(99,5% del presupuesto por programas)



Gasto:
US\$ 691 millones
(97% del presupuesto por programas, 97% de los fondos disponibles)



LA OMS **HA REFORZADO SU VOZ** Y HA ABOGADO POR UN PROGRESO ACELERADO EN CUESTIONES DE SALUD FUNDAMENTALES

UN NUEVO ESTILO DE LIDERAZGO

Gracias al liderazgo del Director General, apoyado por los Directores Regionales, la OMS ha reforzado su voz y ha abogado por un progreso acelerado en cuestiones de salud fundamentales, como la cobertura sanitaria universal, la seguridad sanitaria mundial, la aplicación del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y la resistencia a los antimicrobianos. La OMS ha empleado su diplomacia sanitaria en los más altos niveles de gobierno en los planos nacional y mundial y en órganos políticos regionales, como el G20, el G7 y la Unión Africana, lo que ha dado lugar a compromisos concretos para promover la agenda sanitaria dentro y fuera del sector de la salud.



EN EL PERIODO DE SESIONES DE **LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS** CELEBRADO EN SEPTIEMBRE, LOS DIRIGENTES MUNDIALES ADOPTARON LA HISTÓRICA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE LA **COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL**

EL LIDERAZGO DE LA OMS EN ACCIÓN

El año 2019 marcó un hito para la prioridad clave de la OMS, a saber, la cobertura sanitaria universal. En el periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrado en septiembre, los dirigentes mundiales adoptaron la histórica declaración política sobre la cobertura sanitaria universal, en la que se insta a los países a acelerar sus esfuerzos por cumplir sus compromisos de hacer realidad la cobertura sanitaria universal y las demás metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud. Por primera vez, los 193 Miembros de las Naciones Unidas están unidos en torno a un compromiso común y global.

El liderazgo de la OMS desempeñó un papel fundamental en la Asamblea de la Unión Interparlamentaria de 2019, en la que los legisladores de 140 países aprobaron una resolución integral sobre la atención sanitaria universal. Se comprometieron a aprovechar el poder de los parlamentos para traducir el compromiso político en leyes, políticas, programas y resultados.

Para demostrar la diplomacia de la OMS en acción, la OMS logró que la salud ocupara un lugar más destacado en la agenda mundial en la cumbre del G20 celebrada en el Japón en junio de 2019. Por ejemplo, durante la reciente presidencia japonesa del G20, el Japón convocó la primera reunión conjunta de los ministros de salud y los ministros de finanzas del G20. La Alianza para la Salud y el Desarrollo del G20 hizo un llamamiento a la acción recomendando que se invirtiera en la innovación en materia de salud y que se cumpliera el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 y la cobertura sanitaria universal para 2030 mediante una colaboración más estrecha entre los ministros de salud y de finanzas del G20. Hizo hincapié en la necesidad de que la riqueza y la salud de las naciones se unan para lograr un crecimiento económico inclusivo y la equidad social entre los países del G20.

El enfoque de liderazgo de la OMS se ha ampliado en los dos últimos años. Al tiempo que sigue fortaleciendo su colaboración con los ministerios de salud, la OMS ha intensificado su cooperación con otros sectores, como los de la agricultura, el desarrollo, las relaciones exteriores y las finanzas. Ha adoptado un enfoque que abarca a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad para que la salud ocupe un lugar destacado en las agendas.

LA NUEVA ESTRATEGIA PARA LOGRAR UN IMPACTO EN LAS PERSONAS

El nuevo plan estratégico de la OMS, **el 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 (13.º PGT)**, fue aprobado por la Asamblea de la Salud en mayo de 2018.

En el 13.º PGT se articula claramente la misión de la OMS de promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a los vulnerables. Está estructurado en torno a tres prioridades estratégicas interconectadas para el periodo 2019-2023: lograr la cobertura sanitaria universal, hacer frente a las emergencias sanitarias y promover poblaciones más sanas. Estas prioridades están vinculadas a las audaces metas de los tres mil millones y se apoyan en tres cambios estratégicos: intensificar el liderazgo de la OMS, impulsar el impacto en la salud pública en todos los países y centrarse en los bienes de salud pública mundiales. En el 13.º PGT también se esbozan los cambios organizativos necesarios para garantizar que la OMS esté en condiciones de alcanzar las ambiciosas metas de los tres mil millones.

LAS COMUNICACIONES COMO ELEMENTO ESTRECHAMENTE RELACIONADO CON EL LIDERAZGO

Un liderazgo eficaz va acompañado de comunicaciones eficaces. La OMS ha hecho una importante inversión para satisfacer la creciente necesidad de información, asesoramiento y orientación de sus principales destinatarios y está fortaleciendo su voz pública para promover y cumplir su misión.

En el **marco de comunicación estratégica de la OMS** se describe un enfoque para establecer comunicaciones eficaces, integradas y coordinadas, de modo que la OMS comparta su información, asesoramiento y orientaciones sobre una amplia gama de cuestiones sanitarias. Las comunicaciones de la OMS se han reforzado con el fin principal de lograr que los mensajes de salud pública basados en la evidencia sean accesibles, pertinentes, oportunos y comprensibles para los encargados de adoptar decisiones, los trabajadores sanitarios, los proveedores de atención de la salud y el público en general.

NUEVAS PLATAFORMAS PARA LLEGAR A UN PÚBLICO MÁS AMPLIO

La presencia de la OMS en las redes sociales —Twitter, Facebook y LinkedIn— ha aumentado considerablemente durante el bienio; cuenta con cerca de seis millones de seguidores tanto en Twitter como en Facebook y ahora casi con 0,5 millones de seguidores en una nueva plataforma llamada TikTok. Los expertos en salud pública de la OMS en todo el mundo se relacionan frecuentemente con el público a través de entrevistas y sesiones informativas en Facebook Live, mientras que el Director General se comunicaba personalmente con más de un millón de seguidores en Twitter con el apodo de «Dr. Tedros». El sitio web de la OMS, que proporciona acceso universal a los bienes de salud pública mundiales y a los productos de información de la OMS, fue visitado por más de 600 millones de visitantes durante el bienio.

LAS AUDACES METAS DE LOS TRES MIL MILLONES DE LA OMS SON:

- cobertura sanitaria universal para **1000 millones más de personas**
- mejor protección frente a emergencias sanitarias para **1000 millones más de personas**
- mejor salud y bienestar para **1000 millones más de personas**



CERCA DE 6 MILLONES DE SEGUIDORES TANTO EN TWITTER COMO EN FACEBOOK Y AHORA CASI CON 0,5 MILLONES DE SEGUIDORES EN UNA NUEVA PLATAFORMA LLAMADA TIKTOK

LA COLABORACIÓN EN FAVOR DEL IMPACTO

La fuerza de la OMS radica en el aprovechamiento de las capacidades de sus diferentes asociados y en su unión para generar impacto en el ámbito de la salud. Durante el bienio, la OMS utilizó formas innovadoras de colaboración.

El 24 de septiembre de 2019, con ocasión del periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se puso en marcha la iniciativa **Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos**. Este plan de acción mundial coordinado por la OMS tiene como objetivo prestar un apoyo mejor y más racionalizado a los países en los próximos 10 años y acelerar los progresos hacia la cobertura sanitaria universal y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. En respuesta a un llamamiento de Alemania, Ghana y Noruega y con el apoyo del Secretario General de las Naciones Unidas, la OMS reunió a 12 organismos multilaterales de salud, desarrollo y asistencia humanitaria como signatarios del plan de acción mundial.

