



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

75.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 22-28 DE MAYO DE 2022

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

**GINEBRA
2022**

SIGLAS

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

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

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

INTRODUCCIÓN

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palacio de las Naciones de Ginebra, del 22 al 28 de mayo de 2022, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 149.^a reunión.¹

¹ Decisión EB149(10) (2021).

ÍNDICE

	Página
Introducción	iii
Orden del día	ix
Lista de documentos	xv
Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones	xxiii

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

WHA75.1	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: República Islámica del Irán.....	3
WHA75.2	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Sudán	4
WHA75.3	Nombramiento de Director General	5
WHA75.4	Contrato del Director General	5
WHA75.5	Revisión del presupuesto por programas 2022-2023	5
WHA75.6	Prórroga hasta 2025 del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023	7
WHA75.7	Fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos.....	8
WHA75.8	Fortalecimiento de los ensayos clínicos para proporcionar evidencias de alta calidad sobre las intervenciones de salud y mejorar la calidad y coordinación de las investigaciones	9
WHA75.9	Escala de contribuciones para 2022-2023	16
WHA75.10	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud	20
WHA75.11	Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia	21
WHA75.12	Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)	25

	Página
WHA75.13	Estrategia Mundial sobre Prevención y Control de Infecciones 26
WHA75.14	Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual 31
WHA75.15	Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General..... 33
WHA75.16	Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo 33
WHA75.17	Recursos humanos para la salud 34
WHA75.18	Resultados de la Cumbre de los PEID para la Salud: Por un futuro saludable y resiliente en los pequeños Estados insulares en desarrollo..... 37
WHA75.19	Promoción del bienestar y la salud 39
WHA75.20	Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual 43
Decisiones	
WHA75(1)	Composición de la Comisión de Credenciales 44
WHA75(2)	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 75. ^a Asamblea Mundial de la Salud..... 44
WHA75(3)	Elección de la Mesa de las comisiones principales 44
WHA75(4)	Constitución de la Mesa de la Asamblea..... 45
WHA75(5)	Adopción del orden del día..... 45
WHA75(6)	Verificación de credenciales..... 45
WHA75(7)	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo 46
WHA75(8)	Financiación sostenible..... 46
WHA75(9)	Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias 46
WHA75(10)	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado 48
WHA75(11)	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 50
WHA75(12)	Declaraciones escritas: directrices para los Estados Miembros..... 51
WHA75(13)	Recursos humanos: informe anual 51

	Página
WHA75(14) Informes programáticos y financieros de la OMS para 2020-2021, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2021	52
WHA75(15) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS	52
WHA75(16) Informe del Comisario de Cuentas	53
WHA75(17) Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos	53
WHA75(18) Trasplante de órganos y tejidos humanos.....	53
WHA75(19) Medicina tradicional.....	54
WHA75(20) La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas	54
WHA75(21) Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño	54
WHA75(22) Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos	55
WHA75(23) Reducción de los riesgos para la salud pública asociados con la venta de mamíferos silvestres vivos en los mercados tradicionales de alimentos: prevención y control de las infecciones.....	55
WHA75(24) Iniciativa Mundial de Salud para la Paz	56
WHA75(25) Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos	57

ANEXOS

1. Contrato del Director General.....	61
2. Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005).....	63
3. Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo.....	67
4. Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud	70
5. Progresos realizados para aplicar la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030	75
6. Proceso de preparación para la celebración en 2025 de la cuarta Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles	82
7. Plan de aceleración del apoyo a los Estados Miembros en lo que respecta a la aplicación de las recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo de la vida.....	87

	Página
8. Hoja de ruta 2023-2030 para la aplicación del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2030	93
9. Recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, incluidas sus metas	102
10. Estrategia mundial sobre salud bucodental	113
11. Recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente para fomentar la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria.....	125
12. Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031	136
13. Plan de acción (2022-2030) con el fin de aplicar eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como Prioridad de Salud Pública.....	177
14. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, y en particular la consideración del establecimiento de metas al respecto	215
15. Proyecto de plan de trabajo para el Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2022-2025	228
16. Declaraciones escritas: directrices para los Estados Miembros	238
17. Texto de las modificaciones del estatuto de la Fundación Ihsan Doğramaci para la Salud de la Familia	240
18. Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud	241

ORDEN DEL DÍA¹

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea de la Salud
 - 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales
 - 1.2 Elección de Presidente
 - 1.3 Elección de cinco Vicepresidentes y de Presidentes de las comisiones principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea
 - 1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales
2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 149.^a y 150.^a reuniones
3. Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General
4. Puesto de Director General
 - 4.1 [eliminado]
 - 4.2 Nombramiento de Director General
 - 4.3 Contrato del Director General
5. [eliminado]
6. [eliminado]
7. Consejo Ejecutivo: elección
8. Premios
9. Informes de las comisiones principales
10. Clausura de la Asamblea de la Salud

¹ Se adoptó en la segunda sesión plenaria.

COMISIÓN A

11. Apertura de la Comisión¹

Pilar 4: Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países

12. Presupuesto por programas 2022-2023: revisión

- Marco de resultados del Programa General de Trabajo

13. Financiación sostenible: informe del Grupo de Trabajo

Pilar 1: Cobertura sanitaria universal para mil millones más de personas

14. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto

14.1 Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

- a) Proyecto de hoja de ruta para la aplicación en 2023-2030 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030
- b) Proyecto de recomendaciones para fortalecer las respuestas a la diabetes y hacer el seguimiento pertinente en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, en particular las posibles metas
- c) Proyecto de estrategia mundial sobre salud bucodental
- d) Proyecto de recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente las orientadas a fomentar la resiliencia de los sistemas de salud y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria
- e) Progresos realizados para aplicar la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030
- f) Progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y en la promoción de la salud mental
- g) Proyecto de plan de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos en apoyo de la cobertura sanitaria universal
- h) Proyecto de plan de acción (2022-2030) con el fin de aplicar eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como prioridad de salud pública

¹Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- i) Proyecto de recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo de la vida, en particular las posibles metas
 - j) Proyecto de plan de trabajo del Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles
 - Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
- 14.2 Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual
- 14.3 Estrategia Mundial de Investigación e Innovación contra la Tuberculosis
- 14.4 Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030
- 14.5 Agenda de Inmunización 2030
- 14.6 Prevención y control de las infecciones
- 14.7 Hoja de Ruta Mundial con miras a Derrotar la Meningitis para 2030
- 14.8 Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos
15. Recursos humanos para la salud
- Proyecto de plan de acción 2022-2030 «Trabajar en pro de la salud»
 - Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales
 - Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud
 - Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030
- Pilar 2: Mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas
16. Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública
- 16.1 Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
- 16.2 Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias
- 16.3 Labor de la OMS en emergencias sanitarias
- 16.4 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

17. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto

17.1 Preparación para la gripe

17.2 Iniciativa Mundial de Salud para la Paz

17.3 Poliomielitis

- Erradicación de la poliomielitis
- Planificación de la transición relativa a la poliomielitis y la poscertificación

Pilar 3: Mejor salud y bienestar para mil millones más de personas

18. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto

18.1 Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño

18.2 Marco de aplicación de la OMS para el tercero de los tres mil millones

- Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos

22.2 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos

COMISIÓN B

19. Apertura de la Comisión¹

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

Pilar 4: Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países

21. Examen de los asuntos considerados por el Consejo Ejecutivo e información actualizada al respecto

Asuntos financieros

21.1 Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2022-2023

21.2 Escala de contribuciones para 2022-2023

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

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

Asuntos de gobernanza

21.4 Prevención de la explotación, el abuso y el acoso sexuales

21.5 Reforma de la OMS

- Declaraciones escritas: directrices para los Estados Miembros

21.6 Estrategias y planes de acción mundiales que está previsto que expiren en el plazo de un año

- Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual

Asuntos de personal

21.7 Recursos humanos: informe anual

21.8 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal

21.9 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional

22. Asuntos presupuestarios y financieros

22.1 Informes programáticos y financieros de la OMS para 2020-2021, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2021

22.2 [trasladado a la Comisión A]

22.3 [eliminado]

22.4 [eliminado]

23. Acuerdo con organizaciones intergubernamentales

24. Asuntos de auditoría y supervisión

24.1 Informe del Comisario de Cuentas

24.2 Informe del Auditor Interno

24.3 Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación

25. Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

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

- 27. Actualizaciones y futuros informes
 - 27.1 Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos
 - 27.2 Trasplante de órganos y tejidos humanos
 - 27.3 Medicina tradicional
 - 27.4 La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas
- 28. Asuntos para información
 - 28.1 Informes sobre los progresos realizados

Pilar 1: Cobertura sanitaria universal para mil millones más de personas

- A. Preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal (resolución WHA72.4 (2019))
- B. Atención primaria de salud (resolución WHA72.2 (2019))
- C. Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona (resolución WHA69.24 (2016))
- D. Mejora del acceso a la tecnología de asistencia (resolución WHA71.8 (2018))
- E. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12 (2004))
- F. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16 (2011))
- G. Respuesta mundial para el control de vectores: enfoque integrado para el control de las enfermedades de transmisión vectorial (resolución WHA70.16 (2017))
- H. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud (resolución WHA63.21 (2010))

Pilar 2: Mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas

- I. Erradicación de la viruela (resolución WHA60.1 (2007))

Pilar 4: Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países

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

Lista de documentos

A75/1 Rev.2	Orden del día ¹
A75/1 Add.1	Propuesta de inclusión de un punto suplementario en el orden del día
A75/2	Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 149. ^a y 150. ^a reuniones
A75/3	Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General
A75/5	Puesto de Director General Contrato del Director General ²
A75/6	Proyecto de revisión del presupuesto por programas 2022-2023
A75/7	Presentación de informes sobre eficiencias operacionales
A75/8	Presupuesto por programas 2022-2023: revisión Prórroga hasta 2025 del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023
A75/8 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ³
A75/9	Financiación sostenible: informe del Grupo de Trabajo ⁴
A75/9 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ³
A75/10 Rev.1	Informe consolidado del Director General ⁵
A75/10 Rev.1 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ³

¹ Véase la página ix.

² Véase el anexo 1.

³ Véase el anexo 18.

⁴ Véase el anexo 4.

⁵ Véanse los anexos 9 y 13 a 15.

A75/10 Rev.1 Add.2	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A75/10 Add.1	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Anexo 3 – Proyecto de plan de acción mundial intersectorial sobre salud bucodental ²
A75/10 Add.2	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Anexo 4 – Recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente para fomentar la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria ³
A75/10 Add.3 y A75/10 Add.3 Corr.1	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Anexo 5 – Progresos realizados para aplicar la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030 ⁴
A75/10 Add.4	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Anexo 7 – Proyecto de plan de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos 2022-2031 ⁵
A75/10 Add.5	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Anexo 11 – Proceso de preparación para la celebración en 2025 de la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ⁶

¹ Véase el anexo 18.

² Véase el anexo 10.

³ Véase el anexo 11.

⁴ Véase el anexo 5.

⁵ Véase el anexo 12.

⁶ Véase el anexo 6.

LISTA DE DOCUMENTOS

A75/10 Add.6	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Anexo 12 – Plan de aceleración del apoyo a los Estados Miembros en lo que respecta a la aplicación de las recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo de la vida ¹
A75/10 Add.7	Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo
A75/10 Add.8	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Anexo 1 – Proyecto de hoja de ruta 2023-2030 para la aplicación del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 ²
A75/11	Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos Clasificación, codificación y nomenclatura internacionales de los dispositivos médicos
A75/11 Add.1	Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos Clasificación, codificación y nomenclatura internacionales de los dispositivos médicos
A75/12	Recursos humanos para la salud Proyecto de plan de acción 2022-2030 «Trabajar en pro de la salud»
A75/13	Recursos humanos para la salud Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales
A75/14	Recursos humanos para la salud Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud: cuarta ronda de presentación de informes nacionales
A75/15	Recursos humanos para la salud Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030
A75/16	Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

¹ Véase el anexo 7.

² Véase el anexo 8.

A75/17	Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias
A75/17 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A75/18	Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias Propuesta de enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) ²
A75/19	Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias Fortalecimiento de la colaboración en el marco del enfoque de «Una sola salud»
A75/20	Fortalecimiento de la arquitectura mundial para la preparación, respuesta y resiliencia frente a emergencias sanitarias
A75/21	Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias Mecanismo de Examen Universal de la Salud y la Preparación: nota conceptual
A75/22	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A75/23	Poliomielitis Erradicación de la poliomielitis
A75/24	Poliomielitis Planificación de la transición relativa a la poliomielitis y la poscertificación
A75/25	Iniciativa «Ciencias del comportamiento para mejorar la salud»
A75/26	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A75/27	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2022-2023
A75/28	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

¹ Véase el anexo 18.

² Véase el anexo 2.

LISTA DE DOCUMENTOS

A75/29	Prevención de la explotación, el abuso y el acoso sexuales
A75/30	Reforma de la OMS Declaraciones escritas: directrices para los Estados Miembros ¹
A75/31	Recursos humanos: informe anual
A75/32	Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2020-2021
A75/33	Estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2021
A75/34	Acuerdos con organizaciones intergubernamentales Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo ²
A75/35	Informe del Comisario de Cuentas
A75/36	Informe del Auditor Interno
A75/37	Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación
A75/38	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A75/39	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
A75/40	Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos
A75/40 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ³
A75/41	Trasplante de órganos y tejidos humanos
A75/41 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ³
A75/42	Actualizaciones y futuros informes Medicina tradicional

¹ Véase el anexo 16.

² Véase el anexo 3.

³ Véase el anexo 18.

A75/42 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A75/43	La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas
A75/43 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹
A75/44	Informes sobre los progresos realizados
A75/44 Add.1	Informes sobre los progresos realizados
A75/45 ²	Procedimientos especiales
A75/46	Proyecto de resolución: Revisión del presupuesto por programas 2022-2023
A75/47	Información actualizada sobre la situación sanitaria en Ucrania
A75/48	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos República Islámica del Irán
A75/49	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos República del Sudán
A75/50	Prevención de la explotación, el abuso y el acoso sexuales Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A75/51	Informe programático y financiero de la OMS para 2020-2021, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2021 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A75/52	Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2022-2023 Presentación de informes sobre eficiencias operacionales Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75. ^a Asamblea Mundial de la Salud

¹ Véase el anexo 18.

² Teniendo en cuenta el formato elegido para esta reunión de la Asamblea de la Salud, se decidió eliminar este documento.

LISTA DE DOCUMENTOS

A75/53	Presupuesto por programas 2022-2023: revisión Prórroga hasta 2025 del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud
A75/54	Financiación sostenible: informe del Grupo de Trabajo Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud
A75/55	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud
A75/56	Informe del Comisario de Cuentas Informe del Auditor Interno Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud
A75/57	Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud
A75/58	Primer informe de la Comisión A (Proyecto)
A75/59	Comisión de Credenciales Informe
A75/60	Segundo informe de la Comisión A (Proyecto)
A75/61	Tercer informe de la Comisión A (Proyecto)
A75/62	Primer informe de la Comisión B (Proyecto)
A75/63	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A75/64	Segundo informe de la Comisión B (Proyecto)
A75/65	Cuarto informe de la Comisión A (Proyecto)
A75/66	Tercer informe de la Comisión B (Proyecto)
A75/67	Quinto informe de la Comisión A (Proyecto)
A75/68	Cuarto informe de la Comisión B (Proyecto)

A75/69 Sexto informe de la Comisión A (Proyecto)

A75/70 Séptimo informe de la Comisión A (Proyecto)

Documentos de información

A75/INF./1 Puesto de Director General
Nombramiento de Director General

A75/INF./2 Disposiciones prácticas para la celebración de la votación secreta para proponer al candidato al puesto de Director General

A75/INF./3 Premios¹

A75/INF./4 Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

A75/INF./5 Contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, 2021

A75/INF./6² Toma de decisiones

A75/INF./7 Contribuciones voluntarias, por fondo Evaluación de mitad de periodo de la aplicación del Plan de Acción Estratégico sobre la Transición relativa a la Poliomielitis (2018-2023)

A75/INF./8 Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Documentos varios

A75/DIV./1 Rev.1 Lista de delegados y otros participantes (en francés e inglés)

A75/DIV./2 Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud

A75/DIV./3 Lista de decisiones y resoluciones

A75/DIV./4 Lista de documentos

¹ Véase el anexo 17.

² Teniendo en cuenta el formato elegido para esta reunión de la Asamblea de la Salud, se decidió eliminar este documento.

MESA DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD Y COMPOSICIÓN DE SUS COMISIONES¹

Presidente

Excmo. Sr. Dr. Ahmed Robleh ABDILLEH
(Djibouti)

Vicepresidentes

Dra. Maria Endang SUMIWI (Indonesia)
Profesora Asena SERBEZOVA (Bulgaria)
Sr. Colin MCIFF (Estados Unidos de América)
Sr. Khairy JAMALUDDIN (Malasia)
Profesor Moustafa MIJIYAWA (Togo)

Secretario

Dr. Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Director General

Comisión de Credenciales

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Australia, Azerbaiyán, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chad, Croacia, Eswatini, Irlanda, Nepal, Nicaragua, Sierra Leona, Singapur y Sudán.

Presidente: Sr. Jeff ROACH (Australia)

Vicepresidenta: Sra. María René Castro CUSICANQUI (Estado Plurinacional de Bolivia)

Secretario: Sr. Xavier DANNEY, Oficial Jurídico Superior

Mesa de la Asamblea de la Salud

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Angola, Arabia Saudita, Armenia, Benin, Burkina Faso, Camerún, Chequia, China, Congo, Cuba, Dominica, El Salvador, Francia, Reino Unido de

Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Somalia, Turquía y Uruguay.

Presidente: Excmo. Sr. Dr. Ahmed Robleh ABDILLEH (Djibouti)

Secretario: Dr. Tedros Adhanom GHEBREYESUS, Director General

COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 34 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales.

Comisión A

Presidente: Dr. Hiroki NAKATANI (Japón)

Vicepresidentas: Dra. Tamar GABUNIA (Georgia)

Dra. Maryam ABDOOL-RICHARDS (Trinidad y Tabago)

Relatora: Dra. Walaiporn

PATCHARANARUMOL (Tailandia)

Secretario: Sr. Ian ROBERTS, Coordinador, Biblioteca y Redes de Información para el Conocimiento

Comisión B

Presidente: Sr. Rajesh BHUSHAN (India)

Vicepresidentes: Dr. Firass ABIAD (Líbano)

Dr. Emmanuel Osagie EHANIRE (Nigeria)

Relator: Dr. Grzegorz JUSZCZYK (Polonia)

Secretaria: Sra. Ivana MILOVANOVIC, Jefa Superior de Políticas, Oficina del Enviado del Director General para Asuntos Multilaterales

REPRESENTANTES DEL CONSEJO EJECUTIVO

Dr. Patrick AMOTH (Kenya)
Sra. Carla MORETTI (Argentina)
Dr. Wahid MAJROOH (Afganistán)
Dr. Clemens Martin AUER (Austria)

¹ Además, la lista de los delegados y otros participantes figura en el documento A75/DIV./1 Rev.1.

RESOLUCIONES Y DECISIONES

RESOLUCIONES

WHA75.1 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: República Islámica del Irán

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la solicitud de la República Islámica del Irán relativa a sus atrasos de contribuciones hasta 2022, inclusive, por valor de US\$ 10 222 277, por la que pide reprogramar el pago de su saldo a lo largo del periodo comprendido entre 2022 y 2031;¹

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

1. DECIDE restablecer los privilegios de voto de la República Islámica del Irán en la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud con las condiciones *siguientes*:

La República Islámica del Irán liquidará sus atrasos de contribuciones señaladas, que ascienden a un total de US\$ 10 222 277, a lo largo de 10 años, desde 2022 hasta 2031, según se expone a continuación, y abonará además su contribución anual señalada a partir de 2023;

Año	US\$
2022	1 022 227
2023	1 022 227
2024	1 022 227
2025	1 022 227
2026	1 022 227
2027	1 022 227
2028	1 022 227
2029	1 022 227
2030	1 022 227
2031	1 022 234
Total	10 222 277

2. DECIDE ADEMÁS que, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los privilegios de voto se suspenderán automáticamente si la República Islámica del Irán no cumple las condiciones establecidas en el párrafo 1 *supra*;

¹ Véase el documento A75/48.

3. PIDE al Director General que informe a las futuras Asambleas de la Salud, según proceda, sobre la situación a ese respecto;
4. PIDE ADEMÁS al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de la República Islámica del Irán.

(Cuarta sesión plenaria, 24 de mayo de 2022 –
Comisión A, primer informe)

WHA75.2 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Sudán

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la solicitud del Sudán relativa a sus atrasos de contribuciones hasta 2022, inclusive, por valor de US\$ 239 220, por la que pide reprogramar el pago de su saldo a lo largo del periodo comprendido entre 2023 y 2025;¹

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

1. DECIDE restablecer los privilegios de voto del Sudán en la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud con las condiciones siguientes:

El Sudán liquidará sus atrasos de contribuciones señaladas, que ascienden a un total de US\$ 239 220, a lo largo de tres años, desde 2023 hasta 2025, según se expone a continuación, y abonará además su contribución anual señalada a partir de 2023;

Año	US\$
2023	95 690
2024	95 690
2025	47 840
Total	239 220

2. DECIDE ADEMÁS que, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los privilegios de voto se suspenderán automáticamente si el Sudán no cumple las condiciones establecidas en el párrafo 1 *supra*;
3. PIDE al Director General que informe a las futuras Asambleas de la Salud, según proceda, sobre la situación a ese respecto;
4. PIDE ADEMÁS al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno del Sudán.

(Cuarta sesión plenaria, 24 de mayo de 2022 –
Comisión A, primer informe)

¹ Véase el documento A75/49.

WHA75.3 Nombramiento de Director General

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

A propuesta del Consejo Ejecutivo,¹

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

(Quinta sesión plenaria, 24 de mayo de 2022)

WHA75.4 Contrato del Director General

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

I

En virtud del Artículo 31 de la Constitución y del artículo 109 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

APRUEBA el contrato en el que se fijan los términos y condiciones del nombramiento, el sueldo y los demás emolumentos correspondientes al cargo de Director General, en su forma enmendada;²

II

En virtud del artículo 112 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

AUTORIZA al Presidente de la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud para que firme dicho contrato en nombre de la Organización.

(Quinta sesión plenaria, 24 de mayo de 2022)

WHA75.5 Revisión del presupuesto por programas 2022-2023

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de revisión del presupuesto por programas 2022-2023;³ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud;⁴

Observando que, en respuesta a la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), en el proyecto de revisión se incorporan las enseñanzas recientemente extraídas y se tienen en cuenta cuestiones emergentes que es necesario abordar y que aún no se conocían en el momento de aprobarse el presupuesto por programas 2022-2023;

Recordando la resolución WHA74.3 (2021), sobre el presupuesto por programas 2022-2023, en la que se pidió al Director General que presentara, según se considerara necesario, un presupuesto por

¹ Resolución EB150.R1 (2022).

² Véase el anexo 1.

³ Documento A75/6.

⁴ Documento A75/53.

programas revisado para 2022-2023, incluida su resolución de consignación revisada, a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud para reflejar la rápida evolución de la situación sanitaria mundial derivada de la pandemia de COVID-19, a la luz de las conclusiones de los exámenes independientes presentadas a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud;

Teniendo en cuenta que el proyecto de revisión está también plenamente alineado con la resolución WHA74.7 (2021), sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias;

Tomando nota también de que en el proyecto de revisión se incluyen recursos necesarios para fortalecer el liderazgo, la rendición de cuentas, la conformidad y la gestión de riesgos, con especial atención a la capacidad de la Organización en materia de prevención y respuesta contra la explotación, el abuso y el acoso sexuales,

1. APRUEBA el presupuesto por programas revisado para 2022-2023 con los elementos adicionales establecidos en el proyecto de revisión del presupuesto por programas 2022-2023;
2. APRUEBA ADEMÁS el incremento de US\$ 604,4 millones contenido en el segmento presupuestario básico del presupuesto por programas revisado para 2022-2023, lo que lleva el nivel del segmento básico del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a US\$ 4968,4 millones;
3. DISTRIBUYE el incremento del presupuesto por programas revisado para el ejercicio 2022-2023 entre las siguientes prioridades estratégicas:
 - 1) Cobertura sanitaria universal para mil millones más de personas: un incremento de US\$ 89,7 millones, lo que arroja un nuevo presupuesto aprobado total de US\$ 1929,6 millones;
 - 2) Mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas: un incremento de US\$ 404,6 millones, lo que arroja un nuevo presupuesto aprobado total de US\$ 1250,5 millones;
 - 3) Mejor salud y bienestar para mil millones más de personas: un incremento de US\$ 30,4 millones, lo que arroja un nuevo presupuesto aprobado total de US\$ 455,2 millones;
 - 4) Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países: un incremento de US\$ 79,7 millones, lo que arroja un nuevo presupuesto aprobado total de US\$ 1333,1 millones;¹
4. AUTORIZA al Director General a utilizar las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, con sujeción a la disponibilidad de recursos, para financiar el total del presupuesto por programas revisado 2022-2023 según se ha distribuido en el párrafo 3 (incluida su nota a pie de página), sin exceder las cantidades aprobadas;
5. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a efectuar transferencias presupuestarias, cuando sea necesario, entre los niveles revisados de las cuatro prioridades estratégicas, por un monto que no supere el 5% del presupuesto asignado a la prioridad estratégica desde la que se haga la transferencia. Toda transferencia de ese tipo se consignará en los informes reglamentarios a los órganos deliberantes correspondientes;
6. PIDE al Director General que acate todas las disposiciones del párrafo 11 de la resolución WHA74.3 (2021) del presupuesto por programas 2022-2023 con respecto a la presentación

¹ Las otras áreas no sufren cambios: erradicación de la poliomielitis (US\$ 558,3 millones) y programas especiales (US\$ 199,3 millones), por un total de US\$ 757,6 millones; y operaciones y llamamientos de emergencia (US\$ 1000,0 millones), lo que, por depender del carácter coyuntural de las actividades de que se trata, es una estimación de las necesidades presupuestarias que puede ser objeto de incrementos de ser necesario.

periódica de informes, el seguimiento y la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas revisado 2022-2023 aprobado.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022–
Comisión A, segundo informe)

WHA75.6 Prórroga hasta 2025 del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023¹

La 75.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;² y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud;³ y

Considerando también la solicitud relativa al 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 formulada al Director General en la resolución WHA74.3 (2021) del presupuesto por programas 2022-2023,

1. APRUEBA la prórroga hasta 2025 del periodo de vigencia del 13.º Programa General de Trabajo;
2. PIDE al Director General:
 - 1) que celebre una consulta con los Estados Miembros acerca del informe del Director General sobre la prórroga hasta 2025 del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023² y que presente el resultado de ese proceso de consulta al Consejo Ejecutivo en su 152.ª reunión prevista para enero de 2023, para su examen y aprobación, por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo;
 - 2) que siga trabajando en la elaboración del proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, basado en el 13.º Programa General de Trabajo prorrogado, teniendo en cuenta las prioridades esbozadas en su informe² y en la consulta celebrada con los Estados Miembros a este respecto.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión A, segundo informe)

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² Documento A75/8.

³ Documento A75/53.

WHA75.7 Fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos¹

La 75.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando los compromisos contraídos por los Estados Miembros en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluido el de fortalecer la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial;

Recordando también el 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2025 y su prioridad estratégica de ofrecer una mejor protección frente a emergencias sanitarias a 1000 millones más de personas para 2025;

Recordando asimismo la resolución WHA73.1 (2020) sobre la respuesta a la COVID-19, en la que la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General, entre otras cosas, que tuviese a bien seguir construyendo y fortaleciendo las capacidades de la OMS a todos los niveles a fin de que desempeñase plena y eficazmente las funciones que se le habían confiado en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005);

Recordando también la resolución WHA73.8 (2020) sobre el fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en la que se reconoce que los entornos urbanos son especialmente vulnerables a los brotes y epidemias de enfermedades infecciosas y que la planificación urbana es un elemento fundamental de la preparación y respuesta;

Reafirmando la resolución WHA74.7 (2021) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, en la que se subraya que la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias es primordialmente responsabilidad y una función esencial de los gobiernos;

Reconociendo la importante función que desempeñan las ciudades y las autoridades locales en la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias;

Recordando la Conferencia de Alto Nivel sobre la Preparación frente a Emergencias de Salud Pública: Desafíos y Oportunidades en las Zonas Urbanas, celebrada en Lyon (Francia) los días 3 y 4 de diciembre de 2018, en la que se reconoció que la urbanización plantea nuevos desafíos para la salud mundial, y que la coordinación multisectorial, incluida la ejercida a nivel local, y la participación de las autoridades y las comunidades locales, así como de los líderes urbanos, desempeñan una importante función en la preparación y respuesta frente a emergencias;

Reconociendo la labor realizada por el grupo de trabajo técnico sobre la mejora de la preparación ante emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos en el marco de la COVID-19 y más allá de esta,² que condujo a la elaboración del marco para el fortalecimiento de la preparación ante emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos³ y de las orientaciones operacionales para

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² La OMS y el Gobierno de Singapur acogieron conjuntamente las reuniones virtuales que el grupo de trabajo técnico celebró entre febrero y abril de 2021 con objeto de avanzar en este tema.

³ Marco para el fortalecimiento de la preparación ante emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/361969>) consultado el 12 de mayo de 2022.

las autoridades nacionales y locales,¹ y alentando a los Estados Miembros a que participen en mayor medida en los debates celebrados en este grupo de trabajo técnico;

Observando con preocupación que la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto que existen graves deficiencias en la preparación (sobre todo en las ciudades y los entornos urbanos), la prevención y detección oportunas y eficaces, y la respuesta frente a posibles emergencias sanitarias, incluso en lo que respecta a la capacidad y resiliencia de los sistemas de salud, lo que indica la necesidad de prepararse mejor para las futuras emergencias sanitarias;

Subrayando las funciones fundamentales de la coordinación entre los niveles nacional, regional y local, así como de la participación efectiva de la comunidad, en la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias;

Poniendo de relieve las interrupciones provocadas por la pandemia y las medidas de salud pública adoptadas en respuesta a la pandemia de COVID-19 en las ciudades y los entornos urbanos, así como las asociadas a los asentamientos informales;

Poniendo también de relieve la preocupación con respecto a la falta de recursos adecuados para la preparación y respuesta frente a emergencias, en particular a nivel subnacional, y que los recursos disponibles se asignan, principalmente, a nivel nacional,

1. INSTA a los Estados Miembros:²

- 1) a que mantengan el compromiso político al más alto nivel y presten la debida atención a la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos, reconociendo sus vulnerabilidades singulares;
- 2) a que proporcionen recursos adecuados y refuercen los medios y las capacidades en la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias en las ciudades;
- 3) a que refuercen la colaboración multisectorial, multinivel y multipartita en las políticas nacionales de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias;
- 4) a que elaboren, mejoren y apliquen planes de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, reconociendo que dichos planes deben ser específicos para cada contexto, habida cuenta de la heterogeneidad de las ciudades y los entornos urbanos;
- 5) a que consideren la posibilidad de llevar a cabo ejercicios de simulación y exámenes realizados durante la aplicación de las medidas y posteriores a la acción mediante la adopción de un enfoque multisectorial, multinivel y multipartito;
- 6) a que colaboren y apoyen el aprendizaje y el intercambio de buenas prácticas con los asociados internacionales, en particular los institutos nacionales de salud pública, la Red de Preparación Estratégica Mundial de la OMS y otras organizaciones nacionales e internacionales pertinentes que se ocupen de todos los aspectos de las actividades de preparación frente a las emergencias sanitarias en las ciudades;

¹ Strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings: guidance for national and local authorities. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 20212 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351721>) consultado el 12 de mayo de 2022.

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

2. PIDE al Director General:

- 1) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros¹ que lo soliciten a fin de reforzar los medios y las capacidades en la respuesta y preparación frente a emergencias sanitarias en las ciudades;
- 2) que adopte las medidas necesarias a fin de garantizar la asignación de recursos financieros y humanos adecuados, en todos los niveles de la OMS, para prestar dicho apoyo, en consonancia con las prioridades del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2025;
- 3) que preste apoyo a los Estados Miembros² que lo soliciten en la aplicación del marco para el fortalecimiento de la preparación ante emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos;
- 4) que presente un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará en 2024.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión A, tercer informe)

WHA75.8 Fortalecimiento de los ensayos clínicos² para proporcionar evidencias de alta calidad sobre las intervenciones de salud y mejorar la calidad y coordinación de las investigaciones³

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA58.34 (2005) sobre la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, en que se reconoce que una investigación de alta calidad y ética, y la generación y aplicación de conocimientos son indispensables para alcanzar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, WHA63.21 (2010) en la que se definen la función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias, WHA66.22 (2013) y WHA69.23 (2016) sobre el seguimiento del informe del Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación, WHA67.20 (2014) sobre el fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos, WHA67.23 (2014) sobre la evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal, WHA74.6 (2021) sobre el fortalecimiento de la producción local de medicamentos y otras tecnologías de la salud para mejorar el acceso, y WHA74.7 (2021) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, en la que se toma nota de la importancia de la investigación básica y clínica y se reconoce el papel crucial de la colaboración internacional en la investigación y el desarrollo, en particular en lo concerniente a los ensayos clínicos y de vacunas en múltiples países, así como al desarrollo de pruebas de diagnóstico rápido, a la vez que se reconoce también la necesidad de más evidencias científicas rigurosas;

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

² «La OMS define ensayo clínico como todo estudio de investigación que asigna prospectivamente participantes humanos o grupos de humanos a una o más intervenciones relacionadas con la salud para evaluar los efectos en los resultados de salud. Los ensayos clínicos también pueden denominarse ensayos intervencionistas. Entre las intervenciones se incluyen las siguientes, si bien la lista no es exhaustiva: medicamentos, células y otros productos biológicos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos radiológicos, dispositivos, tratamientos comportamentales, cambios en el proceso de atención, atención preventiva, etc. Esta definición incluye ensayos de fase I a fase IV» Esta definición se cita en el documento *Joint statement on public disclosure of results from clinical trials*, de 18 de mayo de 2017 (<https://www.who.int/news/item/18-05-2017-joint-statement-on-registration>) consultado el 25 de mayo de 2022.

³ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

Tomando nota de las recomendaciones formuladas por el Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias en su examen titulado «COVID-19: hagamos que esta sea la última pandemia» en relación con la investigación y desarrollo en el ámbito de la salud, incluidos los ensayos clínicos;

Reconociendo que los ensayos clínicos bien diseñados¹ y bien ejecutados son indispensables para evaluar la seguridad y eficacia de las intervenciones de salud;

Tomando nota de la función de los ensayos clínicos en el desarrollo de nuevas intervenciones de salud seguras y eficaces, y en la orientación de evaluaciones comparativas conexas de costoeficacia en relación con intervenciones existentes con el fin de promover la asequibilidad de los productos de salud;

Observando también que es probable que los ensayos clínicos sobre nuevas intervenciones de salud produzcan un resultado más claro cuando se llevan a cabo en diversos entornos, especialmente en todos los principales grupos de población a los que la intervención pretende beneficiar, prestando especial atención a las poblaciones infrarrepresentadas;

Reconociendo los beneficios que podrían derivarse de la colaboración, la coordinación y el intercambio de información entre las entidades públicas y no públicas que financian ensayos clínicos, además de prevenir y gestionar activamente los conflictos de intereses, y observando los beneficios que podrían derivarse de que las entidades públicas y no públicas que financian ensayos clínicos adopten medidas para garantizar que la financiación se destine a ensayos clínicos bien diseñados y bien ejecutados que producirán evidencias aplicables con respecto a las intervenciones de salud, que abordan las prioridades de salud pública y en particular las necesidades de salud de los países en desarrollo, como las enfermedades tropicales desatendidas, además de tratar de fortalecer la capacidad de los países en desarrollo para realizar ensayos clínicos científica y éticamente sólidos;

Reconociendo también la contribución esencial de los participantes en ensayos clínicos;

Subrayando que los ensayos clínicos deben estar impulsados por las necesidades de salud, basados en la evidencia, bien diseñados, bien ejecutados y basarse en orientaciones éticas establecidas que incluyan los principios de imparcialidad, equidad, justicia, beneficencia y autonomía; y que los ensayos clínicos deben considerarse una responsabilidad común;

Reconociendo la importancia de promover la equidad en la capacidad de ensayos clínicos, en particular mejorando las competencias básicas del personal de investigación, garantizando la protección de los sujetos humanos contra los riesgos que conllevan los ensayos clínicos y reconociendo los beneficios comunes de los resultados generados en la investigación y el desarrollo clínicos, en particular los ensayos clínicos, tanto mediante el fortalecimiento del ecosistema mundial de ensayos clínicos para evaluar las intervenciones de salud como trabajando para fortalecer las capacidades de los países de realizar ensayos clínicos que proporcionen las más altas protecciones a los sujetos humanos y cumplan las reglas pertinentes y las normas armonizadas internacionalmente considerando: *a)* la evaluación sistemática de las capacidades de realizar ensayos clínicos en los países para promover la capacidad de realizar ensayos clínicos rigurosos que cumplen las directrices internacionales y la capacidad de salvaguardar a los sujetos humanos; *b)* el fortalecimiento de las capacidades mundiales de realizar ensayos

¹ A lo largo de toda esta resolución, la expresión «ensayos bien diseñados» se refiere a ensayos que son adecuados desde el punto de vista científico y ético. Para poder presentarlos a las autoridades de reglamentación de los productos médicos, los ensayos deben cumplir lo dispuesto en las directrices del Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos de los Productos Farmacéuticos para Uso Humano, si bien puede que algunos Estados Miembros tengan en cuenta las directrices de la Coalición Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos. Con el fin de generar evidencias suficientemente robustas que permitan adoptar decisiones, por ejemplo el uso generalizado de terapias o de tratamientos preventivos, los ensayos deberían diseñarse, realizarse, analizarse y notificarse debidamente. Un ensayo bien diseñado deber ser también viable desde un punto de vista práctico.

clínicos, en coordinación con organizaciones y estructuras existentes, a fin de promover ensayos clínicos bien diseñados y bien ejecutados que produzcan evidencias de alta calidad y que estén diseñados para reflejar la heterogeneidad de quienes finalmente usarán la intervención o se beneficiarán de su evaluación y se llevan a cabo en diversos entornos, que incluyan todos los principales grupos de población a los que la intervención pretende beneficiar, prestando una atención especial a las poblaciones infrarrepresentadas; c) cuando sea posible, la inclusión de todas las partes interesadas de los ensayos, en particular representantes de grupos de pacientes, de acuerdo con las mejores prácticas en la elaboración de ensayos clínicos junto con las comunidades afectadas para garantizar que las intervenciones de salud atiendan sus necesidades, como las soluciones a las enfermedades tropicales desatendidas; d) la inclusión en los ensayos clínicos de los principales grupos de población a los que la intervención pretende beneficiar; e) promover el intercambio transparente y voluntario, garantizando al mismo tiempo la protección de la información y los datos, tanto de las metodologías de ensayos clínicos bien diseñados como de los resultados de los ensayos clínicos, incluidos los resultados negativos, a través de métodos de código abierto de ámbito internacional para permitir el fomento de capacidades en diversos entornos; y f) la definición y aplicación sólidas de medidas de reglamentación y otros procesos conexos, en particular para las emergencias de salud pública de importancia internacional;

Reconociendo que los datos de los ensayos clínicos desempeñan una función importante para orientar las evaluaciones de la costoeficacia de nuevas intervenciones de salud y su comparación con las intervenciones existentes a fin de evaluar su asequibilidad en el contexto de los sistemas nacionales de salud,

1. INSTA a los Estados Miembros¹ a que, de conformidad con sus contextos y marcos jurídicos y regulatorios nacionales y regionales y según proceda:

- 1) den prioridad al fomento y el fortalecimiento de las capacidades nacionales de ensayo clínico que cumplan las normas internacionales de diseño y realización de ensayos y de protección de los sujetos humanos, así como al fortalecimiento y la puesta en marcha de marcos y autoridades nacionales de reglamentación y de control de la calidad;
- 2) aumenten la capacidad de realizar ensayos clínicos y fortalezcan los marcos normativos de los ensayos clínicos, especialmente en los países en desarrollo, para hacer posible que un mayor número de centros puedan realizar ensayos clínicos bien diseñados y bien ejecutados, y garanticen la disposición operativa para la coordinación de los ensayos a través de redes existentes, nuevas o ampliadas, de ensayos clínicos que cumplan las reglas pertinentes y las normas armonizadas internacionalmente, promoviendo el intercambio de información y prácticas óptimas sobre el diseño y la prestación de ensayos clínicos eficientes y éticos, y en el diseño, preparación y realización de ensayos clínicos;
- 3) coordinen las prioridades de investigación en los ensayos clínicos partiendo de las necesidades de salud pública de los Estados Miembros, incluidos los ensayos clínicos colaborativos y, según proceda, multipaís y multirregionales cuando sean mutuamente beneficiosos, evitando la duplicación innecesaria de trabajo, teniendo en cuenta que la armonización de los ensayos clínicos entre países requerirá labor preparatoria, incluida la coordinación, según proceda, de las prácticas reguladoras nacionales y los marcos de financiación;
- 4) colaboren con entidades de financiación del sector privado e instituciones académicas, además de prevenir y gestionar activamente los conflictos de intereses, para impulsar la orientación de los ensayos clínicos hacia la elaboración de intervenciones de salud que aborden las prioridades y preocupaciones de salud pública de importancia mundial, regional y nacional, en particular las

¹ A lo largo de la presente resolución, las referencias a los Estados Miembros incluyen también, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

enfermedades transmisibles y no transmisibles, prestando una atención especial a las necesidades de salud de los países en desarrollo, y que evalúen la seguridad y eficacia de las intervenciones de salud, en particular prestando una atención especial a las enfermedades frecuentes en los países de ingresos bajos y medianos, las necesidades médicas no satisfechas, las enfermedades raras y las enfermedades tropicales desatendidas;

5) tomen nota y, según proceda, se beneficien de la función potencial de las organizaciones regionales en la coordinación de los ensayos clínicos y la selección de participantes;

6) alentar a los organismos que financian investigaciones a que prioricen y financien ensayos clínicos bien diseñados y bien ejecutados en diferentes entornos e incluyan a todos los principales grupos de población a los que la intervención prevé beneficiar; tengan un peso estadístico apropiado y abarquen grupos de control e intervenciones pertinentes, a fin de generar las pruebas científicas sólidas y procesables necesarias para influir en las políticas de salud pública, las decisiones normativas y la práctica médica y, al mismo tiempo, evitar los ensayos clínicos de poco peso estadístico y deficientemente concebidos, así como la exposición de los participantes en esos ensayos, a riesgos injustificados e innecesarios, tanto en tiempos normales como en situaciones de emergencia de salud pública de importancia internacional, en particular mediante medidas orientadas a:

a) fomentar la inversión en ensayos clínicos bien diseñados, en particular por medio de redes de ensayos clínicos establecidas en colaboración con comunidades afectadas, con miras a abordar sus necesidades de salud pública y con la perspectiva de que los ensayos contribuyan a fortalecer las capacidades para realizar ensayos clínicos, incluido el mejoramiento de las competencias básicas del personal de investigación, especialmente en los países en desarrollo;

b) establecer condiciones en relación con las donaciones destinadas a financiar ensayos clínicos, a fin de alentar el uso de protocolos de datos normalizados, cuando estén disponibles y según proceda, y exigir la inscripción en un registro de ensayos clínicos de dominio público, en el marco de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos de la OMS, o cualquier otro registro que observe sus criterios;

c) promover, según proceda, medidas dirigidas a facilitar la presentación oportuna de informes sobre los resultados de ensayos clínicos interpretables, tanto positivos como negativos, en consonancia con la Declaración conjunta sobre divulgación pública de los resultados de pruebas clínicas¹ y la Declaración conjunta de la OMS y la Coalición Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos sobre la transparencia y la integridad de los datos,² en particular mediante la consignación de los resultados en un registro de ensayos clínicos de dominio público, en el marco de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos de la OMS, y fomentar la difusión oportuna de los resultados de los ensayos, preferentemente en una publicación de acceso libre;

¹ Joint statement on public disclosure of results from clinical trials, de 18 de mayo de 2017 (<https://www.who.int/news/item/18-05-2017-joint-statement-on-registration>) consultado el 25 de mayo de 2022.