La OMS sigue impulsando a nivel mundial la lucha contra la **resistencia a los antimicrobianos**. Entre las medidas importantes adoptadas figuran un plan de trabajo tripartito conjunto, una hoja de ruta alineada y un memorando de entendimiento firmado por la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal. Además, se ha establecido hasta 2024 un vehículo de financiación, el Fondo Fiduciario de Asociados Múltiples contra la Resistencia a los Antimicrobianos, para catalizar la acción a nivel nacional.

Con frecuencia se necesitan alianzas sanitarias innovadoras para ampliar el alcance de la labor y la influencia de la OMS. Un ejemplo de ello es la alianza con el organismo rector del fútbol mundial, la **FIFA**. Tal como se anunció en octubre de 2019, los dos organismos mundiales colaborarán en proyectos dirigidos a niños y adultos jóvenes con el fin de empoderar a estos grupos para que lleven una vida activa y saludable.

La OMS está ampliando las normas y reglamentaciones a través de nuevas tecnologías. **Google Fit**, una aplicación de monitoreo de la actividad física, fue desarrollada conjuntamente por la OMS y Google para incorporar dos objetivos de actividad basados en las recomendaciones de actividad física de la OMS: la medición del movimiento físico (minutos de movimiento) y la evaluación de la aptitud física (puntos cardiacos).

La OMS está fomentando proactivamente la colaboración, movilizando alianzas y alentando los esfuerzos de los diferentes actores del ámbito de la salud para responder a los desafíos sanitarios nacionales y mundiales. Estas colaboraciones se están entablando para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros y cumplir el mandato de la Organización. Se han examinado y aplicado de conformidad con las políticas y normas de la OMS, incluido el **Marco para la colaboración con agentes no estatales**. Esto proporciona una base firme para fortalecer la colaboración y ayuda a equilibrar los riesgos con los beneficios previstos, protegiendo y preservando al mismo tiempo la integridad, la reputación y el mandato de salud pública de la OMS.

G20 OSAKA SUMMIT
2019

G20
2019
JAPAN





LA ESTRATEGIA TIENE CUATRO PILARES:

- **EMPLEAR ENFOQUES ADAPTADOS PARA AUMENTAR, DIVERSIFICAR Y PROTEGER LA FINANCIACIÓN DE LOS GOBIERNOS DONANTES**
- **CREAR ALIANZAS EFICACES Y AUMENTAR LA FINANCIACIÓN DE LOS DONANTES FILANTRÓPICOS**
- **PROTEGER Y AUMENTAR LA FINANCIACIÓN DE LOS FONDOS, BANCOS Y ENTIDADES MULTILATERALES**
- **EXPLORAR Y EXPLOTAR EL POTENCIAL DE FINANCIACIÓN DE LOS INGRESOS.**

UNA FINANCIACIÓN MÁS CUANTIOSA, FLEXIBLE Y PREDECIBLE PARA EL 13.º PGT

La puesta en práctica de la nueva visión del 13.º PGT requiere formas innovadoras de involucrar a los contribuidores y movilizar la financiación. La Secretaría ha hecho esfuerzos considerables para examinar sus procesos de colaboración con los contribuidores y movilizar recursos que se ajusten a la nueva visión, estrategia y cambios organizativos.

Estos exámenes han permitido realizar muchas mejoras, especialmente con respecto a los equipos de colaboración con los asociados, la adaptación de la colaboración a los perfiles de financiación de los contribuidores, los planes integrados de colaboración con los contribuidores, y las opciones para que estos proporcionen financiación directa.

Como resultado de ello, la OMS ha constatado un mayor nivel de flexibilidad en la financiación y una mayor previsibilidad.

En 2019 se elaboró el nuevo **marco estratégico de movilización de recursos para 2019-2023**, con miras a su presentación al Consejo Ejecutivo en febrero de 2020. La estrategia tiene por objeto innovar en la forma en que la OMS moviliza recursos.

La Secretaría también está invirtiendo en el sistema de **gestión de la participación de los contribuidores** para gestionar mejor el proceso integral de movilización de recursos y de gestión de las subvenciones. Se prevé que la utilización del nuevo sistema comience a finales de 2020.

IMPULSAR EL IMPACTO EN TODOS LOS PAÍSES

Todos los esfuerzos por reforzar el liderazgo, innovar alianzas y rediseñar los procesos se orientan a impulsar el impacto en los países. En la elaboración del presupuesto por programas 2020-2021 se aplicó inmediatamente el principio de «dar prioridad al impacto en los países». El proceso de planificación de la OMS se rediseñó para lograr este objetivo. Se introdujeron innovaciones en el proceso, en particular los planes integrados de apoyo a los países, que unificaron el apoyo a todos los niveles de la Organización con un único propósito: ayudar a los países a obtener sus resultados sanitarios prioritarios. La otra innovación importante es la clasificación por orden de prioridad de los bienes de salud pública mundiales. Los **planes de apoyo a los países** sirvieron de base para la elaboración durante el bienio de la primera lista de bienes de salud pública mundiales de la OMS con el fin de satisfacer las necesidades de los Estados Miembros.

FORTALECIMIENTO DE LA OMS PARA QUE ESTÉ EN CONDICIONES DE GENERAR RESULTADOS EN LOS PAÍSES

La prueba definitiva de una estrategia centrada en los países es que la Organización tenga la capacidad adecuada sobre el terreno para determinar eficazmente las necesidades, prestar apoyo y aprovechar al máximo los recursos disponibles para obtener resultados a nivel nacional.

Uno de los primeros pasos dados por las oficinas regionales de la OMS para lograr este objetivo fue poner en marcha **exámenes funcionales**, a saber, una metodología estructurada para evaluar la mejor manera de adaptar al personal de la OMS en los países a la situación sanitaria, las necesidades, las prioridades y la dirección estratégica.

Se completaron exámenes funcionales en 47 oficinas de país de la Región de África y en 17 oficinas de país de la Región del Mediterráneo Oriental, mientras que en las 11 oficinas de país de la Región de Asia Sudoriental se completaron exámenes programáticos y administrativos. En las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental se llevaron a cabo exámenes de la gestión y las funciones administrativas y programáticas como parte de un proceso de mejora continua. Esos exámenes sirvieron de base para planificar el fortalecimiento de las oficinas en los países, realizándose las adaptaciones pertinentes a las prioridades y necesidades de los Estados Miembros anfitriones y la comunidad de asociados.

Los exámenes funcionales pusieron de relieve la necesidad crítica de renovar las capacidades de las oficinas en los países para aplicar el 13.º PGT y cumplir las funciones normativas y de liderazgo de la OMS, así como la dirección que se había de tomar a tal fin. También condujeron a un reajuste del personal y a la identificación de déficits concretos de recursos.



REGIÓN DE ÁFRICA
Las 47 oficinas en los países
Exámenes funcionales



REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL
17 oficinas en los países
Exámenes funcionales



REGIÓN DE EUROPA
6 oficinas en los países
Exámenes de gestión y administración



REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL
Las 11 oficinas en los países
Exámenes de gestión y administración



REGIÓN DEL PACÍFICO OCCIDENTAL
15 oficinas en los países
Exámenes de gestión y administración

«EL TALLER DE EXAMEN FUNCIONAL DE DOS SEMANAS DE DURACIÓN FUE UNA EXCELENTE OPORTUNIDAD PARA FORTALECER EL SISTEMA DE GESTIÓN INTERNA, REFLEXIONAR SOBRE LOS PUNTOS FUERTES INTERNOS DE LA OFICINA DE LA OMS EN EL PAÍS Y ABORDAR LAS PREOCUPACIONES Y RECOMENDACIONES DE LOS DONANTES Y LOS ASOCIADOS DEL ÁMBITO DE LA SALUD EN EL PAÍS. LOGRAMOS DESARROLLAR UN ARGUMENTARIO EN FAVOR DE LA INVERSIÓN Y REPOSICIONAR A LA OMS PARA **COMUNICARNOS MEJOR**».

Representante de la OMS,
República Unida de Tanzania



EN SU EVALUACIÓN, QUE CONCLUYÓ EN 2019, **LA MOPAN DIO UNA PUNTUACIÓN MUY SATISFACTORIA O A LA OMS POR LO QUE RESPECTA A LOS 12 INDICADORES PRINCIPALES DEL RENDIMIENTO**. ALGUNOS DE LOS PRINCIPALES PUNTOS FUERTES DE LA OMS SON: UNA CLARA VISIÓN A LARGO PLAZO, QUE ESTÁ EN CONSONANCIA CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO MUNDIALES; SU FUNCIÓN ÚNICA A LA HORA DE OFRECER ORIENTACIÓN NORMATIVA, ADEMÁS DE COLABORACIÓN Y CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS TÉCNICOS, Y SU CAPACIDAD DE ACERCAR LA TOMA DE DECISIONES A LOS PAÍSES

TRANSFORMAR LA OMS PARA LOGRAR MEJORES RESULTADOS

La OMS ha emprendido un ambicioso proceso de transformación. Durante el bienio, la iniciativa de transformación se centró en el funcionamiento interno de la Secretaría, orientado al logro de las metas de los tres mil millones. Los objetivos de la transformación son: *i)* optimizar y armonizar los procesos básicos de la OMS; *ii)* elaborar y aplicar un nuevo modelo operativo en toda la OMS; *iii)* establecer un nuevo enfoque respecto de las alianzas, y *iv)* promover una cultura de colaboración, ágil y centrada en el impacto.

Aspectos más destacados de la transformación para 2018-2019:

- **13.º PGT** – una nueva estrategia de la OMS con una clara misión.
- **Presupuesto por programas 2020-2021** – establece por primera vez planes de apoyo a los países impulsados por estos, por lo que reorienta a toda la OMS para que ayude a los países a lograr un impacto; prioriza los bienes mundiales de salud pública, y alienta a la Organización a adoptar un marco de resultados integrado.
- **13 procesos básicos rediseñados** – estos procesos, armonizados en los tres niveles, abarcan: *i)* seis funciones técnicas (normas, investigaciones, diálogo sobre políticas, datos, innovación y cooperación técnica); *ii)* tres funciones de relaciones externas (movilización de recursos, comunicaciones externas y comunicaciones internas); y *iii)* cuatro funciones institucionales (planificación y presupuesto, cadena de suministro, contratación y gestión del desempeño).
- **Un nuevo modelo de funcionamiento a escala de toda la OMS** – hace realidad la visión de trabajar con fluidez para la consecución del 13.º PGT y articular todas las oficinas principales en torno a cuatro pilares comunes (programas, emergencias, actividades institucionales y relaciones externas).
- **Nueva estructura armonizada en las oficinas principales** – 75 oficinas de la OMS en los países han sido objeto de exámenes funcionales en tres regiones (África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental).

La aplicación del **nuevo marco integrado de resultados y el sistema de medición** ayuda a fortalecer los sistemas de información y los datos en los países para orientar las decisiones, resolver los problemas y apoyar mejor a la OMS para que genere impacto en los países. La tarjeta de puntuaciones relativas a los productos del 13.º PGT, que representa una importante innovación en materia de monitoreo, permite a todas las oficinas hacer un seguimiento del desempeño.

PROPORCIONAR LOS PRODUCTOS NORMATIVOS Y DE DATOS QUE EL MUNDO NECESITA

La primera clasificación estructurada por orden de prioridad de los bienes de salud pública mundiales condujo a la identificación de 329 productos normativos y de datos que la OMS proporcionará para lograr impactos sanitarios.

El objetivo es proporcionar bienes de salud pública mundiales basados en las mejores pruebas disponibles y de maneras que produzcan impactos que beneficien la salud de las personas. La iniciativa incluye:

- establecer un proceso riguroso de establecimiento de prioridades en relación con las normas y reglamentaciones y los productos de datos que ha de producir la OMS, basando dicho establecimiento de prioridades en las necesidades claramente articuladas de los países, los mandatos dimanantes de las resoluciones de la Asamblea de la Salud y las necesidades estratégicas emergentes;
- establecer un mecanismo de garantía de calidad para velar por que los productos se entreguen sobre la base de las mejores pruebas disponibles y los recursos necesarios;
- armonizar la entrega de las normas y reglamentaciones y los productos de datos producidos en los tres niveles de la Organización de acuerdo con las diversas funciones y responsabilidades para evitar la duplicación.

TARJETA DE PUNTUACIONES RELATIVAS A LOS RESULTADOS: UN MÉTODO INNOVADOR PARA MEDIR EL DESEMPEÑO

La Secretaría está haciendo un cambio audaz en la medición de su rendición de cuentas respecto de los resultados. En lugar de medir una sola dimensión a través del conjunto habitual de indicadores, la tarjeta de puntuaciones relativas a los resultados del 13.º PGT permitirá medir el desempeño evaluando seis dimensiones: 1) el ejercicio efectivo de liderazgo en materia de salud; 2) la entrega efectiva de bienes de salud pública mundiales; 3) la prestación efectiva de apoyo técnico a los países; 4) la integración de las cuestiones de género, equidad y derechos humanos; 5) el logro del buen aprovechamiento de los recursos; y 6) el logro de resultados de manera que se produzcan impactos.

La medición de los resultados en estas seis dimensiones integrales permitirá a la OMS hacer una evaluación más holística de su desempeño. Esto se aplicará a la evaluación del desempeño a finales de 2020.

La tarjeta de puntuaciones será utilizada por las diferentes oficinas y equipos para hacer un seguimiento de los progresos e identificar los problemas en una fase temprana, lo que permitirá adoptar decisiones oportunas para mejorar el desempeño.



CLASIFICACIÓN ESTRUCTURADA POR ORDEN DE PRIORIDAD DE LOS **BIENES DE SALUD PÚBLICA MUNDIALES CONDUJO A LA IDENTIFICACIÓN DE 329 PRODUCTOS NORMATIVOS Y DE DATOS QUE LA OMS PROPORCIONARÁ PARA LOGRAR IMPACTOS SANITARIOS**



SE HICIERON ESFUERZOS PARA LUCHAR CONTRA LA EXPLOTACIÓN Y EL ABUSO SEXUALES. SE ESTÁ ELABORANDO UNA NUEVA **POLÍTICA SOBRE EL ACOSO SEXUAL**, Y EN 2018 SE ELABORÓ UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA SENSIBILIZAR A TODO EL PERSONAL, LOS COLABORADORES, LOS DONANTES Y LAS POBLACIONES BENEFICIARIAS

DESEMPEÑAR NUESTRA LABOR CON UN ALTO NIVEL DE RENDICIÓN DE CUENTAS E INTEGRIDAD

En los últimos años se han logrado importantes avances en la mejora de la rendición de cuentas dentro de la Organización. En el informe de la Red de Evaluación del Desempeño de Organizaciones Multilaterales (MOPAN) sobre la OMS correspondiente a 2017-2018 se reconocieron esos progresos. Las estructuras, los mecanismos, los rigurosos procedimientos operativos normalizados, las políticas y los planes que se han establecido han contribuido a estos progresos. Estas mejoras están garantizando no solo que la Organización esté más centrada en el logro de las metas, sino también que disponga de los medios para realizar un seguimiento y evaluar si las metas se ajustan plenamente a las normas, las reglamentaciones, las políticas y los parámetros jurídicos en cuyo marco desempeña su labor. Los sistemas de evaluación, observancia y auditoría, así como las funciones jurídicas y de investigación, están bien implantados y tienen independencia operacional. La labor del Ombudsman y las funciones de investigación y de observancia de las normas de carácter ético tienen por objeto garantizar que la dirección y el personal de la OMS realicen su labor de acuerdo con las más altas normas de conducta profesional y ética.