² Declaración conjunta de la OMS y la Coalición Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica sobre la transparencia y la integridad de los datos, de 7 de mayo de 2021 ([https://www.who.int/es/news/item/07-05-2021-joint-statement-on-transparency-and-data-integrityinternational-coalition-of-medicines-regulatory-authorities-\(icmra\)-and-who](https://www.who.int/es/news/item/07-05-2021-joint-statement-on-transparency-and-data-integrityinternational-coalition-of-medicines-regulatory-authorities-(icmra)-and-who)) consultado el 25 de mayo de 2022.

- d)* promover la traducción de los resultados en directrices clínicas, según proceda, incluida la comparación con los tratamientos y los datos existentes relativos a la eficacia, sobre la base de una evaluación minuciosa;
- e)* examinar medidas durante emergencias de salud pública de importancia internacional, con el fin de alentar a los investigadores a comunicar rápida y responsablemente los resultados de ensayos clínicos interpretables, incluidos los resultados negativos, a los organismos nacionales de reglamentación u otras autoridades competentes, incluida la OMS, a fin de elaborar directrices clínicas y listas de uso en emergencias que respalden los rápidos procesos decisorios normativos y la adaptación de emergencia de directrices clínicas y de salud pública, según proceda, incluso mediante publicaciones impresas con antelación;
- 7) apoyar a los comités de ética y los organismos de reglamentación, con el fin de posibilitar procesos de gobernanza eficientes centrados en los principios científicos y éticos fundamentales que respaldan los ensayos comparativos aleatorizados y, al mismo tiempo, velar por la protección de los pacientes y otros participantes en ensayos, incluida la protección de los datos y la actuación proporcionada al riesgo, a fin de apoyar de manera óptima los ensayos clínicos bien diseñados y bien ejecutados y facilitar la preparación para los ensayos clínicos, incluidos, cuando proceda, ensayos en varios países durante emergencias de salud pública de importancia internacional, cuando sea científicamente apropiado y, al mismo tiempo, adoptar criterios flexibles e innovadores;
- 8) prestar apoyo a mecanismos nuevos y existentes con miras a facilitar rápidos procesos decisorios y normativos durante emergencias de salud pública de importancia internacional, de modo que:
- a)* los ensayos seguros, éticos y bien diseñados se puedan aprobar y desarrollar rápidamente;
- b)* los datos de los ensayos clínicos se puedan evaluar sin dilación, por ejemplo, mediante el procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias de la OMS, y se puedan autorizar inmediatamente las intervenciones sanitarias consideradas seguras y eficaces;
- 9) con la debida protección de la confidencialidad de la información, tanto en tiempos normales como en el contexto de emergencias de salud pública de importancia internacional y según proceda, facilitar el intercambio, entre organismos de reglamentación, de:
- a)* sus evaluaciones de los protocolos de ensayos clínicos, a fin de permitir la aplicación práctica de protocolos rigurosos;
- b)* informes de evaluación sobre intervenciones sanitarias potencialmente significativas e importantes para la salud pública para influir, cuando sea posible, en los procesos decisorios de otros países, en particular en lo concerniente a posibles evaluaciones y decisiones normativas relacionadas con la inclusión de intervenciones sanitarias en sus sistemas nacionales de salud y de vigilancia de la seguridad;
- 10) apoyar los mecanismos nuevos y existentes con miras a facilitar la pronta interpretación de los datos obtenidos en ensayos clínicos para elaborar o modificar, según sea necesario, las directrices pertinentes durante emergencias de salud pública de importancia internacional;
- 11) facilitar la colaboración y las sinergias entre agentes, instituciones y redes del ecosistema de datos clínicos a lo largo del proceso continuo que va desde la investigación clínica hasta la utilización práctica de los datos de ensayos clínicos por medio de evaluaciones comparativas de datos, síntesis de pruebas científicas, evaluaciones de tecnologías sanitarias, decisiones

normativas, análisis comparativos de la costoeficacia de las intervenciones sanitarias existentes y, según proceda, elaboración de directrices basadas en pruebas científicas y vigilancia de la aplicación en la práctica clínica;

2. INVITA a las organizaciones no gubernamentales internacionales y otras partes interesadas pertinentes a que consideren oportunidades para coordinar las prioridades de investigación y a promover las inversiones en investigación de ensayos clínicos, así como la asignación eficaz, equitativa y oportuna de recursos y financiación, al tiempo que se previenen y gestionan los conflictos de intereses, a fin de respaldar ensayos clínicos sólidos y de calidad y fortalecer las capacidades de investigación de ensayos clínicos en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo y en relación con enfermedades que afectan desproporcionadamente a esos países;
3. PIDE al Director General, que tenga a bien:
 - 1) organizar, de forma transparente, consultas en línea con las partes interesadas, el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, los Estados Miembros, organizaciones no gubernamentales que incluyan a grupos de pacientes, entidades del sector privado, en particular asociaciones empresarias internacionales, fundaciones filantrópicas e instituciones académicas, según proceda, sobre las funciones de la Secretaría de la OMS, los Estados Miembros y los agentes no estatales, e identificar y proponer a los Estados Miembros, para su examen por los órganos deliberantes, prácticas óptimas y otras medidas destinadas a fortalecer el ecosistema mundial de ensayos clínicos, teniendo en cuenta las iniciativas pertinentes, según proceda;
 - 2) examinar las orientaciones existentes y desarrollar, con arreglo a los procesos normalizados de la OMS, nuevas orientaciones, según se requieran, sobre prácticas óptimas para los ensayos clínicos, incluso sobre el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para esos ensayos, que se aplicarán en tiempos normales e incluirán disposiciones para su aplicación en el contexto de una emergencia de salud pública de importancia internacional, teniendo en cuenta las iniciativas y directrices pertinentes, según proceda, entre ellas las encabezadas por el Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos de los Productos Farmacéuticos para Uso Humano y otras organizaciones mediante el suministro, según corresponda, de:
 - a) orientación sobre prácticas óptimas para ayudar a los Estados Miembros en la ejecución de ensayos clínicos científica y éticamente incuestionables en sus contextos nacionales y regionales;
 - b) orientación para los agentes no estatales sobre prácticas óptimas relativas al diseño y la ejecución de ensayos clínicos y el fortalecimiento del ecosistema mundial de ensayos clínicos, a fin de satisfacer las necesidades de los principales grupos de población a los que la intervención prevé beneficiar, con especial atención a las poblaciones subrepresentadas, elaborada en consultas con los Estados Miembros y los agentes no estatales pertinentes;
 - 3) proporcionar orientación a los Estados Miembros que la soliciten, teniendo en cuenta las iniciativas y directrices pertinentes sobre prácticas óptimas concernientes al desarrollo de legislación, infraestructura y capacidades necesarias para realizar ensayos clínicos, teniendo en cuenta los contextos nacionales y regionales, según proceda;
 - 4) interactuar con los agentes no estatales pertinentes, según proceda, en consonancia con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, con miras a fortalecer las capacidades en materia de ensayos clínicos sobre innovaciones que satisfagan las necesidades de los principales grupos de población a los que la intervención prevé beneficiar, en particular en los países en desarrollo, con particular atención a las poblaciones subrepresentadas;

5) presentar, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 152.ª reunión, que tendrá lugar en 2023, un informe sustantivo sobre los progresos de las actividades solicitadas por el Director General en esta resolución, con miras a su consideración por la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión A, tercer informe)

WHA75.9 Escala de contribuciones para 2022-2023

La 75.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General,¹

ADOPTA la escala de contribuciones de sus Miembros y sus Miembros Asociados para 2023 que figura a continuación.

Estados Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2023
	%
Afganistán	0,0060
Albania	0,0080
Alemania	6,1114
Andorra	0,0050
Angola	0,0100
Antigua y Barbuda	0,0020
Arabia Saudita	1,1841
Argelia	0,1090
Argentina	0,7190
Armenia	0,0070
Australia	2,1111
Austria	0,6790
Azerbaiyán	0,0300
Bahamas	0,0190
Bahrein	0,0540
Bangladesh	0,0100
Barbados	0,0080
Belarús	0,0410
Bélgica	0,8281
Belice	0,0010
Benin	0,0050
Bhután	0,0010
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,0190
Bosnia y Herzegovina	0,0120
Botswana	0,0150
Brasil	2,0131
Brunei Darussalam	0,0210
Bulgaria	0,0560
Burkina Faso	0,0040
Burundi	0,0010

¹ Documento A75/10 Rev.1.

Estados Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2023
	%
Cabo Verde	0,0010
Camboya	0,0070
Camerún	0,0130
Canadá	2,6282
Colombia	0,2460
Comoras	0,0010
Congo	0,0050
Costa Rica	0,0690
Côte d'Ivoire	0,0220
Croacia	0,0910
Cuba	0,0950
Chad	0,0030
Chequia	0,3400
Chile	0,4200
China	15,2550
Chipre	0,0360
Dinamarca	0,5530
Djibouti	0,0010
Dominica	0,0010
Ecuador	0,0770
Egipto	0,1390
El Salvador	0,0130
Emiratos Árabes Unidos	0,6350
Eritrea	0,0010
Eslovaquia	0,1550
Eslovenia	0,0790
España	2,1341
Estados Unidos de América	22,0000
Estonia	0,0440
Eswatini	0,0020
Etiopía	0,0100
Federación de Rusia	1,8661
Fiji	0,0040
Filipinas	0,2120
Finlandia	0,4170
Francia	4,3183
Gabón	0,0130
Gambia	0,0010
Georgia	0,0080
Ghana	0,0240
Granada	0,0010
Grecia	0,3250
Guatemala	0,0410
Guinea	0,0030
Guinea-Bissau	0,0010
Guinea Ecuatorial	0,0120
Guyana	0,0040
Haití	0,0060

Estados Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2023
	%
Honduras	0,0090
Hungría	0,2280
India	1,0441
Indonesia	0,5490
Irán (República Islámica del)	0,3710
Iraq	0,1280
Irlanda	0,4390
Islandia	0,0360
Islas Cook (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Islas Feroe (Miembro Asociado)	0,0010
Islas Marshall	0,0010
Islas Salomón	0,0010
Israel	0,5610
Italia	3,1892
Jamaica	0,0080
Japón	8,0335
Jordania	0,0220
Kazajstán	0,1330
Kenya	0,0300
Kirguistán	0,0020
Kiribati	0,0010
Kuwait	0,2340
Lesotho	0,0010
Letonia	0,0500
Líbano	0,0360
Liberia	0,0010
Libia	0,0180
Lituania	0,0770
Luxemburgo	0,0680
Macedonia del Norte	0,0070
Madagascar	0,0040
Malasia	0,3480
Malawi	0,0020
Maldivas	0,0040
Malí	0,0050
Malta	0,0190
Marruecos	0,0550
Mauricio	0,0190
Mauritania	0,0020
México	1,2211
Micronesia (Estados Federados de)	0,0010
Mónaco	0,0110
Mongolia	0,0040
Montenegro	0,0040
Mozambique	0,0040
Myanmar	0,0100
Namibia	0,0090
Nauru	0,0010
Nepal	0,0100

Estados Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2023
	%
Nicaragua	0,0050
Níger	0,0030
Nigeria	0,1820
Niue (no es miembro de las Naciones Unidas)	0,0010
Noruega	0,6790
Nueva Zelandia	0,3090
Omán	0,1110
Países Bajos	1,3771
Pakistán	0,1140
Palau	0,0010
Panamá	0,0900
Papua Nueva Guinea	0,0100
Paraguay	0,0260
Perú	0,1630
Polonia	0,8371
Portugal	0,3530
Puerto Rico (Miembro Asociado)	0,0010
Qatar	0,2690
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	4,3753
República Árabe Siria	0,0090
República Centroafricana	0,0010
República de Corea	2,5742
República de Moldova	0,0050
República Democrática del Congo	0,0100
República Democrática Popular Lao	0,0070
República Dominicana	0,0670
República Popular Democrática de Corea	0,0050
República Unida de Tanzania	0,0100
Rumania	0,3120
Rwanda	0,0030
Saint Kitts y Nevis	0,0020
Samoa	0,0010
San Marino	0,0020
San Vicente y las Granadinas	0,0010
Santa Lucía	0,0020
Santo Tomé y Príncipe	0,0010
Senegal	0,0070
Serbia	0,0320
Seychelles	0,0020
Sierra Leona	0,0010
Singapur	0,5040
Somalia	0,0010
Sri Lanka	0,0450
Sudáfrica	0,2440
Sudán	0,0100
Sudán del Sur	0,0020
Suecia	0,8711
Suiza	1,1341

Estados Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2023
	%
Suriname	0,0030
Tailandia	0,3680
Tayikistán	0,0030
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0020
Tokelau (Miembro Asociado)	0,0010
Tonga	0,0010
Trinidad y Tabago	0,0370
Túnez	0,0190
Turkmenistán	0,0340
Turquía	0,8451
Tuvalu	0,0010
Ucrania	0,0560
Uganda	0,0100
Uruguay	0,0920
Uzbekistán	0,0270
Vanuatu	0,0010
Venezuela (República Bolivariana de)	0,1750
Viet Nam	0,0930
Yemen	0,0080
Zambia	0,0080
Zimbabwe	0,0070
TOTAL	100,0000

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión B, primer informe)

WHA75.10 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;¹ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

Observando que, en el momento de la apertura de la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, estaban suspendidos los derechos de voto del Afganistán, las Comoras, Guinea Ecuatorial, Gambia, el Irán (República Islámica del), Somalia, el Sudán, Sudán del Sur, Venezuela (República Bolivariana de) y el Yemen, y que dicha suspensión seguirá vigente hasta que los atrasos de esos Estados Miembros se hayan

¹ Documento A75/28.

² Documento A75/55.

reducido, en la actual Asamblea Mundial de la Salud o en otras futuras, a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;

Observando que, en el momento de la apertura de la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, el Camerún, Chile, Dominica, el Líbano, Lesotho, Libia, Macedonia del Norte y las Islas Salomón tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Asamblea de la Salud debiera examinar la procedencia de suspender los derechos de voto de esos países en la fecha de apertura de la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2023,

DECIDE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7 (1988), si en la fecha de apertura de la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud, el Camerún, Chile, Dominica, el Líbano, Lesotho, Libia, Macedonia del Norte y las Islas Salomón todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se les suspenderán los derechos de voto a partir de dicha apertura;
- 2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el párrafo 1) *supra* se mantendrá en la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas Mundiales de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;
- 3) que la presente decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión B, primer informe)

WHA75.11 Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;²

Recordando la resolución ES-11/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2 de marzo de 2022 relativa a la agresión contra Ucrania; la resolución ES-11/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 24 de marzo de 2022 relativa a las consecuencias humanitarias de la agresión contra Ucrania; así como la resolución 49/1 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 4 de marzo de 2022 relativa a la situación de los derechos humanos en Ucrania a raíz de la agresión rusa;

Recordando también la resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la protección de los heridos y enfermos, el personal sanitario y el personal humanitario en situaciones de conflicto armado; la resolución 46/182 (1991) de la Asamblea General de las Naciones Unidas relativa al fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia en el sistema

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² Documento A75/47.

de las Naciones Unidas, y todas las resoluciones pertinentes posteriores; la resolución WHA65.20 (2012) relativa a la respuesta de la OMS y su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias; y la decisión WHA69(9) (2016) relativa a la reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias: Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS;

Acogiendo con beneplácito la orden de medidas provisionales jurídicamente vinculantes promulgada por la Corte Internacional de Justicia el 16 de marzo de 2022, por la que se ordena a la Federación de Rusia que suspenda de inmediato las operaciones militares que inició el 24 de febrero de 2022 en el territorio de Ucrania;

Tomando nota de la adopción por el Comité Regional de la OMS para Europa, durante su reunión extraordinaria celebrada el 10 de mayo de 2022, de una resolución titulada «WHA75: Emergencia sanitaria en Ucrania y los países vecinos, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia»,¹ en la que se exhorta al Director Regional de la OMS para Europa a que considere la posibilidad de suspender temporalmente todas las reuniones regionales en la Federación de Rusia, incluidas las reuniones técnicas y las reuniones de expertos, así como las conferencias y seminarios cuya composición establece la Oficina Regional de la OMS para Europa, hasta que se aplique una solución pacífica del conflicto entre la Federación de Rusia y Ucrania y la Federación de Rusia retire sus fuerzas militares del territorio de Ucrania dentro de sus fronteras reconocidas internacionalmente;

Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y sus referencias a la Carta de las Naciones Unidas; la obligación que incumbe a todos los Miembros, con arreglo al Artículo 2 de la Carta de las Naciones Unidas, de abstenerse en sus relaciones internacionales de recurrir a la amenaza o al uso de la fuerza contra la integridad territorial o la independencia política de cualquier Estado, o en cualquier otra forma incompatible con los propósitos de las Naciones Unidas, y de arreglar sus controversias internacionales por medios pacíficos; y la obligación prevista en el Artículo 2 de la Carta de las Naciones Unidas, según la cual todos los Miembros de la Organización, a fin de asegurarse los derechos y beneficios inherentes a su condición de tales, cumplirán de buena fe las obligaciones contraídas por ellos de conformidad con la Carta;

Recordando también que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades;

Reafirmando que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, y que la paz y la seguridad son cruciales para lograr ese derecho humano;

Recordando las funciones de la OMS, entre las que se incluye proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar la cooperación necesaria;

¹ Resolución EUR/RCSS/R1.

Reconociendo la grave preocupación por la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania en las declaraciones de, entre otros, el Secretario General de las Naciones Unidas¹ y el Director General de la OMS,^{2,3}

Expresando su profunda preocupación por la persistencia de la emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, desencadenada por la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania, que ha dado lugar a lesiones y traumatismos relacionados con el conflicto, y a un aumento de los riesgos de enfermedad y muerte por enfermedades no transmisibles, de aparición y propagación de enfermedades infecciosas, de deterioro de la salud mental y de la salud psicosocial, de trata de personas, de violencia de género y de deterioro de la salud sexual y reproductiva, y de la salud de la madre y el niño;

Alarmada en particular por los efectos desproporcionados de la interrupción de los servicios de salud en los grupos vulnerables, como las mujeres y los niños, los desplazados internos, las personas mayores y las personas con discapacidad;

Alarmada también por los efectos sanitarios de la agresión de la Federación de Rusia, que tienen importancia en la Región pero que trascienden también la esfera regional, y entre los que se incluyen números considerables de refugiados que huyen de Ucrania; los riesgos de eventos y peligros potenciales radiológicos, biológicos y químicos; y el agravamiento de la ya considerable crisis mundial de seguridad alimentaria;

Recordando el llamamiento de emergencia emitido el 3 de marzo de 2022 por la OMS para Ucrania y los países que reciben y acogen refugiados;

1. **CONDENA EN LOS TÉRMINOS MÁS ENÉRGICOS** la agresión militar de la Federación de Rusia contra Ucrania, en particular los ataques perpetrados contra establecimientos de salud que han sido documentados a través del Sistema de Vigilancia de Ataques contra la Atención Sanitaria de la OMS;
2. **SEÑALA A LA ATENCIÓN** el hecho de que la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania se trata de circunstancias excepcionales que provocan un grave impedimento para la salud de la población de Ucrania, además de tener efectos sanitarios regionales y que trascienden la esfera regional;
3. **INSTA** a la Federación de Rusia a que ponga fin de inmediato a todos los ataques contra hospitales y otros establecimientos de atención de salud;
4. **INSTA TAMBIÉN** a la Federación de Rusia a que respete y proteja plenamente a todo el personal médico y al personal humanitario dedicado exclusivamente a tareas médicas, así como sus medios de transporte y su equipo;
5. **INSTA ADEMÁS** al respeto y la protección de los enfermos y heridos, en particular los civiles, los trabajadores de la salud y de ayuda humanitaria, y los sistemas de salud, de conformidad con

¹ Observaciones del Secretario General de las Naciones Unidas en la rueda de prensa con el Presidente de Ucrania el 28 de abril de 2022 (<https://www.un.org/sg/en/content/sg/press-encounter/2022-04-28/secretary-generals-remarks-press-conference-president-volodymyr-zelensky-of-ukraine>).

² Observaciones preliminares del Director General de la OMS en la rueda de prensa del 13 de abril de 2022 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-who-press-conference-13-April-2022>).

³ Alocución del Director General de la OMS en la reunión extraordinaria del Comité Regional de la OMS para Europa el 10 de mayo de 2022 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/WHO-Director-Generals-remarks-at-Special-Session-of-the-WHO-Regional-Committee-for-Europe-10-May-2022>).

los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales, y con el derecho internacional humanitario ampliamente aceptado;

6. DECIDE que la continuación de las acciones por la Federación de Rusia en detrimento de la situación sanitaria en Ucrania, en los planos regional y mundial, exigiría que la Asamblea de la Salud examinara la aplicación de los artículos pertinentes de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;

7. INSTA a los Estados Miembros pertinentes a:

- 1) adherirse al derecho internacional humanitario, al derecho internacional de los derechos humanos y a las normas y criterios de la OMS;
- 2) permitir y facilitar que el personal desplegado por la OMS sobre el terreno, y todo otro personal médico y humanitario, tenga acceso seguro, rápido y sin trabas a las poblaciones que necesitan asistencia;
- 3) garantizar la libre circulación de medicamentos esenciales, equipo médico y otras tecnologías de salud en todas las zonas de conflicto y en zonas no afectadas por el conflicto;

8. ALIENTA a los Estados Miembros a:

- 1) incrementar sus aportaciones al llamamiento de emergencia de la OMS para Ucrania y los países que reciben y acogen refugiados, al Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias y a la labor de la OMS en otras emergencias sanitarias, muchas de las cuales se han visto exacerbadas por la agresión militar de la Federación de Rusia contra Ucrania;
- 2) mantener o intensificar el apoyo a la respuesta liderada por las Naciones Unidas para atender las necesidades en materia de salud y otras necesidades urgentes del pueblo de Ucrania y mitigar los efectos negativos del conflicto en la salud, así como otras actividades de socorro cruciales en todo el mundo;

9. PIDE al Director General que tenga a bien:

- 1) facilitar el personal, los recursos financieros y el apoyo de liderazgo necesarios en los tres niveles de la Organización para una respuesta humanitaria y sanitaria de emergencia que sea eficaz y responsable, en particular las funciones cruciales del grupo de acción sanitaria, bajo el liderazgo del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y en consonancia con las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud;
- 2) velar por que la respuesta del sector de la salud bajo el liderazgo de la OMS sobre el terreno se adhiera a las mejores normas sobre la prevención y respuesta a la explotación, el abuso y el acoso sexuales y, en colaboración con otros organismos, proporcione atención de salud y apoyo adecuados a las víctimas y documente los casos de abuso sexual, en particular por parte de las fuerzas militares;
- 3) seguir apoyando a los sectores de la salud de Ucrania y de los países que reciben y acogen refugiados utilizando un planteamiento que tenga en cuenta el sistema de salud, incluso a través de programas de creación de capacidad en la preparación y respuesta para la atención de traumatismos y un gran número de víctimas, así como en el mantenimiento de los servicios básicos de salud y la promoción del acceso a los mismos en un contexto de conflicto;
- 4) apoyar la adquisición sostenible de medicamentos esenciales, equipo médico y otras tecnologías de salud;

- 5) mantener el seguimiento, recopilación, documentación y difusión de datos sobre ataques contra establecimientos de salud, trabajadores de la salud, transportes del sector de la salud y pacientes en Ucrania;
- 6) evaluar, en plena cooperación con los asociados del grupo de acción sanitaria y otras entidades pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, la amplitud y el carácter de la morbilidad psiquiátrica y otros tipos de trastornos de salud mental causados por la prolongación de la situación en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados;
- 7) velar por la asignación de recursos humanos y financieros adecuados para alcanzar los objetivos establecidos en los párrafos precedentes;
- 8) presentar a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 152.^a reunión, un informe sobre la aplicación de la presente resolución, incluida una evaluación de los efectos directos e indirectos de la agresión de la Federación de Rusia contra Ucrania en la salud de la población de Ucrania, así como de los efectos sanitarios regionales y los que trascienden la esfera regional.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión A, cuarto informe)

WHA75.12 Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la propuesta de enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005),² que incluye en su anexo propuestas de enmiendas presentadas por los Estados Unidos de América con arreglo al párrafo 1 del artículo 55 de dicho Reglamento;

Recordando la decisión EB150(3) (2022) titulada «Fortalecer el Reglamento Sanitario Internacional (2005): proceso de revisión a través de su posible enmienda», en el que se tomó nota de los debates del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias en relación con el fortalecimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular mediante la aplicación, la observancia y la posible introducción de enmiendas, y en la que se instó a los Estados Miembros a tomar todas las medidas adecuadas para examinar posibles enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005), en el entendimiento de que ello no llevaría a reabrir una renegociación del instrumento en su totalidad;

Expresando su reconocimiento por la labor desempeñada por el Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias a fin de elaborar un proceso inclusivo dirigido por los Estados Miembros para examinar las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005);

Acogiendo favorablemente la decisión WHA75(9) (2022) sobre el fortalecimiento de la preparación y la respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, en la que los Estados Miembros decidieron

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² Documento A75/18.

poner en marcha un proceso dirigido por ellos mismos para examinar las enmiendas propuestas¹ al Reglamento Sanitario Internacional (2005), más allá de las adoptadas en el anexo 2;

Recordando que los Estados Miembros decidieron establecer el Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005), por conducto del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias, a fin de debatir sobre enmiendas concretas para abordar problemas y retos específicos y definidos con claridad, entre ellos los relativos a la equidad y las novedades tecnológicas y de otra índole, así como deficiencias que no podrían abordarse con eficacia de otro modo pero que son cruciales para ayudar a poner en práctica y cumplir con eficacia el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y para aplicarlo universalmente con el fin de proteger con equidad a todos los pueblos del mundo frente a la propagación internacional de enfermedades;

Tomando nota del derecho de los Estados Partes a notificar al Director General, de conformidad con los artículos 61 y 62, recusaciones o reservas a las enmiendas del Reglamento Sanitario Internacional (2005) que figuran en el anexo 2,

1. ADOPTA, con arreglo al párrafo 3 del artículo 55 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), las enmiendas al artículo 59 y las consiguientes actualizaciones necesarias de los artículos 55, 61, 62 y 63 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) que se indican en el anexo 2;
2. INSTA a los Estados Partes a que, de conformidad con el artículo 44 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), colaboren entre sí para prestar o facilitar cooperación técnica y apoyo logístico, en particular para crear, reforzar y mantener las capacidades de salud pública requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión A, quinto informe)

WHA75.13 Estrategia Mundial sobre Prevención y Control de Infecciones²

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;³

Recordando las resoluciones WHA48.7 (1995) sobre la revisión y actualización del Reglamento Sanitario Internacional, WHA58.27 (2005) sobre la mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos, WHA69.1 (2016) sobre el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal, WHA70.7 (2017) sobre la mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia, WHA72.6 (2019) sobre la acción mundial en pro de la seguridad del paciente, WHA72.7 (2019) sobre el agua, el saneamiento y la higiene en los centros sanitarios, WHA73.1 (2020) sobre la respuesta a la COVID-19, WHA73.8 (2020) sobre el fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y WHA74.7 (2021) sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, en las cuales la prevención y el control de las infecciones son un componente esencial;

¹ Incluidas las demás enmiendas propuestas que figuran en el anexo del documento A75/18, así como otras enmiendas que hayan presentado o puedan presentar otros Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) o el Director General, en particular mediante el proceso dirigido por los Estados Miembros mencionado anteriormente.

² En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

³ Documento A75/10 Rev.1.

Reafirmando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus metas, que son universales e indivisibles y están interrelacionadas, y refiriéndose en particular a las siguientes metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles: 3.1 sobre la reducción mundial de la mortalidad materna, 3.2 sobre el fin de las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, 3.3 sobre el fin de las epidemias del sida, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas y la lucha contra las hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles, y 3.8 sobre el logro de la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos esenciales y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos, y reconociendo los importantes puntos de confluencia entre la prevención y el control de infecciones y otros Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluido el Objetivo 6 (Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua limpia y el saneamiento para todos);

Tomando nota de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud y la Declaración de Astaná sobre la atención primaria de la salud y los servicios de salud seguros y de alta calidad, y reconociendo que, para llevarlas a la práctica, es fundamental prevenir los daños causados por la transmisión de infecciones en todos los puntos de los sistemas de salud, en particular en los puntos de entrada;

Reconociendo que la prevención y el control de las infecciones en los sectores de la salud humana y animal tienen una importancia crítica y que son disciplinas clínica y de salud pública basadas en un enfoque científico que proporciona medidas de prevención y control dinámicas, resolutivas y prácticas fundamentadas en los conocimientos sobre las enfermedades infecciosas, la epidemiología, los aspectos sociales, la ingeniería y la ejecución, y el fortalecimiento de los sistemas de salud, que requiere un personal de salud especializado;

Tomando nota de que los programas integrales de prevención y control de las infecciones que tienen en cuenta el enfoque de «Una sola salud» a nivel nacional, subnacional y de los establecimientos de salud son esenciales para producir evidencias científicas y prestar apoyo, facilitar y/o supervisar la ejecución correcta, basada en la evidencia y orientada por los riesgos de las actividades de prevención y control de infecciones, así como los recursos y el respaldo material necesarios (por ejemplo, equipo de protección personal);

Preocupada por el hecho de que la pandemia de COVID-19 y los recientes grandes brotes de enfermedad por el virus del Ébola en África occidental y en la República Democrática del Congo han puesto de manifiesto las consecuencias devastadoras que conllevan la falta de preparación y la ejecución deficiente, insuficiente y/o inapropiada de los programas de prevención y control de las infecciones, incluso en los países de altos ingresos, y reconociendo que han llevado a primer plano la prevención y el control de las infecciones;

Observando que, además de los brotes, la OMS ha calculado que cientos de millones de personas presentan infecciones relacionadas con la atención de salud que provocan la muerte de uno de cada 10 pacientes infectados cada año, y señalando además que, en los hospitales de atención de casos agudos, siete de cada 100 pacientes en los países de ingresos altos y 15 de cada 100 pacientes en los países de ingresos bajos y medianos contraen al menos una infección relacionada con la atención de salud durante su estancia hospitalaria, y que hasta el 30% de los pacientes de cuidados intensivos contraen infecciones asociadas a la atención de salud, con una incidencia de dos a 20 veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos;

Reconociendo que, en 2019, una cuarta parte de los establecimientos de atención de salud carecían de servicios básicos de abastecimiento de agua, lo que exponía a 1800 millones de personas, incluidos los trabajadores de la salud y los pacientes, a un mayor riesgo de infecciones, lo que pone de relieve las principales carencias de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud, algo que representa un aspecto crítico de la prevención y el control de las infecciones; y tomando nota de los modestos costos que entraña la consecución de un nivel mínimo de seguridad en los servicios de agua,

saneamiento e higiene, que varía entre US\$ 6500 millones y US\$ 9600 millones en los 46 países menos adelantados, lo que equivale a un 4%-6% del gasto en salud periódico de esos países;

Tomando nota de los costos adicionales derivados de las infecciones relacionadas con la atención de salud, que pueden variar como media entre US\$ 1000 y US\$ 12 000 por episodio en función del país, lo que supone una carga económica importante para los sistemas de salud y gastos directos considerables para los pacientes y sus familias; y de que la mortalidad entre los pacientes afectados por septicemia relacionada con la atención de salud era del 24,4% y de que ascendía hasta el 52,3% entre los pacientes tratados en unidades de cuidados intensivos, y al menos entre dos y tres veces más entre los infectados por organismos resistentes a los antimicrobianos, los neonatos y las personas de países de ingresos bajos y medianos;

Observando también que la mayoría de las infecciones resistentes a los antibióticos se contraen en establecimientos de atención de salud, que el 75% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad atribuibles a la resistencia a los antimicrobianos se deben a infecciones relacionadas con la atención de salud. Cada año la resistencia a los antimicrobianos supone para los sistemas de salud un costo de unos US\$ 1200 millones. Por ejemplo que hasta el 75% de las recetas de medicamentos antimicrobianos en los establecimientos de atención de larga duración son inapropiadas, a pesar de lo cual las políticas para hacer frente al uso indebido de antimicrobianos y a la resistencia a los antimicrobianos, como las relativas al buen uso de los antimicrobianos y a la prevención y el control de las infecciones, se siguen aplicando de forma insuficiente o deficiente;

Observando, asimismo, que un reciente análisis sistemático y algunos modelos de predicción estadística desarrollados por investigadores en el área de la resistencia a los antimicrobianos revelaron que en 2019 el número de defunciones relacionadas con la resistencia bacteriana a los antimicrobianos se estimaban en 4,95 millones en el ámbito mundial, incluidos 1,27 millones de defunciones atribuibles a la resistencia bacteriana a los antimicrobianos, y reflejan la incidencia de la resistencia a los antimicrobianos como una de las principales causas de defunción en todo el mundo, con gran repercusión en entornos de bajos recursos;

Observando que la mayoría de las intervenciones costoeficaces dirigidas a limitar la propagación de la resistencia a los antimicrobianos en entornos de atención de salud son aquellas destinadas a mejorar todos los factores asociados a las infecciones nosocomiales, incluida la higiene y la administración de antimicrobianos, que permitirían prevenir tres de cada cuatro defunciones atribuibles a esa causa;

Observando que las emergencias de salud pública han demostrado que la prevención y el control de las infecciones, junto con las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), desempeñan un papel crucial para prevenir riesgos y emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional y darles una respuesta oportuna y eficaz;

Reconociendo que la pandemia de COVID-19 también ha demostrado el papel crítico de la resiliencia de los sistemas de salud en la prestación de servicios de salud esenciales y el mantenimiento de los sistemas de salud en funcionamiento, y que la piedra angular de la resiliencia de los sistemas consiste en preservar la seguridad de los trabajadores de la salud, los pacientes y los visitantes mediante una serie de medidas, en particular las de prevención y control de las infecciones, las prácticas óptimas y el mantenimiento de la infraestructura esencial, incluidas las precauciones para evitar contagios y las relativas al agua, el saneamiento y la gestión de residuos en todo lugar en que se dispense atención de salud;

Reconociendo la oportunidad singular para aprovechar la experiencia de la acrecentada concienciación mundial sobre la prevención y el control de las infecciones y las inversiones realizadas durante la pandemia de COVID-19 con miras al mejoramiento sostenido de la prevención y el control de las infecciones,

1. EXHORTA a los Estados Miembros¹ a que tengan a bien:
 - 1) adoptar medidas para apoyar y/o garantizar que la prevención y control de infecciones sea uno de los componentes fundamentales de la preparación, prevención y respuesta en el ámbito de la salud mundial;
 - 2) reconocer el imperativo de que toda persona pueda acceder a una atención de gran calidad, asequible y dispensada en condiciones de higiene y seguridad, y que nadie debería verse expuesto innecesariamente a una infección debido a praxis deficientes de prevención y control de infecciones;
 - 3) adoptar medidas para apoyar y/o garantizar que existen programas funcionales y de base científica para la prevención y el control de las infecciones —ya sean infecciones adquiridas en el ámbito comunitario o derivadas de la atención de salud, teniendo en cuenta el principio de «Una sola salud»— y que se aplican, se monitorean y se actualizan a escala nacional, subnacional y/o en los establecimientos de salud, según corresponda a los contextos nacionales y en consonancia con los componentes básicos de dichos programas definidos por la OMS;²
 - 4) adoptar medidas para prestar apoyo a las autoridades pertinentes y/o garantizar que se apliquen cuando menos los requisitos mínimos de los programas de prevención y control de infecciones a escala nacional, subnacional y en los establecimientos de atención de salud, y que se monitorean incluyendo una gestión de residuos adecuada y respetuosa con el medio ambiente para reducir su incidencia en la salud humana, animal y ambiental;
 - 5) apoyar y garantizar que las precauciones basadas en la transmisión para la prevención y el control de las infecciones se apliquen rigurosa y debidamente a escala nacional y en los establecimientos de salud, y que se instauren medidas funcionales de carácter administrativo, ambiental y de protección personal para prevenir y/o detener la transmisión;
 - 6) adoptar medidas para apoyar y/o garantizar que existan infraestructuras y recursos sostenibles de prevención y control de infecciones, y servicios de agua, saneamiento e higiene, y que se utilicen en todos los establecimientos de atención de salud, en particular en la atención primaria de la salud, y en entornos domiciliarios y comunitarios, así como en entornos de atención a largo plazo, según corresponda en el contexto nacional;
 - 7) adoptar medidas para reconocer el valor de contar con profesionales especializados en prevención y control de infecciones para diferentes entornos, con competencias, aptitudes, trayectorias profesionales y poder de actuación adecuados y con un mandato y atribuciones claramente definidos, al tiempo que rinden cuentas, y que trabajan dentro del marco de gobernanza clínica de sus organizaciones para aplicar los programas de prevención y control de infecciones y notificar sus efectos, según corresponda en el contexto nacional;
 - 8) adoptar medidas para establecer y poner en marcha planes de estudio homologados de prevención y control de infecciones como parte de la formación de pregrado y posgrado y la formación continua en el servicio, según sea el caso en los contextos nacionales, para todos los trabajadores de la salud y todas las disciplinas pertinentes;
 - 9) adoptar medidas para garantizar que los programas de prevención y control de infecciones estén integrados y en sintonía con los programas relativos a la resistencia a los antimicrobianos,

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

² *Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>).

la calidad de la atención, la seguridad del paciente, los servicios de agua, saneamiento e higiene, la construcción y remodelación de la infraestructura de los establecimientos de salud, y los programas de emergencias sanitarias, así como los programas relativos a las enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea, la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las enfermedades tropicales desatendidas, la salud ocupacional, la salud sexual y reproductiva y la salud materna, neonatal e infantil, y otros programas pertinentes, según proceda para los contextos nacionales;

10) aportar voluntad política ostensible y decisiva, con intervención de mandatarios del más alto nivel, para sostener y potenciar la aplicación y el funcionamiento de programas de prevención y control de infecciones a escala regional, nacional, local y en los establecimientos de salud, lo que supone, entre otras cosas, promover la asignación de presupuestos nacionales y locales dedicados a tal efecto, según proceda y con arreglo al contexto interno;

11) introducir orientaciones, regulaciones y/o marcos jurídicos para hacer cumplir los requisitos y las políticas de prevención y control de infecciones, así como la aplicación de prácticas óptimas a través de sistemas de homologación de los establecimientos de salud y otros mecanismos, según proceda y con arreglo al contexto interno;

12) emprender, según proceda en los contextos nacionales, evaluaciones periódicas, detalladas y multinivel de los programas de prevención y control de infecciones, las prácticas y la vigilancia de las infecciones vinculadas a la atención de la salud y la resistencia a los antimicrobianos, a fin de generar y compartir datos que se utilizarán para actuar y mejorar resultados, y

13) seguir fomentando las inversiones en investigación sobre prevención y control de infecciones.