El establecimiento de un proceso para comenzar a anclar el aprendizaje organizativo, teniendo en cuenta las conclusiones y recomendaciones unificadas de diferentes ejercicios de auditoría, evaluación y examen, fue un importante paso adelante para la Organización.

Esas funciones se han combinado para abordar todas las facetas de la rendición de cuentas: la rendición de cuentas por los resultados, la rendición de cuentas por los recursos, la rendición de cuentas por la adhesión a las diversas pautas normativas que definen la labor de la Organización en la búsqueda de esos resultados y, en última instancia, la rendición de cuentas ante las personas de todo el mundo. Todo ello ayuda a la OMS a centrarse en el logro de resultados defendiendo al mismo tiempo sus **valores básicos**.

GESTIÓN DE LOS RIESGOS PARA LOGRAR RESULTADOS

La aplicación exitosa del 13.º PGT requiere un enfoque de gestión de riesgos adecuado a sus fines. La OMS está en proceso de definir un enfoque de **gestión institucional de los riesgos** mejorado y más ambicioso. En 2019 se elaboró una nota conceptual que tiene por objeto fortalecer la cultura del riesgo de la Organización y, al mismo tiempo, velar por que la gestión de los riesgos se integre efectivamente en los mecanismos de rendición de cuentas para la obtención de resultados.

Carta de valores de la OMS

Nuestros valores
Nuestra identidad



Dignos de confianza para servir a la salud pública en todo momento



Profesionales comprometidos con la excelencia en la salud



Personas íntegras



Colegas y asociados prestos a colaborar



Personas dedicadas a personas

EVOLUCIONAR, HABILITAR, SIMPLIFICAR: NUEVO ENFOQUE DE LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

El área de gestión y administración trabaja para lograr la misma misión que la OMS y las mismas metas de los tres mil millones, haciendo que la Organización sea lo más eficaz y eficiente posible para el cumplimiento de sus principales mandatos.

En 2018-2019 se realizaron mejoras e innovaciones significativas, basadas en evaluaciones sistemáticas y exámenes y auditorías, continuos esfuerzos de mejora e iniciativas de transformación en el área de la gestión y administración. Las mejoras realizadas durante el bienio en esta área han sido propiciadas por el énfasis que ha hecho la Organización en la evolución, habilitación y simplificación a fin de reforzar su capacidad para la obtención de mejores resultados.

EL CENTRO LOGÍSTICO DE DUBÁI PERMITE LLEVAR LOS PRODUCTOS ADECUADOS AL LUGAR ADECUADO EN EL MOMENTO ADECUADO

29 envíos a 9 países

Medicamentos, dispositivos médicos, material impreso y directrices, con inclusión del **Botiquín Médico Interinstitucional de Urgencia**

268 toneladas
US\$ 3 millones



En 2015

- cierres impredecibles de puertos, rutas y almacenes
- gestión de financiación con plazos de validez breves

125 envíos a 21 países

Artículos adicionales para la respuesta a enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales

1177 toneladas
US\$ 14,5 millones



En 2016-2017

- necesidad de almacenamiento a temperatura controlada para productos médicos perecederos
- entornos complejos; por ejemplo, 125 puestos de control en la frontera entre Omán y el Yemen

TRANSFORMAR A LA OMS EN UN ORGANISMO QUE FUNCIONE DE MANERA EFICAZ EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Las adquisiciones y la logística en situaciones muy difíciles

Las adquisiciones de la OMS tuvieron que hacer frente a otro bienio difícil, durante el cual la carga de trabajo ocasionada por las peticiones mundiales se incrementó en un 18% debido al aumento de las demandas en situaciones de emergencia. El importe total de los bienes adquiridos se estimó en US\$ 502 millones, importe que correspondía a 22 697 órdenes de compra. El importe total de los servicios adquiridos se estimó en US\$ 1570 millones, correspondientes a 61 537 órdenes de compra y a 7392 envíos internacionales. El grueso de la carga de trabajo se triplicó en el último trimestre del bienio. A pesar de estas dificultades, el equipo de la OMS encargado de las adquisiciones y la logística a nivel mundial recurrió a su personal especializado para gestionar el aumento. Un claro ejemplo de ello es que no se produjo una situación de falta de existencias durante la eficaz respuesta al brote de ebola en la República Democrática del Congo, a pesar de las difíciles condiciones de trabajo.

179 envíos a 26 países

Artículos adicionales como ambulancias, clínicas móviles, generadores y también las vacunas contra el ebola recientemente precalificadas

2918 toneladas
US\$ 18,2 millones



En 2018-2019

- criterios de aceptabilidad de la caducidad y documentación de envío mundialmente normalizados
- reducción de costos sustituyendo el transporte aéreo por una cadena de frío terrestre (de hasta -80 °C en el caso de la vacuna contra el ebola) con control en directo de la temperatura y GPS
- el aumento de la capacidad permite rotar las existencias entre emergencias para reenvasar los botiquines esenciales y reducir los tiempos de entrega

Respuesta a emergencias como:



sequía en el Afganistán y el Pakistán



ciclón en Mozambique, Malawi y Zimbabwe



brote de cólera en el Yemen



emergencia humanitaria en Venezuela (República Bolivariana de)

ADQUISICIONES DE EMERGENCIA PARA EL YEMEN EN UN CONTEXTO DIFÍCIL

La situación existente en el Yemen exigió una de las mayores operaciones de compra, en una situación de emergencia sumamente difícil y en una zona azotada por conflictos. La OMS, que se vio confrontada a los problemas causados por los conflictos internos, la fragmentación del gobierno, los cierres y secuestros imprevistos de puertos, carreteras y almacenes y una financiación a corto plazo, tuvo que superar una serie de dificultades abrumadoras en materia de adquisiciones.

En 2019, el equipo encargado de las adquisiciones y la logística a

nivel mundial trabajó en estrecha colaboración con las oficinas regionales y en los países con objeto de normalizar los criterios de aceptación de la duración máxima de conservación y los documentos de envío. Se celebraron reuniones semanales sobre la cadena de suministro con la oficina del Yemen de la OMS en el país. Se implantó una herramienta de seguimiento específica para mejorar la visibilidad de la cadena de suministro. En agosto de 2019, se constituyó un grupo de trabajo sobre la cadena de suministro en Dubái con objeto de coordinar los esfuerzos destinados a hacer un

máximo uso del centro de Dubái. El resultado final fue que 1005 envíos confirmados, que respondían a 1138 órdenes de compra y cuyo valor ascendía a US\$ 113,7 millones, fueron entregados en el Yemen con un tiempo de conservación aceptable y útil.