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) elaborar, en consulta con los Estados Miembros y las organizaciones de integración económica regional, un proyecto de estrategia mundial —en consonancia con otras estrategias que incluyan un enfoque en las actividades de prevención y control de infecciones, como el Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos— sobre prevención y control de infecciones tanto en entornos de salud como de atención a largo plazo, para su examen por la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 152.^a reunión;

2) plasmar la estrategia mundial sobre prevención y control de infecciones tanto en entornos de salud como de atención a largo plazo en un plan de acción para la prevención y el control de las infecciones que incluya un marco de seguimiento de los progresos realizados, con metas claramente definidas y cuantificables que deberán alcanzarse para 2030, con miras a su consideración por la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2024, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 154.^a reunión;

3) seguir actualizando y elaborando, según sea necesario, orientaciones técnicas sobre programas y prácticas de prevención y control de infecciones para entornos de salud y de atención a largo plazo;

4) informar de los progresos realizados y los resultados obtenidos a la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2025, y posteriormente cada dos años hasta 2031.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022–
Comisión A, sexto informe)

WHA75.14 Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;²

Recordando las resoluciones WHA61.21 (2008), WHA62.16 (2009), WHA68.18 (2015) y WHA72.8 (2019) y las decisiones WHA71(9) (2018) y WHA73(11) (2020) relativas a la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, cuya finalidad es promover una nueva manera de concebir la innovación y el acceso a los medicamentos y a otros productos de salud;

Reiterando la función esencial que desempeña la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual en la dirección y la coordinación de las políticas y los programas de la OMS en esta interfaz, incluida la cooperación trilateral OMS-OMPI-OMC;

Haciendo hincapié en que la relación y el equilibrio entre la salud pública, la innovación y la propiedad intelectual es un componente fundamental tanto de los sistemas de salud sostenibles y resilientes como de, entre otras cuestiones, la prevención, la preparación y la respuesta frente a las emergencias sanitarias, incluida la actual pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y las futuras pandemias;

Reconociendo el valor constante de los principios y los elementos de trabajo consagrados en la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, que orientan y definen la labor de la OMS en relación con el acceso a los medicamentos y a otros productos sanitarios;

Reafirmando las metas y los objetivos de la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, y reconociendo la importante contribución y la labor de establecimiento de prioridades realizadas gracias al examen general del programa de la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;³

Reiterando la expresión de preocupación compartida de los Estados Miembros por el ritmo con el que las partes interesadas están aplicando la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, que se ha visto aún más obstaculizada por los problemas generados por la pandemia de COVID-19;

Observando la contribución que varias actividades del Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual podrían tener para ayudar a alcanzar las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible,

1. DECIDE ampliar el calendario del Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual de 2022 a 2030;

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² Documento A75/10 Rev.1.

³ Overall programme review of the global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Report of the review panel. November 2017 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/essential-medicines/intellectual-property/gspa/gspa-phi3011rev.pdf?sfvrsn=c66f768b_5) consultado el 6 de abril de 2022.

2. INSTA a los Estados Miembros a que tengan a bien:
 - 1) según proceda y teniendo en cuenta los contextos nacionales, potenciar la aplicación de las recomendaciones del examen general del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual que estén dirigidas a los Estados Miembros, en la medida en que sean coherentes con la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
 - 2) determinar e intercambiar, a través de consultas informales que convocará el Director General al menos cada dos años, las prácticas óptimas relativas a la ejecución de medidas en el marco de la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
3. REITERA al Director General la importancia de asignar los recursos necesarios a la aplicación de las recomendaciones dirigidas a la Secretaría por el cuadro encargado del programa de la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual,¹ de acuerdo con las prioridades establecidas por dicho cuadro, en la medida en que sean conformes con la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
4. PIDE al Director General de la OMS que tenga a bien:
 - 1) seguir prestando asistencia técnica e intercambiando conocimientos que ayuden a los países a aplicar medidas conformes con la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
 - 2) promover la colaboración y la coordinación en el seno de los países y entre ellos, así como con las partes interesadas pertinentes, para aplicar medidas conformes con la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
 - 3) determinar cuáles son las posibles sinergias y los obstáculos en relación con la labor que desempeña la Secretaría relativa a la aplicación de medidas conformes con la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
 - 4) llevar a cabo, en 2023, una evaluación de los indicadores incluidos en el examen general del programa de la Estrategia y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual,¹ en consulta con los Estados Miembros,² y elaborar proyectos de revisiones para adaptar los indicadores al nuevo periodo de vigencia del Plan de Acción;
 - 5) informar a la Asamblea de la Salud (en 2024, 2026 y 2028) sobre los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual y de la presente resolución;
5. ALIENTA a los agentes no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales a que colaboren con los países a fin de aplicar medidas conformes con la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

¹ Overall programme review of the global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Report of the review panel. November 2017 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/essential-medicines/intellectual-property/gspa/gspa-phi3011rev.pdf?sfvrsn=c66f768b_5) consultado el 6 de abril de 2022.

² Y, cuando proceda, con las organizaciones de integración económica regional.

WHA75.15 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General,²

1. FIJA en US\$ 188 253 los sueldos brutos anuales correspondientes a los cargos de Subdirector General y Director Regional,³ lo que supone un sueldo neto de US\$ 139 747;
2. FIJA en US\$ 207 368 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto,⁴ lo que supone un sueldo neto de US\$ 152 363;
3. FIJA en US\$ 259 553 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General, lo que supone un sueldo neto de US\$ 195 187; y
4. DECIDE que esos ajustes en la remuneración sean efectivos a partir del 1 de enero de 2022.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

WHA75.16 Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el proyecto de acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo;⁵

Teniendo presente también el Artículo 70 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud,

APRUEBA el acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo.⁶

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022)

¹ Documento A75/10 Rev.1.

² Véase el documento EB150/46 Rev.1; véanse también las actas resumidas de la 150.^a reunión del Consejo Ejecutivo, duodécima sesión, sección 2.

³ Categoría salarial UG1.

⁴ Categoría salarial UG2.

⁵ Véase el documento A75/34.

⁶ Véase el anexo 3.

WHA75.17 Recursos humanos para la salud¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;²

Recordando la resolución WHA74.14 (2021) titulada «Proteger y salvaguardar al personal de salud y asistencial e invertir en él» y las resoluciones conexas anteriores y reafirmando las disposiciones recogidas en dicha resolución;

Observando la continuada perturbación en los servicios de salud esenciales y en la prestación de servicios relacionados con la enfermedad por coronavirus (COVID-19), en particular: *a*) todas las contramedidas médicas, como los equipos de protección personal, las vacunas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos; y *b*) el tratamiento recibido al enfermar, en particular en las unidades de cuidados intensivos, debido, entre otras razones, al acceso desigual a productos de salud de calidad, seguros, eficaces y asequibles dentro de los países y entre ellos, y a la disponibilidad insuficiente de fuerza de trabajo en la mayoría de los países;

Preocupada por que los progresos realizados para subsanar la escasez mundial de trabajadores de la salud son desiguales, lo que pone de relieve la variación entre regiones, especialmente en los países de la Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2020;

Alarmada por los crecientes retos para la salud, el bienestar, la vida y la seguridad de los trabajadores de la salud y asistenciales, en particular los ataques al personal de salud y los establecimientos de salud desde el inicio de la pandemia de COVID-19, en particular los que se encuentran en entornos en conflicto y de otro tipo en los últimos años y especialmente en los últimos meses, y el aumento notificado del malestar psíquico y los trastornos mentales experimentados por los trabajadores de la salud y asistenciales, exacerbados por la aparición de la pandemia de COVID-19, lo que ha influido en la reducción de la productividad y el desempeño y ha afectado a la fidelización de la fuerza de trabajo;

Reconociendo la resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la protección de los heridos y enfermos, el personal sanitario y el personal humanitario en situaciones de conflicto armado, y reconociendo la resolución WHA70.6 (2017) sobre los recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, en la que se reconocía la necesidad de aumentar sustancialmente la protección y la seguridad del personal sanitario y social y de los establecimientos de salud en todos los entornos, en particular en las emergencias de salud pública agudas y prolongadas y los entornos humanitarios;

Recordando además la resolución WHA63.16 (2010) acerca del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, en la que la Asamblea Mundial de la salud adoptó el Código Mundial, y el reconocimiento, en ese Código, de que un personal sanitario suficiente y accesible es fundamental para un sistema de salud integrado y eficaz y para la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta la necesidad de mitigar los posibles efectos negativos de la migración del personal sanitario en los sistemas de salud, especialmente en los países en desarrollo;

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² Documento A75/12.

Teniendo en cuenta las recomendaciones del informe del Grupo Consultivo de Expertos de la OMS Encargado de Examinar la Pertinencia y Eficacia del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, en las cuales se señala la necesidad de aplicar plenamente el Código Mundial y de brindar el apoyo y las salvaguardias correspondientes al personal de salud y a los sistemas de salud mediante el fortalecimiento de la cooperación internacional, en particular para los países que afrontan las mayores dificultades;

Tomando nota del desajuste entre las necesidades mundiales y regionales de personal para alcanzar la cobertura sanitaria universal, la recuperación de la COVID-19 y la preparación y respuesta frente a emergencias futuras, por un lado, y la insuficiente inversión en la educación, el empleo decente, la formación continua y la fidelización del personal de salud y asistencial, por otro;

Reconociendo la necesidad de seguir promoviendo la equidad para las mujeres en el sector de la salud y asistencial, y haciendo hincapié en la función crucial que desempeñan las mujeres, que representan casi el 70% de los trabajadores de la salud, en el sector de la salud y asistencial,

1. ADOPTA el Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» 2022-2030 en tanto que plataforma y mecanismo de aplicación para acelerar las inversiones en educación, competencias, empleo, salvaguardia y protección de los trabajadores de la salud y asistenciales;
2. EXHORTA a los Estados Miembros a que, de acuerdo con los contextos y las prioridades nacionales:
 - 1) apliquen el Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» 2022-2030 e integren, según proceda, sus objetivos y medidas de planificación y financiación, educación y empleo, y protección y desempeño del personal en sus estrategias, planes de inversión y programas para el personal de salud y asistencial en los niveles nacional y subnacional, en consonancia con la resolución WHA74.14 (2021) titulada «Proteger y salvaguardar al personal de salud y asistencial e invertir en él»;
 - 2) adopten opciones y medidas normativas, de las que harán el seguimiento oportuno, apoyándose en alianzas, en una coordinación y en una financiación multisectoriales, a fin de:
 - a) aumentar la protección y las salvaguardias, además de optimizar la distribución, el despliegue y la utilización del personal de salud y asistencial, prestando una atención especial al empleo, la inclusión y la participación de las mujeres a todos los niveles y de los jóvenes;
 - b) tener en cuenta enfoques regionales y mundiales para fomentar la capacidad multidisciplinar de los trabajadores de la salud y asistenciales para atender y responder a las necesidades de la población, haciendo especial hincapié en los grupos más vulnerables, y propiciar el funcionamiento de sistemas de salud eficientes y la prestación de servicios, poniendo especial atención en la equidad, la accesibilidad, la diversidad y la inclusión social;
 - c) maximizar los beneficios sociales, económicos y para la salud de las inversiones en el personal de salud y asistencial, con el fin de lograr la cobertura sanitaria universal;
 - 3) utilicen, de ser pertinente, el Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales como orientación para guiar el examen, la adopción de medidas y la aplicación en el ámbito nacional sobre el modo de proteger y apoyar a los trabajadores de la salud y asistenciales;
 - 4) se comprometan en los ámbitos nacional, regional y mundial a emprender y acelerar la labor de consolidar un personal de la salud y asistencial a través de programas de capacitación y sirviéndose de los mejores servicios educativos y de capacitación disponibles, plataformas en

línea y oportunidades de aprendizaje híbridas; e impulsen la incorporación de personal capacitado a los sistemas de salud y asistenciales a través de prácticas sostenibles de empleo;

3. INVITA a los asociados internacionales, regionales, nacionales y locales y a las partes interesadas del sector de la salud y de otros sectores pertinentes, según proceda, a secundar y apoyar la aplicación del Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» 2022-2030 con el fin de:

1) aplicar, según proceda, iniciativas de empleo nacionales, regionales y mundiales para promover los empleos decentes, por ejemplo, para los jóvenes y las mujeres del sector de la salud y asistencial;

2) invitar a los Estados Miembros y a los órganos regionales a que inviertan en educación y pongan en marcha oportunidades educativas de capacitación presencial y a través de plataformas de aprendizaje híbrido u otras plataformas tecnológicas con el fin de incrementar el acceso a las herramientas de aprendizaje, por ejemplo, a través de la Academia de la OMS;

3) apoyar el Fondo Fiduciario Multipartito «Trabajar en pro de la Salud» y alentar la financiación directa a los Estados Miembros para la aplicación del Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» 2022-2030 en colaboración con las partes interesadas nacionales, las entidades del sistema de las Naciones Unidas y los asociados en la ejecución;

4. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) apoyar la aplicación del Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» 2022-2030 por los Estados Miembros mediante la prestación de apoyo técnico, y movilizar fondos y competencias especializadas que tengan un efecto catalizador, especialmente para los países que figuran en la Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2020, aprovechando la plataformas de capacitación existentes de la OMS, como la Academia de la OMS, como recurso fundamental para los profesionales de la salud, los dirigentes políticos, los directivos de empresas y los representantes de la sociedad civil de todo el mundo;

2) prestar apoyo a los Estados Miembros para encontrar maneras de proteger a los trabajadores de la salud y asistenciales y salvaguardar sus derechos, y promover y garantizar el trabajo decente, exento de discriminación racial y de toda otra forma de discriminación, y un entorno seguro y propicio para la práctica profesional, por ejemplo, teniendo en cuenta, según proceda, el Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales;

3) informar sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución a las 78.^a y 81.^a Asambleas Mundiales de la Salud (en 2025 y 2028, respectivamente), en consonancia con la presentación de informes sobre la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 y el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud; e informar también a la 83.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2030, antes de la expiración del Plan de Acción «Trabajar en pro de la Salud» 2022-2030.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, tercer informe)

WHA75.18 Resultados de la Cumbre de los PEID para la Salud: Por un futuro saludable y resiliente en los pequeños Estados insulares en desarrollo

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;¹

Observando que el cambio climático, una crisis persistente, amenaza la salud de la población de todos los Estados Miembros, pero que las poblaciones de los pequeños Estados insulares en desarrollo se encuentran entre las primeras y más afectadas;

Reconociendo que los pequeños Estados insulares en desarrollo se ven afectados de manera desproporcionada por el cambio climático, el cual pone en peligro los avances hacia el logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluido el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 sobre buena salud y bienestar;

Observando también que, además del cambio climático, los pequeños Estados insulares en desarrollo se enfrentan todos ellos a graves dificultades en materia de salud y desarrollo sostenible como consecuencia de peligros naturales y peligros provocados por el hombre, la degradación del medio ambiente, emergencias de salud, la pérdida de diversidad biológica, la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), crisis económicas externas, la malnutrición, enfermedades no transmisibles y trastornos mentales;

Reconociendo además que las vulnerabilidades de los pequeños Estados insulares en desarrollo a los fenómenos meteorológicos extremos, incluidos los peligros naturales y los peligros provocados por el hombre, y a las crisis económicas externas, ponen de relieve la importancia de contar con unos sistemas de salud sólidos y resilientes, respaldados por la cobertura universal de salud y que se centren en el acceso equitativo, la calidad, así como la protección financiera y la financiación para el desarrollo en la era de la COVID-19 y más allá;

Recordando la resolución 69/15 (2014) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se establecieron las Modalidades de Acción Acelerada para los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo (Trayectoria de Samoa) para el plan de desarrollo acelerado en estos Estados, y la resolución 70/1 (2015) de la Asamblea General, en virtud del cual se aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con el objetivo común de dar pasos transformadores hacia una vía sostenible y resiliente para asegurar que nadie quede rezagado, y observando la correlación entre los altos niveles de vulnerabilidad y los efectos en los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

Recordando también el Memorando de Entendimiento de la OMS con la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático concertado con ocasión de la 23.^a Conferencia de las Partes en la Convención y la puesta en marcha de la iniciativa especial para proteger a las personas que viven en los pequeños Estados insulares en desarrollo, así como el informe del Director General presentado en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2020, sobre el proyecto de plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo;²

Acogiendo con beneplácito la iniciativa del Director General de organizar la primera Cumbre de los PEID para la Salud: Por un futuro saludable y resiliente en los pequeños Estados insulares en desarrollo, celebrada los días 28 y 29 de junio de 2021;

¹ Documento A75/10 Rev.1 (punto 18.2, Marco de aplicación de la OMS para el tercero de los tres mil millones).

² Documento A72/16.

Observando con beneplácito la declaración sobre los resultados de la Cumbre de los PEID para la Salud¹ acordados por los pequeños Estados insulares en desarrollo que son Estados Miembros de la OMS;

Tomando nota de las medidas propuestas en la declaración sobre los resultados de la Cumbre de los PEID para que todos los asociados de los pequeños Estados insulares en desarrollo los orienten en la aplicación de las principales medidas necesarias para prevenir las amenazas urgentes a las que se enfrentan estos Estados;

Reconociendo los compromisos contraídos por el Director General de aplicar las medidas solicitadas a la Secretaría en respuesta a la declaración final de la Cumbre de los PEID para la Salud, incluidos aquellos sobre el establecimiento de un grupo de líderes de los PEID en pro de la salud y la organización de una segunda Cumbre de los PEID para la Salud en 2023;

Tomando nota de la declaración final de la Cumbre de los PEID para la Salud, en la que se subrayan las dificultades y necesidades urgentes en materia de salud de los pequeños Estados insulares en desarrollo, con el fin de darles más voz, promover medidas y colaborar en su aplicación, y fortalecer las alianzas y la financiación en materia de salud y desarrollo,

1. INSTA a los Estados Miembros² a que fortalezcan su colaboración y asociación en apoyo y reconocimiento de las vulnerabilidades singulares de los pequeños Estados insulares en desarrollo para hacer frente a las diversas necesidades y prioridades en materia de salud que se destacan en la declaración final de la Cumbre de los PEID para la Salud y ayudar a estos Estados a hacer frente a los persistentes problemas de salud, cambio climático y desarrollo a los que se enfrentan por medios que incluyan la aplicación de las Modalidades de Acción Acelerada para los PEID (Trayectoria de Samoa);
2. EXHORTA a todos los asociados internacionales, regionales y nacionales del sector de la salud y de otros sectores a que apliquen las medidas solicitadas en la declaración final de la Cumbre de los PEID, y que atiendan a las necesidades y las medidas que requieren los pequeños Estados insulares en desarrollo;
3. DECIDE proponer un fondo fiduciario de contribuciones voluntarias en materia de salud, para los pequeños Estados insulares en desarrollo, con el mandato que se presentará junto con un informe de la Secretaría sobre las prácticas actuales para financiar la participación de los Estados Miembros en las reuniones de la OMS, en la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud prevista para 2023, con miras, entre otras cosas, a facilitar la participación de estos Estados en las reuniones de la Organización, apoyar el fomento de capacidades y la prestación de asistencia técnica en su favor en relación con cuestiones de interés directo para su situación y alentar a todos los Estados y asociados a que hagan contribuciones voluntarias a este fondo;
4. PIDE al Director General que tenga a bien:
 - 1) seguir cumpliendo con los compromisos contraídos antes de la Cumbre de los PEID para la Salud, y durante esa reunión, en particular:
 - a) la prestación de apoyo al grupo de líderes de los PEID para la salud en las labores de promoción de alto nivel, concitar más la atención mundial respecto de las dificultades e

¹ *SIDS Summit for Health outcome statement: For a Healthy and Resilient Future in Small Island Developing States* (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/sids-summit/sids-summit-for-health---final-outcome-statement.pdf?sfvrsn=7a5db89f_5) consultado el 13 de mayo de 2022.

² Y a las organizaciones de integración económica regional, según proceda.

iniciativas de salud de los pequeños Estados insulares en desarrollo y fomentar la colaboración entre Estados Miembros y asociados;

b) la prestación de apoyo para movilizar una mejor financiación multisectorial e innovadora para los pequeños Estados insulares en desarrollo y el fortalecimiento de plataformas para apoyar mejor a estos Estados en relación con dificultades urgentes en materia de salud;

c) facilitar una mayor colaboración en los marcos de cooperación con otras entidades del sistema de las Naciones Unidas, Estados Miembros¹ y asociados;

2) informar a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud que se celebrará en 2024 sobre los progresos realizados para aplicar la presente resolución y sobre los resultados de la segunda Cumbre de los PEID para la Salud.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022–
Comisión B, tercer informe)

WHA75.19 Promoción del bienestar y la salud¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;²

Considerando las vastas implicaciones que las condiciones económicas, ambientales y sociales actuales tienen para la salud de las sociedades, las comunidades y las personas y el potencial que tienen la promoción de la salud, la protección de la salud y la prevención de enfermedades para mejorar la capacidad de las personas de proteger y mejorar su salud y bienestar, además de las medidas sanitarias y sociales de los gobiernos;

Reafirmando que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades;

Reafirmando también que, como se recoge en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Reafirmando además que el objetivo de la OMS es que todos los pueblos alcancen el máximo grado posible de salud;

Reafirmando que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas;

Recordando la resolución 70/1 (2015) de la Asamblea General de las Naciones Unidas titulada «Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible», en la que se señaló que, como parte de la nueva Agenda, para promover la salud física y mental y el bienestar, así como para ampliar la esperanza de vida para todos, debemos lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención de salud de calidad, y se afirmó que no se debe dejar a nadie atrás;

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² Documento A75/10 Rev.1 (apartado 18.2: Marco de aplicación de la OMS para el tercero de los tres mil millones).

Recordando que en la resolución 67/81 (2012) de la Asamblea General de las Naciones Unidas se reconoció que la aplicación eficaz y financieramente sostenible de la cobertura sanitaria universal se sustenta en un sistema de salud resiliente y con capacidad de respuesta que preste servicios integrales de atención primaria de salud, que tenga un extenso alcance geográfico, incluidas las zonas rurales y remotas, y haga especial hincapié en el acceso a las poblaciones más necesitadas, y que cuente con personal cualificado suficiente que esté debidamente formado y motivado, así como con la capacidad necesaria para adoptar medidas amplias de salud pública, garantizar la protección de la salud y tomar en consideración los determinantes de la salud mediante políticas en distintos sectores, en particular la promoción de los conocimientos de la población en materia de salud;

Recordando también el informe de 2008 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y las tres recomendaciones generales de la Comisión: mejorar las condiciones de vida cotidiana; abordar la distribución inequitativa del poder, el dinero y los recursos; y medir y entender el problema y evaluar el impacto de la acción;

Recordando además el 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2025 y la meta de que mil millones más de personas disfruten de mejor salud y bienestar para 2025;

Basándose en el legado de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 y tomando nota de los resultados de otras conferencias mundiales anteriores sobre promoción de la salud;

Reconociendo que la salud y el bienestar de la población están asociados con la paz, la seguridad, la estabilidad, la mejora de la productividad y el crecimiento económico y que las desigualdades social y económicamente injustas y en gran medida evitables dentro de los países y entre ellos pueden tener un efecto inverso;

Señalando que la salud se produce y que puede correr peligro en todos los entornos de la sociedad, razón por la cual la promoción de la salud y el bienestar requiere una acción y una inversión sostenibles desde el punto de vista ambiental y financiero por parte de múltiples sectores gubernamentales y la contribución de la sociedad en general, incluida la colaboración multisectorial con los actores sociales y económicos, así como de personas, comunidades, organizaciones no gubernamentales y el sector privado;

Reconociendo que la promoción exitosa de la salud y el bienestar se basa en enfoques complementarios y esenciales, incluidos un enfoque de la Salud en todas las Políticas, en el que se resalta que las políticas públicas y las decisiones tomadas en áreas normativas distintas de la de la salud afectan a la salud de los ciudadanos y sus determinantes; el enfoque pangubernamental, que se refiere a las actividades conjuntas realizadas por diversos ministerios, administraciones públicas y organismos públicos con el fin de proporcionar soluciones comunes; y el enfoque pansocial, en el que se destaca el papel de la gobernanza participativa y las alianzas con diferentes agentes no estatales a todos los niveles, incluidos el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las comunidades y las personas;

Reconociendo también que mediante la promoción de la salud y el bienestar se pueden abordar los determinantes de la salud y/o los factores de riesgo en el nivel poblacional, comunitario, de grupos específicos o individual y en diferentes contextos, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas en situaciones vulnerables, incluida la eliminación de los obstáculos actitudinales, institucionales y ambientales con que se ven confrontadas las personas con discapacidad;

Observando el impacto cada vez mayor en la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y la carga continua causada por las enfermedades transmisibles, así como las nuevas exigencias que ambas imponen a los gobiernos en materia de protección y promoción de la salud a fin de lograr la equidad en materia de salud y garantizar la cobertura sanitaria universal;

Resaltando que, con el fin de tener capacidad para adoptar decisiones orientadas por la salud y comportamientos de búsqueda de atención sanitaria, las personas deben haber alcanzado un nivel adecuado de conocimientos en materia de salud;

Destacando que en la formulación de intervenciones en los niveles poblacional, comunitario e individual para aumentar aún más los conocimientos en materia de salud y mejorar los resultados sanitarios hay que guiarse por la evidencia, en particular por las ciencias sociales y del comportamiento, y que debe considerarse el uso de enfoques, canales de comunicación y tecnologías innovadores;

Observando que muchas personas con discapacidad, en particular niñas y mujeres, afrontan obstáculos para acceder a la información y la educación, sobre todo en los relativos a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos acordados conforme al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas;

Recordando que la acción multisectorial sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, para toda la población y en proporción al nivel de desventaja de las personas en situación de vulnerabilidad, es esencial para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas, resilientes, sanas y con entornos saludables en los que sea fácil elegir opciones sanas;

Reconociendo la importancia de la cooperación y la solidaridad nacional, internacional y mundial para el beneficio equitativo de todas las personas y el importante papel que tienen las organizaciones multilaterales pertinentes, bajo el liderazgo de la OMS, en la articulación y promoción de normas y directrices y en la identificación y compartición de buenas prácticas para apoyar las medidas relativas a los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud;

Considerando que el hecho de situar la salud y el bienestar humanos como una de las características clave de lo que constituye una sociedad exitosa, inclusiva y justa en el siglo XXI es coherente con nuestro compromiso con los derechos humanos en el nivel nacional, regional e internacional,

1. INSTA a los Estados Miembros a que tengan a bien:

- 1) fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de políticas públicas de alto impacto, basadas en la evidencia científica y los mejores conocimientos disponibles en todos los sectores y formuladas a través de procesos participativos; fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes de la salud y reducir los factores de riesgo, en particular mediante una regulación apropiada; y utilizar evaluaciones del impacto de esas políticas en materia de salud y equidad sanitaria con miras a lograr resultados equitativos;
- 2) fortalecer el sistema de salud y empoderar al personal de salud, por ejemplo, mediante la formación básica y continua, en el ámbito de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la comunicación sanitaria en todos los niveles de los servicios de salud, especialmente mediante el uso de enfoques, canales de comunicación y tecnologías innovadores, con el fin de garantizar que las personas en situaciones vulnerables tengan acceso a la información;
- 3) desarrollar entornos propicios para la salud abordando los determinantes de la salud en todos los sectores y reduciendo los factores de riesgo, lo que facilitará que las personas tomen decisiones saludables y contribuirá a la consecución de comunidades sanas, seguras y resilientes;
- 4) acelerar los esfuerzos encaminados a garantizar una vida sana y promover el bienestar y la cobertura sanitaria universal de todas las personas durante toda su vida de aquí a 2030 y, en este sentido, reiterar nuestra determinación a dar cobertura a mil millones más de personas de aquí a 2025 con servicios esenciales de salud y salud mental de calidad, con medicamentos, vacunas, pruebas

diagnósticas y tecnologías de salud esenciales y de calidad que sean seguros y eficaces, y con información sanitaria esencial y de calidad, a fin de ampliar la cobertura a todas las personas para 2030;

5) garantizar la aplicación de las funciones esenciales de salud pública específicas para cada país y contexto con el fin de proteger y promover la salud y prevenir las enfermedades;

6) garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales;

7) considerar la posibilidad de adoptar medidas para incluir los conocimientos básicos de salud en los planes de estudio a fin de garantizar que todas las personas tengan un nivel adecuado de educación en materia de salud y aplicar intervenciones eficaces, de alto impacto, de calidad garantizada, centradas en las personas, sensibles a las cuestiones de género, discapacidad y educación en materia de salud, orientadas a la equidad y basadas en la evidencia, teniendo en cuenta los contextos culturales para satisfacer las necesidades de salud de todas las personas a lo largo de la vida, y en particular de las personas con discapacidad y las personas en situaciones vulnerables, garantizando el acceso universal a conjuntos determinados a nivel nacional de servicios de salud integrados y de calidad en todos los niveles de atención con miras a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la atención y la rehabilitación de manera oportuna, incluida la promoción de programas de regreso al trabajo;

8) apoyar el establecimiento, según proceda, de mecanismos destinados a generar, reunir y compartir pruebas para elaborar políticas de alto impacto encaminadas a promover y proteger el bienestar físico, mental y social de las personas y abordar de manera integral los determinantes de la salud en materia estructural, social, económica, ambiental y de otro tipo trabajando en todos los sectores a través de un enfoque pangubernamental, pansocial y de la Salud en todas las Políticas;

9) considerar, según proceda, la posibilidad de establecer estructuras gubernamentales, regionales, subregionales y locales responsables de la promoción de la salud en el nivel de la población que cuenten con financiación sostenible, así como de presentar informes de manera continua y de fortalecer la ejecución de la promoción efectiva de la salud basada en la población y garantizar su resiliencia;

10) promover la salud y el bienestar a través de una acción coordinada y multisectorial a lo largo de toda la vida y la facilitación de condiciones para que las personas accedan y disfruten de agua limpia e inocua, alimentos saludables de sistemas alimentarios sostenibles, aire limpio, entornos libres de tabaco, mecanismos de participación social, y entornos libres de toda forma de discriminación y desigualdad en los que todas las personas estén empoderadas y puedan asumir la responsabilidad de su propia salud y bienestar;

11) diseñar y orientar los sistemas e infraestructuras públicos, incluidos los sistemas de salud, con el fin de que satisfagan las necesidades de las personas y que sean accesibles y asequibles para todos, a fin de garantizar la equidad en materia de salud y contribuir a un desarrollo económico sostenible y resiliente;

2. PIDE al Director General que tenga a bien:

1) elaborar, dentro del mandato de la OMS, un marco para lograr el bienestar basándose en la Agenda 2030 y en sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, y determinar el papel que desempeña la promoción de la salud dentro de dicho marco, en consulta con los Estados Miembros y para su consideración por la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud prevista para 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 152.^a reunión;

- 2) elaborar, como parte del marco solicitado en el apartado 1) del párrafo 2, un plan de aplicación y monitoreo que incluya la identificación de enfoques innovadores del bienestar y el apoyo a la plasmación de dichos enfoques en la práctica utilizando herramientas, nuevas tecnologías y enfoques de promoción de la salud para contribuir al Programa General de Trabajo de la OMS;
- 3) prestar apoyo técnico a los Estados Miembros con el fin de reforzar su gobernanza, financiación, recursos humanos, generación de pruebas, desglose de datos y estructuras de investigación para la promoción del bienestar y la salud;
- 4) promover y recomendar investigaciones interdisciplinarias científicamente sólidas para desarrollar la base empírica de las intervenciones destinadas a la promoción de la salud y el bienestar en el nivel poblacional, comunitario e individual, en particular mediante el uso de macrodatos, basándose en los sistemas de medición de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles;
- 5) informar sobre la aplicación de la presente resolución a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2024, la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2026 y la 84.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2031, por conducto de las reuniones pertinentes del Consejo Ejecutivo.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022–
Comisión B, tercer informe)

WHA75.20 Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

1. TOMA NOTA CON AGRADO de las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030;
2. REAFIRMA que, al aplicar las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030, se debería tener en cuenta el contexto nacional, y
3. PIDE al Director General que, en 2024, 2026, 2028 y 2031, informe a la Asamblea de la Salud acerca de los progresos realizados en la aplicación de las estrategias mundiales del sector de la salud contra, respectivamente, el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual durante el periodo comprendido entre 2022 y 2030, señalando que en el informe de 2026 se efectuará un examen a mitad de periodo basado en los progresos realizados en el cumplimiento de las metas de las estrategias previstas para 2025 y en los progresos realizados con miras a alcanzar las metas previstas para 2030.

(Novena sesión plenaria, 28 de mayo de 2022–
Comisión A, séptimo informe)

¹ En el anexo 18 se exponen las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría tendría la adopción de esta resolución.

² Documento A75/10 Rev.1.

DECISIONES

WHA75(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Australia, Azerbaiyán, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chad, Croacia, Eswatini, Irlanda, Nepal, Nicaragua, Sierra Leona, Singapur y Sudán.

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2022)

WHA75(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes siguientes:

Presidente: Excmo. Dr. Ahmed Robleh Abdilleh (Djibouti)

Vicepresidentes: Dra. Maria Endang Sumiwi (Indonesia)
Profesora Asena Serbezova (Bulgaria)
Sr. Colin McIff (Estados Unidos de América)
Sr. Khairy Jamaluddin (Malasia)
Profesor Moustafa Mijiyawa (Togo)

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2022)

WHA75(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los siguientes Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A:	Presidente	Dr. Hiroki Nakatani (Japón)
Comisión B:	Presidente	Sr. Rajesh Bhushan (India)

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2022)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores siguientes:

Comisión A:	Vicepresidentas	Dra. Tamar Gabunia (Georgia) Dra. Maryam Abdool-Richards (Trinidad y Tabago)
	Relatora	Dra. Walaiporn Patcharanarumol (Tailandia)
Comisión B:	Vicepresidentes	Dr. Firass Abiad (Líbano) Dr. Emmanuel Osagie Ehanire (Nigeria)
	Relator	Dr. Grzegorz Juszczak (Polonia)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B, 23 y 25 de mayo de 2022, respectivamente)

WHA75(4) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Angola, Arabia Saudita, Armenia, Benin, Burkina Faso, Camerún, Chequia, China, Congo, Cuba, Dominica, El Salvador, Francia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Somalia, Turquía, y Uruguay.

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2022)

WHA75(5) Adopción del orden del día

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 150.^a reunión, tras suprimir dos puntos y tres subpuntos del orden del día y excluir un punto suplementario, y transferir un punto de la Comisión B a la Comisión A.

(Segunda sesión plenaria, 23 de mayo de 2022)

WHA75(6) Verificación de credenciales

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó el informe de la Comisión de Credenciales¹ y aceptó que las credenciales presentadas por los siguientes 190 Estados Miembros se ajustaban a lo prescrito en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud: Afganistán, Albania, Alemania, Andorra, Angola, Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Argelia, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bahamas, Bahrein, Bangladesh, Barbados, Belarús, Bélgica, Belice, Benin, Bhután, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, Botswana, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Chad, Chequia, Chile, China, Chipre, Colombia, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croacia, Cuba, Dinamarca, Djibouti, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, Eritrea, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Eswatini, Etiopía, Federación de Rusia, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Grecia, Guatemala, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Iraq, Irlanda, Islandia, Islas Cook, Islas Marshall, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazajstán, Kenya, Kirguistán, Kiribati, Kuwait, Lesotho, Letonia, Líbano, Liberia, Libia, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Madagascar, Malasia, Malawi, Maldivas, Malí, Malta, Marruecos, Mauricio, Mauritania, México, Micronesia (Estados Federados de), Mónaco, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Namibia, Nauru, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Zelandia, Omán, Países Bajos, Pakistán, Palau, Panamá, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Centroafricana, República de Corea, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República de Moldova, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rumania, Rwanda, Saint Kitts y Nevis, Samoa, San Marino, Santa Lucía, Santo Tomé y Príncipe, San Vicente y las Granadinas, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Singapur, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Sudán del Sur, Suecia, Suiza, Suriname, Tailandia, Tayikistán, Timor Leste, Togo, Tonga, Trinidad y Tabago, Túnez, Turkmenistán, Turquía, Tuvalu, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Venezuela (República Bolivariana de), Viet Nam, Yemen, Zambia y Zimbabwe.

(Cuarta sesión plenaria, 24 de mayo de 2022)

¹ Documento A75/59.

WHA75(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los delegados de los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Brasil, Canadá, China, Eslovaquia, Estados Unidos de América, Etiopía, Maldivas, Micronesia (Estados Federados de), Marruecos, República de Moldova, Senegal y Yemen.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022)

WHA75(8) Financiación sostenible¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible, incluidas sus recomendaciones conexas,²

Decidió:

- 1) adoptar las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible, que figuran en el anexo 4; y
- 2) pedir al Director General que adopte medidas para garantizar la aplicación de esas recomendaciones.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión A, tercer informe)

WHA75(9) Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias,³

Decidió:

- 1) acoger con beneplácito el informe;
- 2) con respecto a las enmiendas específicas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI):
 - a) dar continuidad al Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias con un mandato revisado que incluya, según proceda y si se acuerda dentro de cada región, la rotación de la Mesa y otro nombre («Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)»), con el fin de que trabaje exclusivamente en el examen de las enmiendas específicas propuestas para el Reglamento Sanitario Internacional (2005), de conformidad con la decisión EB150(3) (2022) sobre el fortalecimiento de Reglamento Sanitario Internacional (2005)

¹ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documento A75/9.

³ Documento A75/17.

mediante un proceso de revisión del Reglamento a través de posibles enmiendas, para somerterlas a la consideración de la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2024;

b) solicitar al Director General que convoque un Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (en adelante, «Comité de Examen del RSI») lo antes posible, pero no más tarde del 1 de octubre de 2022, con arreglo a lo dispuesto en la parte IX del capítulo III del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular en el apartado *a)* del párrafo 1 y en el párrafo 6 del artículo 50, prestando una atención especial al cumplimiento del párrafo 2 del artículo 51, en forma y fondo, para que formule recomendaciones técnicas sobre las propuestas de enmienda a las que se hace referencia en el apartado *c)* *infra*, con miras a orientar la labor del Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005);

c) invitar a que las propuestas de enmienda se presenten a más tardar el 30 de septiembre de 2022. El Director General transmitirá todas esas propuestas de enmienda a todos los Estados Partes sin demora;

d) solicitar al Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) que convoque su reunión de organización a más tardar el 15 de noviembre de 2022 y que se coordine con el proceso del Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, por medios que incluyan la coordinación periódica entre las dos Mesas respectivas y la alineación de los calendarios de reuniones y los planes de trabajo, ya que se espera que tanto el Reglamento Sanitario Internacional (2005) como el nuevo instrumento desempeñen un papel central en la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias en el futuro;

e) solicitar que el Comité de Examen del RSI presente su informe al Director General a más tardar el 15 de enero de 2023, quien lo transmitirá sin demora al Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005);

f) solicitar al Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) que elabore un programa de trabajo, de conformidad con la decisión EB150(3) y teniendo en cuenta el informe del Comité de Examen del RSI, con miras a proponer un conjunto de enmiendas específicas, que se someterá a la consideración de la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud en virtud de lo dispuesto en el artículo 55 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);

3) alentar a los Estados Miembros a que sigan examinando y considerando las posibles medidas recogidas en el apéndice 3 del documento A75/17 en relación con la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias, por ejemplo mediante los procesos pertinentes en curso de los órganos deliberantes de la OMS, señalando al mismo tiempo que esas posibles medidas son complementarias y adicionales a los mandatos existentes que ya está aplicando la Secretaría;

4) solicitar al Director General que:

a) presente un informe a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud, en el marco de un punto sustantivo del orden del día, sobre:

i) los progresos de la Secretaría en la aplicación de las medidas anteriormente prescritas por los órganos deliberantes de la OMS y que guarden relación con las

actividades mencionadas en el párrafo 3, de conformidad con las obligaciones vigentes en materia de presentación de informes; y

ii) cuando proceda, las opiniones de la Secretaría de la OMS sobre las posibles modalidades para llevar adelante las actividades mencionadas en el párrafo 3 que no se estén llevando a cabo en la actualidad; y

b) brinde apoyo al Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005):

i) convocando su primera reunión a más tardar el 15 de noviembre de 2022, así como reuniones posteriores a petición de los copresidentes con la frecuencia que sea necesaria;

ii) proporcionando al Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) los servicios y medios necesarios para que desempeñe su labor, así como información y asesoramiento completos, pertinentes y oportunos.

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión A, tercer informe)

WHA75(10) Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, tomando nota del informe del Director General² solicitado en la decisión WHA74(9) (2021),

Decidió pedir al Director General:

1) que informe a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud prevista para 2023, basándose en el seguimiento y la evaluación sobre el terreno realizados por la OMS, acerca de los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones contenidas en el informe del Director General sobre la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, teniendo en cuenta la obligación legal de la potencia ocupante;

2) que preste apoyo al sector de la salud de Palestina adoptando un enfoque orientado a fortalecer el sistema de salud, en particular: programas de creación de capacidad; la mejora de la infraestructura básica, los recursos humanos y técnicos y la provisión de establecimientos de salud; las actividades encaminadas a garantizar la accesibilidad, asequibilidad y buena calidad de los servicios de atención de salud necesarios para hacer frente y superar los problemas estructurales derivados de la prolongada ocupación; y la elaboración de planes estratégicos de inversión que permitan desarrollar las capacidades locales de diagnóstico y tratamiento;

3) que vele por la adquisición sostenible de vacunas y medicamentos precalificados por la OMS, así como de equipos médicos para el territorio palestino ocupado, de conformidad con el derecho humanitario internacional y las normas y criterios de la OMS;

4) que garantice el acceso sin discriminación, asequible y equitativo a vacunas contra la enfermedad por coronavirus (COVID-19), a fin de proteger a la población que vive en el

¹ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documento A75/26.

territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, con arreglo al derecho internacional;

5) que vele por el respeto y la protección de las personas heridas y lesionadas, los trabajadores de atención de la salud y de asistencia humanitaria, el sistema de salud, todo el personal médico y de ayuda humanitaria que desempeña funciones exclusivamente médicas, sus medios de transporte y equipos, así como los hospitales y otros establecimientos médicos, en cumplimiento de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales;

6) que evalúe, en plena colaboración con el UNICEF y otras entidades pertinentes de las Naciones Unidas, la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental y la Oficina de la OMS en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, la amplitud y el carácter de la morbilidad psiquiátrica y otras formas de trastornos de salud mental causados por los prolongados bombardeos aéreos y de otro tipo sobre la población, especialmente entre niños y adolescentes del territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;

7) que siga reforzando la colaboración con otras entidades de las Naciones Unidas y asociados en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, a fin de mejorar las capacidades de respuesta humanitaria en lo concerniente a la salud, mediante la prestación de ayuda y protección, de manera integradora y sostenida, durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID 19) y después de la crisis conexas;

8) que informe, basándose en las evaluaciones sobre el terreno realizadas por la OMS, acerca de la situación sanitaria de la población siria en el Golán sirio ocupado, incluidos los prisioneros y detenidos, y garantice su acceso adecuado a los servicios de salud mental, física y ambiental, y que informe sobre los modos y los medios de proporcionarles asistencia técnica en materia de salud;

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

10) que respalde el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, mediante un enfoque centrado en el desarrollo de los recursos humanos, con el fin de localizar los servicios de salud, reducir las derivaciones y los costos, reforzar la prestación de servicios de salud mental y mantener una atención primaria sólida con servicios de salud completos, integrados y apropiados;

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

(Séptima sesión plenaria, 27 de mayo de 2022 –
Comisión B, primer informe)

WHA75(11) Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, tras haber examinado el informe consolidado del Director General,²

Decidió:

- 1) tomar nota del informe consolidado del Director General y de sus anexos;^{3,4,5}
- 2) adoptar:
 - la hoja de ruta para la aplicación en 2023-2030 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030;⁶
 - las recomendaciones para fortalecer las respuestas a la diabetes y hacer el seguimiento pertinente en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, en particular las metas;⁷
 - la estrategia mundial sobre salud bucodental;⁸
 - las recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente las orientadas a fomentar la resiliencia de los sistemas de salud y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria;⁹
 - el plan de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos 2022-2031;¹⁰
 - el plan de acción (2022-2030) con el fin de aplicar eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como prioridad de salud pública;^{11, 12}

¹ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documento A75/10 Rev.1.

³ Documentos A75/10 Add.3 (anexo 5) y A75/10 Add.3 Corr.1.

⁴ Documento A75/10 Add.5, anexo 11.

⁵ Documento A75/10 Add.6, anexo 12.

⁶ Véase el anexo 8.

⁷ Véase el anexo 9.

⁸ Véase el anexo 10.

⁹ Véase el anexo 11.

¹⁰ Véase el anexo 12.

¹¹ Véase el anexo 13.

¹² Publicado con el título *Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030*.

- las recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo del curso de la vida, en particular la consideración del establecimiento de metas al respecto;¹
 - el plan de trabajo del Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2022-2025;² y
- 3) pedir al Director General que, cada dos años hasta 2030, informe sobre los progresos realizados en la consecución de las metas mundiales en materia de obesidad, como parte de los requisitos de presentación de informes en el marco del plan de aceleración.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión A, quinto informe)

WHA75(12) Declaraciones escritas: directrices para los Estados Miembros

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre la reforma de la OMS, Declaraciones escritas: directrices para los Estados Miembros,³

Decidió que las directrices recogidas en el anexo 16 se aplicasen en lo sucesivo a las declaraciones escritas que presentasen los Estados Miembros en relación con las reuniones de la Asamblea de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

WHA75(13) Recursos humanos: informe anual

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General;⁴ y habiendo examinado el informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud⁵ con la propuesta relativa a la concesión de un subsidio de vivienda para el Director General que se presenta en el anexo del documento A75/31, y la correspondiente enmienda propuesta al proyecto de contrato del Director General, recogida en el documento A75/5,

Decidió:

- 1) aplazar la adopción de una decisión sobre la concesión de un subsidio de vivienda para el Director General que se presenta en el anexo del documento A75/31 a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud prevista para 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 152.^a reunión y la 37.^a reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo;
- 2) conceder al Director General un subsidio provisional de US\$ 5000 mensuales dada la excepcionalidad de las circunstancias.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

¹ Véase el anexo 14.

² Véase el anexo 15.

³ Documento A75/30.

⁴ Documento A75/31.

⁵ Documento A75/57.

WHA75(14) Informes programáticos y financieros de la OMS para 2020-2021, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2021

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre los resultados de la OMS para el presupuesto por programas 2020-2021¹ y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2021;² y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,³

Decidió aceptar el informe sobre los resultados de la OMS para el presupuesto por programas 2020-2021 y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2021.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

WHA75(15) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Decidió:

- 1) nombrar al Dr. Sebastien Klappert, de la delegación de Alemania, suplente del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por el periodo restante del mandato del Dr. Kai Zaehle, esto es, hasta la clausura de la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2024;
- 2) nombrar al Dr. Theophile Dushime, de la delegación de Rwanda, suplente del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años, esto es, hasta la clausura de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2025;
- 3) nombrar al Sr. Gerald Anderson, de la delegación de los Estados Unidos de América, suplente del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años, esto es, hasta la clausura de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2025;
- 4) nombrar miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Ahmed Shadoul, de la delegación del Sudán, el suplente más antiguo, por el tiempo que resta de su mandato, esto es, hasta la clausura de la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2023;
- 5) nombrar miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS a la Sra. Yanjmaa Binderiya, de la delegación de Mongolia, el segundo suplente más antiguo, por el tiempo que resta de su mandato, esto es, hasta la clausura de la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2024.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

¹ Documento A75/32.

² Documento A75/33.

³ Documento A75/51.

WHA75(16) Informe del Comisario de Cuentas

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud¹ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

Decidió aceptar el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

WHA75(17) Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos³

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,⁴

Decidió pedir al Director General que siguiera informando a la Asamblea de la Salud cada dos años hasta 2030 sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA63.12 (2010) sobre la disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

WHA75(18) Trasplante de órganos y tejidos humanos³

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,⁵

Decidió pedir al Director General que siguiera informando a la Asamblea de la Salud cada dos años hasta 2030 sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA63.22 (2010) sobre el trasplante de órganos y tejidos humanos.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

¹ Documento A75/35.

² Documento A75/56.

³ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

⁴ Documento A75/40.

⁵ Documento A75/41.

WHA75(19) Medicina tradicional¹

La 75.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,²

Decidió pedir al Director General que presente un informe final sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA67.18 (2014) sobre la medicina tradicional a la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 152.ª reunión, por medio de un documento consolidado que responda también a la petición formulada en la decisión WHA73(15) (2020) con respecto a las estrategias o planes de acción mundiales que está previsto que expiren en el plazo de un año.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

WHA75(20) La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas¹

La 75.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General,³

Decidió pedir al Director General que siguiera informando a la Asamblea de la Salud cada dos años hasta 2030 sobre las actividades de la OMS dirigidas a abordar las dimensiones de salud pública del problema mundial de las drogas y sobre los progresos realizados en la aplicación de la decisión WHA70(18) (2017).

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, segundo informe)

WHA75(21) Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño¹

La 75.ª Asamblea Mundial de la Salud, tras haber examinado el informe consolidado del Director General,⁴

Decidió pedir al Director General:

- 1) que elaborase orientaciones para los Estados Miembros sobre medidas de reglamentación orientadas a restringir la mercadotecnia digital de sucedáneos de la leche materna y asegurar que los reglamentos ya establecidos y los nuevos destinados a aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, así como las pertinentes resoluciones de la Asamblea de la Salud, aborden de manera apropiada las prácticas de mercadotecnia digital;
- 2) que informase sobre el desempeño de la tarea descrita en el párrafo 1) a la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2024.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, tercer informe)

¹ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documento A75/42.

³ Documento A75/43.

⁴ Documento A75/10 Rev.1.

WHA75(22) Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Decidió:

- 1) adoptar la versión actualizada de la Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos;
- 2) pedir a los Estados Miembros que elaboren hojas de ruta para su aplicación a nivel nacional o que introduzcan en los programas y políticas existentes sobre inocuidad de los alimentos medidas para aplicar la Estrategia y faciliten los recursos financieros necesarios para apoyar esta labor; y
- 3) pedir al Director General que informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la versión actualizada de la Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2024 y, posteriormente, cada dos años hasta 2030.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, tercer informe)

WHA75(23) Reducción de los riesgos para la salud pública asociados con la venta de mamíferos silvestres vivos en los mercados tradicionales de alimentos: prevención y control de las infecciones¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Decidió pedir al Director General:

- 1) que actualice las orientaciones provisionales sobre la reducción de los riesgos para la salud pública asociados con la venta de mamíferos silvestres vivos en los mercados tradicionales de alimentos a fin de responder a las preguntas sobre el ámbito de aplicación de las orientaciones, incluidas las relativas a las especies abarcadas por las orientaciones (solo mamíferos o mamíferos más otras especies) y los animales vivos de explotaciones o silvestres;
- 2) que elabore planes para ayudar a los países a aplicar las orientaciones provisionales sobre la reducción de los riesgos para la salud pública asociados con la venta de mamíferos silvestres vivos en los mercados tradicionales de alimentos, concretamente, mediante la prevención y el control de las infecciones; y

¹ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documento A75/10 Rev.1.

3) que informe de los progresos realizados en relación con la puesta al día de las orientaciones provisionales sobre la reducción de los riesgos para la salud pública asociados con la venta de mamíferos silvestres vivos en los mercados tradicionales de alimentos —concretamente, mediante la prevención y el control de las infecciones— y de los planes de apoyo a los países a la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2024 y, posteriormente, cada dos años hasta 2030, paralelamente a la presentación de informes sobre los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, tercer informe)

WHA75(24) Iniciativa Mundial de Salud para la Paz¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General,²

Recordando que en la Constitución de la OMS se reconoce que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y recordando la resolución WHA34.38 (1981), en la cual se reconocía la función del médico y de otros trabajadores sanitarios en el mantenimiento y en la promoción de la paz como primer factor del logro de la salud para todos;

Reiterando el compromiso de los Estados Miembros con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se recalca, entre otras cosas, que no puede haber desarrollo sostenible sin paz, ni paz sin desarrollo sostenible; y destacando la importancia de garantizar una vida sana, promover el bienestar de todos a todas las edades y promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas;

Tomando nota de la función que incumbe a la OMS como parte de su mandato de autoridad directiva y coordinadora de los asuntos de salud internacionales,

Decidió:

- 1) tomar nota del informe;
- 2) pedir al Director General que celebre consultas con los Estados Miembros³ y observadores⁴ sobre la aplicación de las propuestas para el futuro enunciadas en el documento EB150/20, relativo a la Iniciativa Mundial de Salud para la Paz, y que después —en estrecha consulta con los Estados Miembros³ y observadores⁴ y colaborando plenamente con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y con los pertinentes agentes no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales— elabore una hoja de ruta, si procede, de la Iniciativa para someterla al examen de la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 152.^a reunión.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, tercer informe)

¹ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documento A75/10 Rev.1.

³ Y, cuando proceda, con organizaciones de integración económica regional.

⁴ Según se describen en el párrafo 3 del documento EB146/43.

WHA75(25) Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos¹

La 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado los informes del Director General^{2,3} y reafirmando la función de la OMS relativa a la elaboración, con transparencia y basándose en la evidencia, de normas, patrones y un glosario de definiciones normalizado en relación con los dispositivos médicos, como se pidió en la resolución WHA60.29 (2007) sobre las tecnologías sanitarias,

Decidió pedir al Director General:

- 1) que incorpore la información disponible relacionada con los dispositivos médicos, con inclusión de términos, códigos y definiciones, en la base de datos en línea y el centro de intercambio de información cuyo establecimiento se realizó de conformidad con la resolución WHA60.29 (2007), y ahora disponible en el sistema de información sobre dispositivos médicos prioritarios de la OMS (MeDevIS),⁴ y que la vincule con otras plataformas, como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11),⁵ para que sirva de referencia para las partes interesadas y los Estados Miembros; y
- 2) que presente un informe sustantivo sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente decisión al Consejo Ejecutivo en sus 152.^a y 156.^a reuniones, que se celebrarán respectivamente en enero de 2023 y en enero de 2025.

(Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2022 –
Comisión B, cuarto informe)

¹ Véase el anexo 18, donde figuran las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documento A75/11.

³ Documento A75/11 Add.1.

⁴ El sistema MeDevIS está disponible en la dirección: <https://medevis.who-healthtechnologies.org/> (consultado el 13 de mayo de 2022).

⁵ La CIE-11 está disponible en la dirección <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (consultado el 13 de mayo de 2022).

ANEXOS

ANEXO 1

Contrato del Director General

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

POR CUANTO

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

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

ESTIPULAN POR EL PRESENTE CONTRATO lo que sigue:

I. 1) El Director General desempeñará las funciones de su cargo desde el día dieciséis de agosto del año dos mil veintidós hasta el día quince de agosto del año dos mil veintisiete, fecha de expiración del nombramiento y del presente Contrato.

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

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

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

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

6) El Director General podrá en cualquier momento, avisando con seis meses de antelación, presentar por escrito su dimisión al Consejo, el cual está facultado para aceptarla en nombre de

la Asamblea de la Salud; en ese caso, a la expiración del plazo indicado el Director General cesará en sus funciones y el presente Contrato dejará de surtir efecto.

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

II. 1) Desde el día dieciséis de agosto del año dos mil veintidós, el Director General percibirá de la Organización un sueldo anual de doscientos cincuenta y nueve mil quinientos cincuenta y tres dólares de los Estados Unidos que, una vez deducidos los impuestos del personal, dejará un sueldo neto anual (pagadero por meses) de ciento noventa y cinco mil ciento ochenta y siete dólares de los Estados Unidos o de su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo.

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

3) El Director General estará afiliado a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y abonará sus cuotas de conformidad con los Estatutos y Reglamentos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas mientras dure su mandato.

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

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

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

.....
Director General

.....
Presidente de la

75.^a Asamblea Mundial de la Salud

ANEXO 2

Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹

Artículo 59: Entrada en vigor; plazo para la recusación o la formulación de reservas

1. De conformidad con lo preceptuado en el Artículo 22 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el plazo hábil para recusar el presente Reglamento o para formular reservas a sus disposiciones será de 18 meses desde la fecha en que el Director General notifique la adopción del Reglamento por la Asamblea de la Salud. No surtirán efecto las recusaciones ni las reservas que reciba el Director General después de vencido ese plazo.

1bis De conformidad con lo preceptuado en el Artículo 22 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el plazo hábil para recusar una enmienda del presente Reglamento o para formular reservas a esa enmienda será de 10 meses desde la fecha en que el Director General notifique la adopción de la enmienda por la Asamblea de la Salud. No surtirán efecto las notificaciones de recusación ni las reservas que reciba el Director General después de vencido ese plazo.

2. El presente Reglamento entrará en vigor 24 meses después de la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del presente artículo, y las enmiendas al presente Reglamento entrarán en vigor 12 meses después de la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo *1bis* del presente artículo, salvo para:

- a) los Estados que hayan recusado el presente Reglamento o una enmienda del mismo de conformidad con el artículo 61;
- b) los Estados que hayan formulado una reserva, para los que el presente Reglamento o una enmienda del mismo entrarán en vigor según lo previsto en el artículo 62;
- c) los Estados que pasen a ser Miembros de la OMS después de la fecha de la notificación del Director General a que se hace referencia en el párrafo 1 del presente artículo y que no sean ya partes en el presente Reglamento, para los cuales este entrará en vigor según lo previsto en el artículo 60; y
- d) los Estados que no son Miembros de la OMS pero aceptan el presente Reglamento, para los cuales entrarán en vigor de conformidad con las disposiciones del párrafo 1 del artículo 64.

3. Si un Estado no puede ajustar plenamente sus disposiciones legislativas y administrativas al presente Reglamento o a una enmienda del mismo dentro del plazo establecido en el párrafo 2 del presente artículo, según proceda, dicho Estado presentará al Director General, dentro del plazo aplicable establecido en el párrafo 1 o el párrafo *1bis* del presente artículo, una declaración sobre los ajustes pendientes, y ultimarán esos ajustes a más tardar 12 meses después de la entrada en vigor del presente Reglamento o de una enmienda del mismo para ese Estado Parte.

¹ Véase la resolución WHA75.12.

Artículo 55: Enmiendas

1. Cualquiera de los Estados Partes o el Director General podrán proponer enmiendas al presente Reglamento. Esas propuestas de enmienda se someterán a la consideración de la Asamblea de la Salud.
2. El Director General transmitirá el texto de las enmiendas propuestas a todos los Estados Partes al menos cuatro meses antes de la reunión de la Asamblea de la Salud en la que se propondrá su consideración.
3. Las enmiendas del presente Reglamento que adopte la Asamblea de la Salud de conformidad con el presente artículo entrarán en vigor para todos los Estados Partes en los mismos términos y con sujeción a los mismos derechos y obligaciones previstos en el Artículo 22 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en los artículos 59 a 64 del presente Reglamento, con sujeción a los periodos establecidos en esos artículos en relación con las enmiendas del presente Reglamento.

Artículo 61: Recusación

Si un Estado notifica al Director General su recusación del presente Reglamento o de una enmienda del mismo dentro del plazo aplicable previsto en el párrafo 1 o el párrafo *1bis* del artículo 59, el Reglamento o la enmienda en cuestión no entrarán en vigor para ese Estado. Los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58 y en los que ese Estado sea ya Parte se mantendrán en vigor para ese Estado.

Artículo 62: Reservas

1. Los Estados podrán formular reservas al presente Reglamento o una enmienda del mismo de conformidad con el presente artículo. Esas reservas no podrán ser incompatibles con el objetivo y la finalidad del Reglamento.
2. Las reservas al presente Reglamento o a una enmienda del mismo se comunicarán al Director General de conformidad con lo dispuesto en los párrafos 1 y *1bis* del artículo 59, en el artículo 60, en el párrafo 1 del artículo 63 o en el párrafo 1 del artículo 64, según el caso. Los Estados que no sean Miembros de la OMS podrán formular reservas en el momento en que notifiquen al Director General su aceptación del presente Reglamento. Los Estados que formulen reservas deberán comunicar al Director General los motivos de dichas reservas.
3. La recusación de una parte del presente Reglamento o de una enmienda del mismo se considerará una reserva.
4. De conformidad con el párrafo 2 del artículo 65, el Director General enviará notificación de toda reserva recibida con arreglo al párrafo 2 del presente artículo; y
 - a) si la reserva se hubiera formulado antes de la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General pedirá a los Estados Miembros que no hayan recusado el presente Reglamento que se le informe, en un plazo de seis meses, de cualquier objeción planteada a las reservas, o
 - b) si la reserva se hubiera formulado después de la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General pedirá a los Estados Partes que se le informe, en un plazo de seis meses, de cualquier objeción planteada a las reservas, o
 - c) si la reserva se hubiera formulado a una enmienda del presente Reglamento, el Director General pedirá a los Estados Partes que se le informe, en un plazo de tres meses, de cualquier objeción planteada a las reservas.

Los Estados Partes que planteen objeciones a una reserva a una enmienda del presente Reglamento deberán comunicar al Director General los motivos de dichas objeciones.

5. Transcurrido ese plazo, el Director General comunicará a todos los Estados Partes las objeciones planteadas a las reservas. En caso de que se formule una reserva al presente Reglamento, a menos que dentro del plazo de seis meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo una reserva haya sido objetada por un tercio de los Estados a que hace referencia el párrafo 4 del presente artículo, se considerará aceptada y el presente Reglamento entrará en vigor para el Estado que la haya presentado, con la salvedad de la propia reserva. En caso de que se formule una reserva a una enmienda del presente Reglamento, a menos que dentro del plazo de tres meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo una reserva haya sido objetada por un tercio de los Estados a que hace referencia el párrafo 4 del presente artículo, se considerará aceptada y la enmienda entrará en vigor para el Estado que la haya presentado, con la salvedad de la propia reserva.

6. Si por lo menos un tercio de los Estados a que hace referencia el párrafo 4 del presente artículo plantean objeciones a una reserva al presente Reglamento dentro del plazo de seis meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo o, si se trata de una reserva a una enmienda del presente Reglamento, dentro del plazo de tres meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo, el Director General notificará de ello al Estado que presentó la reserva con miras a que considere la posibilidad de retirarla dentro de un plazo de tres meses a contar desde la fecha en que el Director General cursó la notificación.

7. El Estado que haya formulado una reserva deberá seguir cumpliendo las obligaciones que hubiera contraído en relación con el asunto objeto de la reserva en virtud de los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58.

8. Si el Estado que formula una reserva no la retira en un plazo de tres meses a contar desde la fecha en que el Director General efectuó la notificación mencionada en el párrafo 6 del presente artículo, el Director General recabará la opinión del Comité de Examen si así lo solicita el Estado que formuló la reserva. El Comité de Examen asesorará al Director General, tan pronto como sea posible y de conformidad con el artículo 50, sobre las consecuencias prácticas de la reserva en la aplicación del presente Reglamento.

9. El Director General someterá la reserva formulada y, si procede, las opiniones del Comité de Examen a la consideración de la Asamblea de la Salud. Si la Asamblea de la Salud, con el voto de una mayoría, plantea objeciones a la reserva por entender que es incompatible con el objetivo y la finalidad del presente Reglamento, la reserva no se aceptará, y el presente Reglamento o una enmienda del mismo entrarán en vigor para el Estado que haya formulado la reserva, únicamente después de que la haya retirado con arreglo al artículo 63. Si la Asamblea de la Salud acepta la reserva, el presente Reglamento o una enmienda del mismo entrarán en vigor para el Estado que ha formulado la reserva, sin perjuicio de la misma.

Artículo 63: Retiro de recusaciones o reservas

1. Todo Estado podrá retirar en cualquier momento la recusación presentada de conformidad con el artículo 61 mediante notificación al Director General. En esos casos, el presente Reglamento o una enmienda del mismo, según proceda, entrarán en vigor para ese Estado cuando el Director General reciba la notificación, salvo que el Estado haya formulado una reserva en el momento de retirar su recusación, en cuyo caso el presente Reglamento o una enmienda del mismo, según proceda, entrarán en vigor según lo previsto en el artículo 62. En ningún caso entrará en vigor el presente Reglamento para

ese Estado antes de que hayan transcurrido 24 meses desde la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 59, y en ningún caso entrará en vigor una enmienda del presente Reglamento para ese Estado antes de que hayan transcurrido 12 meses desde la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo *1bis* del artículo 59.

2. El Estado Parte en cuestión podrá retirar en cualquier momento las reservas, en todo o en parte, mediante notificación al Director General. En ese caso, la retirada tendrá efecto a partir de la fecha en que el Director General reciba la notificación.

ANEXO 3

Agreement between the World Health Organization and the International Development Law Organization

The World Health Organization (hereafter “WHO”); and

The International Development Law Organization (hereafter “IDLO”);

Hereafter individually and collectively termed “the Party” and “the Parties”;

Considering that the objective of WHO is the attainment by all peoples of the highest possible level of health, and to this end WHO is the directing and coordinating authority for health-related work with an international dimension;

Considering that IDLO is the only global intergovernmental organization exclusively devoted to promoting the rule of law to advance peace and sustainable development, IDLO works to enable governments and empower people to reform laws and strengthen institutions to promote peace, justice, sustainable development and economic opportunity;

Recalling that WHO and IDLO concluded a Memorandum of Understanding on 19 May 2019 recognizing the need for cooperation between each other in matters of mutual interest, sharing the view that law is central to assuring the highest attainable standards of physical and mental health, and social well-being, and to expand their commitment to a strategic partnership between IDLO and WHO;

Desiring to coordinate their efforts within their respective mandates and in accordance with the Constitution of WHO and the Agreement for the Establishment of the International Development Law Organization;

Acknowledging that the law is an important tool to promote the right to health of populations through legislations and regulations governing such matters and that many States do not have the legislative frameworks required to effectively advance and ensure public health;

Wishing to strengthen their cooperation on the basis of regular consultations;

Have agreed as follows:

Article 1

Object and areas of cooperation

1. The object of this Agreement is to facilitate and reinforce cooperation and collaboration between the Parties, where appropriate, in the area(s) of public health and law that relate to the activities of the Parties.
2. Within the scope of their respective mandates and programmes of work, the Parties agree to a general strengthening of their cooperation, specifically as regards the areas of cooperation noted in the

aforementioned Memorandum of Understanding, as well as other areas where cooperation would contribute to achievement of the objectives of each organization.

Article 2

Financial aspects and joint resource mobilization

1. This Agreement defines in general terms the basis for cooperation but does not constitute a financial obligation to serve as a basis for expenditures.
2. To the extent that any activity may give rise to a legal or financial obligation, a separate agreement shall be concluded subject to the respective financial regulations and rules of IDLO and WHO, prior to such activity being undertaken.

Article 3

Reciprocal representation

1. On the basis of reciprocity, IDLO is invited to represent itself at sessions of the World Health Assembly and the Executive Board in accordance with the rules and decisions adopted by these bodies and, as appropriate, any other meetings held under the auspices of WHO in the deliberations of which IDLO could participate, without the right to vote, on agenda items of concern to it.
2. On the basis of reciprocity, WHO is invited to represent itself at sessions of the IDLO Assembly of Parties in accordance with the rules and decisions adopted by that body and, as appropriate, any other meetings held under the auspices of IDLO in the deliberations of which WHO could participate, without the right to vote, on agenda items of concern to it.

Article 4

Sharing of information

The Parties agree to exchange, by whatever means, information concerning their activities which they deem appropriate, subject to their existing policies, respect for the sovereign rights of their Member States and Governments, confidentiality obligations and the protection of commercial, contractual or other secrets.

Article 5

Privileges and immunities

No provision of this Agreement shall be interpreted or considered as a renunciation, limitation, waiver or modification of the privileges and immunities enjoyed by the Parties under international agreements and national laws applicable to them.

Article 6

Entry into force, amendment and denunciation

1. This Agreement is valid from the date of its signature by the Director-General of WHO and the Director-General of IDLO, subject to approval by the World Health Assembly.

2. This Agreement may be amended at any time by mutual written consent of the Parties.
3. Either Party may denounce this Agreement at any time by serving written notice on the other Party of its intent to do so six (6) months in advance. The denunciation of the Agreement shall not prejudice any activities being conducted under the terms of the Agreement at the time of said denunciation.

Article 7

Settlement of differences

Any difference, dispute or litigation arising from the interpretation or application of this Agreement shall be settled amicably through negotiation between the Parties. If attempted negotiation yields no result, either Party may request that the difference be submitted for arbitration in accordance with the currently applicable Arbitration Rules of the United Nations Commission on International Trade Law.

IN WITNESS WHEREOF, this Agreement is done and signed at Geneva on [.....], in two copies, in the English language.

For the International Development Law
Organization

For the World Health Organization

Director-General
Jan Beagle

Director-General
Tedros Adhanom Ghebreyesus

ANEXO 4

Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la financiación sostenible a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud¹

[A75/9, apéndice 2 – 13 de mayo de 2022]

38. El Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible:

a) reconoció que, ahora más que nunca, en el contexto de la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19), el modelo actual de financiación de la OMS —incluido el procedimiento de presupuestación— es insostenible y restringe la capacidad de la Organización para generar impacto allí donde más se necesita, en los niveles nacional y regional, y que el estado de las cosas es inaceptable;

b) examinó las recomendaciones de varios cuadros y comités de examen independientes con respecto a la financiación de la OMS, incluidas, entre otras, las del Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias, la Junta Mundial de Vigilancia de la Preparación, el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión, el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y el Comité de Examen del Funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la respuesta a la COVID-19;

c) señaló la confianza mutua en la OMS para ofrecer de forma continuada políticas normativas y asesoramiento técnico sobre la salud en el mundo, así como que a todos los Estados Miembros les interesa que la OMS se beneficie de una financiación sostenible, flexible y previsible;

d) subrayó que los Estados Miembros deben armonizar colectivamente su voluntad de financiar la Organización con las exigencias que le piden;

e) hizo hincapié en que todo aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros debe acompañarse de reformas apropiadas de la gobernanza consensuadas por los propios Estados Miembros, así como de un mayor fortalecimiento de la transparencia, la eficiencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento dentro de la Organización;

f) reconoció que muchos Estados Miembros se enfrentan a graves dificultades económicas, en algunos casos acentuadas por la pandemia de COVID-19, que pueden obstaculizar su capacidad para cumplir sus deberes en materia de financiación, en ocasiones a pesar de los mecanismos existentes;

g) hizo hincapié en la necesidad de coordinación entre el Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible y el Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias; y

¹ Véase la decisión WHA75(8).

h) reconoció que en estos momentos hay iniciativas en marcha para ampliar la financiación de la arquitectura mundial de la salud y subrayó que es importante vincularlas con la necesidad crucial de mejorar la financiación de la OMS.

39. Partiendo de las premisas mencionadas en el párrafo anterior, el Grupo de Trabajo formuló las siguientes recomendaciones:

a) que se refuerce la gobernanza, la transparencia, la rendición de cuentas, la eficiencia y el cumplimiento a través de una serie de iniciativas, entre ellas:

i) el establecimiento de mecanismos para que la Asamblea de la Salud, el Consejo Ejecutivo y el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo supervisen de forma exhaustiva y con tiempo suficiente todas las iniciativas atendiendo a sus resultados, las posibles superposiciones con iniciativas existentes, su calendario de aplicación y sus costos conexos, su financiación y la presentación de informes, sobre todo si se presentan en forma de resoluciones o decisiones para su aprobación;

ii) una presentación más transparente por parte de la Secretaría del establecimiento de prioridades en el presupuesto por programas en los tres niveles de la Organización para ayudar a los Estados Miembros a elaborar, evaluar y aprobar el presupuesto por programas y la presupuestación para iniciativas específicas, incluida la disciplina en el seno de la Secretaría y de los Estados Miembros a la hora de comprometerse con nuevas actividades. Los procesos de presupuestación deberían estar mejor vinculados con los procesos de gobernanza;

iii) el fortalecimiento de la función del Comité de Programa, Presupuesto y Administración para que sea más eficaz, sólido y transparente y para que colabore más con la Secretaría durante el proceso de presupuestación y, posiblemente, mediante deliberaciones adicionales;

iv) reformas específicas que pueda emprender la Secretaría en el marco de su competencia y que permitan a los Estados Miembros ejercer una mayor visibilidad y supervisión en toda la Organización;

b) que se financie de forma plenamente flexible el segmento básico del presupuesto por programas;

c) que la Asamblea de la Salud pida a los Estados Miembros y a otros donantes que se esfuercen por proporcionar a la OMS contribuciones voluntarias sin fines especificados para financiar el segmento de los programas básicos de la OMS, de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, como requisito previo para garantizar la independencia financiera de la Organización y aumentar su eficiencia;

d) que la Secretaría y los Estados Miembros sigan esforzándose por promover que la financiación de la OMS:

i) sea plenamente flexible o, al menos, de carácter temático, además de predecible y sostenible;

ii) reciba más apoyo de donantes en los países desarrollados y en desarrollo;

iii) pueda consolidar el apoyo de donantes de diferentes tamaños;

- iv) explore nuevas fuentes de financiación ágiles e infrautilizadas, como las del sector privado, de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales;
- e) que la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud, reconociendo la importante función de las contribuciones señaladas en la financiación sostenible de la Organización, pida a la Secretaría que elabore propuestas presupuestarias, a través del ciclo del presupuesto ordinario, para aumentar las contribuciones señaladas con el fin de contribuir a la sostenibilidad financiera de la OMS y a su aspiración de alcanzar un nivel del 50% del presupuesto básico de 2022-2023¹ para el bienio 2030-2031, procurándose que esto se alcance para el bienio 2028-2029:
- i) pide además a la Secretaría que elabore y, a la luz del principio enunciado en el párrafo 38 e), que presente, al mismo tiempo que el primer aumento propuesto de las contribuciones señaladas, un plan de aplicación de la reforma a la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto de la 37.ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, la 152.ª reunión del Consejo Ejecutivo y la 38.ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración. Este plan de aplicación debería incluir los progresos realizados hasta la fecha en materia de reformas, así como un calendario preliminar y los recursos necesarios para la aplicación de reformas adicionales, incluidas, entre otras, las reformas presupuestarias, programáticas, financieras, de gobernanza y de rendición de cuentas dentro del ámbito de competencia de la Secretaría. La Secretaría se compromete a promulgar estas reformas lo antes posible, a identificar un conjunto claro de entregables para el bienio 2024-2025 y a informar periódicamente al respecto. En su 152.ª reunión, el Consejo Ejecutivo, por conducto de la 37.ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, ratificará el plan de aplicación, que podrá basarse en los debates del grupo de tareas de los Estados Miembros recomendado en el párrafo 40;
- ii) pide a la Secretaría que elabore una propuesta presupuestaria con un primer aumento previsto del 20%² de las contribuciones señaladas para el bienio 2022-2023, que se presentaría a los Estados Miembros para su examen como parte del proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, presentado para su aprobación a la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la 37.ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, la 152.ª reunión del Consejo Ejecutivo y la 38.ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración;

¹ El valor de referencia se fijará en el segmento básico del presupuesto por programas aprobado para 2022-2023 (resolución WHA74.3 (2021)) a fin de proporcionar certidumbre a los Estados Miembros. Todo ello sin perjuicio de la adopción de posteriores escalas de contribuciones por la Asamblea de la Salud.

² Este aumento elevará el nivel de las contribuciones señaladas al 26% del segmento básico del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado.

En el cuadro que figura a continuación se indican los aumentos a lo largo de tres bienios con fines ilustrativos, sobre la base de la propuesta de la Mesa.

Bienio	Total de contribuciones señaladas	Aumento con respecto al nivel actual de las contribuciones	% del presupuesto básico para 2022-2023
2022-2023	956,9	Valor de referencia	22%
2024-2025	1 148,3	20%	26%
2026-2027	1 550,2	35%	36%
2028-2029	2182	40%	50%

- iii)* al examinar nuevas propuestas de aumento de las contribuciones señaladas, los Estados Miembros evaluarán los progresos realizados en la aplicación de, entre otras cosas, los entregables presupuestarios, programáticos, financieros, de gobernanza y de rendición de cuentas que sean competencia de la Secretaría, lo que se llevaría a cabo según los ciclos del presupuesto por programas con las correspondientes resoluciones del presupuesto por programas. En estos debates se tendrían en cuenta, según proceda, los avances de otros mecanismos mundiales de financiación de la salud;
- f)* que la Asamblea de la Salud pida a la Secretaría que estudie la viabilidad de adoptar un mecanismo de reposición para ampliar aún más la base de financiación, en consulta con los Estados Miembros y teniendo en cuenta el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, y que presente un informe en el que figuren las opciones pertinentes para que las examinen los Estados Miembros a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la 152.^a reunión del Consejo Ejecutivo y la 37.^a reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración en enero de 2023. El mecanismo de reposición, con su pertinente reglamento, se basaría en los siguientes principios:
- i)* debe estar centrado en los Estados Miembros, ser aprobado por la Asamblea de la Salud y permanecer abierto a todos los donantes que cumplan con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales;
 - ii)* debe satisfacer tanto las necesidades de la OMS en materia de flexibilidad como la necesidad de los donantes de rendir cuentas ante sus propios constituyentes de los resultados obtenidos;
 - iii)* ha de garantizar la eficiencia y que no haya competencia entre las distintas partes de la OMS;
 - iv)* debe estar armonizado con las necesidades definidas de la OMS que hayan aprobado sus órganos deliberantes y permitir el establecimiento de prioridades entre las necesidades de financiación del segmento básico en todos sus componentes;
 - v)* debe estar armonizado con la arquitectura mundial de la salud y no entrar en competencia con otras instancias mundiales;
 - vi)* debe estar en consonancia con las resoluciones y decisiones de la Asamblea de la Salud;
- g)* que la Secretaría mejore el mecanismo de asignación y reasignación justas y equitativas de recursos para financiar plenamente todos los efectos del presupuesto por programas en todas las oficinas principales y en los tres niveles de la Organización con el fin de abordar las esferas que padecen crónicamente de una financiación insuficiente; y que informe periódicamente a los Estados Miembros sobre sus progresos por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración.

40. El Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible también recomienda establecer un grupo de tareas ágil, formado por Estados Miembros, sobre el fortalecimiento de la gobernanza de la OMS en materia de presupuesto, programas y financiación¹ para que analice las dificultades en el ámbito de la gobernanza relativas a la transparencia, la eficiencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento, así como para que formule recomendaciones que se presentarían a la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la 152.ª reunión del Consejo Ejecutivo y de la 37.ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración en enero de 2023, con objeto de aconsejar mejoras a largo plazo. El establecimiento del grupo de tareas, abierto a todos los Estados Miembros,² debería examinarse en la 151.ª reunión del Consejo Ejecutivo.

41. El Grupo de Trabajo recomienda también que la Asamblea de la Salud pida a la Secretaría que estudie posibles revisiones y ajustes en la recuperación de los gastos de apoyo a los programas con miras a sufragar el costo total de las actividades emprendidas en el marco de los programas financiados mediante contribuciones voluntarias, basándose en el examen³ de los gastos de apoyo a los programas de la OMS que se llevó a cabo en 2013.

¹ Se identificaron, entre otros, los siguientes elementos posibles para el grupo de tareas: el papel de los órganos deliberantes para clasificar por orden de prioridad los temas que se han de incluir en el orden del día provisional de la Asamblea Mundial de la Salud; el aumento de la transparencia y la mejora del proceso de presupuestación de la OMS sobre la base de las mejores prácticas utilizadas en el sistema de las Naciones Unidas, incluida la forma de presentar el presupuesto; el cálculo del costo de las resoluciones, las decisiones y otras iniciativas mediante un enfoque basado en los resultados; el uso de directrices y umbrales para asignar fondos y de plazos para alcanzar dichos umbrales; la exploración de la posibilidad de incluir a contribuyentes no estatales de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales; los incrementos de eficiencia; directrices para velar por la equidad en la asignación de recursos en todos los niveles y departamentos de la OMS; y la normalización de los procedimientos de presentación de informes para los pequeños donantes.

² Y a las organizaciones de integración económica regional, según proceda.

³ Véase el documento EBPBAC18/3.

ANEXO 5

Progresos realizados para aplicar la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública y sus objetivos y metas conexas para el periodo 2020-2030¹

[A75/10 Add.3, anexo 5 – 25 de abril de 2022]

1. En el presente anexo se explican los progresos realizados para aplicar la resolución WHA73.2 relativa a la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública y sus objetivos y metas conexas para el periodo 2020-2030.

Contexto

2. El 17 de noviembre de 2020, la Secretaría puso en marcha la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública (en adelante, «la Estrategia»). Los gobiernos, la sociedad civil y los asociados de países de todas las regiones organizaron campañas, sesiones de formación para trabajadores de la salud y eventos promocionales para marcar el inicio de la Estrategia con medidas encaminadas a empezar a aplicarla.

3. En la Estrategia se definen tres pasos clave (vacunación, detección y tratamiento) cuya aplicación exitosa permitiría reducir en más del 40% la cifra de nuevos casos de la enfermedad y evitar 5 millones de defunciones asociadas a ella de aquí a 2050. De acuerdo con los datos correspondientes a 2020, las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino normalizada por edades varían desde 84 casos por cada 100 000 mujeres en los países de riesgo más elevado hasta menos de 10 por cada 100 000 mujeres en aquellos donde el riesgo es más bajo.²

4. Para eliminar el cáncer de cuello uterino, todos los países deben alcanzar y mantener una tasa de incidencia inferior a cuatro casos por cada 100 000 mujeres. Concretamente:

a) el logro de ese objetivo se basa en tres pilares clave y sus correspondientes metas:

i) vacunación: administrar la pauta completa de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) al 90% de las niñas antes de que cumplan 15 años;

ii) detección: someter al 70% de las mujeres a una prueba de detección de alta precisión antes de los 35 años y, de nuevo, a los 45 años; y

iii) tratamiento: tratar al 90% de las mujeres con lesiones precancerosas y al 90% de las que tienen cáncer invasivo; y

b) todos los países deben cumplir con las metas «90-70-90» de aquí a 2030 para acercarse a la eliminación del cáncer de cuello uterino en el presente siglo.

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² Véase: Observatorio Mundial del Cáncer. Organización Mundial de la Salud/Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (<http://gco.iarc.fr/>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

5. A pesar de las perturbaciones causadas por la pandemia de enfermedad por el coronavirus (COVID-19), la OMS continúa respondiendo a las peticiones de ayuda y asistencia técnica de los Estados Miembros que priorizan la eliminación de esta enfermedad.

Orientaciones e instrumentos de la OMS

6. La OMS ha publicado diversos productos normativos para ayudar a los países a aplicar las intervenciones recomendadas en la Estrategia.

7. **Vacunación contra el virus del papiloma humano.** A fecha de enero de 2022, 117 países habían introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en sus programas nacionales de inmunización y se espera que, a finales de ese año, lo hayan hecho 120 países. Además, 40 países ofrecen esta vacunación también a los niños varones. Sin embargo, el nivel de cobertura de esta vacuna continúa siendo insuficiente, dado que pocos países han alcanzado la meta del 90%. Por primera vez, se ha reducido la cobertura mundial de la vacunación contra el VPH, desde el 15% de 2019 al 13% en 2020, a causa de la pandemia de COVID-19. Concretamente, este descenso se ha atribuido a la reducción de la cobertura en los países de ingresos medianos y bajos. A finales de 2020, los países trataron de vacunar a las niñas a quienes no se había vacunado, pero será necesario seguir esforzándose para mejorar la cobertura. La OMS ha precalificado una cuarta vacuna contra el VPH.¹

8. La Secretaría publicó una guía para ayudar hacer un seguimiento de la cobertura de la vacunación contra el VPH en los países² y una actualización del estudio de mercado mundial sobre estas vacunas,³ y ha adoptado medidas para seguir atenuando los problemas de suministro.

9. **Detección y tratamiento de lesiones precancerosas.** En julio de 2021 se publicó la segunda edición de las Directrices de la OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas. Estas directrices atienden las necesidades de la población general de mujeres que cumplen los requisitos e incorporan recomendaciones nuevas y actualizadas y declaraciones de prácticas correctas para estas últimas. Además, hacen hincapié en que los países tienen que pasar a utilizar pruebas de detección del VPH de alta precisión, como las pruebas moleculares.⁴ Asimismo, la OMS ha publicado nuevas directrices sobre la introducción y la ampliación de las pruebas de detección de este virus como parte de un programa integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino.⁵ A fin de ayudar a los países a aplicar estas directrices, la OMS ha publicado un documento sobre la importancia la investigación enfocada en la aplicación para introducir nuevas intervenciones basadas en la evidencia.

10. **Mujeres que viven con el VIH.** De acuerdo con las estimaciones iniciales de la OMS⁶ sobre el porcentaje de la carga mundial de cáncer de cuello uterino que cabe atribuir al VIH, las mujeres que viven con este virus corren un riesgo seis veces más alto de contraer un cáncer de cuello uterino. La

¹ Véase: OMS. Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control). Organización Mundial de la Salud (<https://extranet.who.int/pqweb/content/cecolin%C2%AE>), consultado el 7 de abril de 2022.

² OMS. Human papillomavirus (HPV) vaccine coverage monitoring manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ Global market study. HPV vaccines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

⁴ Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino, 2.ª Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁵ Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer: a step-by-step guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁶ Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano J, Shah ASV, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021; 9: e161–69. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30459-9.