Esto equivale al 22,6% del valor total de los bienes adquiridos por la OMS durante el bienio.

ENVIAR EFECTIVOS AL TERRENO

El brote de ebola que se desencadenó en la República Democrática del Congo en agosto de 2018 fue uno de los brotes más complejos y peligrosos. A pesar de las importantes amenazas para la seguridad, la OMS envió a cientos de funcionarios al terreno para que intervinieran en la respuesta de primera línea y en calidad de instructores.

Los expertos de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y los equipos

médicos de emergencia trabajaron en estrecha colaboración con los gobiernos de la República Democrática del Congo y los países vecinos a fin de reforzar su capacidad operacional para detectar casos importados y responder a estos. La OMS pudo mantener un número suficiente de personas que intervinieron en

la respuesta —enviados no solo por la Organización, sino también por el Gobierno, los asociados y la población local. La OMS logró movilizar a 630 funcionarios de alto rendimiento y garantizar su seguridad para que prestaran apoyo en la respuesta al brote de ebola.

Las tecnologías de la información al servicio de la preparación y respuesta

El entorno digital del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS ha sido objeto de mejoras continuas en los tres últimos años. En estrecha colaboración con un equipo especial del **Equipo de Gestión de Incidentes**, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS ha desarrollado una cartera estratégica de herramientas digitales de gestión eficaces.

Go.Data es una herramienta de investigación de brotes para la recopilación de datos sobre el terreno durante las emergencias de salud pública. La herramienta, que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones de brotes, incluye una función que permite investigar los casos, hacer un seguimiento de los contactos y visualizar las cadenas de transmisión. La Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos se encarga de su gestión, y aquellos que intervienen en la respuesta a los brotes la utilizan para investigar enfermedades que se propagan de persona a persona, como el ebola, el SARS o la COVID-19. La herramienta se ha implantado en **Albania, Bangladesh, Francia, la República Democrática del Congo y Uganda**.

La plataforma **e-SPAR** ofrece una manera sencilla y normalizada a los Estados Partes para que realicen las autoevaluaciones y la presentación de informes anuales exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La información recibida vía e-SPAR permite a las partes interesadas realizar evaluaciones del riesgo basadas en hechos durante las emergencias sanitarias. El porcentaje de las autoevaluaciones presentadas con esta herramienta, puesta en marcha en junio de 2019, fue el más elevado (el 93%) —183 de las 196 autoevaluaciones presentadas por los Estados Partes.

El **EMS2** es un sistema que proporciona flujos de información fluidos, oportunos y que permiten actuar entre los distintos agentes que trabajan en el ciclo de gestión de las emergencias sanitarias. Una característica única del sistema es su capacidad para mejorar e integrar los sistemas existentes de gestión de las emergencias.

La salud y el bienestar del personal, ante todo

Sobre la base de las enseñanzas extraídas del brote de ebola de 2014, los **Servicios de Salud y Bienestar del Personal** llevaron su profesionalidad al terreno a fin de preservar y promover la salud, la seguridad y el bienestar de aquellos que intervienen en la respuesta al ebola. Se destinó a funcionarios de la Sede y de la Región de África encargados de la salud y el bienestar del personal a la **República Democrática del Congo** para que establecieran un centro de vacunación, realizaran evaluaciones de los riesgos sanitarios, visitaran y evaluaran los centros de atención de salud e impartieran formación. La OMS realizó:

- 1412 vacunaciones contra la rabia, la fiebre tifoidea, las hepatitis A y B, la difteria/tos ferina/tétanos (DPT), el sarampión, parotiditis, rubeola (SPR), la fiebre amarilla y la meningitis
- 22 evacuaciones médicas no relacionadas con el ebola y dos evacuaciones médicas relacionadas con el ebola
- 2239 consultas de atención primaria de salud y 2648 sesiones psicosociales
- la distribución al personal de más de 500 botiquines médicos de viaje y de 390 mosquiteros



«EL ACTIVO MÁS IMPORTANTE DE LA ORGANIZACIÓN ES SU PERSONAL»

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Director General



EL PORCENTAJE DE MUJERES CON CONTRATOS DE LARGA DURACIÓN EN LAS CATEGORÍAS PROFESIONAL Y SUPERIOR AUMENTÓ DEL **44,4% EN 2017 AL 45,4% EN 2018**

PERSONAL MOTIVADO Y ADECUADO

El compromiso de contar con un personal motivado y adecuado se tradujo en la introducción de nuevas oportunidades de carrera y perfeccionamiento para el personal y en la creación de un nuevo **Departamento de Recursos Humanos y Talento** ampliado.

Una Organización – Un personal

La **Política sobre comisiones de servicio de promoción profesional a corto plazo**, que la OMS comenzó a aplicar en 2018, tiene por objeto ofrecer oportunidades de intercambio entre el personal en toda la OMS. Permite a la Organización intercambiar personal ayudando a las unidades y los equipos a cubrir temporalmente la falta de personal y a responder a los aumentos repentinos de las demandas de trabajo. Ofrece al personal la oportunidad de perfeccionarse en el empleo en otro nivel, oficina o equipo. Constituye un mecanismo eficaz para el perfeccionamiento del personal y promueve una fuerza de trabajo dinámica que aprenda e intercambie ideas continuamente. Tan solo un año después de su puesta en marcha, 125 funcionarios han realizado comisiones de servicio a través de este mecanismo.

La fuerza de la diversidad

Desarrollar la capacidad del personal femenino de categoría subalterna para que pueda aspirar a puestos de gestión de categoría superior es una prioridad estratégica de los recursos humanos de la Organización. Se han puesto en marcha iniciativas de difusión en colaboración con los Estados Miembros, inclusive en las Regiones de África y el Pacífico Occidental. También se están desplegando esfuerzos por medio de programas de asesoramiento profesional, tutoría y liderazgo.

INVERTIR EN FUTUROS LÍDERES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Academia de la OMS

La Academia de la OMS, un centro de aprendizaje virtual único, está ubicada en Lyon. La Academia se está desarrollando para que pueda responder a las necesidades de aprendizaje y perfeccionamiento del personal de la OMS y otras partes interesadas y permitirles avanzar en la consecución de las metas de los «tres mil millones» de la OMS. La Academia se ha fijado el objetivo de llegar a 10 millones de personas de aquí a 2023 mediante una plataforma puntera que permite vivir la experiencia del aprendizaje digital introducida en las seis regiones de la OMS. Esta ofrecerá entornos de aprendizaje de alta tecnología, un centro de simulación de emergencias

sanitarias de importancia mundial y espacios de colaboración para el aprendizaje en materia de diseño cooperativo, investigación e innovación.

Programa Mundial de Pasantías

El Programa Mundial de Pasantías de la OMS forma a futuros líderes en el ámbito de la salud pública mediante oportunidades de formación profesional y desarrollo de la capacidad en toda la Organización.

Respaldada por la Asamblea de la Salud mediante la resolución WHA71.13, de 26 de mayo de 2018, la Organización ha cambiado su enfoque con respecto a las pasantías y ha establecido un

procedimiento centralizado y transparente destinado a seleccionar a los pasantes con mayores méritos, con independencia de su país de origen, y a promover la igualdad de género. Para ello fue necesario reformar el proceso de selección y aportar fondos. Los pasantes se benefician ahora de un seguro médico, de vales para el almuerzo en los lugares de destino más caros y, a partir de 2020, de subsidios de subsistencia, en caso necesario.