Secretaría de la OMS ha publicado un resumen normativo para ayudar a los países a ampliar el acceso y la utilización de las pruebas de detección y el tratamiento de este cáncer entre las mujeres que viven con el VIH, mediante tecnologías modernas y de calidad,¹ así como una actualización de las directrices unificadas sobre la prevención, la detección, el tratamiento, la prestación de servicios y el seguimiento en relación con el VIH que incluye un capítulo dedicado a la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres que viven con este virus.² Por otro lado, en el sistema anual de presentación de informes que se lleva a cabo para el Monitoreo Global del Sida se incluirán nuevos indicadores que midan los progresos realizados en la detección y el tratamiento del cáncer y las lesiones precancerosas en el cuello uterino.

11. **Tratamiento y cuidados paliativos del cáncer invasivo.** El marco de la OMS para fortalecer y ampliar los servicios de tratamiento del cáncer invasivo de cuello uterino³ sirvió para sustentar el tercer pilar de la Estrategia y para ayudar a los países alcanzar la meta de tratar al 90% de las mujeres con un diagnóstico de cáncer invasivo. En colaboración con el Organismo Internacional de Energía Atómica, la OMS ha publicado unas orientaciones interinstitucionales⁴ para mejorar la eficacia de la adquisición de los equipos utilizados para tratar este cáncer. Asimismo, se actualizó la sección relativa al tratamiento del cáncer invasivo de cuello uterino en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales.

12. Gracias a los estudios encargados por la OMS, se ha demostrado la elevada prevalencia del sufrimiento físico, psicológico, emocional y social, en ocasiones intenso y multiforme, que padecen las mujeres con cáncer cervicouterino. Para hacer frente a este problema, se han propuesto conjuntos de intervenciones básicas ampliadas sobre los cuidados paliativos de estas mujeres.^{5,6,7}

13. **Vigilancia poscomercialización de los dispositivos médicos.** La OMS ha publicado un resumen normativo sobre la vigilancia poscomercialización en los programas de control del cáncer cervicouterino con el fin de ayudar a que los aparatos empleados se utilicen sin riesgos a medida que se amplía el alcance de dichos programas.⁸

¹ New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV: policy brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

³ WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁴ Technical specifications of radiotherapy equipment for cancer treatment. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁵ Krakauer EL, Kwete X, Kane K., Afshan G, Bazzett-Matabel L, Bien-Aimé, et al. Cervical Cancer-Associated Suffering: Estimating the Palliative Care Needs of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol.* 2021;7:862–872. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁶ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, et al. Essential Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to the Suffering of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol.* 2021;7:862-872. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁷ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, et al. Augmented Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to Refractory Suffering. *JCO Glob Oncol.* 2021;7:886-895. doi: 10.1200/GO.21.00027.

⁸ Implementation of post-market surveillance in cervical cancer programmes: policy brief for manufacturers of medical devices, including in vitro diagnostic medical devices. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

14. **Cálculo de los costos de los programas nacionales contra el cáncer de cuello uterino.** La OMS ha ayudado a varios Estados Miembros a estimar los costos de aplicar sus planes nacionales de eliminación del cáncer de cuello uterino. Los planes sobre el cálculo de costos se publicaron para que pudieran hacer uso de ellos otros Estados Miembros en sus procesos de planificación.¹

15. **Vigilancia, seguimiento y evaluación.** La OMS, en colaboración con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, ha elaborado un proyecto de marco para hacer un seguimiento de la aplicación de la Estrategia. Además, está preparando una primera serie de estimaciones de la cobertura nacional, regional y mundial de las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino con el fin de establecer valores de referencia que permitan hacer un seguimiento en el futuro. Otro de los recursos que se encuentra en fase de desarrollo son los perfiles nacionales relativos a este cáncer,² que proporcionan una visión general de los planes específicos de cada país y vincular los indicadores específicos del cáncer de cuello uterino con las intervenciones prioritarias de la Estrategia. Se ha puesto en marcha un portal para acceder a los datos de la OMS sobre la introducción de las vacunas contra el VPH en los países y sobre las tendencias relativas a la cobertura vacunal en los programas de lucha contra este virus, con el fin de hacer un seguimiento de los progresos realizados para alcanzar las metas fijadas de aquí a 2030.³

16. **Investigación e innovación.** La OMS ha elaborado un marco para obtener evidencias sobre la formación, la validación y la evaluación en relación con los dispositivos médicos basados en la inteligencia artificial, que incluye capítulos específicos relativos a la detección del cáncer de cuello uterino como una de las principales aplicaciones de la inteligencia artificial.⁴

17. **Banco de conocimientos.** Se ha elaborado un recurso en línea para tener acceso a orientaciones e instrumentos publicados por la OMS y por otros asociados que son pertinentes para aplicar la Estrategia.⁵

Apoyo a los Estados Miembros, con especial atención a aquellos que sufren una carga elevada

18. Todas las regiones de la OMS han adoptado medidas para ayudar a los Estados Miembros a aplicar intervenciones de lucha contra el cáncer de cuello uterino. En el presente informe se explican algunos progresos realizados en todas ellas, si bien no se presenta una lista completa de los logros alcanzados.

19. **Región de África.** Esta región, donde se ubican 19 de los 20 Estados Miembros con mayor carga de cáncer de cuello uterino, soportó el 21% de la mortalidad mundial por esta enfermedad en 2020. Como respuesta a ello, la Oficina Regional para África ha reforzado la capacidad regional para prestar apoyo y asistencia integrada a los países que la componen. En la 71.ª reunión del Comité Regional para África se adoptó un marco regional para aplicar la Estrategia.⁶

20. Se ha proporcionado apoyo para ampliar los programas de lucha contra el cáncer de cuello uterino y la asistencia técnica a Guinea, Kenya, Malawi, Nigeria, Rwanda, Togo, Uganda y Zambia, a fin de

¹ Costing the National Strategic Plan on Prevention and Control of Cervical Cancer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

² Cervical Cancer Country Profiles. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/cervical-cancer-profiles>), consultado el 7 de abril de 2022.

³ Véase: [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)/hvpv-clearing-house](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV)/hvpv-clearing-house) (consultado el 7 de abril de 2022).

⁴ Generating evidence for artificial intelligence-based medical devices: a framework for training, validation and evaluation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁵ Véase: <https://cceirepository.who.int/> (consultado el 10 de diciembre de 2021).

⁶ Véase el documento AFR/RC71/9.

que pongan al día sus directrices y estrategias en la materia. Del mismo modo, otros países revisaron sus planes nacionales de lucha contra esta enfermedad para adaptarlos a las intervenciones prioritarias y las metas de la Estrategia. En 2020, la OMS proporcionó apoyo técnico y financiación a Cabo Verde, Camerún y Mauritania para vacunar contra el VPH y, como resultado de ello, ahora ya son 19 los países que han introducido esta intervención a nivel nacional. También se está prestando apoyo a 11 Estados Miembros (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabwe) para que utilicen técnicas de detección de alta precisión.

21. **Región de las Américas.** Se ha seguido ofreciendo a los proveedores de atención de salud un programa integral de formación sobre el cáncer de cuello uterino por medios virtuales en el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud/la Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/AMRO). Además, se puso en marcha un programa de teleorientación sobre la eliminación de esta enfermedad, también por medios virtuales, lo que permitió organizar una comunidad de prácticas e intercambiar experiencias sobre la prevención. Otra iniciativa en marcha son las sesiones virtuales de teleorientación sobre cuidados paliativos que se celebran cada mes, algunas de las cuales se han dedicado a cuestiones específicas que afectan a las mujeres que padecen cáncer de cuello uterino.

22. Se han establecido planes nacionales de eliminación específicos del país en Chile, Honduras, Jamaica, Paraguay y Suriname. En El Salvador, se ha ampliado la detección del VPH y se han empezado a introducir las vacunas para combatirlo. Por su parte, Guatemala ha empezado a realizar pruebas de detección del VPH, con la ayuda del Unitaid y la participación de las oficinas regionales y en los países de la OMS. Chile ha emprendido campañas de concienciación para animar a las mujeres a someterse a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, mientras que Paraguay está actualizando sus directrices y está elaborando un plan nacional de formación para reforzar la capacidad de detección y de tratamiento de las lesiones precancerosas.

23. **Región del Mediterráneo Oriental.** La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental analizó la situación regional con el fin de conocer la carga actual de la enfermedad y la capacidad para alcanzar las metas mundiales; además, en colaboración con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, proporcionó asistencia técnica a la mayoría de los países a fin de mejorar su registro de tumores malignos.

24. Solo tres países de esta región están vacunando contra el VPH, mientras que nueve ofrecen servicios de detección del cáncer de cuello uterino. La Oficina Regional ayudó a Marruecos a formar a sus trabajadores de la salud para facilitar la introducción de esta vacuna y asignó ayudas específicas para elaborar programas nacionales de detección del cáncer de cuello uterino en la Arabia Saudita, el Irán (la República Islámica del), el Iraq, Jordania, Marruecos, y el Sudán. También se prestó ayuda técnica y financiación a Sudán, Marruecos y Arabia Saudita para satisfacer sus necesidades en materia de evaluación y tratamiento de esta enfermedad, y se ha previsto desarrollar actividades de promoción a escala regional para facilitar la introducción de la vacuna contra el VPH en Afganistán, Djibouti y Sudán, países que cumplen los requisitos establecidos por Gavi, la Alianza para las Vacunas.

25. **Región de Europa.** La Oficina Regional para Europa está elaborando una hoja de ruta regional para eliminar el cáncer de cuello uterino. Se ha seguido prestando apoyo técnico a Belarús, Kirguistán, Georgia, Rumania y Uzbekistán en materia de detección y diagnóstico precoz de esta enfermedad, lo cual ha incluido diálogos normativos y la creación de capacidad. La Oficina Regional ha desarrollado actividades intensivas de formación y apoyo técnico a Uzbekistán para ayudar a aplicar los tres pilares de la Estrategia.

26. En mayo de 2021, Kirguistán decidió introducir la inmunización sistemática con esta vacuna de las niñas de 11 años y programó llevarla a cabo en septiembre de 2022; además, decidió administrar vacunas de rescate a las niñas menores de 14 años. En octubre del mismo año, Uzbekistán puso en

marcha la administración de vacunas de rescate contra el VPH a las niñas de 11 a 14 años y alcanzó una cobertura elevada (de más del 90%) con la primera dosis. La segunda dosis se administrará a la cohorte de rescate en junio de 2022. Con la ayuda de la OMS y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Uzbekistán puso en marcha en junio de 2021 un programa experimental de cribado del cáncer de cuello uterino con el fin de someter a pruebas de detección del VPH a 56 000 mujeres que viven en dos regiones administrativas del país.

27. **Región de Asia Sudoriental.** En la 74.ª reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental, la Oficina Regional puso en marcha un marco para la aplicación entre 2021 y 2030 con objeto de eliminar el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. Además, se ha proporcionado a los Estados Miembros formación sobre la detección de esta enfermedad y sobre el tratamiento de las lesiones precancerosas, dentro de un conjunto de intervenciones formativas de ámbito regional,¹ así como cursos de formación en colposcopia.² Otra iniciativa lanzada en 2021 fue un video instructivo y promocional para fomentar las actividades encaminadas a eliminar esta enfermedad en la región.

28. La Oficina Regional está revisando las orientaciones nacionales en vigor relativas a la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas para armonizarlas con las recomendaciones de la OMS. Siete países han integrado la vacunación contra el VPH en sus planes nacionales de vacunación, mientras que otros cinco (Bhután, Maldivas, Myanmar, Sri Lanka y Tailandia) los han incorporado a programas de alcance nacional y otros dos (India e Indonesia) los están aplicando a nivel subnacional. A este respecto, la OMS proporcionó apoyo a Myanmar en 2020. En Tailandia se están utilizando las pruebas de detección del VPH como pruebas principales de cribado, mientras que Myanmar ha desarrollado un proyecto experimental para introducir las pruebas de detección de alta precisión.

29. **Región del Pacífico Occidental.** Mongolia ha estado realizando pruebas de detección del VPH. Como parte del apoyo brindado a Vanuatu, la Oficina Regional ha prestado especial atención a la prevención del cáncer de cuello uterino, centrándose en la detección, el diagnóstico y el tratamiento en las mujeres que presentan la enfermedad en su fase inicial. También se están elaborando materiales de promoción y comunicación sobre esta enfermedad con los Estados Federados de Micronesia para satisfacer la demanda de servicios, y la OMS está proporcionando a las Islas Salomón materiales vitales para tratar las lesiones precancerosas. Además, Tuvalu introdujo la vacunación contra el VPH en septiembre de 2021.

Colaboración con asociados

30. La OMS colaboró con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en la 47.ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA (del 15 al 18 de diciembre de 2020), cuya sesión temática se dedicó al cáncer de cuello uterino y el VIH.

31. La OMS continúa colaborando con Gavi y otros asociados técnicos para ayudar a introducir la vacunación contra el VPH, mediante iniciativas como los diálogos de alcance mundial sobre el acceso a estas vacunas, a fin de ayudar a distribuirlas equitativamente. Otro proyecto colaborativo en el que la OMS sigue participando es una iniciativa de varios asociados que coordina el Unitaid y que recibe apoyo del UNICEF para la adquisición; el objetivo de este proyecto es ampliar el acceso a los servicios

¹ Véase: Cervical cancer screening and management of cervical pre-cancers. Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (<https://www.who.int/southeastasia/activities/cervical-cancer-screening-and-management-of-cervical-pre-cancer>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Véase: IFPC/IARC Training course in colposcopy and the prevention of cervical cancer. Organización Mundial de la Salud/Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (<https://screening.iarc.fr/elearningifpc.php>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

de prevención secundaria, y se está tratando de sentar las bases que permitan ampliar los servicios nacionales y de mejorar el acceso a técnicas innovadoras.

32. También se desarrollaron otras iniciativas de alto nivel en las que participaron la Secretaría del Commonwealth y la Comisión de la Unión Africana, por ejemplo, las actividades de concienciación desarrolladas por los ministros de salud del Commonwealth para que los Estados Miembros apliquen la Estrategia.

33. Algunas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, como el ONUSIDA, el UNFPA y el UNICEF están armonizando sus estrategias mediante la inclusión de metas relativas a la eliminación del cáncer de cuello uterino.

Vías de avance

34. **Apoyo a los países para fomentar la aplicación de la Estrategia.** La Secretaría colaborará con los gobiernos y con otros asociados para agilizar la aplicación de la Estrategia con el fin de alcanzar las metas establecidas para 2030. Asimismo, la OMS prestará apoyo a los países para reforzar la integración de la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino en la atención primaria, los servicios de salud sexual y reproductiva, los de atención a la infección por el VIH y otros servicios y programas para la comunidad. Además, se promoverán las alianzas nacionales y mundiales para obtener progresos en la eliminación de esta enfermedad, incluyendo a grupos de promoción de este objetivo y a mujeres que hayan sobrevivido a la enfermedad.

ANEXO 6

Proceso de preparación para la celebración en 2025 de la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles¹

[A75/10 Add.5, anexo 11 – 27 de abril de 2022]

Mandato

1. En el párrafo 50 de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se solicita «al Secretario General de las Naciones Unidas que, en consulta con los Estados Miembros, y en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y los fondos, programas y organismos especializados competentes del sistema de las Naciones Unidas, presente a la Asamblea General a más tardar a fines de 2024, para su examen por los Estados Miembros, un informe sobre los progresos alcanzados en la aplicación de la presente declaración política, como preparativo de una reunión de alto nivel para realizar un examen amplio en 2025 de los progresos alcanzados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental y el bienestar».²
2. El proceso de preparación para la celebración de la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se estableció por primera vez en el párrafo 44 del documento A74/10 Rev.1, del que tomaron nota los Estados Miembros en la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud.
3. El presente anexo tiene por objeto proporcionar información actualizada sobre ese proceso de preparación.

Alcance, finalidad y modalidades

4. Las muertes prematuras causadas por las enfermedades no transmisibles (ENT) pueden evitarse si los países adoptan medidas legislativas y de reglamentación y aplican políticas dirigidas a responder a las necesidades de las personas que padecen o corren el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o trastornos mentales, que abarquen la atención preventiva, curativa, paliativa y especializada. Alrededor del 85% de todas las muertes prematuras ocurren en los países de ingresos bajos y medianos. Un elevado porcentaje de la población mundial vive en países de ingresos medianos y bajos donde el entorno social, económico y físico ofrece menores niveles de protección frente a los factores de riesgo de las ENT, como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, las dietas malsanas, la inactividad física y la contaminación atmosférica. Además, durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), las ENT y los servicios de salud mental han sido los que más interrupciones han sufrido de todos los servicios de salud esenciales.
5. Muchos países siguen sin tener capacidad para cumplir el compromiso, establecido en el párrafo 17 de la resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de proporcionar liderazgo estratégico para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles promoviendo una mayor

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² Resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

coherencia y coordinación mediante enfoques pangubernamentales y que incorporen la salud en todas las políticas y fomentando la participación de las partes interesadas en una enérgica actuación y respuesta en forma apropiada, coordinada, integral e integrada a nivel de toda la sociedad.

6. La colaboración entre los gobiernos y los agentes no estatales para la prevención y el control de las ENT ha demostrado ser un reto desde el punto de vista de la conformidad de los agentes no estatales con las políticas y las reglamentaciones en materia de salud pública, sobre todo a la hora de encontrar un terreno común que permita optimizar la experiencia y los recursos complementarios del sector privado,¹ prestando al mismo tiempo la debida atención a la gestión de los riesgos, incluidos los conflictos de intereses y la influencia indebida.

7. La cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se celebrará en 2025, será el momento de reflexionar sobre la trágica cifra de 15 millones de personas que mueren cada año prematuramente a causa de las ENT desde 2015, y que se prevé que alcance un total de más de 150 millones en el decenio anterior a 2025. También brindará la oportunidad de adoptar una nueva declaración política, ambiciosa y factible, sobre las ENT, basada en la evidencia y cimentada en los derechos humanos, que establezca un marco relevante para agilizar la respuesta mundial a las ENT a partir de 2025, contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) antes de 2030, y sitúe a los países en una senda sostenible de cara a las próximas décadas.

8. El Presidente de la Asamblea General de las Naciones Unidas convocará la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en 2025. Los Estados Miembros acordarán el alcance, las modalidades, el formato, la organización y la fecha de la cuarta reunión de alto nivel en una resolución separada sobre las modalidades de la misma, que se aprobará en la Asamblea General de las Naciones Unidas. Los Estados Miembros negociarán la resolución bajo los auspicios de dos cofacilitadores, que serán nombrados por el Presidente de la Asamblea General de las Naciones Unidas en fechas más próximas a la reunión. Del mismo modo, el documento final que se adoptará en la cuarta reunión de alto nivel será negociado por los Estados Miembros bajo los auspicios de los mismos dos cofacilitadores.

Proceso de preparación para la celebración en 2025 de la cuarta reunión de alto nivel

9. El proceso de preparación para la celebración de la cuarta reunión de alto nivel incluye reuniones y consultas copatrocinadas por la OMS y los asociados pertinentes, que pueden servir para realizar aportaciones a las negociaciones entre los Estados Miembros con miras a la resolución relativa a las modalidades de la reunión, así como al documento final.

10. El proceso de preparación también puede contribuir a la elaboración de recomendaciones que puedan incluirse en el informe de 2024 del Secretario General de las Naciones Unidas a la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos alcanzados en la prevención y el control de las ENT.

11. En el sitio web de la OMS se publicará y actualizará periódicamente una lista de reuniones relacionadas con la prevención y el control de las ENT.²

¹ Documento A71/14.

² <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/on-the-road-to-2025> (consultado el 15 de marzo de 2022).

- **Reuniones celebradas en 2021**
 - Cumbre de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo para la Salud (OMS)
 - Cumbre Mundial sobre la Diabetes
 - Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Sistemas Alimentarios
 - Cumbre Nutrición para el Crecimiento
 - Novena reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - Segundo periodo de sesiones de la Reunión de las Partes en el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco
 - 26.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
 - Décima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud
- **Reuniones programadas para 2022**
 - Diálogo Estratégico Internacional sobre las ENT y los ODS
 - Reunión técnica de alto nivel de directores y gestores de programas nacionales contra las ENT de pequeños Estados insulares en desarrollo
- **Reuniones programadas para 2023**
 - Primera Conferencia Ministerial de la OMS para Pequeños Estados Insulares en Desarrollo sobre prevención y control de las ENT
 - Segundo diálogo mundial de la OMS sobre la financiación de las respuestas nacionales a las ENT
 - Segunda reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal
 - Décima reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - Tercer periodo de sesiones de la Reunión de las Partes en el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco
 - Tercera Reunión mundial de la OMS de directores y gestores de programas nacionales contra las ENT
 - Consultas oficiosas con los Estados Miembros sobre las recomendaciones que deben incluirse en el informe de las reuniones preparatorias regionales del Secretario General de las Naciones Unidas
- **Reuniones programadas para 2024**
 - Conferencia Mundial sobre personas que viven con ENT y trastornos de salud mental
 - Tercera Conferencia Ministerial Mundial de la OMS sobre Prevención y Control de las ENT

12. Las actividades que se llevan a cabo en los ámbitos de la contaminación atmosférica, los trastornos de salud mental (que comprenden los trastornos mentales, neurológicos y asociados al consumo de sustancias), el cambio climático y los determinantes sociales de la salud, incluidas las reuniones y decisiones regionales, también pueden contribuir a la elaboración de recomendaciones que puedan incluirse

en el informe de 2024 del Secretario General de las Naciones Unidas a la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos alcanzados en la prevención y el control de las ENT.

13. Teniendo en cuenta la función de liderazgo y coordinación que corresponde a la OMS en la promoción y el seguimiento de la acción mundial contra las ENT, en particular en relación con la labor de otros organismos competentes de las Naciones Unidas, los bancos de desarrollo y otras organizaciones regionales e internacionales, con el fin de que las ENT se aborden de manera coordinada, el Director General de la OMS elaborará, en consulta con los Estados Miembros, el informe de 2024 sobre los progresos alcanzados en este ámbito en nombre del Secretario General. El formato del informe de 2024 será similar al utilizado en los cuatro informes precedentes.^{1,2,3,4}

14. En 2025, los Estados Miembros examinarán el informe sobre los progresos realizados que presentará el Secretario General de las Naciones Unidas en la Asamblea General de las Naciones Unidas. El Presidente de la Asamblea General de las Naciones Unidas nombrará a dos cofacilitadores que presidirán las negociaciones entre los Estados Miembros para elaborar una resolución sobre las modalidades de la cuarta reunión de alto nivel en la que se establecerán el alcance, las modalidades, el formato y la organización de la misma. Los cofacilitadores también presidirán las negociaciones entre los Estados Miembros para elaborar el documento final que se adoptará en 2025.

15. La cuarta reunión de alto nivel se convocará bajo los auspicios del Presidente de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar la adopción del documento final. La reunión de alto nivel también brindará una oportunidad para que los Estados Miembros hagan declaraciones y para que tanto estos como las organizaciones no gubernamentales y las entidades del sector privado participen en mesas redondas.

16. En el periodo previo a la cuarta reunión de alto nivel, la OMS seguirá alentando y apoyando a todos los Estados Miembros para que cumplan los compromisos asumidos en las tres reuniones de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, celebradas en 2011,⁵ 2014⁶ y 2018.⁷ Con el fin de promover el apoyo técnico y los efectos en el ámbito de país es necesario que todos los donantes incrementen las tan necesarias contribuciones financieras y técnicas que destinan a la prevención y el control de las ENT, por conductos tanto bilaterales como multilaterales, incluidos el programa de la OMS sobre las ENT y el Fondo Fiduciario Multipartito de las Naciones Unidas para Catalizar las Medidas en los Países sobre las Enfermedades No Transmisibles y la Salud Mental. La OMS exhorta también a los agentes no estatales pertinentes y a las personas que viven con ENT a que apoyen los esfuerzos que se llevan a cabo a escala local y mundial para alcanzar el conjunto de nueve metas de aplicación voluntaria establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud

¹ Nota del Secretario General por la que se transmite el informe de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud sobre la situación relativa a las enfermedades no transmisibles en el mundo, con particular atención a los problemas de desarrollo que afrontan los países en desarrollo (A/65/362) (<https://undocs.org/es/A/65/362>), consultado el 3 de marzo de 2022.

² Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Informe del Secretario General (A/66/83) (<https://undocs.org/es/A/66/83>), consultado el 3 de marzo de 2022.

³ Nota del Secretario General por la que transmite el informe del Director General de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (A/68/650) (<https://undocs.org/A/68/650>), consultado el 3 de marzo de 2022.

⁴ Avances en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Informe del Secretario General (A/72/662) (<https://undocs.org/es/A/72/662>), consultado el 3 de marzo de 2022.

⁵ <https://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>, (consultado el 3 de marzo de 2022).

⁶ <https://www.un.org/press/en/2014/ga11530.doc.htm>, (consultado el 3 de marzo de 2022).

⁷ <https://digitallibrary.un.org/record/1648984?ln=es>, (consultado el 3 de marzo de 2022).

en 2013¹ de cara a 2025, así como la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar).

¹ Resolución WHA66.10 (2013).

ANEXO 7

Plan de aceleración del apoyo a los Estados Miembros en lo que respecta a la aplicación de las recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo de la vida¹

[A75/10 Add.6. anexo 12 – 27 de abril de 2022]

ANTECEDENTES

1. En 2021, la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA74.4, en la que pedía al Director General que elaborase recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo del curso de la vida, y, en particular, que examinara la posibilidad de establecer metas a ese respecto.
2. La Secretaría redactó el proyecto de recomendaciones y metas solicitadas, y las incluyó en el anexo 9 del informe del Director General sobre la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se presentó al Consejo Ejecutivo en su 150.^a reunión.²
3. El Consejo Ejecutivo, por medio de la decisión EB150(4), decidió recomendar que la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud tomara nota del informe y sus anexos y adoptara las recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo del curso de la vida, y las metas conexas. Durante las deliberaciones,³ los Estados Miembros pidieron que las recomendaciones sobre obesidad se complementaran con un plan de aceleración que aclarase de qué manera la Secretaría apoyaría a los Estados Miembros en la aplicación de las recomendaciones, en función de las necesidades y prioridades específicas de cada país, incluidos los mecanismos de presentación de informes.

ALCANCE Y FINALIDAD DEL PLAN DE ACELERACIÓN

4. El plan de aceleración se orienta a consolidar, priorizar y acelerar las medidas nacionales contra la epidemia de obesidad mediante esfuerzos coherentes y armonizados en los tres niveles de la Organización, y con el apoyo del ecosistema general, en particular otras organizaciones de las Naciones Unidas y entidades multilaterales, coaliciones y agentes no estatales, como organizaciones no gubernamentales, entidades del sector privado (entre ellas asociaciones empresariales internacionales), fundaciones filantrópicas e instituciones académicas, así como personas obesas, sus familias y comunidades.
5. Con arreglo al programa de transformación de la OMS destinado a generar un efecto medible en los países, el plan de aceleración hace hincapié en el establecimiento y la aplicación de una estrategia incremental basada en datos, a fin de ayudar a un subconjunto inicial de países a luchar contra las tendencias de la obesidad y contrarrestarlas, con miras a ampliar la estrategia a otros países más adelante.
6. El plan de aceleración prevé una situación hipotética alcanzable para adoptar medidas mundiales contra los múltiples factores que propician la obesidad, y procura generar un cambio en la prevalencia y

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² Documento EB150/7.

³ Véanse las actas resumidas de la 150.^a reunión del Consejo Ejecutivo, séptima sesión.

las tendencias de la obesidad en el tiempo, hasta que se alcancen las metas mundiales. Mediante el trazado de una trayectoria entre las metas mundiales presentes y futuras, esta situación hipotética de aceleración puede ayudar a los países a realizar el seguimiento de los progresos, corregir el rumbo cuando sea necesario y hacer hincapié en objetivos ambiciosos. Progresivamente, los esfuerzos de aceleración darán lugar a: *i*) mayor número de países que apliquen políticas eficaces de prevención y gestión de la obesidad; *ii*) mejor eficiencia y cobertura normativas y acceso ampliado a los servicios de prevención y gestión de la obesidad; y *iii*) mejoramiento de la tendencia de las tasas de obesidad a lo largo de la vida.

7. En 2019, la obesidad provocó unos cinco millones de defunciones¹ por enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos digestivos), lo que representa el 12% de todas las defunciones por estas enfermedades. La consecución de la meta de crecimiento cero en las tasas de obesidad y diabetes es crucial para alcanzar la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, consistente en reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030. Por consiguiente, el plan de aceleración se ha desarrollado en consonancia con las recomendaciones dirigidas a fortalecer y vigilar las respuestas a la diabetes en los programas nacionales sobre enfermedades no transmisibles, y su plazo coincide con la hoja de ruta 2023-2030 relativa a la ejecución del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030. Asimismo, el plan de aceleración se elaboró de manera acorde con las metas y prioridades mundiales de nutrición en general, dado que la obesidad forma parte de la doble carga de malnutrición.

8. El plan de aceleración se utilizará para orientar las medidas de la Secretaría. Ahora bien, su éxito dependerá del liderazgo de los países, de su compromiso político y de la adopción de un enfoque que abarque a toda la sociedad y en el que cada persona, en particular las personas obesas y sus familias y comunidades, desempeñen una función en la lucha contra la obesidad.

LÍNEAS DE TRABAJO DEL PLAN DE ACELERACIÓN

9. El plan de aceleración se ejecutará en cinco líneas de trabajo.

Línea de trabajo 1: Identificar medidas prioritarias para lograr un mayor efecto en la prevención y gestión de la obesidad a lo largo de la vida

10. La Secretaría seguirá proporcionando orientación que permita a los Estados Miembros diseñar y aplicar medidas prioritarias, en particular la modelización y los instrumentos operacionales que respalden los fundamentos lógicos de priorización y ampliación de las intervenciones.

11. Esta línea de trabajo incluirá los elementos siguientes:

- **Conjunto de intervenciones priorizadas que abordan la dieta saludable y la actividad física en múltiples entornos.** El desarrollo de la obesidad es consecuencia de la susceptibilidad individual (biología, riesgo genético y otros trastornos), asociada a un entorno obesogénico. Ese desarrollo está influido por sistemas y entornos alimentarios; entornos urbanos y zonas edificadas, sistemas de información y entornos digitales y sistemas de educación, deporte, protección social y salud, y, desde el inicio, se ve afectado también por determinantes sociales, comerciales y económicos. Si bien es necesaria una transformación general de toda la sociedad, existen intervenciones esenciales que pueden cambiar eficazmente el entorno obesogénico y ayudar a la población en su conjunto a prevenir y gestionar la obesidad. Esas intervenciones incluyen: reglamentación que proteja a los niños contra la mercadotecnia

¹ <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity> (consultado el 29 de marzo de 2022).

de alimentos y bebidas malsanos; políticas de tributación y precios orientadas a promover dietas saludables; políticas sobre etiquetado nutricional; políticas escolares sobre alimentación y nutrición (incluidas iniciativas para reglamentar la venta de productos ricos en grasas, azúcares y sal cerca de las escuelas); medidas de apoyo a las condiciones de alimentación temprana (por ejemplo, promoción, protección y fomento de la lactancia natural); campañas de educación y concienciación del público; normas y reglamentos sobre medios de transporte activos y actividad física en las escuelas, e integración de los servicios de prevención y gestión de la obesidad en el nivel de atención primaria de salud con orientación pertinente para los servicios de atención secundaria y terciaria. Estas intervenciones priorizadas se basan en las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y en las recomendaciones y directrices de la OMS, complementadas por diversos instrumentos de aplicación, entre ellos las orientaciones normativas, las políticas modelo, las guías de aplicación, los sistemas de modelización de perfiles nutricionales y los parámetros de referencia nutricional.

- **Instrumento de análisis de los efectos y modelización.** Este instrumento sencillo y de fácil utilización calcula los efectos de las medidas recomendadas por la OMS respecto de los indicadores de resultados y procesos relativos a la obesidad en niños y adultos, con miras a orientar la adopción de decisiones normativas sobre la priorización y asignación de recursos necesarios para realizar las intervenciones seleccionadas.
- **Marco para la prestación de servicios de prevención y gestión de la obesidad.** Este instrumento se orienta a promover el acceso ampliado a los servicios de prevención y gestión de la obesidad para todas las poblaciones a lo largo de la vida, en particular las personas obesas o en riesgo de serlo. El instrumento facilita la inclusión de la prevención y gestión de la obesidad como un componente crucial de la cobertura sanitaria universal. Se basa en los principios de la atención primaria de salud, adopta un enfoque de atención crónica y cuenta con el apoyo que supone la integración de las medidas de prevención y gestión de la obesidad en los marcos existentes para la prestación de servicios en el sistema de salud, en particular a las comunidades y las familias. Además, el instrumento presta apoyo a la planificación de los recursos necesarios para la ampliación y sostenibilidad de los servicios. El marco va acompañado por una guía operacional adaptable para su uso en países de ingresos altos, medianos y bajos.

Línea de trabajo 2: Apoyar la aplicación de medidas nacionales

12. La Secretaría prestará apoyo para permitir que los Estados Miembros actúen de manera dinámica durante todo el ciclo de formulación normativa concerniente a la obesidad, desde el diseño de estrategias y planes de acción nacionales hasta la adopción y aplicación de medidas normativas o servicios específicos. Ese apoyo se prestará a los países que muestren una firme determinación para actuar. La Secretaría prevé que un grupo de países pioneros manifestarán su interés, y que su liderazgo alimentará un movimiento mundial orientado a acelerar los esfuerzos hacia la reducción de la obesidad.

13. Esta línea de trabajo incluirá los elementos siguientes:

- **Diálogos entre países.** Estos diálogos se entablarán con miras a comprender mejor el panorama normativo existente, determinar exactamente las necesidades presentes, identificar los compromisos del país y elaborar un programa de medidas nacionales. La Secretaría colaborará con todos los Estados Miembros para examinar las cargas epidemiológicas en cada país, analizar las estrategias y políticas nacionales existentes e identificar obstáculos comunes para la aplicación. Asimismo, los diálogos ayudarán a establecer lazos de colaboración entre los países.

- **Hojas de ruta individuales para cada país.** La Secretaría interactuará con los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes, entre ellas los equipos de las Naciones Unidas en los países, con el fin de examinar la carga epidemiológica de la obesidad y los mecanismos subyacentes de la obesidad en los diferentes grupos de población de cada país; analizar las estrategias actuales y la integración con otras áreas, en particular las enfermedades no transmisibles y la instauración de la cobertura sanitaria universal; identificar las deficiencias y dificultades para diseñar soluciones específicas de cada país; establecer objetivos, metas e indicadores pertinentes; determinar los recursos necesarios para la aplicación; y elaborar un plan de aceleración con medidas y actividades de apoyo claramente definidas. Se propone convocar a los laboratorios pertinentes y celebrar una serie de talleres estructurados con miras a incorporar a funcionarios gubernamentales y oficinas en los países en un proceso conjunto destinado a elaborar hojas de ruta nacionales sobre prevención y gestión de la obesidad. Esos laboratorios ofrecerán la oportunidad de definir los objetivos del sector sanitario nacional, en particular en relación con la obesidad; priorizar las intervenciones que se realizarán; establecer metas, indicadores y situaciones hipotéticas para el seguimiento de los progresos; definir la manera en que participarán las partes interesadas en el ámbito nacional; e identificar mecanismos apropiados para la presentación de informes.
- **Asistencia técnica.** La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de las hojas de ruta específicas de cada país con arreglo al calendario establecido. Esto incluirá el fortalecimiento de la capacidad de acción de los gobiernos y otros asociados y el establecimiento de programas para impartir conocimientos básicos sobre salud. También incluirá la identificación de posibles esferas de cooperación en el sistema de las Naciones Unidas, en particular mediante estrategias de cooperación plurianual.

Línea de trabajo 3: Comunicar los fundamentos lógicos de las medidas, abogar por la adopción de las recomendaciones y metas de la OMS y reconocer los progresos

14. La Secretaría desarrollará productos de comunicación adaptados al público en general y a especialistas, y mediante esos productos proporcionará fundamentos lógicos claros para la acción, generará consenso sobre soluciones y difundirá una nueva visión mundial de la obesidad, que elimine la estigmatización de las personas obesas e incluya sus puntos de vista en la elaboración y ejecución de intervenciones y servicios a lo largo de la vida. Además, se realizarán actividades de comunicación y promoción orientadas a ampliar el grupo de países pioneros.

15. Esta línea de trabajo incluirá los elementos siguientes:

- **Productos de comunicación sobre la obesidad.** La Secretaría elaborará boletines de promoción que ilustrarán los principios rectores de las medidas contra la obesidad y estarán dirigidos a las instancias normativas. Esos boletines destacarán la importancia de adoptar un criterio que abarque a todo el gobierno y a la sociedad en su conjunto, y un enfoque de la obesidad a lo largo de la vida que incluya mensajes destinados a concitar el apoyo a la adopción de políticas. La Secretaría también producirá vídeos, programas de radio, publicaciones web, reportajes fotográficos y publicaciones en redes sociales, con miras a fomentar la participación pública en la lucha contra la epidemia de obesidad y sensibilizar al público en general acerca de las necesidades de las personas obesas.
- **Informes sobre los progresos mundiales.** Estos informes describirán los progresos mundiales logrados en la lucha contra la epidemia de obesidad, en particular las medidas adoptadas, los obstáculos que dificultan la aplicación, y algunos estudios monográficos sobre países. Asimismo, los informes se utilizarán para reconocer los progresos en los países.

- **Propuestas para las campañas de información pública y los planes de comunicación en los países.** Estas propuestas incluirán campañas de información pública y planes de comunicación elaborados con miras a su ejecución sincronizada en las regiones y los países, junto con organizaciones de las Naciones Unidas y partes interesadas de la sociedad civil, incluida la Federación Mundial de la Obesidad y asociaciones representantes de personas obesas. Sobre la base de estas propuestas se podrían organizar campañas conjuntas de comunicación en ocasión del Día Mundial de la Obesidad.

Línea de trabajo 4: Promover la participación de múltiples partes interesadas en apoyo de la acción en los países

16. La Secretaría promoverá la participación de asociados en apoyo del plan de aceleración, y prestará asistencia a los Estados Miembros en sus esfuerzos por establecer la participación apropiada de las partes interesadas. Además, la Secretaría llegará a otras partes interesadas con mandatos similares en el mismo ámbito a escala mundial, regional y nacional, a fin de optimizar recursos y amplificar los efectos.

17. Esta línea de trabajo incluirá también los elementos siguientes:

- **Identificación e incorporación de partes interesadas.** La Secretaría apoyará la identificación y el análisis a escala nacional, regional y mundial, con el fin de evaluar la posible función de las partes interesadas en la aplicación de las hojas de ruta nacionales y en el seguimiento y examen de las medidas adoptadas en los países. Ello incluirá la participación de organizaciones de las Naciones Unidas y otras entidades multisectoriales, organizaciones gubernamentales, agentes no estatales y asociaciones de personas que sufren obesidad y enfermedades no transmisibles. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros en la organización de diálogos con todas las partes interesadas pertinentes y ofrecerá orientación sobre estrategias de participación, en particular sobre mecanismos que promuevan la armonización y reduzcan el riesgo de conflictos de intereses.
- **Apoyo al establecimiento de un ecosistema para hacer frente a la obesidad en los planos mundial y nacional.** La Secretaría interactuará con organizaciones de las Naciones Unidas, agentes no estatales, coaliciones y redes existentes, por ejemplo, la Obesity Coalition (dirigida por la OMS, la Federación Mundial de la Obesidad y el UNICEF) y otras redes de actividad física y zonas urbanas, a fin de movilizar apoyo para la aplicación de las hojas de ruta de los países.

Línea de trabajo 5: Realizar el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas mundiales relativas a la obesidad

18. La Secretaría contribuirá al establecimiento de mecanismos de seguimiento y examen en los países y presentará informes mundiales periódicos sobre los progresos alcanzados en la reducción de las tasas de obesidad.

19. Esta línea de trabajo incluirá los elementos siguientes:

- **Desarrollo de instrumentos de seguimiento.** La Secretaría elaborará orientaciones operacionales sobre la manera de recopilar y analizar datos y medir los progresos hacia las metas mundiales relativas a la obesidad. Además, publicará un conjunto de criterios para evaluar los progresos generales relativos a la realización de las intervenciones prioritarias identificadas en el párrafo 2 del presente documento. Asimismo, esa orientación operacional incluirá una sección sobre las modalidades de recopilación y evaluación de datos relativos a los cambios en los

factores subyacentes de la obesidad, mediante mecanismos integrados en los sistemas de presentación de informes existentes. La Secretaría también prestará apoyo al desarrollo de mecanismos de examen a nivel nacional y regional, incluida la elaboración de metas e indicadores que permitan realizar el seguimiento de los progresos hacia las metas mundiales relativas a la obesidad. Por otra parte, se realizarán reuniones de evaluación y estudios de casos.

- **Informes integrales sobre los progresos hacia el logro de las metas mundiales concernientes a la obesidad y la aplicación de políticas y programas.** La Secretaría informará periódicamente sobre los progresos realizados hacia la consecución de las metas mundiales relativas a la obesidad, como parte de los requisitos de presentación de informes establecidos en el plan de aceleración. Esos informes se presentarán cada dos años a la Asamblea de la Salud, junto con los informes sobre enfermedades no transmisibles.
-

ANEXO 8

Hoja de ruta 2023-2030 para la aplicación del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030¹

[A75/10 Add.8, anexo 1 – 27 de abril de 2022]

1. [En el párrafo 1 se explica el mandato de elaborar una hoja de ruta.]

Alcance, propósito y modalidades

2. La atención mundial prestada a las enfermedades no transmisibles (ENT) en las últimas dos décadas ha sido insuficiente para reducir su carga de acuerdo con las nueve metas de aplicación voluntaria del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (PAM-ENT) 2013-2030 y la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) (de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar) medida con el indicador 3.4.1 (tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas). Durante la última década tampoco ha habido un cambio significativo en las tendencias de los factores de riesgo de las ENT, excepto el consumo de tabaco, en ninguna de las regiones de la OMS.² La capacidad de los sistemas de salud no se ha mantenido a la altura de las necesidades de las ENT y se refleja en la falta de avances en relación con la cobertura de servicios para ENT del informe de seguimiento mundial de la cobertura sanitaria universal.

3. La heterogeneidad en la epidemiología de las ENT entre países y regiones, así como en función de los contextos socioculturales, económicos y políticos locales, implica que los países deban tomar rutas nacionales diferentes hacia el cumplimiento de la meta 3.4 de los ODS y las metas del PAM-ENT. Los análisis de las trayectorias muestran que todos los países siguen teniendo opciones de alcanzar las metas mundiales relativas a las ENT.³ La combinación de intervenciones prioritarias para factores de riesgo y enfermedades propios del contexto nacional, junto con la capacidad de los países para lograr que se tomen medidas en todos los sectores gubernamentales, pueden ayudar a acelerar la respuesta contra las ENT.^{4,5}

4. El propósito de la hoja de ruta para la aplicación es guiar y apoyar a los Estados Miembros para que tomen medidas urgentes, en 2023 y posteriormente, para acelerar el progreso y reorientar y acelerar sus planes de acción nacionales con miras a colocarse en una vía sostenible para alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria sobre las ENT y la meta 3.4 de los ODS.

5. El PAM-ENT, con sus seis objetivos, será la guía para el desarrollo y fortalecimiento de los planes nacionales de respuesta frente a las ENT. Las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria del Marco

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² *World Health Statistics 2020. A visual summary*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ NCD Countdown Collaborators. *NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4*. The Lancet. 2020; 396:918–934. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31761-X.

⁴ En consonancia con la resolución 68/300, párrafo 30 a) vii) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁵ En consonancia con la resolución 68/300, párrafo 30 a) viii) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Mundial de Vigilancia de las ENT para 2025 no se modificarán: la meta de mortalidad prematura seguirá alineada con la meta 3.4 de los ODS y la meta para reducir la inactividad física será la actualizada por la Asamblea de la Salud en 2021.¹ La meta de reducir el uso nocivo del alcohol se está examinando y el resultado se utilizará para la hoja de ruta.

6. La hoja de ruta para la aplicación, aunque según el mandato se centre en la «agenda 4x4 para las ENT» (consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, dieta malsana, inactividad física, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), deberá aplicarse en plena consonancia con los compromisos de reducir la contaminación atmosférica y promover la salud mental y el bienestar (la «agenda 5x5 para las ENT»²).

7. La elaboración de la hoja de ruta se completará antes de finales de 2022 como un producto técnico que integrará todos los conjuntos de instrumentos técnicos e intervenciones para la prevención y el control de las ENT recomendados por la OMS. Además, impulsará la acción en otras esferas de trabajo contra las ENT, como la atención oftalmológica, otológica y a la audición. Se espera que la hoja sirva de guía general para que las regiones y los países, las organizaciones de las Naciones Unidas y los agentes no estatales aceleren las respuestas nacionales en curso en materia de ENT, entre otras cosas mediante: el fortalecimiento y la reorientación de los planes de acción multisectoriales; la ampliación de la capacidad del sistema de salud para las ENT a través de la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal, y el fortalecimiento de la capacidad, el liderazgo, la gobernanza y las asociaciones nacionales para el periodo 2023-2030, teniendo en cuenta los nuevos acontecimientos desde 2013.

Direcciones estratégicas para la aplicación del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030

Dirección estratégica 1: acelerar la respuesta nacional sobre la base de la comprensión de la epidemiología y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y los factores limitantes y facilitadores reconocidos en los países

1.1 EVALUAR LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL LOGRO DE LAS METAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

8. La OMS ha actualizado los datos sobre la mortalidad por causas específicas para caracterizar el riesgo y las tendencias de esta como consecuencia de las ENT en cada país y ha evaluado combinaciones de estas enfermedades que determinan en parte la mortalidad prematura. En el sitio web de la OMS se han publicado matrices cromáticas de cada país para indicar la probabilidad de muerte prematura por ENT.³

1.2 Establecer cuáles son los obstáculos a la aplicación de intervenciones costoeficaces en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles

9. En el informe del Secretario General de las Naciones Unidas a la Asamblea General en 2017 se señalaron una serie de dificultades nacionales comunes en la aplicación de las mejores intervenciones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las ENT.⁴ Con todo, los países

¹ Véase la resolución WHA71.6 (2018).

² Véase el documento A72/19.

³ *Implementation road map 2023-2030 for the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2030*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

⁴ Véase el documento A71/14.

deberían complementar y contextualizar los obstáculos y factores facilitadores específicos pertinentes en sus contextos nacionales.

10. Utilizando la orientación y los instrumentos de la OMS, los países deberían examinar sistemáticamente sus progresos en la asimilación de: directrices, protocolos y normas nacionales basados en datos probatorios para la prevención y el tratamiento de las ENT, entre otras cosas para fortalecer sus sistemas de salud en la atención primaria y para incluir las ENT en la cobertura sanitaria universal; políticas para que las ENT se tengan en cuenta en emergencias en entornos humanitarios¹ y de migrantes, entre otros grupos vulnerables, y políticas para la investigación de materia de ENT. Reducir la inequidad es fundamental para lograr los resultados deseados.

11. La pandemia continua de enfermedad por coronavirus (COVID-19) plantea nuevos retos para crear y mantener entornos saludables. Además, las personas con ENT corren un mayor riesgo de enfermedad grave y muerte debido a esta enfermedad. Las ENT deben formar parte de los planes nacionales de preparación y respuesta. Es probable que los efectos económicos de la pandemia tengan consecuencias a largo plazo en la prevención y el control de las ENT.

Dirección estratégica 2: priorizar y ampliar la aplicación de las intervenciones de mayor repercusión y más viables en el contexto nacional

2.1 PARTICIPAR

12. Los países deberían acelerar su capacidad de colaboración entre sectores y partes interesadas a nivel nacional y subnacional, entre otras cosas aprovechando oportunidades adicionales en las que agentes no estatales puedan contribuir a fortalecer la respuesta nacional a las ENT.

13. Los Jefes de Estado y de gobierno pueden proporcionar liderazgo estratégico para la prevención y el control de las ENT promoviendo la coherencia y la coordinación de las políticas mediante enfoques pangubernamentales y que incorporen la salud en todas ellas, y fomentando la participación de partes interesadas, cuando sea apropiado y teniendo debidamente en cuenta sus posibles conflictos de intereses con los objetivos de salud pública.^{2,3}

14. El Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles de la OMS (GCM/NCD) facilitará la colaboración multisectorial y la participación de diversas partes interesadas con miras a fortalecer las respuestas nacionales frente a las ENT y mantener la participación significativa de las personas que viven con ellas, en apoyo de políticas, programas y servicios nacionales eficaces, equitativos e inclusivos para luchar contra esas enfermedades.

15. La provechosa participación de personas con experiencia en ENT en la concepción y el diseño conjuntos de intervenciones, su aplicación y rendición de cuentas conexa, será un elemento fundamental en la aplicación de medidas centradas en las personas.⁴ Ese tipo de colaboración pueden fomentarla organizaciones de la sociedad civil, muchas de las cuales están formadas y son apoyadas por pacientes y sus familiares.

¹ *Integrating NCD care in humanitarian settings. An operational guide.* Ginebra, ACNUR, 2020 (<https://www.unhcr.org/5fb537094.pdf>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Resolución 73/2, párrafo 17, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁴ *Nothing for Us Without Us.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

16. Los asociados internacionales pueden apoyar y fortalecer la investigación y la innovación trabajando con asociados académicos e instituciones de investigación en los países.

17. Los países pueden estudiar la posibilidad de optimizar los conocimientos especializados y los recursos complementarios de los agentes del sector privado en los sistemas de atención de la salud, la disponibilidad de medicamentos, la prestación de servicios y la supervisión, teniendo debidamente en cuenta la gestión de los conflictos de intereses¹ y velando por que esa colaboración contribuya directamente a la aplicación de respuestas nacionales en materia de ENT para alcanzar objetivos de salud específicos.² La OMS elaborará un instrumento para ayudar a los gobiernos de los países a evaluar la situación y a colaborar de manera significativa con el sector privado en la prevención y el control de las ENT.

18. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles velará por que la hoja de ruta reciba el pleno apoyo del sistema de las Naciones Unidas en su conjunto, de conformidad con las prioridades estratégicas de ese equipo, que son: *i*) apoyar a los países para que adopten medidas multisectoriales con miras a alcanzar las metas de los ODS relacionadas con las ENT; *ii*) movilizar recursos para apoyar el desarrollo de respuestas nacionales; y *iii*) armonizar medidas y forjar alianzas. El nuevo Fondo Fiduciario Multipartito de las Naciones Unidas para Catalizar la Adopción de Medidas en los Países en las Esferas de las Enfermedades No Transmisibles y la Salud Mental, que ha sido establecido por la OMS, el UNICEF y el PNUD, ayudarán a que se aplique la hoja de ruta.

2.2 ACELERAR

2.2.1 Acelerar e invertir en la aplicación de las intervenciones de enfermedades no transmisibles más costoeficaces y viables en el contexto nacional

19. Las mejores intervenciones de la OMS y aquellas otras recomendadas por la Organización³ constituyen un conjunto de intervenciones costoeficaces y viables para su aplicación en todos los entornos, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos. La OMS propondrá actualizaciones del conjunto de intervenciones a la Asamblea Mundial de la Salud en 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo.⁴ El conjunto actualizado de intervenciones costoeficaces para la prevención y el tratamiento de las ENT se convertirá en una guía para seleccionar intervenciones localmente relevantes y ampliables.

20. A nivel nacional, la Estrategia Mundial para Acelerar el Control del Tabaco: Promover el Desarrollo Sostenible mediante la Aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS 2019-2025,⁵ la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol y su plan de acción mundial, el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030⁶ y las directrices e instrumentos de la OMS para promover una dieta saludable⁷ deberían implementarse a gran escala, fomentando la coherencia entre sectores y también haciéndoles partícipes de una buena gobernanza en todos los países.

¹ En consonancia con la resolución 73/2, párrafo 43, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

² En consonancia con la resolución 73/2, párrafo 44, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Actualización del apéndice 3 del PAM-ENT. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

⁴ De conformidad con el párrafo 3 *a*) de la decisión WHA72(11) (2019).

⁵ Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

⁶ Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

⁷ Alimentación sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/healthy-diet>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

21. Los países pueden aplicar medidas fiscales, según proceda, para minimizar las consecuencias de los principales factores de riesgo de las ENT.¹ Por tanto, los países pueden incluir impuestos para la salud en sus programas de ingresos y vincularlos a la prevención y el control de las ENT. Dentro de los paquetes de medidas recomendadas para reducir el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol, el aumento de los impuestos especiales sobre ambos productos se encuentra entre las medidas más eficaces y costoeficaces.

22. Los países pueden invertir recursos adecuados, predecibles y sostenibles en la prevención y el control de las ENT a través de canales nacionales, bilaterales, regionales y multilaterales, incluidos los mecanismos de financiación innovadores tradicionales y voluntarios.² La lucha contra las ENT es una inversión atractiva para los países. Existen intervenciones costoeficaces y de gran impacto en las iniciativas especiales y los paquetes técnicos de la OMS, pero dichas intervenciones no se aplican ni se amplían suficientemente en los países.

23. La OMS, con el apoyo de sus asociados, ha elaborado iniciativas especiales y conjuntos de instrumentos técnicos para reducir los factores de riesgo de las ENT, controlar las cuatro principales enfermedades no transmisibles y rehabilitar a las personas que sufren alguna discapacidad, con miras a que los países puedan aplicar intervenciones de base científica. Los conjuntos de medidas incluyen instrumentos para apoyar la adaptación y aplicación local. En el sitio web figuran descripciones detalladas de los conjuntos de medidas e iniciativas.³

2.2.2 Instrumento web de simulación para que los países puedan dar prioridad a determinadas intervenciones contra las enfermedades no transmisibles

24. En 2022 se elaborará un instrumento de simulación web para ayudar a los países a dar prioridad a determinadas intervenciones y ampliarlas. El instrumento utilizará modelos matemáticos para calcular el efecto en la salud de las intervenciones recomendadas a nivel nacional en el periodo hasta 2030 y posteriormente. Una representación visual de la escala a la que puede aplicarse la intervención y de las repercusiones correspondientes en la mortalidad prematura ayudará a los países a seleccionar un conjunto de aceleradores clave adaptados a su situación epidemiológica específica. El instrumento desarrollado por la Universidad de Washington para las enfermedades cardiovasculares es un prototipo del instrumento propuesto.⁴

2.2.3 Fortalecer la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud para promover el acceso equitativo y la calidad de la atención

25. En muchos países, la prevención y el control de las ENT en la atención primaria de salud no son suficientemente robustos. El fortalecimiento y la ampliación de las intervenciones contra las ENT en la atención primaria ayudarán a mejorar el acceso y la cobertura equitativa. La atención primaria constituye la primera línea de respuesta y defensa frente a las ENT. El diagnóstico precoz y el buen control de las ENT y sus factores de riesgo en la atención primaria reducirán las complicaciones de un tipo de enfermedad que está provocando una catástrofe de gastos de salud y muertes prematuras. El Marco Operacional

¹ En consonancia con la resolución 73/2, párrafo 21, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

² Véase el párrafo 45 *d*) de la declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (A/RES/66/2) (<https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2FRES%252%20F66%2F2&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>), consultado el 7 de abril de 2022.

³ *Governance of WHO's leadership and coordination role in promoting and monitoring global action against non-communicable diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

⁴ *Calculating lives saved by cardiovascular health interventions*. Universidad de Washington (<https://dcp-uw.shinyapps.io/RTSL2/>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

para la Atención Primaria de Salud¹ proporciona a los países orientaciones para fortalecer los sistemas de atención primaria a través de acciones intersectoriales y el empoderamiento de personas y comunidades. La aplicación del paquete de intervenciones esenciales contra las ENT de la OMS constituye un paquete de atención primaria que sirve de solución digital de fácil acceso.² La derivación de pacientes también es fundamental para controlar las complicaciones de las ENT.

2.2.4 Lograr la inclusión de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los conjuntos de prestaciones de la cobertura sanitaria universal

26. El avance progresivo hacia la cobertura sanitaria universal puede contribuir a que el derecho a la salud se materialice. Tener en cuenta el valor positivo de la protección contra el riesgo financiero es especialmente pertinente para establecer prioridades contra las ENT, dados los costos a largo plazo para el paciente y su familia. El Informe sobre el Seguimiento Mundial 2019 indica que no ha habido un progreso pronunciado en el componente de ENT desde 2000, y esta situación deberá tratarse en todos los países.³

27. El Compendio de la OMS para la cobertura sanitaria universal ofrece un conjunto de intervenciones para las ENT y sus factores de riesgo que pueden incluirse en conjuntos nacionales de prestaciones de esa cobertura. La cobertura sanitaria universal no es universal ni completa a menos que se incluyan y amplíen conjuntos de instrumentos y servicios contra las ENT.

28. Los países deberán equilibrar las demandas de respuesta directa a la pandemia de COVID-19 con la preparación ante otras emergencias de salud, y mantener al mismo tiempo la planificación estratégica y la acción coordinada para seguir prestando servicios de salud esenciales, especialmente para luchar contra las ENT.⁴

2.2.5 Financiación sostenible

29. Se necesita financiación sostenible para que los países apoyen las intervenciones para las poblaciones y reduzcan las necesidades insatisfechas de servicios y las dificultades financieras derivadas de pagos directos. Los países deberían aumentar gradualmente la asignación para la salud y, dentro de ella, para las ENT. Eso también implica mejorar la eficacia del apoyo a la financiación catalizadora. Los gastos directos solo pueden reducirse cuando las ENT están bien cubiertas por los planes de protección financiera en los países.

2.2.6 Reconstruir para mejorar con investigación sobre la aplicación, innovación y soluciones digitales

30. El cumplimiento de los objetivos y metas del PAM-ENT y la meta 3.4 de los ODS en un mundo post-COVID-19 requiere una respuesta concertada y la integración del programa relativo a las ENT en las actividades mundiales y nacionales existentes para reconstruir sistemas de salud resilientes.

31. Mediante la investigación sobre la aplicación puede conocerse cómo poner en marcha políticas e intervenciones en contextos en los que las poblaciones y/o los recursos pueden diferir de los contextos

¹ Organización Mundial de la Salud y Fondo de los Naciones Unidas para la Infancia, 2020.

² *WHO Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ *Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

⁴ *COVID-19 Partners Platform. Pillar 9*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

para los que estas se formularon y evaluaron inicialmente. También pueden descubrirse las razones por las que los programas no tienen efecto suficiente.¹

32. Las nuevas tecnologías, incluidas las intervenciones digitales, pueden aprovecharse para ampliar el cribado de toda la población y el diagnóstico precoz, y para apoyar la autoasistencia y el tratamiento de las personas con ENT.

33. Será necesario revisar y reorientar los modelos de prestación de servicios para contar con pruebas diagnósticas, tecnología y medicamentos básicos, así como con una fuerza de trabajo capacitada y suficiente, con miras a llevar a cabo las intervenciones relativas a las ENT.

2.3 ARMONIZAR

34. El Plan de Acción Mundial a favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos² reúne a partes interesadas para acelerar el progreso hacia el logro de los ODS relacionados con la salud, incluidos los objetivos y metas relacionados con las ENT. A medida que los países avanzan hacia el logro de múltiples metas de los ODS, este alineamiento ayudará a integrar la prevención y la gestión de las ENT dentro de la Agenda para el Desarrollo Sostenible más amplia.

35. En la hoja de ruta para aplicar el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles se reconoce que los trastornos mentales y otras afecciones de salud mental contribuyen a la carga mundial de las ENT. Los esfuerzos para cumplir con los objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 se alinean con la expansión de la «agenda 4x4 para las ENT» a la «agenda 5x5 para las ENT» a fin de incluir la salud mental y la contaminación del aire, así como la sinergia con el indicador 3.4.2 de los ODS (Tasa de mortalidad por suicidio). El conjunto de intervenciones costoeficaces para la salud mental de la OMS³ y las directrices de la Organización sobre la calidad del aire⁴ pueden considerarse junto con otras intervenciones en materia de ENT, según corresponda al contexto local.

36. La promoción de la salud y la alfabetización en materia de salud son factores facilitadores para gestionar la prevención y el control de las ENT, disminuir la carga de esas enfermedades y garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Los planteamientos basados en entornos, especialmente entornos saludables, pueden ayudar a amplificar las intervenciones en materia de ENT, incluidas las medidas para hacer frente a determinantes socioeconómicos y comerciales.

Dirección estratégica 3: garantizar datos nacionales oportunos, fiables y sostenidos sobre los factores de riesgo, las enfermedades y la mortalidad de las enfermedades no transmisibles para la toma de medidas basadas en datos y el fortalecimiento de la rendición de cuentas

3.1 RENDIR CUENTAS

37. Invertir en vigilancia y monitoreo es esencial para obtener datos fiables y oportunos en el ámbito nacional y subnacional con miras a priorizar las intervenciones, evaluar la aplicación y conocer los efectos

¹ *A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

² *Stronger Collaboration, Better Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

³ *WHO menu of cost-effective interventions for mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁴ *WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

de la prevención y el control de las ENT. Las encuestas periódicas sobre los factores de riesgo de las ENT, las evaluaciones de la capacidad de los países, los registros de enfermedades, los datos de los establecimientos de salud, según proceda, y un registro civil fiable son fundamentales para priorizar y seleccionar las intervenciones más apropiadas y costoeficaces para la prevención y el control de las ENT.

38. La OMS actualizará la situación de la prevención y el control de las ENT a través de un portal web para reunir datos de diferentes fuentes y hacerlos comparables con miras a permitir el seguimiento de los progresos mundiales, regionales y entre países. Los países deberían poder hacer un seguimiento en el portal web de sus progresos en relación con todo el Marco Mundial de Vigilancia Integral de las ENT. La OMS trabajará para que en el desempeño de los sistemas de salud y el acceso a sistemas de medición de la atención de salud se tengan en cuenta los indicadores relacionados con las ENT.

39. Las mediciones relativas a las ENT deberían incluirse como componentes integrales de los sistemas nacionales y subnacionales de información de salud alineados con el paquete SCORE de la OMS.¹

MEDIDAS RECOMENDADAS

Entre las medidas que se recomienda adoptar a los Estados Miembros en 2022 se incluye la siguiente:

40. Evaluar el estado actual de la respuesta nacional a las ENT basándose en las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria en materia de ENT y la meta de los ODS sobre las ENT y descubrir cuáles son los obstáculos y oportunidades para ampliar la respuesta nacional a este tipo de enfermedades, entre otras cosas:

- a) fortaleciendo la capacidad nacional para la gobernanza, colaboración intersectorial y alianzas significativas y eficaces de múltiples partes interesadas;
- b) fortaleciendo los sistemas nacionales de monitoreo y vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo para obtener datos fiables y oportunos; y
- c) otorgando prioridad a la investigación para comprender mejor la epidemiología de las ENT y sus factores de riesgo, sus determinantes sociales, económicos y comerciales y la gobernanza multinivel y multisectorial, e invirtiendo en investigación práctica y sobre la aplicación para avanzar en la prevención y el control de las ENT.

Entre las medidas que se recomienda adoptar a los asociados internacionales en 2022 se incluye la siguiente:

41. Prestar asistencia y apoyo en la elaboración de la hoja de ruta de aplicación a través de las direcciones y medidas estratégicas a nivel mundial, regional, nacional y local.

Entre las medidas que se recomienda adoptar a la Secretaría en 2022 se incluye la siguiente:

42. Completar el desarrollo de la hoja de ruta de aplicación 2023-2030 para el PAM-ENT y publicarla (como un producto técnico – bien de salud pública de la OMS), entre otras cosas:

¹ SCORE for Health Data Technical Package. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/score>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

-
- a)* elaborando un portal de datos sobre las ENT a fin de proporcionar un resumen visual de todos los indicadores en la materia y facilitar a los países el seguimiento de sus progresos;
- b)* elaborando matrices cromáticas para que los países tengan conocimiento de determinadas ENT y de su contribución a la mortalidad prematura;
- c)* proponiendo actualizaciones centradas en la prevención y el tratamiento de las ENT del apéndice 3 del PAM-ENT 2013-2030,¹ en consulta con Estados Miembros, organizaciones de las Naciones Unidas y agentes no estatales, para ser sometidas a la consideración de los órganos deliberantes;
- d)* elaborando una web de simulación en la que se utilicen las intervenciones para las ENT actualizadas con los datos más recientes y alineadas con los marcos de la APS y la CSU, con miras a ayudar a los países a definir intervenciones prioritarias con arreglo a su contexto nacional;
- e)* elaborando orientaciones para promover la coherencia de políticas relativas a las ENT y factores de riesgo entre todos los sectores gubernamentales pertinentes y con la participación de partes interesadas relevantes, mediante el establecimiento o el fortalecimiento de mecanismos nacionales de gobernanza que puedan orientar respuestas integrales, coordinadas y coherentes en materia de ENT;
- f)* elaborando orientaciones para ayudar a los Estados Miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre la búsqueda de una colaboración significativa de múltiples partes interesadas, entre otras el sector privado y la sociedad civil, que se alineen con respuestas nacionales a las ENT, a las cuales promuevan todavía más;
- g)* utilizando el Marco de Ampliación de la Innovación de la OMS para ayudar a ampliar la prevención y el control de las ENT aprovechando la investigación, la innovación y las soluciones digitales; y
- h)* elaborando orientaciones para que participen de forma significativa personas que viven con ENT y con trastornos mentales con el fin de apoyar a la OMS y a los Estados Miembros en el codesarrollo y codiseño de principios, políticas, programas y servicios en materia de ENT.
-

¹ Actualización del apéndice 3 del PAM-ENT. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

ANEXO 9

Recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, incluidas sus metas¹

[EB150/7, anexo 2 – 11 de enero de 2022]

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

1. Nunca antes nuestro conocimiento ha sido tan profundo ni las modalidades han sido tan buenas para prevenir la diabetes y tratar a todas las personas con esta enfermedad. Con todo, muchas personas y comunidades que necesitan una prevención eficaz de la diabetes o un tratamiento de la enfermedad que permita mejorar la calidad de vida y salvar vidas no los reciben.

a) La prevalencia mundial de la diabetes ajustada en función de la edad entre los adultos mayores de 18 años aumentó de un 4,7% en 1980 a un 8,5% en 2014.² En la actualidad hay en el mundo más de 420 millones de personas con diabetes. Se calcula que esa cifra aumentará hasta 578 millones en 2030 y hasta 700 millones en 2045.³ Uno de cada dos adultos con diabetes desconoce tener la enfermedad.

b) La diabetes es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y amputaciones de miembros inferiores, especialmente en personas que desconocen tener esta afección o cuando esta no se trata debidamente.

c) Las personas con diabetes de tipo 1 necesitan insulina para vivir. Hoy en día se registra una alta prevalencia de cetoacidosis diabética en los puntos de diagnóstico en todo el mundo. Los esfuerzos para mejorar el diagnóstico temprano de la diabetes son fundamentales para la diabetes de tipo 1, y el inicio del tratamiento con insulina para prevenir muertes.⁴

d) Aunque el número total de muertes por diabetes aumentó notablemente de 2000 a 2019, la proporción de muertes por diabetes que ocurren antes de los 70 años ha disminuido en un 2%.⁵

e) La creciente prevalencia de la diabetes de tipo 2 se debe en gran medida a la prevalencia cada vez mayor de la obesidad y la inactividad física concomitante. La prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad entre los niños y adolescentes de 5 a 19 años ha aumentado drásticamente del 4% en 1975

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

³ Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. IDF Diabetes Atlas Committee. *Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas*, 9.ª edición. *Diabetes Res Clin Pract* 2019;157:107843. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107843.

⁴ Cherubini, V, Grimsman, JM, Åkesson, K, Birkebæk, NH, Cinek, O, Dovč, K, et al. *Temporal trends in diabetic ketoacidosis at diagnosis of paediatric type 1 diabetes between 2006 and 2016: results from 13 countries in three continents*. *Diabetologia*, 63(8), 1530–1541. doi: 10.1007/s00125-020-05152-1.

⁵ *Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

a más del 18% en 2016.¹ En 2019, solo el 40% de los países tienen una política operacional en la que se tiene en cuenta el sobrepeso y la obesidad.² Los fumadores de tabaco tienen entre un 30 y un 40% más de probabilidades de desarrollar diabetes de tipo 2 que los no fumadores.³

f) Se ha calculado que el costo mundial de la diabetes en 2015 fue de entre US\$ 1 billón y US\$ 31 billones, esto es, entre el 1% y el 8% del producto interno bruto (PIB) mundial. Si bien los principales factores que aumentan el costo son la atención intrahospitalaria y ambulatoria, los costos indirectos representaron el 34,7% de la carga total, lo cual es atribuible más que nada a las pérdidas de producción debido a la deserción de la fuerza de trabajo y la mortalidad prematura.⁴

g) Aproximadamente un 27% de los países no cuentan con una política, estrategia o plan de acción en funcionamiento sobre la diabetes, mientras que un 20% no tienen ninguno para reducir la dieta malsana y la inactividad física.¹

h) Se han visto pocos avances en la prevención y tratamiento de la diabetes como parte de las medidas para lograr la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos). En el Informe sobre el Seguimiento Mundial de 2019 llama la atención la falta de progresos realizados en los servicios de salud para la diabetes como parte de la cobertura sanitaria universal, en comparación con los avances en los servicios para las enfermedades transmisibles.⁵ Solo dos tercios de los países informan tener metas sobre enfermedades no transmisibles (ENT) con plazos determinados, que pueden incluir metas de no aumento de la diabetes ni de la obesidad y un mejor acceso a medicamentos y tecnologías, en consonancia con las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria del Marco Mundial de la Vigilancia Integral de la OMS. Un examen recientemente realizado por la Secretaría sobre los progresos obtenidos con respecto a la meta de detener el aumento de la diabetes en comparación con los niveles de referencia de 2010 mostró que solo 14 países estaban en camino de lograr esa meta para 2025, y que ningún otro país la lograría para 2030.

i) En general, los centros de atención primaria de la salud en los países de ingresos bajos no cuentan con las tecnologías básicas necesarias para diagnosticar y tratar la diabetes.¹ En el mundo, los medicamentos esenciales para la diabetes están generalmente disponibles en aproximadamente el 80% de los centros del sector de la sanidad pública.¹ Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos bajos, solo están disponibles en aproximadamente la mitad de dichos centros.

j) La insulina y los productos de tecnología sanitaria conexos siguen siendo inasequibles en muchos países, en particular para los pacientes que pagan de su bolsillo o para los sistemas de salud de muchos países de ingresos bajos y medianos que no pueden ofrecer una cobertura

¹ Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Executive Summary*. Rockville, MD, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 2014 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ Bommer C, Heeseemann E, Sagalova E, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. *The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study*. *Lancet Diabetes and Endocrinology* 2017; 5: 423–30. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30097-9.

⁵ *Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

ininterrumpida y equitativa a todas las personas con diabetes debido a los altos precios de dichos productos. Para formular políticas públicas eficaces que permitan aumentar el acceso a medicamentos y productos sanitarios asequibles es necesario usar pruebas procedentes de análisis precisos de datos fiables y transparentes sobre los precios y la disponibilidad.^{1,2}

k) La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragilidad de los sistemas de atención de salud sobrecargados. Según una encuesta realizada por la OMS en 2020, la mitad de los países encuestados habían interrumpido parcial o totalmente los servicios de diagnóstico y tratamiento de la diabetes y las complicaciones relacionadas con esta enfermedad. La tercera parte de los países no habían tenido en cuenta la diabetes en sus planes de preparación frente a emergencias.³

l) En la mayoría de los países, los datos sobre la diabetes derivados de los sistemas de seguimiento y vigilancia son escasos e inadecuados. Solo el 56% han realizado una encuesta de prevalencia de la diabetes en los últimos cinco años. Si bien el 50%, en su mayoría de ingresos altos, comunican que tienen registros de diabetes, su naturaleza predominantemente hospitalaria y su cobertura limitada no aportan información suficiente sobre los resultados obtenidos en relación con la enfermedad.⁴ Dos tercios de los países no cuentan con sistemas de registro civil para recoger información sobre las causas de muerte. Por lo tanto, la fiabilidad de la información sobre la mortalidad relacionada con la diabetes es dudosa.

m) En 2019, solo un tercio de los países informan tener una política o un plan de investigación en materia de ENT, y la investigación se encuentra entre las esferas clave menos financiadas del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (PAM-ENT) 2013-2030.

2. Hay opciones para facilitar la aplicación de soluciones a estos problemas. Las principales son:

a) **Seguimiento de todas las ENT:** la gestión óptima de la diabetes requiere aportes coordinados de diversos profesionales de la salud, el acceso a tecnologías y medicamentos esenciales y un sistema que apoye el empoderamiento del paciente. Esto reviste importancia más allá de la diabetes, la cual podría servir como enfermedad de seguimiento para lograr integridad y dinamismo en las respuestas nacionales frente a las ENT.

b) **Una base sólida para la ampliación:** en 2019, el 85% de los países informan tener personal dedicado a la diabetes en su unidad/sección/departamento de ENT, mientras que el 73% informan tener una política, estrategia o plan de acción en marcha sobre la diabetes, lo que supone un aumento del 45% en relación con 2010. Además, el 80% de los países informan aplicar políticas o estrategias para reducir las dietas malsanas y la inactividad física y el 84% informan tener directrices nacionales de control de la diabetes que se utilizan en al menos el 50% de los centros de salud.⁵ Aunque varios países han informado aplicar políticas y programas para la prevención y el control de la diabetes, no existe un marco de seguimiento claro ni metas ni indicadores

¹ Babar ZUD, Ramzan S, El-Dahiyat F, Tachmazidis I, Adebisi A, Hasan SS. *The availability, pricing, and affordability of essential diabetes medicines in 17 low-, middle- and high-income countries. Frontiers in pharmacology* 2019;10:1375. Doi: 10.3389/fphar.2019.01375.

² WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.

³ *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁴ *Informe mundial sobre la diabetes.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

⁵ *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey.* 2020. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

acordados a nivel nacional para evaluar su efecto. El establecimiento de metas e indicadores podría fomentar la aplicación eficaz de esas políticas y programas.

c) **Hacia la cobertura sanitaria universal:** los compromisos políticos hacia la cobertura sanitaria universal para alcanzar la meta 3.8 de los ODS suponen una oportunidad para incluir la prevención y el control de la diabetes en los paquetes de prestaciones sanitarias y luchar contra esta enfermedad de manera más eficaz y equitativa, así como para lograr la protección financiera de los más vulnerables.

d) **Una nueva perspectiva sobre las ENT:** la pandemia de COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a las personas con diabetes y esto puede estimular una mejor integración de la enfermedad en la preparación y respuesta ante otras pandemias y emergencias.

e) **Conmemoración de los 100 años del descubrimiento de la insulina:** el establecimiento del Pacto Mundial contra la Diabetes brinda una oportunidad para que la comunidad mundial de la diabetes se reúna a fin de reflexionar sobre cómo superar los obstáculos al acceso a la insulina y las tecnologías sanitarias conexas, entre otras cosas promoviendo la convergencia y armonización de los requisitos reglamentarios para la insulina y otros medicamentos y productos sanitarios para el tratamiento de la enfermedad, así como evaluando la viabilidad y la posible utilidad de establecer una herramienta en línea destinada a intercambiar información pertinente para la transparencia de los mercados de medicamentos y productos de salud contra la diabetes.

f) **Aprovechar las tecnologías digitales:** aumentar el uso de las tecnologías digitales y mejorar la alfabetización digital podría mejorar la educación y la autoasistencia de los pacientes, aumentar la capacidad de evaluar los factores de riesgo y la disponibilidad y la necesidad real de medicamentos esenciales, y de emitir informes al respecto, así como contribuir a una mejor atención y resultados de la diabetes. Iniciativas como «Be Healthy Be Mobile», aplicadas al tratamiento de la diabetes, proporcionan orientación y recursos para ayudar a los países y gobiernos a introducir y ampliar soluciones digitales para esta enfermedad.¹

g) **Promoción de la inclusividad:** con la participación de las personas que viven con diabetes y de quienes los atienden se obtienen conocimientos especializados esenciales para influir de forma positiva en el diseño de políticas, así como descripciones elocuentes para concienciar al público sobre la enfermedad y fomentar el compromiso de los encargados de formular políticas. La implicación y participación activa de las personas con diabetes en el Pacto Mundial contra la Diabetes sirven como plataforma y modelo para su participación significativa en la creación mancomunada de soluciones.

ESTABLECIMIENTO DE METAS DE COBERTURA DE LA DIABETES

3. La Secretaría, con el apoyo de un grupo académico, elaboró una estrategia para el establecimiento de metas de cobertura de la diabetes sobre la base de una propuesta.² A continuación se examinó el proyecto de metas de cobertura propuestas en una consulta técnica celebrada del 28 al 29 de julio de 2021 para solicitar asesoramiento adicional de expertos sobre el perfeccionamiento de los métodos y

¹ *Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

² Gregg E, Buckley J, Ali MK, Davies J, Flood D, Griffiths B, et al. *Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030:* (datos no publicados). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-outcomes-of-people-with-diabetes-mellitus>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

la estrategia de selección. El documento de antecedentes técnico utilizado para elaborar las metas está disponible en el sitio web de la OMS junto con el documento de debate actual.¹

4. El proceso de selección y priorización de las cinco metas relativas a la cobertura mundial de la diabetes cuenta con los siguientes pasos:

- a) el examen y la elaboración de una taxonomía de posibles medidas para metas organizadas en cuatro ámbitos (factores a nivel de política o de sistema, procesos de atención, resultados intermedios y resultados de salud a largo plazo) y niveles de riesgo (diabetes diagnosticada, alto riesgo y toda la población);
- b) la priorización de un subconjunto de medidas, basándose en cuatro criterios:
 - importancia para la salud o indicios fundados para la predicción o el beneficio con respecto a resultados de salud importantes;
 - modificables y factibles a través de intervenciones ampliables en diversos entornos;
 - disponibilidad de datos a nivel mundial y facilidad de medición, gracias a que las medidas están disponibles actualmente o se puede acceder a ellas fácilmente ampliando los enfoques prácticos de vigilancia; y
 - lagunas y desigualdades a nivel internacional: una gran proporción de la población afectada y grandes variaciones en el mundo en términos de logro de objetivos;
- c) la revisión de la situación mundial actual de las cinco medidas priorizadas en términos de variación, niveles, tendencias y cobertura (esta evaluación sirvió de base para tomar la decisión de establecer los niveles de las metas propuestas); y
- d) la estimación del resultado proyectado en la salud asociado con el cumplimiento frente al no cumplimiento de las metas de cobertura propuestas.

5. Tras este proceso, la Secretaría recomienda que se establezcan cinco metas voluntarias de cobertura mundial de la diabetes que deben alcanzarse, a más tardar, en 2030:

- que el 80% de las personas con diabetes sean diagnosticadas;²
- que el 80% de las personas diagnosticadas con diabetes tengan un buen control de la glucemia;
- que el 80% de las personas diagnosticadas con diabetes tengan un buen control de la presión arterial;
- que el 60% de las personas con diabetes de 40 años o más reciban estatinas; y

¹ Gregg E, Buckley J, Ali MK, Davies J, Flood D, Griffiths B, et al. *Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030*: (datos no publicados). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-outcomes-of-people-with-diabetes-mellitus>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² El término «personas con diabetes» incluye a las personas con todos los tipos de diabetes. Debido a las consecuencias potencialmente fatales de los diagnósticos tardíos y a la alta prevalencia de cetoacidosis diabética en el momento del diagnóstico, deberían promoverse más esfuerzos para la realización de diagnósticos más tempranos de personas con diabetes de tipo 1 en todo el mundo.

- que el 100% de las personas con diabetes de tipo 1 tengan acceso a un tratamiento de insulina asequible¹ y a medidas de autovigilancia de la glucemia.
6. Las metas de cobertura no constituyen metas de orientación para el tratamiento a nivel individual sino metas de cobertura mundial, que reflejan esferas de oportunidades perdidas (es decir, carencias mundiales en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes), cuyas acciones serán claramente medibles e influirán fuertemente en los resultados de salud. Las metas son ambiciosas pero alcanzables y tendrían un efecto en la salud mundial de muchos países.
7. A ese respecto, las proyecciones de los modelos realizados han demostrado que:
- si se alcanzan los niveles establecidos de diagnóstico, tratamiento y control de tres metas (glucemia, tensión arterial y uso de estatinas) en, al menos, el 60%, aumentará la mediana de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en 38 por 1000 personas durante 10 años, mientras que si se llega a una meta del 80%, se incrementará la mediana de AVAD en 64 por 1000 personas durante 10 años;² y
 - en la mayoría de las regiones, mejorar el tratamiento y el control sin cribado reduce el número de muertes atribuibles a enfermedades cardiovasculares entre un 25% y un 35%, mientras que mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el control reduce la causa más común de muertes (muertes atribuibles a enfermedades cardiovasculares) en más del 40%.²
8. Alcanzar las cinco metas mundiales de cobertura para la diabetes contribuirá al logro de la meta 3.4 de los ODS. Su logro también está alineado con el PAM-ENT, con la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y con el fortalecimiento de los sistemas de salud para la protección social y la cobertura sanitaria universal, como se dispone en la resolución 72/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Alineación con el Marco Mundial de Vigilancia Integral de las ENT e implicaciones relativas al monitoreo

9. Las metas de cobertura mundial complementan la meta actual del Marco Mundial de Vigilancia Integral de las ENT de detener el aumento de la diabetes, proporcionando un conjunto adicional de metas específicas y medibles relacionadas con la atención de esa enfermedad. Se espera que la medición de las metas se realice principalmente mediante encuestas de población, lo que permitirá a la mayoría de los países presentar informes sin crear una carga adicional de recopilación de datos. A ese respecto, tres de las cinco metas propuestas ya se ven reflejadas en los instrumentos utilizados para informar sobre los indicadores existentes del Marco Mundial de Vigilancia Integral.
10. Las recomendaciones comprenden un conjunto de acciones que, cuando las realicen colectivamente los Estados Miembros y los asociados internacionales, servirán para hacer frente a la creciente carga de salud pública impuesta por la diabetes y contribuirán a alcanzar las metas propuestas.

¹ Incluidos dispositivos para la administración de insulina, como jeringas y agujas.

² Documento de debate de la OMS: *Proyecto de recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, incluyendo posibles metas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/diabetestargets>), consultado el 18 de agosto de 2022.

RECOMENDACIONES PARA FORTALECER Y MONITOREAR LAS RESPUESTAS A LA DIABETES

11. Acciones recomendadas para los **Estados Miembros**:

a) Fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de la diabetes:

- fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para ejercer un liderazgo estratégico y una función coordinadora en la formulación de políticas en materia de diabetes que hagan participar a las partes interesadas de todo el gobierno, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil, las personas con diabetes y el sector privado, velando por que las cuestiones relativas a la prevención y control de la enfermedad reciban una respuesta coordinada, integral y unificada;
- ofrecer una asignación presupuestaria nacional suficiente a la prevención y el control de la diabetes, y establecer mecanismos de financiación para reducir los gastos por cuenta propia;
- fortalecer el diseño y la aplicación de políticas en materia de diabetes asegurando que los actuales paquetes nacionales de prestaciones de cobertura sanitaria universal y la estrategia/política/planes de acción multisectoriales sobre ENT contengan las disposiciones necesarias para prevenir y gestionar la enfermedad;
- considerar la posibilidad de establecer metas nacionales de cobertura de la diabetes, basándose en las orientaciones impartidas por la OMS, para incrementar progresivamente la cobertura de la atención de calidad para personas con la enfermedad, aumentar la rendición de cuentas y evaluar periódicamente la capacidad nacional de prevenir y controlar la diabetes.

b) Reducir los factores de riesgo modificables de la diabetes y los determinantes sociales subyacentes:

- acelerar la aplicación de políticas y estrategias para reducir los factores de riesgo de la diabetes y sus complicaciones, entre otras cosas estableciendo sinergias a partir de las recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad;¹
- promover la alfabetización sanitaria y fortalecer la participación constructiva de las personas con diabetes en la toma de decisiones clínicas haciendo hincapié en la educación y la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario;
- estudiar las cargas desproporcionadas de diabetes en las subpoblaciones y hacer frente a los determinantes sociales subyacentes que exponen a esas poblaciones a un mayor riesgo de contraer la enfermedad y de sufrir complicaciones conexas, una atención deficiente o la falta de acceso a medicamentos esenciales.