El porcentaje de pasantes procedentes de países de ingresos bajos y medios aumentó hasta aproximadamente el 30% en 2019 en conjunto, y el número de dichos pasantes aumentó en la Sede, donde este porcentaje fue incluso mayor.

La puesta en marcha del programa **EMERGE** en 13 organismos de las Naciones Unidas con sede en Ginebra ha sido una iniciativa innovadora para aprovechar el potencial de liderazgo del personal femenino en el sistema de las Naciones Unidas propiciando una mayor comprensión de las interrelaciones existentes entre el sexo, el género, la cultura y el liderazgo. Permite al personal femenino basarse en redes y cultivar sólidas relaciones con otras mujeres homólogas de todo el sistema de las Naciones Unidas con objeto de abordar los problemas que afectan a su desempeño y desarrollo profesional.



EL NÚMERO DE MUJERES QUE OCUPAN PUESTOS DE CATEGORÍA SUPERIOR EN LA SEDE AUMENTÓ **DEL 37% EN 2017 AL 41% EN 2018**

DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS

Para llevar a la práctica el 13.º PGT y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, la OMS debe convertirse en una Organización que responda a los objetivos del siglo XXI y que trabaje sin dificultades en las principales oficinas de sus programas y en los tres niveles para lograr una mejora mensurable en la salud de todas las personas. La OMS debe garantizar la excelencia técnica que redunde en mejoras en la salud para que todas las personas puedan llevar una vida saludable y productiva, independientemente de quiénes sean o de dónde vivan. El mundo necesita una OMS que se centre claramente en generar impacto en todos los países.

Para lograrlo, la OMS sigue transformándose llevando a cabo cambios fundamentales que permitan el reposicionamiento, la reconfiguración y la capacitación de la Organización. En el marco más amplio de la reforma de las Naciones Unidas, ello incluye velar por que su labor normativa y técnica sea de una calidad aún mayor, se centre más claramente en las necesidades, las demandas y las acciones previstas de los Estados Miembros y se traduzca directamente en resultados en los países.

Si bien la OMS habrá de seguir enfrentándose a desafíos, también cuenta con mecanismos para extraer enseñanzas. La OMS está en proceso de transformación, pero debe seguir transformándose de manera aún más enérgica. A nivel mundial y, en muchos países, la OMS está mejorando su liderazgo y sus alianzas en el ámbito de la salud. Aun así, sus alianzas externas deben orientarse en mayor medida hacia un enfoque más integrado y estratégico, en particular mediante estrategias de colaboración específicas para los agentes no estatales. Pese a los considerables esfuerzos realizados para cambiar su modelo de financiación, la OMS sigue dependiendo de un número reducido de donantes. La Organización debe seguir ampliando su diálogo con los donantes para movilizar recursos de mayor calidad que puedan utilizarse de manera más flexible para lograr los resultados previstos y adaptarse a las necesidades y situaciones en continua evolución. Para ello, es necesario infundir confianza.

La mayor parte de los presupuestos se asignan a escala nacional, pero esto no se ha traducido todavía en aumentos sostenibles de la financiación y la capacidad en los países. La MOPAN subraya, en su último informe de evaluación, que la capacidad y los medios varían en los distintos niveles de la Organización, y no siempre son adecuados para responder a las necesidades y las expectativas.

Se han realizado algunos cambios fundamentales en la estructura institucional, pero los cambios en los métodos de trabajo todavía no se han integrado en las actividades diarias. Se han realizado cambios importantes con objeto de contar con un personal motivado y adecuado a los fines de la Organización, pero hay que seguir trabajando para hacer realidad el objetivo final de contar con un personal más ágil y con una mayor movilidad, además de reforzar su rendición de cuentas con respecto a los resultados.



LA MOPAN SUBRAYA, EN SU ÚLTIMO INFORME DE EVALUACIÓN, QUE LA CAPACIDAD Y LOS MEDIOS VARÍAN EN LOS DISTINTOS NIVELES DE LA ORGANIZACIÓN, Y NO SIEMPRE SON ADECUADOS PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES Y LAS EXPECTATIVAS

Se ha logrado con éxito centrarse en mayor medida en los impactos, sobre todo a escala nacional. Aun así, siguen planteándose desafíos técnicos por lo que respecta a las mediciones, y la cultura orientada a los resultados no ha cristalizado todavía.

Al tiempo que la gestión y administración sigue evolucionando y simplificando sus actividades e institucionaliza el buen aprovechamiento de los recursos, debe facilitar la ejecución fluida de las actividades técnicas. Durante la pandemia por el coronavirus de 2019, el liderazgo y las funciones instrumentales de la OMS se han puesto a prueba hasta el límite de sus posibilidades. La labor de la OMS es amplia y va mucho más allá de la contención de epidemias. Su labor encaminada a reducir la mortalidad materno-infantil, acabar con las enfermedades transmisibles, erradicar la poliomielitis, hacer más resilientes los sistemas de salud en los países, prestar servicios de salud a las poblaciones desplazadas y reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles no ha cesado. Una gestión y administración que permita llevar a cabo la labor técnica al tiempo que se atienden las demandas cada vez mayores en el contexto de la COVID-19 en materia de logística y adquisiciones para el despliegue inmediato y a gran escala de personal de apoyo a las operaciones en los países está estirando las funciones instrumentales.

Los mecanismos de rendición de cuentas siguen garantizando que las transacciones, las actividades, los procesos y los procedimientos se lleven a cabo de la manera más eficaz posible y cumpliendo las normas más estrictas de conducta profesional y ética. Más que nunca, la Organización se enfrenta al desafío de seguir reforzando estas funciones en los tres niveles de la Organización. Por ello, en el marco del actual proceso de transformación, el Director General se ha propuesto examinar y seguir reforzando estas funciones, allí donde sea necesario, con el fin de asegurarse tanto de que estas son las más adecuadas individualmente como de que funcionan conjuntamente para ayudar a la OMS a llevar a la práctica su 13.º PGT y los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En 2019, la función de investigaciones fue la primera en realizar un examen de la adecuación basado en parámetros de referencia, en el que se formularon recomendaciones sobre cómo reforzar las funciones estructural y de dotación de recursos.



CIFRAS BÁSICAS PARA 2018-2019: LIDERAZGO Y FUNCIONES INSTRUMENTALES



Presupuesto por programas aprobado:
US\$ 716 millones

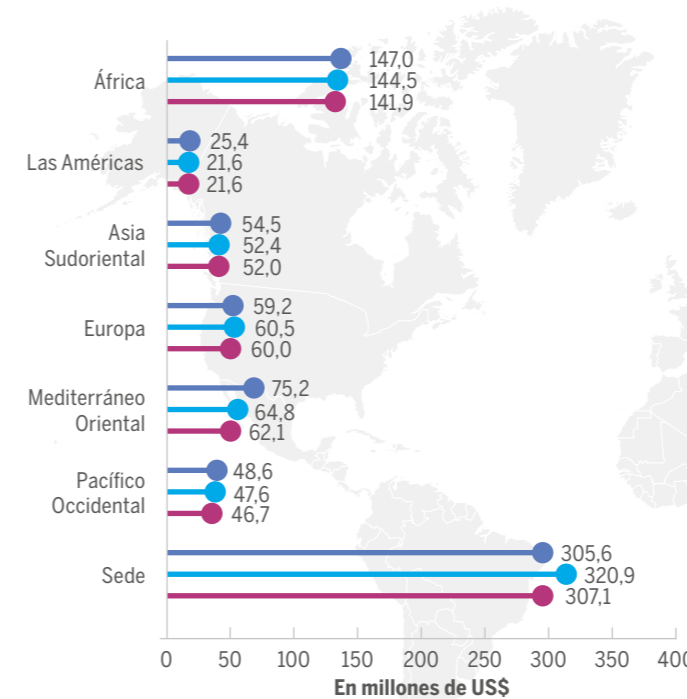


Fondos disponibles:
US\$ 712 millones
(99,5% del presupuesto por programas)

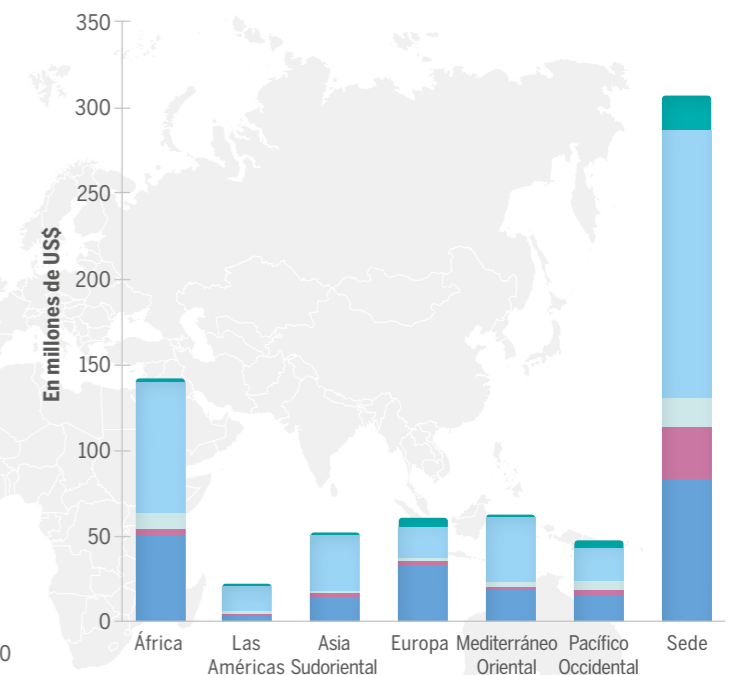


Gasto:
US\$ 691 millones
(97% del presupuesto por programas, 97% de los fondos disponibles)

PRESUPUESTO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL (EN MILLONES DE US\$)



GASTOS CON CARGO AL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DESGLOSADOS POR OFICINA PRINCIPAL Y ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)

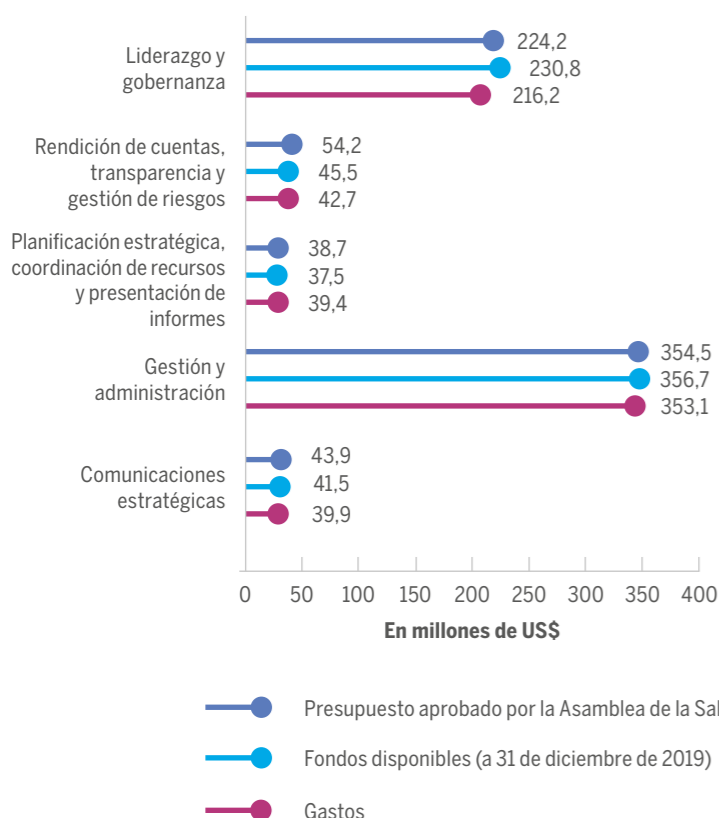


● Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud
● Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2019)
● Gastos

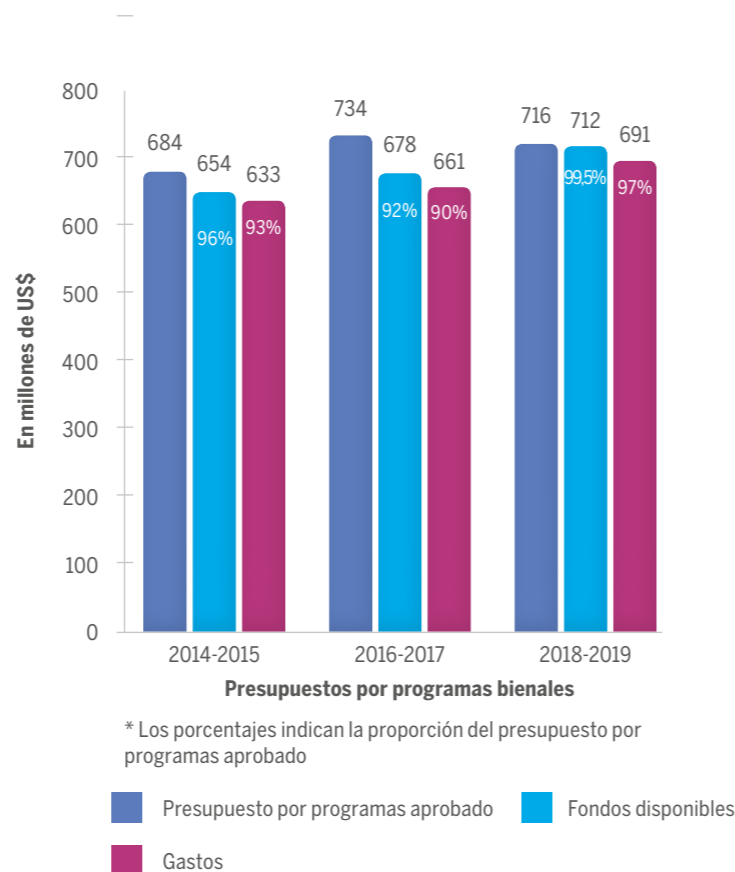
■ Liderazgo y gobernanza
■ Gestión y administración
■ Rendición de cuentas, transparencia y gestión de riesgos
■ Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes
■ Comunicaciones estratégicas

El elemento clave del panorama financiero en la categoría de Liderazgo y funciones instrumentales durante 2018-2019 fue la estrecha alineación con los niveles presupuestarios aprobados tanto de financiación como de gastos, en todas las áreas programáticas y oficinas principales. Fue algo que demostró el compromiso declarado por la Asamblea Mundial de la Salud de reafirmar la necesidad de que las funciones instrumentales se financien adecuadamente en todos los niveles y permitan prestar un servicio coherente y de buena calidad en toda la Organización.