¹ Documento de debate de la OMS: *Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/es/publications/m/item/who-discussion-paper-draft-recommendations-for-the-prevention-and-management-of-obesity-over-the-life-course-including-potential-targets>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

c) Fortalecer y orientar los sistemas de salud para gestionar la prevención y el control de la diabetes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal:

- ampliar la prestación de atención primaria de salud y priorizarla como piedra angular de una atención de la diabetes sostenible, centrada en las personas, comunitaria y coordinada;
- establecer normas mínimas para la detección temprana y el tratamiento de la diabetes en todo el proceso continuo de atención, haciendo hincapié en la atención primaria de salud, sin dejar de fortalecer los sistemas de derivación entre los niveles de atención de ese tipo y otros niveles;
- estudiar la posibilidad de adoptar las metas de cobertura mundial que deberían alcanzarse, a más tardar, en 2030, con miras a estimular la detección precoz y la mejora del tratamiento, y la posibilidad de adaptar dichas metas a las circunstancias locales;
- fortalecer la capacidad del personal sanitario y las instituciones para la detección precoz y el tratamiento de la diabetes, lo que incluye el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones relacionadas con la enfermedad, la educación del paciente, la atención para la salud mental y el apoyo psicosocial, la promoción de la autoasistencia y la dispensación de cuidados paliativos y de rehabilitación;
- garantizar la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos esenciales y los dispositivos prioritarios integrando los medicamentos y dispositivos de administración de la insulina y de control de la glucemia en los paquetes de prestaciones a nivel nacional;
- asegurar un tratamiento ininterrumpido a personas con diabetes durante las emergencias humanitarias;
- evaluar el efecto de las soluciones innovadoras de salud digital;
- incluir a personas que viven con diabetes en los procesos de toma de decisiones sobre políticas, estrategias y aplicación de medidas de prevención y control de la enfermedad.

d) Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación, innovación y desarrollo de gran calidad en relación con la prevención y el control de la diabetes.

e) Seguir de cerca las tendencias y los determinantes de la diabetes y evaluar los progresos hacia su prevención y control:

- desarrollar y fortalecer los sistemas de vigilancia y seguimiento de la diabetes y de factores de riesgo conexos de las ENT, guiándose por el marco de la OMS sobre la vigilancia de las ENT;
- desarrollar y fortalecer sistemas de seguimiento para evaluar las carencias terapéuticas, los resultados clínicos (morbilidad y mortalidad) y el desempeño del sistema de salud (capacidad e intervenciones) a través de la recopilación sistemática de indicadores normalizados de atención de la diabetes basados en establecimientos ordinarios.

12. Acciones recomendadas para los **asociados internacionales**, incluido el sector privado:

a) Fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de la diabetes:

- mantener la visibilidad de la diabetes en la agenda mundial de salud y desarrollo;
- armonizar la cooperación internacional sobre la diabetes con los planes nacionales sobre las ENT, a fin de fortalecer la eficacia de la ayuda y el efecto en el desarrollo de recursos externos en apoyo de la diabetes;
- la sociedad civil fomentará la rendición de cuentas y ayudará a los países a revisar periódicamente el avance en las hojas de ruta nacionales sobre la diabetes, con miras a que se alcancen las metas relativas a la enfermedad.

b) Reducir los factores de riesgo modificables de la diabetes y los determinantes sociales subyacentes:

- preconizar y respaldar políticas con un enfoque poblacional, incluidas políticas en materia de alimentación y nutrición, actividades de promoción de la salud y campañas de alfabetización sanitaria;
- preconizar y apoyar la implementación y evaluación de iniciativas comunitarias de prevención y control de la diabetes.

c) Fortalecer y orientar los sistemas de salud para gestionar la prevención y el control de la diabetes mediante una atención primaria de salud centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal:

- comprometerse a apoyar las actividades que mejoren la asequibilidad y disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías básicas para el diagnóstico, el tratamiento y la autoasistencia de las personas con diabetes;
- apoyar y ampliar la implementación de soluciones de salud digital basándose en las evaluaciones de las necesidades de los países;
- al mismo tiempo, informar y participar en el mecanismo de presentación de informes que la OMS utilizará para registrar y publicar sus contribuciones,¹ en el que se podrían incluir datos o mecanismos existentes;
- promover alianzas para acelerar la aplicación ambiciosa de medidas destinadas a aumentar el acceso a soluciones y la atención para luchar contra la diabetes, con miras a lograr la realización de la visión del Pacto Mundial contra la Diabetes y promover las contribuciones del sector privado.

¹ Véase la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

d) Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación, innovación y desarrollo de gran calidad en relación con la prevención y el control de la diabetes:

- invertir en la capacidad nacional de investigación sobre la prevención y el control de la diabetes para guiar la formulación y aplicación de las políticas nacionales.

e) Seguir de cerca las tendencias y los determinantes de la diabetes y evaluar los progresos hacia su prevención y control:

- apoyar el desarrollo y mantenimiento de sistemas de vigilancia y promover el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones;
- invertir en sistemas de información que vinculen diversas fuentes de datos sobre gestión y resultados.

13. Acciones recomendadas para la OMS:

a) Fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de la diabetes:

- convocar y liderar socios a través del Pacto Mundial contra la Diabetes para fomentar una mayor conciencia, crear sinergias para la acción y aprovechar la capacidad colectiva de los actores mundiales, regionales y nacionales que trabajan para mejorar la prevención y el control de la diabetes;
- respaldar las actividades en los países para incluir la diabetes en la cobertura sanitaria universal y elaborar recomendaciones para la financiación adecuada, previsible y sostenida de la prevención y el control de la enfermedad, especialmente en entornos con escasos recursos, y atender las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y marginadas;
- aumentar la participación significativa de las personas con diabetes en el diseño, la implementación y la evaluación de programas y servicios para la diabetes.

b) Reducir los factores de riesgo modificables de la diabetes y los determinantes sociales subyacentes:

- impartir orientación sobre la prevención de la diabetes de tipo 2 ofreciendo las mejores estrategias, promoción de la salud y alfabetización sanitaria.

c) Fortalecer y orientar los sistemas de salud para gestionar la prevención y el control de la diabetes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal:

- ayudar a los países a adaptar y aplicar las directrices de la OMS sobre el tratamiento de la diabetes;
- desarrollar productos técnicos y normativos para cubrir todo el espectro de la atención de la diabetes y facilitar la aplicación de soluciones digitales basadas en datos probatorios;
- hacer participar al sector privado en el fortalecimiento de los compromisos y las contribuciones a fin de aumentar el acceso a medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias para la diabetes, incluida la precalificación de la insulina, la adquisición mancomunada

de medicamentos y la armonización de los requisitos reglamentarios, teniendo debidamente en cuenta la gestión de los conflictos de intereses;

- invitar al sector privado a que refuerce su compromiso con la prevención y el tratamiento de la diabetes, y su contribución en ambos ámbitos, participando en el grupo especial dirigido por la OMS,^{1,2} en los programas de precalificación de insulina y dispositivos de autovigilancia y en los mecanismos internacionales de adquisición mancomunada de medicamentos para la diabetes (una vez establecidos) dirigidos por las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales y mecanismos internacionales de financiación, prestando la debida atención a la gestión de los conflictos de intereses;
- elaborar orientaciones y prestar asistencia técnica a los países para facilitar el tratamiento ininterrumpido de la diabetes durante las emergencias humanitarias;
- estimar el costo de alcanzar las metas de cobertura mundial.

d) Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación, innovación y desarrollo de gran calidad en relación con la prevención y el control de la diabetes:

- elaborar un plan para apoyar la investigación nacional sobre prevención y control de la diabetes y sus complicaciones;
- apoyar la priorización de la investigación para la prevención y el control de la diabetes y promover la investigación sobre la aplicación para evaluar la eficacia de las intervenciones particulares y de toda la población destinadas a prevenir y controlar la diabetes y la obesidad;
- ayudar a los países a elaborar políticas o planes de investigación relacionados con la diabetes que incluyan la investigación comunitaria y una evaluación del efecto de las intervenciones y políticas.

e) Medidas recomendadas para seguir de cerca las tendencias y los determinantes de la diabetes y evaluar los progresos hacia su prevención y control:

- continuar haciendo un seguimiento de la dinámica de los factores de riesgo de las ENT y la capacidad de los países para prevenir y controlar las ENT, como la diabetes;
- crear un marco de seguimiento y una herramienta para seguir de cerca el desempeño del sistema de atención de salud vigilando los procesos de atención y los resultados de los establecimientos de salud;
- apoyar el desarrollo y el mantenimiento de los sistemas de vigilancia y promover el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones.

¹ *Dialogue with the private sector on medicines and technologies for diabetes care, September 2021*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/01/default-calendar/dialogue-with-the-private-sector-on-medicines-and-technologies-for-diabetes-care>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Véase el documento EB144/20.

ANEXO 10

Estrategia mundial sobre salud bucodental¹

[A75/10 Add.1, anexo 3 – 27 de abril de 2022]

[En los párrafos 1 y 2 se explican los antecedentes de la estrategia mundial sobre salud bucodental, incluidos el mandato de elaborarla y el proceso correspondiente.]

PANORAMA GENERAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN EL ÁMBITO MUNDIAL

3. La salud bucodental es la salud de la boca, los dientes y las estructuras bucofaciales. Permite a las personas realizar funciones básicas, como comer, respirar y hablar, y afecta a dimensiones psicosociales, como la confianza en uno mismo, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad ni vergüenza. La salud bucodental varía a lo largo de la vida, desde la temprana edad hasta la vejez, es parte integral de la salud general y ayuda a las personas a participar en la sociedad y alcanzar su potencial.

Carga de morbilidad bucodental

4. Se calcula que en 2017 había en todo el mundo más de 3500 millones de casos de enfermedades bucodentales y otras afecciones de esta naturaleza, la mayoría de las cuales son prevenibles.² Durante las últimas tres décadas, la prevalencia mundial combinada de caries dentales, periodontopatías (encías) y pérdida de dientes se ha mantenido en el 45%, lo que supone una prevalencia superior a la de cualquier otra enfermedad no transmisible.

5. De forma conjunta, los cánceres de labio y de cavidad bucal representan el 16.º tipo de cáncer más frecuente en todo el mundo, con más de 375 000 nuevos casos y casi 180 000 muertes en 2020.³ La noma es una enfermedad gangrenosa no transmisible que generalmente padecen los niños pequeños que viven en situaciones de pobreza extrema. Comienza como una lesión de las encías y destruye los tejidos blandos y duros de la boca y la cara; es mortal para hasta el 90% de los niños afectados.⁴ Las fisuras bucofaciales, que son las anomalías congénitas craneofaciales más comunes, tienen una prevalencia mundial de aproximadamente uno de cada 1000-1500 nacimientos, con una amplia variación en los

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² Bernabe GE, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: *A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study J Dent Res.* 2020;99(4):362-373. doi: 10.1177/0022034520908533.

³ *Lip, oral cavity.* Nota descriptiva del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ *Information brochure for early detection and management of noma.* Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para África. 2017.

diferentes estudios y poblaciones.^{1,2} Se calcula que las lesiones dentales traumáticas tienen una prevalencia mundial del 23% en el caso de la dentición primaria y del 15% en el de la dentición permanente, y afectan a más de 1000 millones de personas.³

6. Las enfermedades bucodentales a menudo tienen comorbilidad con otras enfermedades no transmisibles. Está comprobado que existe una asociación entre las enfermedades bucodentales, particularmente las periodontopatías, y un conjunto de otras enfermedades no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Consecuencias sociales, económicas y ambientales de una mala salud bucodental

7. Las consecuencias personales de las enfermedades y afecciones bucodentales no tratadas (como síntomas físicos, limitaciones funcionales, estigmatización y repercusiones perjudiciales en el bienestar emocional, económico y social) son graves y pueden afectar a familias, comunidades y a todo el sistema de atención de salud. El tratamiento de estas enfermedades y afecciones puede acarrear unos costos elevados y suponer una importante carga económica.

8. Los elevados pagos directos y los catastróficos gastos de sanidad asociados con la atención de la salud bucodental llevan a menudo a las personas a no solicitar atención cuando la necesitan. Se calcula que en 2015, en todo el mundo, las enfermedades y afecciones bucodentales representaron US\$ 357 000 millones en costos directos (como gastos de tratamiento) y US\$ 188 000 millones en costos indirectos (como pérdidas de productividad debido a la ausencia del trabajo o la escuela); se registraron importantes diferencias entre los países de ingresos altos, medios y bajos.⁴

9. Existe una relación fuerte y coherente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades y afecciones bucodentales.^{5,6} A lo largo del curso de la vida, las enfermedades y afecciones bucodentales afectan desproporcionadamente a las personas pobres y vulnerables de la sociedad, entre las que normalmente se incluyen: aquellas con ingresos bajos; personas con discapacidades; personas mayores que viven solas o en residencias; personas refugiadas, en dependencias carcelarias o que viven en comunidades remotas y rurales, y personas de minorías y/u otros grupos socialmente marginados.

10. Los efectos ambientales relacionados con el sistema de atención para la salud bucodental suponen una gran preocupación, como se muestra en el Convenio de Minamata sobre el Mercurio, un tratado mundial que obliga a las partes a aplicar medidas para reducir gradualmente el uso de la amalgama dental, que contiene un 50% de mercurio. Otras cuestiones problemáticas para el medio ambiente relacionadas con el cuidado de la salud bucodental son: el uso de recursos naturales, como agua y energía;

¹ *Vigilancia de anomalías congénitas: manual para gestores de programas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

² Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokae S, Darvishi F, Mohammadi M. *Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis*. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2021; S2468-7855(21)00118X. doi:10.1016/j.jormas.2021.05.008.

³ Petti S, Glendor U, Andersson L. *World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis—One billion living people have had traumatic dental injuries*. *Dent Traumatol*. 2018 Apr;34(2):71-86. doi: 10.1111/edt.12389.

⁴ Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. *Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015*. *J Dent Res*. 2018;97(5):501-507. doi: 10.1177/0022034517750572.

⁵ Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly D, Venturelli R, Mathur MR, et al. *Oral diseases: a global public health challenge*. *The Lancet*. 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

⁶ Matsuyama Y, Jürges H, Listl S. *The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms*. *Am J Epidemiol*. 2019;188(1):87-95. doi: 10.1093/aje/kwy205.

el uso de material dental y productos para el cuidado bucodental seguros y respetuosos con el medio ambiente, y la gestión sostenible de residuos.

Determinantes sociales y comerciales y factores de riesgo de la salud bucodental

11. Las enfermedades y afecciones bucodentales y las desigualdades en materia de salud bucodental están directamente influenciadas por determinantes sociales y comerciales. Los determinantes sociales son factores estructurales, sociales, económicos y políticos que generan enfermedades y afecciones bucodentales. Los determinantes comerciales de la salud bucodental son las estrategias utilizadas por algunos agentes del sector privado para promocionar productos y opciones perjudiciales para la salud.

12. Las enfermedades y afecciones bucodentales comparten factores de riesgo modificables comunes a las principales enfermedades no transmisibles, es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y los trastornos mentales. Esos factores de riesgo incluyen el hábito de fumar y el consumo de tabaco sin humo, el consumo nocivo de alcohol, la ingesta elevada de azúcares y la ausencia de lactancia materna, así como el virus del papiloma humano en el caso del cáncer orofaríngeo.

13. Algunos factores de riesgo modificables del labio leporino y el paladar hendido son el tabaquismo materno activo o pasivo, y de las lesiones dentales traumáticas, el consumo de alcohol, los accidentes de tráfico y las lesiones deportivas. La etiología de la noma es desconocida pero algunos factores de riesgo son la desnutrición, coinfecciones, enfermedades prevenibles mediante vacunación, una higiene personal pobre y malas condiciones de vida, como carencias en los servicios de agua, saneamiento e higiene.

Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales

14. Han sido pocas las ocasiones en que las medidas de promoción de la salud bucodental y de prevención de las enfermedades bucodentales han tenido como objetivo los determinantes sociales y comerciales de esa salud a nivel de población. Además, normalmente la promoción de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades en esa esfera no están integradas en otros programas de enfermedades no transmisibles que comparten los principales factores de riesgo comunes y determinantes sociales. En 2015, en las directrices de la OMS sobre la ingesta de azúcares en adultos y niños, se formuló la firme recomendación de reducir la ingesta de esos azúcares a lo largo de la vida, basándose en datos empíricos que avalan las asociaciones directas existentes entre esa ingesta y el peso corporal y la caries dental. A pesar de ello, se están llevando a cabo pocas iniciativas de salud pública dental destinadas a reducir el consumo de azúcar.

15. Las iniciativas para hacer frente a determinantes estructurales de la salud pueden ser costoeficaces y ofrecer buenos resultados para amplios sectores de la población. Algunas estrategias centradas en esos determinantes cuyo objetivo es reducir la ingesta de azúcares libres y el consumo de tabaco y alcohol son las políticas, los impuestos y/o la regulación del precio, la venta y la publicidad de productos no saludables. Las intervenciones de políticas de nivel medio incluyen la creación de más condiciones de apoyo en entornos clave, como entornos educativos, escuelas, lugares de trabajo y residencias.

16. Hay millones de personas que no tienen acceso a programas de promoción de la salud bucodental y de prevención de las enfermedades bucodentales.¹ El uso de fluoruros para la prevención de la caries dental es limitado. Con frecuencia no hay disponibles, o no son asequibles, métodos de prevención

¹ Petersen PE, Baez RJ, Ogawa H. *Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health*. Community Dent Oral Epidemiol. 2020; 48:338–348. doi: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12538>.

esenciales, como la fluoración del agua corriente y otros métodos aplicables en la comunidad, las aplicaciones de fluoruro tópico o el uso de un dentífrico fluorado de calidad.

Sistemas de atención de salud bucodental

17. Es habitual que los ministerios de salud tengan un escaso compromiso político con los sistemas de atención de salud bucodental y les dediquen pocos recursos. Normalmente, esos sistemas reciben una financiación insuficiente de agentes independientes del sector privado, son muy especializados y están al margen del sistema general de atención de salud. En la mayoría de los países, los paquetes de prestaciones de la cobertura sanitaria universal y las intervenciones en materia de enfermedades no transmisibles no incluyen la atención esencial de salud bucodental.

18. La atención esencial de salud bucodental cubre un conjunto definido de intervenciones seguras y costoeficaces a nivel individual y comunitario para promover esa salud y para prevenir y tratar las enfermedades y afecciones bucodentales más prevalentes y/o graves. En ese conjunto figuran servicios de rehabilitación y derivación pertinentes. Normalmente, los centros de atención primaria no ofrecen atención bucodental, y la cobertura de la salud bucodental de los planes de seguros privados y/o públicos varía mucho entre países y dentro de ellos.

19. En muchos países no se presta suficiente atención a la planificación del personal de salud para poder atender las necesidades en materia de salud bucodental de la población. La capacitación en salud bucodental rara vez se integra en los sistemas generales de educación para la salud. Por lo general, la capacitación se centra en educar a dentistas altamente especializados en lugar de a trabajadores de la salud bucodental comunitarios de nivel medio o de optimizar el papel de los equipos sanitarios más generales.

20. En la mayoría de los países, la pandemia de COVID-19 ha afectado de forma negativa a los programas de salud pública y a la prestación de atención esencial de salud bucodental, ya que ha provocado retrasos en los tratamientos, aumentado el consumo de antibióticos e incrementado las desigualdades en materia de salud bucodental. Esta pandemia debería entenderse como una oportunidad para reforzar la integración de la atención bucodental en los sistemas generales de salud en el marco de las iniciativas orientadas a lograr la cobertura sanitaria universal.

VISIÓN, OBJETIVO Y PRINCIPIOS RECTORES

Visión

21. La visión de esta estrategia es la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de todas las personas y comunidades para 2030, lo que les permitirá disfrutar de la mejor salud posible en ese ámbito y contribuirá a que tengan unas vidas sanas y productivas.

22. El concepto de cobertura universal de salud bucodental significa que cualquier persona o comunidad tenga acceso a unos servicios sanitarios esenciales y de calidad que respondan a sus necesidades y cuyo uso no les cause dificultades económicas. Entre esos servicios figuran la promoción de la salud bucodental y las intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación relacionadas con las enfermedades y afecciones bucodentales a lo largo del curso de la vida. Además, se necesitan intervenciones de ámbito estructural para fortalecer la prevención de las enfermedades bucodentales y para reducir las desigualdades en materia de salud bucodental. Alcanzar el más alto nivel posible de salud bucodental es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Objetivo

23. El objetivo de la estrategia es orientar a los Estados Miembros para que: *a)* elaboren respuestas nacionales ambiciosas de promoción de la salud bucodental; *b)* reduzcan las enfermedades, afecciones y desigualdades en el ámbito de la salud bucodental; *c)* redoblen sus esfuerzos para hacer frente a las enfermedades y afecciones bucodentales como parte de la cobertura sanitaria universal; y *d)* estudien la posibilidad de elaborar metas e indicadores, basados en contextos nacionales y subnacionales, sobre la base de la orientación que proporcionará el plan de acción mundial de la OMS sobre salud bucodental, a fin de dar prioridad a los esfuerzos y evaluar los progresos realizados para 2030.

Principios rectores

Principio 1: Un enfoque de salud pública para la salud bucodental

24. La aplicación de un enfoque de salud pública para la salud bucodental consiste en tratar de ofrecer los mejores resultados posibles en materia de salud bucodental para el mayor número de personas posible, prestando especial atención a las enfermedades y afecciones bucodentales con mayor prevalencia y/o más graves. Para lograr este objetivo es necesario integrar los programas de salud bucodental en iniciativas coordinadas de salud pública más amplias. La aplicación de un enfoque de salud pública para la salud bucodental exige intensificar y ampliar las medidas centradas en los determinantes estructurales sociales y comerciales de la salud bucodental, mediante la participación de una gran variedad de partes interesadas pertenecientes a los sectores social, económico, educativo, medioambiental y a otros ámbitos pertinentes.

Principio 2: Integración de la salud bucodental en la atención primaria de salud

25. La atención primaria de salud es la piedra angular del fortalecimiento de los sistemas de salud, ya que incrementa su rendimiento y en consecuencia mejora los resultados sanitarios. La integración de la atención esencial de la salud bucodental en otros servicios relativos a las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud es un componente esencial de la cobertura sanitaria universal. Esa integración puede ofrecer muchos beneficios, entre ellos incrementar las posibilidades de prevención, detección temprana y control de problemas conexos y comorbilidades, así como hacer más equitativo el acceso a una atención de salud integral y de calidad.

Principio 3: Modelos innovadores de personal para responder a las necesidades de la población en salud bucodental

26. En los modelos de planificación de recursos y personal debe alinearse mejor la educación y capacitación de los trabajadores de la salud con las metas de salud pública y las necesidades de la población en salud bucodental, particularmente para las poblaciones desatendidas. La cobertura sanitaria universal solo puede lograrse reformando los sistemas de salud, educación y planificación de recursos para que el personal de salud tenga las competencias necesarias con las que ofrecer servicios esenciales de atención de salud bucodental en el conjunto del proceso de atención. Eso podría requerir reevaluar las funciones y cometidos de los agentes de salud comunitarios y de nivel medio y de otros profesionales de la salud relevantes pertenecientes al sector de la salud bucodental. El nuevo Marco de Competencias Mundial para la Cobertura Sanitaria Universal de la OMS debería servir de guía para el desarrollo de modelos de personal de salud bucodental.

Principio 4: Atención de salud bucodental centrada en la persona

27. En la atención de salud bucodental centrada en la persona se analizan e incorporan de manera consciente los puntos de vista de las personas, las familias y las comunidades, incluidas aquellas con

una mala salud bucodental. Con arreglo a ese enfoque, se interpreta que las personas son participantes y beneficiarias de unos sistemas de salud que generan confianza y que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística. La atención centrada en las personas fomenta un enfoque más holístico de la evaluación de las necesidades, una toma de decisiones compartida, la alfabetización en materia de salud bucodental y el autocuidado. Este proceso ofrece a las personas la oportunidad, las competencias y los recursos necesarios para ser unos usuarios y unas partes interesadas de los servicios de salud bucodental con buena capacidad de expresión, comprometidos y empoderados.

Principio 5: Intervenciones de salud bucodental adaptadas a todas las etapas de la vida

28. Las personas se ven afectadas por enfermedades y afecciones bucodentales, y sus factores de riesgo y determinantes sociales y comerciales, desde la vida temprana hasta la vejez. Sus efectos pueden variar y acumularse a lo largo del tiempo, y pueden tener consecuencias complejas en etapas posteriores de la vida, especialmente en relación con otras enfermedades no transmisibles. Las estrategias de salud bucodental adaptadas y apropiadas a la edad, en las que se incluye la atención bucodental básica, deben integrarse en los programas de salud pertinentes a lo largo del curso de la vida, incluidos los programas prenatales, para lactantes, niños, adolescentes, adultos trabajadores y adultos mayores. Estos pueden consistir en intervenciones apropiadas a la edad y basadas en pruebas que se centren en promover una alimentación más saludable, el abandono del tabaco, la reducción del consumo de alcohol y la autoasistencia.

Principio 6: Optimización de las tecnologías digitales aplicadas a la salud bucodental

29. La inteligencia artificial, los dispositivos móviles y otras tecnologías digitales pueden aplicarse estratégicamente a la salud bucodental en diferentes niveles, entre ellos la mejora de la alfabetización en salud bucodental, la puesta en práctica de formación electrónica en salud bucodental y telesalud de proveedor a proveedor, y la mejora de la detección temprana, la vigilancia y la derivación referentes a enfermedades y afecciones bucodentales dentro de la atención primaria. Paralelamente, es fundamental establecer y/o reforzar la gobernanza de la salud digital y definir normas y criterios aplicables a la salud bucodental digital basados en las mejores prácticas y en pruebas científicas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo estratégico 1: Gobernanza de la salud bucodental – Incrementar el compromiso político y en materia de recursos con la salud bucodental, reforzar el liderazgo y crear asociaciones beneficiosas para todos dentro y fuera del sector sanitario

30. El objetivo estratégico 1 consiste en lograr el reconocimiento y la integración de la salud bucodental en todas las políticas y programas de salud pública pertinentes en el marco de las agendas nacionales más amplias sobre enfermedades no transmisibles y sobre la cobertura sanitaria universal. Es fundamental lograr un mayor compromiso político y en materia de recursos con la salud bucodental, tanto a nivel nacional como subnacional, como también lo es reformar los sistemas de salud y educación. Idealmente, esto implicaría destinar de forma exclusiva una parte mínima garantizada del presupuesto para salud pública a los programas nacionales de salud bucodental.

31. Un elemento crucial de ese proceso consiste en crear una unidad nacional de salud bucodental, o bien en reforzar su capacidad, con profesionales formados en salud pública. Es necesario crear o mejorar el funcionamiento de una unidad dedicada específicamente a la salud bucodental, cualificada, funcional, dotada de recursos suficientes y que rinda cuentas de su funcionamiento dentro de las estructuras orientadas a las enfermedades no transmisibles y de otros servicios de salud pública pertinentes.

32. La creación de alianzas sostenibles dentro y fuera del sector de la salud, así como la participación de las comunidades, la sociedad civil y el sector privado, son elementos esenciales para movilizar recursos, hacer frente a los determinantes sociales y comerciales de la salud bucodental y aplicar reformas. Por ejemplo, la colaboración entre los ministerios de salud y de medio ambiente es fundamental para trabajar en la sostenibilidad ambiental relacionada con la atención de la salud bucodental, como se hace al aplicar el Convenio de Minamata sobre el Mercurio y los problemas relacionados con la gestión de productos químicos y desechos (incluido el mercurio).

Objetivo estratégico 2: Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales – Posibilitar que todas las personas alcancen la mejor salud bucodental posible, y abordar y reducir los determinantes sociales y comerciales y los factores de riesgo de las enfermedades y afecciones bucodentales

33. A través del objetivo estratégico 2 se insta a realizar intervenciones costoeficaces, sostenibles y basadas en datos probatorios, para promocionar la salud bucodental y prevenir enfermedades y afecciones bucodentales. En el nivel de actuación más concreto, la promoción de la salud bucodental ayuda a desarrollar las capacidades personales, sociales y políticas que permiten a todas las personas aprovechar al máximo sus posibilidades de autoasistencia en ese ámbito. En el nivel más estructural y general, la promoción de la salud bucodental prevé establecer políticas públicas e impulsar iniciativas comunitarias a fin de que las personas puedan controlar mejor su salud bucodental y de promover la equidad en ese ámbito.

34. Las medidas de prevención están orientadas a los factores de riesgo y a los determinantes sociales y comerciales clave de las enfermedades bucodentales y de otras afecciones de esta naturaleza. Estas iniciativas deberían estar plenamente integradas y reforzarse mutuamente con otras estrategias pertinentes de prevención de enfermedades no transmisibles y con las políticas de reglamentación sobre el tabaco, el consumo nocivo de alcohol y la limitación de la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la energía total y de manera ideal a menos del 5%. Entre los esfuerzos de prevención también deberían figurar métodos comunitarios seguros y costoeficaces para prevenir la caries dental, como la fluoración del agua corriente, cuando corresponda, la aplicación de fluoruro tópico y el uso de un dentífrico fluorado de calidad.

Objetivo estratégico 3: Personal de salud – Desarrollar modelos innovadores de personal de salud y revisar y ampliar la educación basada en competencias para responder a las necesidades de salud bucodental de la población

35. Mediante el objetivo estratégico 3 se pretende lograr que haya un número, una disponibilidad y una distribución adecuados de trabajadores de la salud cualificados para prestar un conjunto de servicios esenciales de salud bucodental que satisfagan las necesidades de la población. Eso requiere incluir explícitamente la planificación y priorización de servicios de salud bucodental en todas las estrategias y planes de inversión presupuestados del personal de salud.

36. Para que los modelos de personal laboral sean más eficaces probablemente tengan que contar con una nueva combinación de dentistas, proveedores de atención de salud bucodental de nivel medio (como asistentes, personal de enfermería, técnicos, terapeutas e higienistas en ese tipo de atención), trabajadores de la salud comunitarios y otros profesionales de la salud relevantes que tradicionalmente no participaban en la atención de la salud bucodental, como por ejemplo los médicos de atención primaria y el personal de enfermería. La aplicación de esos modelos puede requerir reevaluar y actualizar políticas legislativas y reglamentarias nacionales para la concesión de licencias y la acreditación del personal de salud. Los educadores sanitarios serán partes interesadas clave en el establecimiento de estándares de

competencia y profesionalidad en salud bucodental destinados a guiar y evaluar la educación, capacitación y práctica de un personal de salud innovador.

37. Los planes de estudio y los programas de capacitación deben preparar adecuadamente al personal de salud en la gestión y respuesta ante cuestiones de salud pública de la salud bucodental y en la lucha contra los efectos ambientales de los servicios de esa salud en la salud planetaria. La educación profesional en salud bucodental debe ir más allá del desarrollo de un conjunto de habilidades clínicas, para incluir una sólida capacitación en promoción de la salud y prevención de enfermedades, y competencias clave como la toma de decisiones basada en pruebas, el aprendizaje reflexivo sobre la calidad de la atención de la salud bucodental, la comunicación interprofesional y la prestación de atención médica centrada en las personas. La educación intra e interprofesional y la práctica colaborativa también serán importantes para permitir la plena integración de los servicios de salud bucodental en los sistemas de salud y en el nivel de atención primaria.

Objetivo estratégico 4: Atención de la salud bucodental – Integrar la atención esencial de salud bucodental y garantizar la protección financiera y los suministros esenciales en la atención primaria

38. El objetivo estratégico 4 tiene como finalidad incrementar el acceso de toda la población a una atención esencial de salud bucodental segura, eficaz y asequible como parte del paquete de prestaciones de la cobertura sanitaria universal. Los trabajadores de la salud que brindan servicios de salud bucodental deberían ser miembros activos del equipo de atención primaria de salud y trabajar de forma colaborativa, incluso en otros niveles de atención, para luchar contra las enfermedades y afecciones bucodentales, así como otras enfermedades no transmisibles, con un enfoque centrado en hacer frente a factores de riesgo comunes y en apoyar la celebración de consultas de salud general.

39. La protección financiera a través de la ampliación de pólizas y programas de seguros privados y públicos, incluida la cobertura de los servicios de salud bucodental, es una de las piedras angulares de la cobertura sanitaria universal. Para poder tratar las enfermedades y afecciones bucodentales en la atención primaria de salud y en los servicios de derivación también es importante garantizar la disponibilidad y distribución fiables de los artículos médicos fungibles esenciales, los medicamentos genéricos y otros suministros dentales.

40. Debería examinarse la tecnología de salud digital ya que podría tener un papel en la prestación de una atención esencial de salud bucodental accesible y eficaz. Esto podría incluir el desarrollo de políticas, normas e infraestructuras para ampliar el uso de tecnologías de salud digital, como teléfonos móviles, cámaras intraorales y otras tecnologías digitales, con miras a apoyar el acceso remoto y la consulta para la detección temprana y la derivación a servicios, a fin de tratar enfermedades y afecciones bucodentales.

Objetivo estratégico 5: Sistemas de información sobre salud bucodental – Mejorar los sistemas de vigilancia y de información sobre salud bucodental para que las instancias decisorias reciban observaciones relevantes de manera oportuna sobre salud bucodental que les sirvan para formular políticas con base empírica

41. El objetivo estratégico 5 consiste en desarrollar sistemas integrados de información sobre salud más eficientes, eficaces e inclusivos que incluyan la salud bucodental con el fin de orientar la planificación, la gestión y la formulación de políticas. A nivel nacional y subnacional, el fortalecimiento de los sistemas de información debería incluir la recopilación sistemática de datos sobre el estado de la salud bucodental, determinantes sociales y comerciales, factores de riesgo, personal laboral, preparación de los servicios de salud bucodental y gasto en recursos.

42. En esos sistemas mejorados pueden utilizarse soluciones de información sistemática de salud, encuestas demográficas y de salud y tecnologías digitales prometedoras, y debería garantizarse la protección de los datos de los pacientes. También deberían servir para supervisar patrones y tendencias de desigualdades en materia de salud bucodental y para hacer un seguimiento de la aplicación y el efecto de las políticas y programas existentes relacionados con esa salud.

43. Existen nuevos métodos epidemiológicos sobre salud bucodental, por ejemplo videos de alta resolución, obtención de imágenes multispectrales y tecnologías móviles, que tienen el potencial de mejorar la calidad de los datos de salud bucodental de la población al tiempo que reducen los costos y la complejidad. La guía de aplicación de nuevas tecnologías móviles para la salud bucodental de la OMS, por ejemplo, proporciona orientación sobre el uso de tecnologías móviles en la vigilancia de la prestación de servicios de salud para la población.

Objetivo estratégico 6: Agendas de investigación en salud bucodental – Crear y actualizar continuamente investigación específica del contexto y de las necesidades para centrarse en los aspectos de salud pública relativos a la salud bucodental

44. Mediante el objetivo estratégico 6 se pretende crear y aplicar nuevas agendas de investigación en salud bucodental orientadas hacia programas de salud pública e intervenciones en la población. En ellas deben figurar investigaciones sobre sistemas de salud de aprendizaje, ciencias de aplicación, modelos de personal laboral, tecnologías digitales y aspectos de salud pública de las enfermedades y afecciones bucodentales.

45. Otras prioridades en la investigación son el estudio de: intervenciones estructurales de amplio espectro; intervenciones de atención primaria de salud; materiales de restauración dental sin mercurio; obstáculos al acceso a la atención de salud bucodental; desigualdades en materia de salud bucodental; promoción de la salud bucodental en entornos clave como escuelas; prácticas ambientalmente sostenibles, y análisis económicos para establecer intervenciones costoeficaces.

46. La traducción de los resultados de la investigación en la práctica es igualmente importante y debería incluir el desarrollo de guías de práctica clínica específicas de la región y basadas en pruebas. Los investigadores tienen un papel importante en el apoyo al desarrollo y la evaluación de las políticas de salud bucodental de la población y en la evaluación y aplicación de las pruebas obtenidas al aplicar las nuevas intervenciones de salud pública.

FUNCIÓN DE LA OMS, LOS ESTADOS MIEMBROS Y LOS ASOCIADOS

OMS

47. La OMS desempeñará una función de liderazgo y coordinación en la promoción y el seguimiento de la acción mundial en materia de salud bucodental, también en relación con la labor de otros organismos de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y otras organizaciones regionales e internacionales competentes. La Organización definirá la dirección general y las prioridades de la promoción de la salud bucodental a nivel mundial, las asociaciones y la creación de redes; articulará las opciones políticas basadas en datos probatorios, y proporcionará apoyo técnico y estratégico a los Estados Miembros.

48. La OMS seguirá colaborando con los asociados en materia de salud pública mundial, incluidos los centros colaboradores de la Organización, a fin de: establecer redes para el fomento de la capacidad en la atención, la investigación y la formación en salud bucodental; movilizar las aportaciones de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, y facilitar la ejecución colaborativa de la estrategia, sobre todo en relación con las necesidades de los países de ingresos bajos y medianos. La OMS también

colaborará con los Estados Miembros para que, a nivel nacional, hagan suya la estrategia, y rindan cuentas al respecto, en particular en los planes estratégicos y políticas nacionales de salud.

49. Para 2023, la OMS traducirá esta estrategia en un plan de acción mundial sobre salud bucodental que incluirá un marco de seguimiento de los progresos realizados, con metas claras y cuantificables que deberán alcanzarse para 2030. Para 2024, la OMS recomendará intervenciones de salud bucodental costoeficaces y basadas en pruebas como parte del apéndice 3 actualizado del PAM-ENT y el Compendio de la OMS para la CSU.

50. La OMS seguirá actualizando orientaciones técnicas para garantizar la prestación ininterrumpida de atención segura odontológica, incluso durante la pandemia de COVID-19, tras su finalización y en otras circunstancias de emergencia sanitaria. En colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), la OMS elaborará orientaciones técnicas sobre la atención de la salud bucodental, sostenible desde un punto de vista medioambiental, por ejemplo con relación a productos sin mercurio y procedimientos menos invasivos. Además, la OMS estudiará la posibilidad de clasificar la noma dentro de la Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030.

51. La OMS ayudará a ampliar y mantener el proceso de innovación para mejorar los resultados de la salud bucodental de acuerdo con su marco de ampliación de la innovación, incluyendo las innovaciones en los ámbitos social, de prestación de servicios, de productos sanitarios, de modelos empresariales, digital y financiero.

52. La OMS creará una plataforma de datos sobre salud bucodental dentro de su repositorio de datos destinados a elaborar estadísticas referentes a la salud. Asimismo, reforzará los sistemas integrados de información sobre salud bucodental y las actividades de vigilancia mediante la elaboración de nuevos métodos y tecnologías estandarizados de recopilación de datos, así como indicadores de salud bucodental para las encuestas sobre la salud de la población. Además, promoverá y respaldará la investigación en sectores preferentes para mejorar la aplicación, el seguimiento y la evaluación del programa de salud bucodental.

Estados Miembros

53. Los Estados Miembros son quienes ostentan el papel principal en la respuesta al desafío que suponen las enfermedades y afecciones bucodentales para su población. Los gobiernos tienen la responsabilidad de hacer participar a todos los sectores de la sociedad a fin de generar respuestas eficaces para prevenir y controlar las enfermedades y afecciones bucodentales, promocionar la salud bucodental y reducir las desigualdades en esta materia. Deberían garantizar que los presupuestos destinados a la salud bucodental se ajustan a los cálculos de los costos de las intervenciones y a los argumentos de inversión con el fin de lograr la cobertura universal en materia de salud bucodental.

54. Los Estados Miembros deberían velar por que la salud bucodental fuese una parte sólida, robusta e integral de las políticas nacionales y subnacionales de salud y por que las unidades nacionales de salud bucodental contasen con la capacidad y los recursos necesarios para ejercer, de forma solvente, un liderazgo, una coordinación y una gestión responsables en esa materia.

55. Para reforzar las capacidades del sistema de atención de salud bucodental los Estados Miembros pueden llevar a cabo las siguientes actuaciones: integrar la salud bucodental en la atención primaria de salud como parte de paquetes de prestaciones de la cobertura sanitaria universal; garantizar la asequibilidad de los medicamentos y artículos fungibles esenciales de salud bucodental, así como de otros equipos o suministros necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y afecciones bucodentales, y dar prioridad a una salud bucodental menos invasiva y sostenible desde un punto de vista medioambiental.

56. Los Estados Miembros también deberían evaluar y reorientar el personal sanitario según fuera necesario para satisfacer las necesidades de salud bucodental de la población ajustando los efectos de los programas educativos a los servicios de salud bucodental que deben prestarse. Eso requeriría facilitar una educación interprofesional y una práctica colaborativa en la que participasen trabajadores de la salud comunitarios y de nivel medio. Deberían también revisar críticamente y actualizar continuamente su contenido de educación sobre salud bucodental en todos los programas y currículos de capacitación de trabajadores de la salud, otorgando prioridad a un enfoque de salud pública bucodental que permitiese a los trabajadores de la salud desarrollar competencias esenciales, como la resolución reflexiva de problemas y habilidades de liderazgo.

57. Los Estados Miembros pueden hacer frente a los determinantes de la salud bucodental y a los factores de riesgo de las enfermedades y afecciones bucodentales abogando por medidas reglamentarias, basadas en pruebas, centradas en determinantes subyacentes que aumentan o reducen los riesgos, y trabajando con entidades comerciales para alentarlas a que reduzcan el tamaño de las porciones y los niveles de azúcares de sus productos y alentando a los consumidores a que, en el momento de realizar sus compras, opten por productos con menor contenido de azúcares. Los Estados Miembros también pueden centrarse en los determinantes reforzando las condiciones de promoción de la salud en entornos clave; aplicando en la comunidad métodos para prevenir la caries dental; brindando respaldo a la legislación orientada a mejorar la asequibilidad de los dentífricos fluorados de calidad, y abogando por su reconocimiento como producto de salud dentro de la lista nacional de medicamentos esenciales.