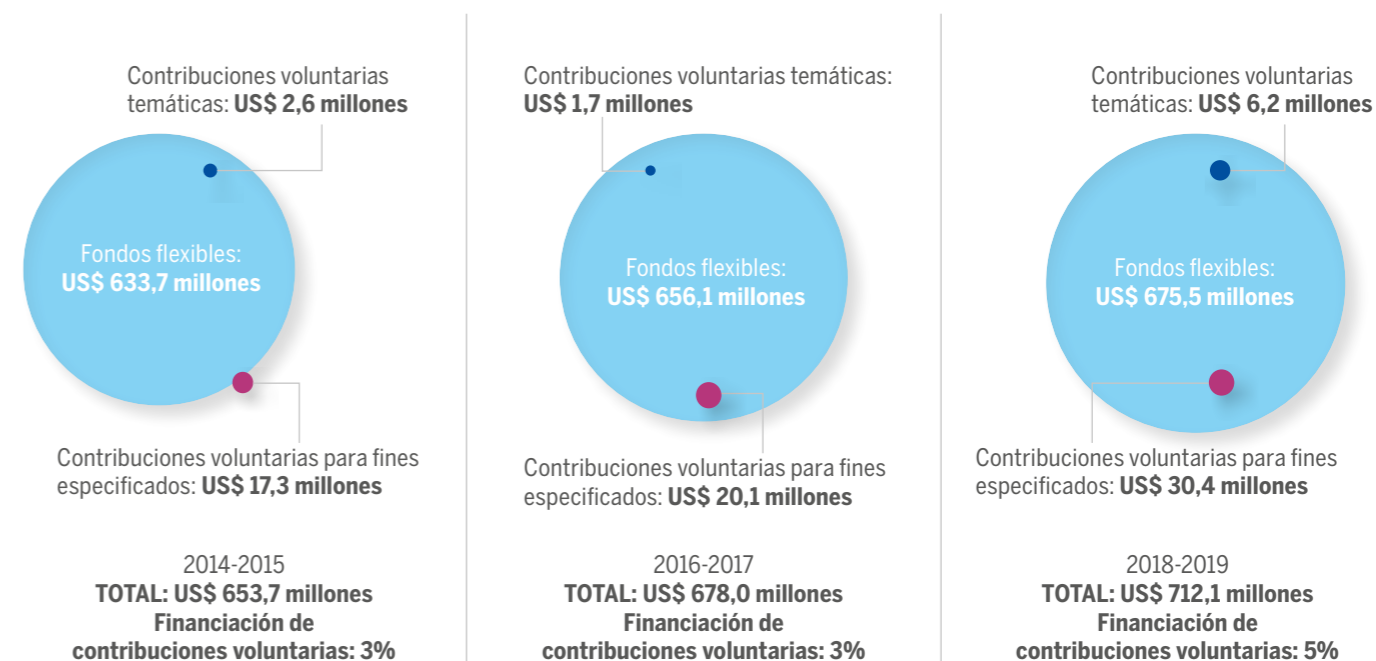
PRESUPUESTO, FONDOS DISPONIBLES Y GASTOS DESGLOSADOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA (EN MILLONES DE US\$)



COMPARACIÓN DE 3 PRESUPUESTOS POR PROGRAMAS BÁSICOS BIENALES EN EL MARCO DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO (EN MILLONES DE US\$)



FINANCIACIÓN GENERAL EN EL MARCO DEL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO, POR TIPO DE FONDO (EN MILLONES DE US\$)



Los mayores niveles de presupuesto, financiación y gastos en la categoría de Liderazgo y funciones instrumentales se observaron, con mucho, en la Sede. Ello se debió a los grandes costos de las funciones de gobernanza que se gestionaban allí (área programática de Liderazgo y gobernanza) y a la prestación de varias funciones centralizadas gestionadas por la Sede en beneficio del resto de la OMS, entre ellas el Centro Mundial de Servicios de Kuala Lumpur; los servicios de contabilidad; muchas de las plataformas informáticas utilizadas, especialmente el Sistema Mundial de Gestión (área programática de Gestión y administración); la elaboración de políticas (área programática de Liderazgo y gobernanza); la coordinación de la planificación y presupuestación mundiales; las funciones jurídicas y de auditoría, y muchas otras funciones. Estas se complementaron en muchos casos mediante redes funcionales mundiales que incluían a todas las oficinas principales. Esa solución permitió a la OMS asegurar un conjunto básico de funciones instrumentales para apoyar su labor técnica en todo el mundo.

Si se tiene en cuenta la tendencia general en todo el periodo del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, la financiación y ejecución de la categoría de Liderazgo y funciones instrumentales mejoró considerablemente en 2018-2019 en lo que respecta a niveles de financiación y ejecución absolutos; además, los promedios por área programática y oficina principal fueron los más altos de los tres bienios.

A lo largo de los tres bienios del Duodécimo Programa General de Trabajo, la Organización destinó un nivel importante de recursos flexibles a la categoría de Liderazgo y funciones instrumentales (de un 97% de la financiación total en 2014-2015 a un 95% en 2018-2019). Eso se debió a la relativa falta de interés de los donantes tradicionales en financiar esa categoría. Con todo, en 2018-2019, las contribuciones voluntarias a esa categoría aumentaron casi un 70% en comparación con 2016-2017, pasando de US\$ 21,8 millones a US\$ 36,6 millones. Esa tendencia continuó en 2018-2019 debido a la creación de la categoría de financiación temática, que ha experimentado un aumento significativo. Los donantes se interesaron de forma destacada por la labor relativa al liderazgo de la OMS en el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para

todos en todas las edades) en lo relativo a garantizar transparencia, rendición de cuentas, cumplimiento y evaluación. Incluso si las cantidades absolutas no fueron muy elevadas en comparación con las recibidas en otras categorías, el apoyo prestado podría muy bien actuar como financiación inicial, la cual podría atraer más inversiones de otros donantes y asociados y lograr su colaboración.

Entre las oficinas regionales, la Región de África trabajó con un presupuesto mucho más elevado en la categoría de Liderazgo y funciones instrumentales que el observado en otras regiones. Ello se debió en parte a los mayores requisitos operacionales de esa región, vinculados entre otras cosas con la reforma de la gestión, por ejemplo los exámenes funcionales de las oficinas en los países. Alrededor del 30% del total de las contribuciones voluntarias disponibles en 2018-2019 para esa categoría se utilizaron para financiar la Región de África, incluida una importante subvención de donantes para la reforma y los exámenes funcionales. La Región del Mediterráneo Oriental fue la menos dotada de recursos, pero recibió una financiación del 87% y generó unos gastos del 83% del presupuesto aprobado. En la Sede, aunque hubo indicios de que se necesitarían más fondos en comparación con el presupuesto por programas aprobado (US\$ 321 millones frente a US\$ 306 millones), los gastos se mantuvieron al nivel aprobado gracias a una cuidadosa gestión del presupuesto y los recursos.

El que la mayoría de las oficinas principales ejecutase casi el 100% de lo asignado a la categoría de Liderazgo y funciones instrumentales en el presupuesto por programas 2018-2019 muestra que el principal reto que plantea esa categoría es garantizar no solo una financiación adecuada y una ejecución eficiente de los fondos, sino también unos niveles presupuestarios adecuados en todas las oficinas principales, de modo que se siga prestando un servicio coherente y de buena calidad en toda la Organización.

Para obtener información más detallada sobre la financiación del presupuesto por programas, la ejecución de esta categoría y los logros por esferas programáticas, incluidos los indicadores, véase el portal del presupuesto por programas de la OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/06/about/programme-outcomes> y <http://open.who.int/2018-2019>).



**Organización
Mundial de la Salud**



Informe sobre los resultados de la OMS
Presupuesto por programas 2018-2019
Generar impacto en cada país