58. Los Estados Miembros deberían mejorar la vigilancia, la recopilación de datos y el seguimiento de la salud bucodental para fundamentar la toma de decisiones y las campañas de sensibilización. Para ello deberían desarrollar y normalizar métodos y tecnologías actualizados destinados a la recopilación de datos epidemiológicos de salud bucodental, utilizar registros dentales y médicos electrónicos y fortalecer la vigilancia integrada de enfermedades y afecciones bucodentales. También deberían analizar datos de políticas y sistemas de salud bucodental, llevar a cabo investigaciones operacionales y evaluar las intervenciones y programas de salud bucodental.

Asociados internacionales

59. El UNICEF, el PNUMA, la Unión Internacional de Telecomunicaciones y otros organismos de las Naciones Unidas, así como bancos de desarrollo y otros asociados internacionales, tienen un papel valioso que desempeñar en el logro de las metas y objetivos de la estrategia en los planos mundial, regional y nacional; entre otras cosas, la adopción de iniciativas en materia de sensibilización, movilización de recursos, intercambio de información, intercambio de enseñanzas extraídas, creación de capacidad e investigación, y el desarrollo de metas e indicadores para una colaboración mundial racionalizada.

60. Debe existir coordinación entre los asociados internacionales, incluidas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, órganos intergubernamentales, agentes no estatales, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, organizaciones de jóvenes y estudiantes, grupos de pacientes, el sector académico e instituciones de investigación. Crear una coalición internacional sobre salud bucodental, y trabajar eficazmente como tal, servirá para apoyar mejor a los países en su aplicación de la estrategia.

Sociedad civil

61. La sociedad civil es una parte interesada clave en el establecimiento de prioridades para los servicios de salud bucodental y la salud pública. Tiene un papel que desempeñar para alentar a los gobiernos a que elaboren respuestas nacionales y subnacionales ambiciosas en materia de salud bucodental y contribuir a su aplicación. La sociedad civil puede forjar alianzas y asociaciones de múltiples interesados que generen y compartan conocimientos, evalúen los progresos realizados, presten servicios y den

resonancia a las voces de las personas que viven con, y se ven afectadas por, enfermedades y afecciones bucodentales. Participar activamente en una asociación útil con organizaciones civiles y comunitarias, así como codiseñar/coproducir enfoques innovadores para el cuidado de la salud bucodental, brinda la oportunidad de desarrollar modelos de atención más sostenibles y con mejor capacidad de respuesta.

62. La sociedad civil puede apoyar a los consumidores y liderar la sensibilización y la movilización de base para que en la agenda pública se dé un mayor protagonismo a la promoción de la salud bucodental y a la prevención y el control de las enfermedades y afecciones de esta naturaleza. La sociedad civil y los consumidores pueden abogar junto con los gobiernos y algunos sectores a que se inste a la industria de alimentos y bebidas a ofrecer productos saludables; respaldar a los gobiernos en la aplicación de sus programas de control del tabaco, y crear redes y grupos de acción destinados a promover la disponibilidad de alimentos y bebidas bajos en azúcares libres y de dentífricos fluorados de calidad, incluso mediante la aplicación de subvenciones o reducciones de impuestos.

63. Las asociaciones nacionales y otras organizaciones de profesionales de salud bucodental tienen la responsabilidad de apoyar esa salud en sus comunidades. Estas pueden colaborar con los gobiernos nacionales y subnacionales, y respaldarlos, en la aplicación de la estrategia mediante la prestación de atención esencial en salud bucodental, ayudando a planificar y aplicar medidas de prevención orientadas al conjunto de la población y participando en la vigilancia y recopilación de datos sobre salud bucodental.

Sector privado

64. El sector privado puede reforzar su compromiso y su contribución a las respuestas nacionales y subnacionales sobre la salud bucodental mediante la aplicación de medidas laborales en esa materia, incluso a través de la introducción de buenas prácticas empresariales, programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y planes de seguro médico.

65. El sector privado debería tomar medidas concretas para reducir la comercialización, publicidad y venta de productos que causan enfermedades y afecciones bucodentales, como los productos de tabaco y los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares libres. El aumento de la transparencia y la rendición de cuentas del sector privado es un componente clave de esas medidas.

66. El sector privado debería tratar de hacer más accesibles y asequibles equipos odontológicos, dispositivos y productos de higiene bucodental seguros, eficaces y de calidad. Debería impulsar la investigación para producir equipos y materiales asequibles, seguros y ambientalmente idóneos destinados a la atención de salud bucodental.

ANEXO 11

Recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente para fomentar la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria¹

[A75/10 Add.2, anexo 4 – 27 de abril de 2022]

1. En los párrafos 31, 46 y 48 del PAM-ENT se hace un llamamiento a garantizar la continuidad de los servicios esenciales contra las enfermedades no transmisibles, incluida la disponibilidad de tecnologías que salvan vidas y de medicamentos esenciales, en situaciones de emergencia humanitaria. Asimismo, en el párrafo 40 de la resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de «fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente para fomentar la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria, en particular antes, durante y después de los desastres naturales, con especial atención a los países más vulnerables a los efectos del cambio climático y los fenómenos meteorológicos extremos».
2. Con el fin de brindar unas primeras orientaciones a los Estados Miembros, la Secretaría presentó el anexo 9 del documento EB148/7, en el que se describe el proceso emprendido por la Secretaría para ayudar a los Estados Miembros en su compromiso de reforzar las políticas que permiten tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria.
3. Tomando como punto de partida esas primeras orientaciones, en el presente anexo se proponen recomendaciones dirigidas a los Estados Miembros, los asociados internacionales y la OMS para garantizar la prestación de servicios esenciales a las personas con enfermedades no transmisibles en situaciones de emergencia humanitaria mediante la inversión y el fomento de las respuestas y la preparación a largo plazo ante emergencias en relación con las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y, posteriormente, como parte del objetivo de «reconstruir para mejorar» a través de un enfoque multisectorial que abarque todos los peligros.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

LA PANDEMIA DE COVID-19: INTERACCIÓN MORTAL PERSISTENTE CON LA EPIDEMIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

4. En diciembre de 2020, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución, «observando con preocupación que las enfermedades no transmisibles, en particular las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, así como los trastornos mentales, otras afecciones de salud mental y los trastornos neurológicos, son las principales causas de muerte prematura y discapacidad en todo el mundo, en particular en los países de ingreso bajo y mediano, y que las personas que las padecen corren más riesgo de presentar síntomas graves de COVID-19

¹ Véase la decisión WHA75(11).

y se encuentran entre las más afectadas por la pandemia, y reconociendo que las actividades que son necesarias para prevenirlas y controlarlas se ven obstaculizadas, por ejemplo, por la falta de acceso universal a los servicios de salud, los medicamentos, los medios de diagnóstico y las tecnologías sanitarias esenciales de calidad, inocuos, eficaces y asequibles, así como por la escasez mundial de personal sanitario cualificado».

5. La falta de sistemas de registro civil y de estadísticas demográficas que funcionen correctamente, así como los diferentes procesos para realizar pruebas de la COVID-19 y notificar las muertes por esa enfermedad dificultan la recopilación de datos exactos, completos y oportunos sobre las causas de muerte y las comorbilidades, en particular por la COVID entre personas con enfermedades no transmisibles o en riesgo de contraer alguna de esas enfermedades.

6. El virus y la pandemia afectan a las personas con enfermedades no transmisibles o en riesgo de contraer alguna de esas enfermedades por diferentes vías, incluidas las siguientes:

- a) mayor susceptibilidad a la infección por el virus de la COVID-19 y mayor gravedad y tasas de letalidad entre las personas con enfermedades no transmisibles;
- b) la demora en el diagnóstico de las enfermedades no transmisibles, que da pie a que las enfermedades pasen a fases más avanzadas;
- c) tratamientos de las enfermedades no transmisibles que se retrasan, no se completan o se interrumpen; y
- d) incrementos en los factores de riesgo conductuales para las ENT, como la inactividad física, mayor consumo nocivo de alcohol, consumo de tabaco y dietas malsanas.

7. La COVID-19 ha afectado de forma desproporcionada a las personas con enfermedades no transmisibles o en riesgo de contraer alguna de esas enfermedades, en particular los grupos económicamente desfavorecidos, como los trabajadores migrantes, los adultos mayores, o las poblaciones en desplazamiento forzoso y refugiadas en contextos humanitarios. Por tanto, la pandemia ha magnificado y puesto de relieve todavía más las desigualdades persistentes en los resultados sanitarios y en los determinantes de la salud, incluidos los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, los determinantes sociales y el acceso a los servicios de salud, tanto dentro de los países como entre países. Trabajar a largo plazo y reconocer que la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles son afecciones entrelazadas sindémicamente^{1,2} podrían ser los primeros pasos para elaborar los planteamientos matizados que se necesitan para proteger de forma más completa a las poblaciones vulnerables de la sociedad.

8. Las interrupciones en los servicios de salud esenciales contra las enfermedades no transmisibles debido a la COVID-19 han sido generalizadas debido a la escasez de medicamentos, personal, medios diagnósticos y servicios de transporte público, entre otras limitaciones. El estudio rápido de evaluación de los efectos de la pandemia de COVID-19 en los recursos y servicios contra las enfermedades no transmisibles,³ que el Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS llevó a cabo en mayo de 2020 y al que respondieron 163 Estados Miembros (84%), reveló perturbaciones generalizadas

¹ Horton, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.

² Nassereddine, G, Habli, S, Slama, S, Sen, K, Rizk, A, Sibai, AM. COVID-19 and noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and health care delivery. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006189. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006189.

³ *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

totales o parciales en varios servicios contra estas enfermedades en diferentes países. Aproximadamente el 59% de los países señalaron que había algún tipo de restricción en el acceso a servicios esenciales contra las enfermedades no transmisibles para pacientes ambulatorios, mientras que el 35% declaró que los servicios de enfermedades no transmisibles para pacientes hospitalizados estaban abiertos solo para urgencias. En torno a la mitad de los países señalaron interrupciones totales o parciales en los servicios de gestión de la hipertensión (53%) o de la diabetes y en los servicios de gestión de complicaciones diabéticas (49%). Por lo que respecta a la interrupción de actividades, el 77% de los países notificaron algún tipo de interrupción en las actividades contra las enfermedades no transmisibles previstas por el ministerio de salud para 2020, como los programas de cribado, las campañas de concienciación, las encuestas poblacionales (STEPS)¹ o cursos de capacitación y la aplicación de los módulos técnicos² de la OMS, como PEN³ y HEARTS.⁴

9. La pandemia de COVID-19 también ha incrementado las necesidades de rehabilitación en las personas afectadas por el virus y se prevé un alza secundaria en las necesidades a medida que la pandemia se estabilice, debido a la interrupción de los servicios ordinarios de salud y rehabilitación, así como a los posibles efectos y secuelas a largo plazo entre las personas con enfermedades no transmisibles y otras personas infectadas por el virus.

10. Las dos rondas siguientes de encuestas de toda la OMS para evaluar la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19 (encuestas de tanteo) revelaron una interrupción de servicios menos grave pero persistente, en particular de los servicios contra las enfermedades no transmisibles.⁵ Para complementar estas encuestas, el Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS invitó a los países a completar un módulo relacionado con la COVID-19 como parte de la evaluación periódica de la capacidad nacional para la prevención y el control de estas enfermedades entre mayo y septiembre de 2021. Esta evaluación confirmó la persistencia de las interrupciones, ya que el 70% de los Estados Miembros informaron de alguna interrupción de los servicios relacionados con las enfermedades no transmisibles más de un año después del inicio de la pandemia. Al menos la mitad de los países notificaron interrupciones en los servicios de atención de la diabetes y la hipertensión, de detección y tratamiento del cáncer y de atención del asma. Los servicios de detección del cáncer son los que tienen más probabilidades de sufrir graves interrupciones, ya que más del 10% de los Estados Miembros siguen notificando un nivel elevado de interrupciones.⁶

11. La falta de conocimientos sobre la interacción entre el virus y las enfermedades no transmisibles en las primeras etapas de la pandemia de COVID-19, y la poca atención prestada al asunto, obstaculizó la inclusión de estas enfermedades en los planes estratégicos de preparación y respuesta de los países. Un examen efectuado en octubre de 2020 por la OMS de 87 planes y 121 documentos desde la

¹ *Método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo de las ENT (STEPS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² *Noncommunicable diseases: About us*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/about>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

³ *Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud ([https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care)), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ *HEARTS Paquete técnico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/hearts-technical-package>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁵ *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*. Enero-marzo de 2021. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁶ *Assessment of noncommunicable diseases service disruption during the COVID-19 pandemic*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/ncd-rapid-assessment-covid-19-2021.pdf>), consultado el 28 de febrero de 2022.

perspectiva de las enfermedades no transmisibles reveló que solo 33 países habían incluido dichas enfermedades como parte de los servicios de salud esenciales que debían mantenerse durante la pandemia, solo 16 países habían incluido la gestión de las enfermedades no transmisibles y solo tres países tenían una línea presupuestaria específica para dichas enfermedades. Profundamente preocupada por este vacío, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 74/306 exhortó a los Estados Miembros a «que sigan intensificando los esfuerzos por hacer frente a las enfermedades no transmisibles como parte de la cobertura sanitaria universal, reconociendo que las personas que viven con enfermedades no transmisibles son más susceptibles al riesgo de desarrollar síntomas graves de COVID-19 y se encuentran entre las más afectadas por la pandemia». Asimismo, en la resolución 75/130, titulada «Salud mundial y política exterior: fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud proporcionando atención médica asequible a todas las personas», adoptada en diciembre de 2020, la Asamblea General observó con preocupación los efectos graves de la COVID-19 en las personas con enfermedades no transmisibles, destacando la importancia de dar seguimiento a los efectos indirectos de la pandemia de COVID-19 en la prestación de servicios integrados, así como de mantener la parte esencial de la prestación de servicios de salud y de las cadenas mundiales de suministro durante la pandemia, en particular para las enfermedades no transmisibles, y exhortó a los gobiernos a reafirmar los compromisos contraídos en virtud de la declaración política de la tercera reunión de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para acelerar la aplicación de las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles como parte de la Agenda 2030.

12. Con objeto de ayudar a los países a mitigar la interrupción de los servicios de salud esenciales, la OMS publicó en marzo de 2020, y posteriormente actualizó, orientaciones operativas sobre el mantenimiento de los servicios esenciales durante el brote, en las que se describían los principios básicos y recomendaciones prácticas en los que se fundamenta la toma de decisiones para garantizar la continuidad de determinados servicios de salud esenciales, destacando las medidas clave que los países deben plantearse, en particular contra las enfermedades no transmisibles. En enero de 2021 se publicaron otras orientaciones para apoyar a los países en el análisis y uso de datos sistemáticos para el seguimiento de los efectos de la COVID-19 en los servicios de salud esenciales.¹

13. El Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS contribuyó a esta labor normativa con la elaboración de reseñas científicas en las que se resumen las últimas evidencias sobre la susceptibilidad y/o los efectos negativos en el desenlace de la COVID-19 a partir de la presencia de determinadas enfermedades no transmisibles, así como con la elaboración de estudios de modelización con opciones normativas para modelizar los posibles cambios en el modelo de prestación de servicios, los parámetros económicos asociados con tales cambios y los efectos en el ámbito de la salud a medio y largo plazo, en particular en el cumplimiento de la meta 3.4 de los ODS. La labor se complementó con numerosos estudios monográficos en los que se documentaba de qué modo los países mitigaban las interrupciones en los servicios contra las enfermedades no transmisibles, mediante innovadoras soluciones sanitarias digitales (como el uso de tecnologías de salud móvil en apoyo de las personas con estas enfermedades o de la telemedicina para garantizar la continuidad de la atención).²

14. Con la introducción de las vacunas anticovidicas en un intento de controlar la epidemia, que ha entrado en una nueva fase, el examen de la situación de las enfermedades no transmisibles durante la pandemia ha demostrado que la preparación y respuesta frente a estas enfermedades debe formar parte de la preparación y respuesta frente a cualquier pandemia en los ámbitos mundial, regional y nacional. La recuperación y reconstrucción para mejorar deben ir de la mano de medidas contra las enfermedades no

¹ *Análisis y uso de datos sistemáticos para el seguimiento de los efectos de la COVID-19 en los servicios de salud esenciales: Guía práctica para los responsables nacionales y subnacionales*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

transmisibles. La prevención, cribado, diagnóstico temprano y el tratamiento de la hipertensión, la diabetes, el cáncer y otras enfermedades no transmisibles no pueden postergarse, ya que la epidemia de estas enfermedades no se ha detenido. Hacer frente a las enfermedades no transmisibles y a la COVID-19 simultáneamente y a escala adecuada requiere una respuesta más robusta de la ofrecida hasta ahora para salvaguardar vidas y medios de subsistencia. Además, las enseñanzas derivadas de la pandemia de COVID-19 ofrecen oportunidades para fortalecer la preparación y las respuestas ante emergencias más allá de las pandemias.

15. Además de la pandemia de COVID-19, al 8 de diciembre de 2021 la OMS tenía conocimiento de 73 emergencias activas clasificadas con arreglo al Marco de Respuesta a Emergencias de la OMS, y estaba en proceso de responder a ellas.

DE LA COVID-19 A UN ENFOQUE DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS PARA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES QUE TENGA EN CUENTA TODOS LOS PELIGROS

16. El número de personas afectadas actualmente por situaciones de emergencia humanitaria no tiene precedentes. La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas ha estimado que 235 millones de personas necesitarán asistencia humanitaria y protección en 2021. En respuesta a estas emergencias, las Naciones Unidas y las organizaciones asociadas se han marcado el objetivo de prestar asistencia a los 160 millones de personas más necesitadas en 56 países, para lo que requerirán un total de US\$ 35 000.¹ Como consecuencia del cambio climático, el crecimiento demográfico, la urbanización no planificada, la inseguridad alimentaria y los movimientos masivos de personas, las emergencias son cada vez más complejas, prolongadas y vinculadas entre sí.

17. Si bien la pandemia de COVID-19 ha desviado la atención hacia la preparación y respuesta ante emergencias derivadas de pandemias, la naturaleza y frecuencia de las emergencias requieren que la comunidad mundial del sector de la salud adopte un enfoque más amplio para evaluar, prever y responder mejor a todos los tipos de peligros. La reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud celebrada a finales del año pasado para examinar la posibilidad de elaborar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre la preparación y respuesta frente a las pandemias ofreció una oportunidad excepcional para abordar mejor las necesidades de las personas con enfermedades no transmisibles en situaciones de emergencia humanitaria y contribuyó a la labor, recogida en la resolución WHA74.7, de fortalecer a los asociados internacionales y en los países, así como la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, mediante un enfoque multisectorial que abarque todos los peligros.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y OPORTUNIDADES

18. Debido al crecimiento y envejecimiento de la población, entre otros factores, la carga de enfermedades no transmisibles entre las poblaciones afectadas por desastres naturales y antropogénicos está aumentando y requerirá además una mejor inclusión de un componente contra estas enfermedades en la preparación y respuesta frente a las emergencias. El decenio de conflictos prolongados en el Oriente Medio, la evolución del perfil de salud y las necesidades detectadas en las poblaciones que han sido desplazadas por la fuerza del Afganistán, Etiopía, Myanmar, la República Bolivariana de Venezuela y Sudán del Sur, y la crisis humanitaria que se está produciendo en Ucrania constituyen pruebas sólidas de la necesidad de fortalecer el componente de preparación y respuesta ante emergencias en relación con las enfermedades no transmisibles. La experiencia adquirida por la OMS y sus asociados

¹ *Panorama global humanitario 2021*. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, 2021.

humanitarios en la prestación de asistencia técnica en los países durante emergencias debe analizarse más a fondo y aprovecharse.

19. Las siguientes situaciones representan oportunidades para que la comunidad mundial del sector de la salud establezca una mejor respuesta para las personas con enfermedades no transmisibles como parte de la preparación y respuesta frente a emergencias.

a) La pandemia actual ha generado una atención renovada a las consideraciones específicas que conlleva planificar y mantener los servicios de salud esenciales, en particular en entornos humanitarios.^{1,2,3} La gestión de la epidemia de COVID-19 en Estados frágiles y poblaciones afectadas por crisis constituye un desafío para los países y los agentes humanitarios, dadas las enormes necesidades en competencia entre población y recursos limitados, si no es posible prestar los servicios de salud esenciales o no puede accederse a ellos de manera segura y si los servicios precrisis que deben mantenerse, adaptarse o suspenderse no tienen prioridad ni se ofrecen ampliamente y se subvencionan como parte de los conjuntos nacionales de prestaciones de salud.

b) Como complemento de las orientaciones provisionales sobre los servicios de salud esenciales durante un brote, el Grupo de Tareas sobre la COVID-19 del Grupo de Acción Sanitaria Mundial de la OMS elaboró una nota de orientación sobre cómo priorizar y planificar los servicios de salud esenciales durante la respuesta a la COVID-19 en entornos humanitarios.⁴ Más recientemente, se están llevando a cabo iniciativas en el marco del Equipo de Tareas y del Programa de Emergencias de la OMS para definir un conjunto mínimo de servicios basados en la evidencia (conjunto de servicios de salud de alta prioridad en entornos humanitarios) que sean pertinentes y factibles desde el punto de vista operacional en entornos humanitarios para que los grupos de salud y sus asociados los promuevan, utilicen y garanticen progresivamente. Tomando como referencia los conjuntos existentes procedentes de entornos frágiles y afectados por conflictos en los que actúa el grupo, el conjunto de servicios de salud de alta prioridad previsto se basará en las intervenciones y acciones recomendadas elaboradas en el marco del Compendio de la OMS para la CSU.

c) La confección y distribución del botiquín de la OMS contra las enfermedades no transmisibles desde 2017 en más de 20 países y centros de asistencia humanitaria de todo el mundo, en particular durante la pandemia de COVID-19,⁵ contribuyó a subsanar parte de las necesidades desatendidas de medicamentos y suministros esenciales contra las enfermedades no transmisibles durante las emergencias. Con la adquisición de más de 7500 botiquines modulares desde 2017, a un valor anual de US\$ 3,6 millones, el botiquín contra las enfermedades no transmisibles ha llenado un vacío crítico, al pasar a ser uno de los botiquines médicos de emergencia estándar de la OMS más adquiridos. Los recientes exámenes de la experiencia adquirida en el uso del botiquín

¹ Blanchet K, Alwan A, Antoine C, Cros MJ, Feroz, F, Guracha TA, et al. Protecting essential health services in low-income and middle-income countries and humanitarian settings while responding to the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020;5(10):e003675. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003675.

² Singh L, Singh NS, Maldonado BN, Tweed S, Blanchet K, Graham WJ. What does 'leave no one behind' mean for humanitarian crises-affected populations in the COVID-19 pandemic? *BMJ Glob Health*. 2020; 5(4): e002540. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002540.

³ Garry S, Abdelmagid N, Baxter L, Roberts N, de Waroux OLP, Ismail S, et al. Considerations for planning COVID-19 treatment services in humanitarian responses. *Confl Health*. 2020;14(1):80. doi:10.1186/s13031-020-00325-6.

⁴ *Essential Health Services: A guidance note. How to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁵ WHO Provides NCD Kits to Timor-Leste to Prevent Risk of Comorbidity Amidst COVID-19 Pandemic. Comunicado de prensa (en inglés). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/who-provides-ncd-kits-to-timor-leste-to-prevent-risk-to-comorbidity-amidst-covid-19-pandemic>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

contra las enfermedades no transmisibles orientaron su revisión en 2021, lo que ha permitido también poner de relieve las medidas que deben adoptarse para mejorar su planificación y distribución, así como el apoyo que debe ofrecerse para potenciar la capacidad de los equipos de respuesta humanitaria y de atención primaria.

d) La atención a las enfermedades no transmisibles en los entornos humanitarios, así como la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas, los equipos de respuesta humanitaria y los donantes, sigue aumentando y mejorando. El Grupo de Trabajo Interinstitucional Oficioso sobre las ENT en Entornos Humanitarios, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial en el que se integra la OMS y la Alianza Internacional para la Acción contra la Diabetes¹ no solo proporcionan plataformas para el intercambio de información y prácticas, sino que contribuyen cada vez más a la creación conjunta de soluciones para mejorar la gestión de las enfermedades no transmisibles en la práctica.

e) Las poblaciones afectadas por crisis, como las que están en desplazamiento forzoso y los refugiados, pueden aportar reflexiones críticas sobre los efectos de las emergencias en sus vidas y contribuir a dar forma al diseño de políticas y a los programas de prestación de servicios destinados a atender sus necesidades. La encuesta *ApartTogether* sobre los efectos de la COVID-19 declarados por los propios refugiados y migrantes que participaron en ella, o la serie de consultas organizadas por los capítulos regionales de la Alianza de ENT, como las «Voces de las personas con ENT en crisis humanitarias»,² constituyen ejemplos positivos de inclusión, y complementan los esfuerzos de la OMS y los asociados de la sociedad civil en la promoción de la participación constructiva de las personas con enfermedades no transmisibles.

f) Los resultados de las investigaciones sobre las enfermedades no transmisibles y la COVID-19 y, más en general, sobre las enfermedades no transmisibles en entornos humanitarios aumentan en alcance y calidad, y ofrecen una base de evidencia más sólida para orientar la formulación de políticas y programas. A partir de los estudios epidemiológicos descriptivos que ofrecen información sobre la carga de las enfermedades no transmisibles entre la población afectada por la COVID-19 u otras crisis, se ha hecho mucho más hincapié en el acceso a los servicios de enfermedades no transmisibles y a los modelos de atención a estas enfermedades adaptados a los entornos humanitarios.³ Recientemente se han puesto en marcha varias iniciativas y plataformas que complementan los esfuerzos de la OMS para dar forma a las actividades de investigación.⁴

¹ Véase el sitio web de la Alianza Internacional para la Acción contra la Diabetes (<https://www.iadadiabetes.org/>).

² Intensificando las voces y perspectivas de las personas que viven con ENT en la Región Oriental del Mediterráneo. Alianza de ENT, 2020 (<https://ncdalliance.org/es/news-events/news/intensificando-las-voces-y-perspectivas-de-las-personas-que-viven-con-ent-en-la-regi%C3%B3n-oriental-del-mediterr%C3%A1neo#>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

³ Jaung MS, Willis R, Sharma P, Aebischer Perone S, Frederiksen S, Truppa C, et al. Models of care for patients with hypertension and diabetes in humanitarian crises: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2021;36(4):509-532. doi: 10.1093/heapol/czab007.

⁴ NCDs in Humanitarian Settings. Un centro de intercambio de conocimientos que presenta recursos clave contra las ENT en entornos humanitarios de manera accesible en un solo lugar. Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (<https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/humanitarian-ncd>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

RECOMENDACIONES

20. Acciones recomendadas para los **Estados Miembros**:

a) En relación con la COVID-19:

- fortalecer las políticas, programas y servicios para tratar a las personas con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo e incorporarlos en los planes nacionales de respuesta y recuperación ante la COVID-19, en consonancia con los planes integrales de las Naciones Unidas;
- recopilar datos y utilizarlos para evaluar los efectos de la COVID-19 en personas con enfermedades no transmisibles y dar seguimiento a los efectos de la pandemia en la interrupción de los servicios contra estas enfermedades, y la morbilidad y mortalidad conexas;
- mantener, restablecer y ampliar a la mayor brevedad posible la prevención, el diagnóstico precoz y la prestación de atención para las personas con enfermedades no transmisibles o en riesgo alto de contraer alguna de esas enfermedades y asegurar que estén protegidas contra la exposición a la COVID-19 y sean tenidas en cuenta en lo relativo a la salud y la protección social;
- movilizar y utilizar la financiación para la COVID-19 y otra financiación de emergencia para apoyar la prestación y continuidad de los servicios esenciales, garantizando el acceso a medicamentos y suministros para las enfermedades no transmisibles esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces, en particular para la prevención y el control de estas enfermedades y de sus factores de riesgo modificables;
- garantizar la participación constructiva de la sociedad civil, los profesionales de la salud y las personas con enfermedades no transmisibles en la planificación, ejecución y evaluación de los planes nacionales de preparación y respuesta ante la COVID-19;
- dar prioridad a las personas con enfermedades no transmisibles en el despliegue e introducción de las vacunas contra la COVID-19 en los países; y
- concienciar sobre los vínculos entre la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles, sobre cómo las personas con enfermedades no transmisibles pueden protegerse y proteger a sus familias y comunidades contra la COVID-19 y cómo pueden lograr y mantener la continuidad segura de la atención para su afección;

b) Aparte de la COVID-19 (todos los peligros):

- trabajar para lograr sistemas de salud robustos y resilientes con la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud, en tanto que cimiento esencial para la preparación y respuesta efectivas ante emergencias de salud pública:
 - incluir políticas, programas y servicios para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo modificables como parte de los esfuerzos nacionales y subnacionales por fortalecer los sistemas de salud con el fin de prepararse mejor para las emergencias sanitarias, responder a ellas y recuperarse, a través de un enfoque multisectorial que abarque todos los peligros;

- hacer partícipes de forma constructiva a las personas con enfermedades no transmisibles, las comunidades afectadas y las personas en situación vulnerable, incluidas las poblaciones en desplazamiento forzoso y los refugiados, con el fin de entender mejor sus necesidades en materia de salud, fomentar su preparación personal ante emergencias y dar forma a las políticas, programas y servicios de salud contra las enfermedades no transmisibles;
- tomar medidas para velar por que las poblaciones afectadas dispongan de un conjunto mínimo de servicios de calidad para las enfermedades no transmisibles, como parte de un conjunto de medidas esenciales prioritarias contra estas enfermedades que estén garantizadas durante cualquier emergencia sanitaria, a diferentes niveles de atención, teniendo en cuenta los contextos nacionales humanitarios y de los sistemas de salud;
- acelerar la aplicación de hojas de ruta nacionales contra las enfermedades no transmisibles, velando por que los conjuntos de prestaciones a nivel nacional incluyan una combinación de servicios para la prevención y el control de estas enfermedades y de sus factores de riesgo, con mecanismos de prepago suficientes para reducir al mínimo las dificultades económicas de las personas con enfermedades no transmisibles;
- elaborar estrategias y herramientas dirigidas a fortalecer las capacidades básicas en materia de salud pública y el personal para la prestación de servicios contra las enfermedades no transmisibles en entornos humanitarios, en particular a través de soluciones digitales para la salud;
- garantizar el acceso a medicamentos y suministros esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces contra las enfermedades no transmisibles en los planes de preparación y respuesta ante emergencias y como parte de las adquisiciones, la distribución previa y los despliegues en emergencias, guiándose por el botiquín estándar de la OMS para las enfermedades no transmisibles y otros artículos esenciales a granel, y teniendo en cuenta debidamente los medicamentos sensibles a la ruptura de la cadena de frío, como la insulina; y
- documentar las experiencias de los países y promover la investigación sobre las enfermedades no transmisibles en los entornos humanitarios.

21. Acciones recomendadas para **los asociados internacionales, los asociados humanitarios, la sociedad civil y el sector privado:**

- promover la inclusión de programas y servicios para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de sus factores de riesgo modificables como parte de un enfoque multisectorial que abarque todos los peligros para la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, en particular en los actuales planes estratégicos nacionales de preparación y respuesta frente a la COVID-19;
- fortalecer las alianzas, la coordinación mundial y la cooperación entre los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones humanitarias, la sociedad civil, las personas con enfermedades no transmisibles y el sector privado para apoyar a todos los países que lo soliciten en la aplicación de sus planes de acción nacionales multisectoriales, a fin de fortalecer la respuesta de sus sistemas de salud a las emergencias sanitarias, y en particular para mantener la prestación segura de servicios de enfermedades no transmisibles durante dichas emergencias;

- apoyar la elaboración, aplicación y continuidad de un conjunto de medidas de salud prioritarias esenciales contra las enfermedades no transmisibles que deben garantizarse en emergencias sanitarias, en los distintos niveles de atención, teniendo en cuenta los contextos humanitarios y de los sistemas de salud nacionales y subnacionales;
- apoyar a los países en el fomento de la capacidad de su fuerza de trabajo y salud pública para la atención integrada en entornos humanitarios, con capacidades reforzadas para trabajar contra diferentes enfermedades no transmisibles y otras enfermedades/afecciones;
- apoyar a los países para que fortalezcan la inversión en investigación, generación de evidencia, mejora de directrices, evaluación y seguimiento para apoyar la aplicación contextual y garantizar la calidad y la rendición de cuentas;
- apoyar a los países en la adquisición y despliegue de medicamentos y suministros esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces contra las enfermedades no transmisibles, en particular los botiquines estándar de la OMS para estas enfermedades u otros artículos esenciales a granel, teniendo en cuenta debidamente los medicamentos sensibles a la ruptura de la cadena de frío, como la insulina;
- promover y apoyar la investigación sobre las enfermedades no transmisibles en entornos humanitarios; y
- apoyar y promover que se consulte de manera constructiva a las personas con enfermedades no transmisibles y para que participen en la formulación, aplicación y evaluación de las políticas, programas y servicios contra estas enfermedades en entornos humanitarios.

22. Acciones recomendadas para la OMS:

- Como parte de los esfuerzos en curso por fortalecer la preparación y respuesta de la OMS frente a las emergencias sanitarias y reforzar su liderazgo y la coordinación del Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos y su complementariedad con otros agentes humanitarios:
 - examinar las respuestas actuales de la OMS en relación con las enfermedades no transmisibles en los países con emergencias y proponer un enfoque estratégico para mejorar la asistencia técnica de la OMS a los países en el marco de la preparación, respuesta y recuperación, aprovechando las crisis como punto de partida con el fin de reconstruir para mejorar los sistemas de salud mediante la puesta en marcha de servicios sostenibles contra estas enfermedades;
 - fortalecer la colaboración y la comunicación en la OMS, en particular con el Grupo de Acción Sanitaria Mundial y otros asociados humanitarios, como el Grupo Interinstitucional Oficioso sobre las ENT en Entornos Humanitarios, a fin de promover el liderazgo y las funciones normativas de la OMS y prestar una mejor asistencia a los países en las emergencias;
 - en colaboración con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial y otros asociados humanitarios y académicos, elaborar un conjunto de medidas de salud prioritarias esenciales contra las enfermedades no transmisibles que deben garantizarse en emergencias sanitarias, en diversos niveles de atención, teniendo en cuenta los contextos humanitarios y de los sistemas nacionales de salud, tomando como punto de partida el Compendio de la OMS para la CSU;

-
- apoyar a los países en la priorización, adquisición y despliegue de medicamentos y suministros esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces contra las enfermedades no transmisibles, en particular los botiquines estándar de la OMS para estas enfermedades y artículos esenciales a granel, teniendo en cuenta debidamente los medicamentos sensibles a la ruptura de la cadena de frío, como la insulina;
 - apoyar a los países en el fomento de la capacidad de su fuerza de trabajo y salud pública para la atención integrada en entornos humanitarios, con capacidades reforzadas para trabajar contra diferentes enfermedades no transmisibles y otras enfermedades/afecciones;
 - fortalecer la función normativa y la capacidad técnica de la OMS para elaborar y difundir productos normativos, orientaciones técnicas, herramientas, datos y evidencia científica a fin de ayudar a los países a elaborar y aplicar planes nacionales de respuesta a las emergencias sanitarias, con las disposiciones necesarias para tratar a personas con enfermedades no transmisibles y para prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria;
 - seguir promoviendo entre los donantes la importancia de dar prioridad a la construcción de puentes con miras a priorizar las enfermedades no transmisibles en situaciones de emergencia humanitaria en los sectores de la salud, el desarrollo y la consolidación de la paz;
 - fortalecer las capacidades y competencias mundiales, regionales y nacionales de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias mejorando la participación constructiva de las personas con enfermedades no transmisibles en la planificación, aplicación y evaluación de los planes nacionales de preparación y respuesta; y
 - hacer partícipes a los grupos consultivos técnicos de la OMS sobre las enfermedades no transmisibles y otros asociados académicos para dar forma a los programas de investigación y documentar las experiencias de los países con el fin de orientar las políticas para fortalecer la preparación y la respuesta frente a emergencias relacionadas con estas enfermedades.
-

ANEXO 12

Plan de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos 2022-2031¹

[A75/10 Add.4, anexo 7 – 27 de mayo de 2022]

[En los párrafos 1 a 3 se ofrecen antecedentes del Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031, incluidos su mandato y el proceso de su elaboración.]

PANORAMA DE LA SITUACIÓN MUNDIAL

4. Los trastornos del sistema nervioso son la principal causa de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y la segunda causa de muerte a escala mundial, pues provocan nueve millones de defunciones al año. En 2016, las cinco principales causas neurológicas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad fueron los accidentes cerebrovasculares (42,2%), las jaquecas (16,3%), la demencia (10,4%), la meningitis (7,9%) y la epilepsia (4,9%).² Ese mismo año había en el mundo 52,9 millones de niños menores de 5 años con discapacidades del desarrollo, de los que un 95% vivía en países de ingresos bajos o medianos.³

5. La pesada carga que suponen los trastornos neurológicos se ve agravada por profundas inequidades sanitarias. Casi el 80% de los 50 millones de personas con epilepsia, por ejemplo, vive en países de ingresos bajos o medianos, en los que el déficit de cobertura terapéutica supera el 75% (en el caso de la mayoría de los países de ingresos bajos) o el 50% (en el de la mayoría de los de ingresos medianos).⁴ Las discapacidades ligadas a afecciones neurológicas afectan de manera desmesurada a las mujeres, a las personas de edad, a quienes viven en la pobreza o en zonas rurales o aisladas y a otras poblaciones vulnerables. Las mujeres también suelen verse afectadas de modo desproporcionado por trastornos neurológicos como demencia, jaqueca y esclerosis múltiple. Los niños de hogares desfavorecidos, las poblaciones indígenas, las minorías étnicas, los desplazados internos o personas apátridas, los refugiados y los migrantes también presentan un riesgo sensiblemente mayor de padecer discapacidades ligadas a afecciones neurológicas.

6. Los trastornos neurológicos entrañan un aumento de los costos para gobiernos, comunidades, familias e individuos, así como una pérdida de productividad para las economías. Se ha calculado que, en 2010, las afecciones cerebrales costaron € 798 000 millones solo en Europa.⁵ Según las estimaciones,

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² *Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *Lancet Neurol*. 2019, 18(5): 459–480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X. Véase también, en las estimaciones mundiales de salud de 2020, la carga de morbilidad por países y por regiones desglosada por causa, edad y sexo, 2000-2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018;6(10):E100–E1121. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30309-7.

⁴ *Epilepsia: un imperativo de salud pública. Resumen*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

⁵ J Olesen 1, A Gustavsson, M Svensson, H-U Wittchen, B Jönsson, CDBE2010 study group, *et al*. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur. J. Neurol*. 2012, 19(1):155–162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.

en 2019 la demencia costó a la sociedad, en todo el mundo, un total de US\$ 1,3 billones, cifra equivalente al 1,5% del PIB mundial.¹

7. Muchas afecciones neurológicas son prevenibles, cifra que incluye un 25% de la carga mundial de casos de epilepsia,² y se sabe igualmente que numerosos determinantes, entre ellos los factores ambientales de riesgo y de protección, influyen en el desarrollo del cerebro en los primeros años de vida y también en la salud del cerebro en el curso de toda la vida. Entre los factores que protegen el desarrollo cerebral en las etapas tempranas de la vida figuran aspectos como el acceso a la educación y a la protección social, los lazos sociales, una alimentación sana, el sueño y la actividad física.

8. En todo el mundo, las personas afectadas de trastornos neurológicos y de discapacidades conexas siguen sufriendo discriminación y violaciones de los derechos humanos. Por esta razón, el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 reposa en una lógica de derechos humanos anclada en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos que son de aplicación.

9. Para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos es especialmente importante prestar apoyo a los componentes básicos del sistema de salud que hacen al caso. Es esencial implantar regímenes normativos y legislativos adecuados, que apunten a promover una atención de calidad, ofrecer prestaciones de protección social y económica (incluida la protección contra los gastos directos) y garantizar el respeto y el disfrute efectivo de los derechos de las personas con trastornos neurológicos. Las actuaciones integrales de respuesta a estos trastornos deben estar sólidamente fundamentadas en una lógica que pase por los determinantes sociales y económicos de la salud.

10. Los sistemas de salud todavía no han respondido adecuadamente a la carga de morbilidad por trastornos neurológicos. Alrededor de un 70% de las personas que padecen estos trastornos vive en países de ingresos bajos o medianos,³ pero sus necesidades están poco reconocidas, pues solo un 28% de los países de ingresos bajos afirma disponer de una política dedicada específicamente a estas afecciones.⁴ Actualmente, el número de profesionales sanitarios especializados en salud neurológica es insuficiente para subsanar los déficit de cobertura terapéutica en el mundo, no en vano la mediana del personal de neurología (definido como el total de neurólogos de adultos, neurocirujanos y neurólogos infantiles) en los países de ingresos bajos es de 0,1 profesionales por cada 100 000 habitantes, cuando en los países de ingresos altos es de 7,1 por cada 100 000 habitantes.⁴

11. La pandemia hoy en curso de COVID-19 pone de relieve la pertinencia de la neurología para la salud pública mundial y su importancia en los procesos generales de diálogo en torno a la salud mundial. La desorganización de los servicios, la imposibilidad de procurarse medicación, la interrupción de los programas de vacunación y el aumento de los problemas de salud mental han venido a acrecentar la carga ligada a los trastornos neurológicos, sin olvidar la influencia más directa de la infección por COVID-19, cuyas manifestaciones neurológicas están presentes tanto en la fase aguda como en la afección posterior a esta. Ciertas dolencias neurológicas subyacentes constituyen un factor de riesgo de

¹ *Global status report on the public health response to dementia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² *Epilepsia: un imperativo de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

³ Feigin VL, Vos T, Nichols E, Owolabi MO, Carroll WM, Dichgans M, *et al.* The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. *Lancet Neurol*. Marzo de 2020, 19(3):255-265. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30411-9.

⁴ *ATLAS Country Resources for Neurological Disorders*, 2.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

hospitalización y muerte por COVID-19, especialmente en el caso de las personas de edad.¹ El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 abre una oportunidad sin precedentes para abordar el impacto de los trastornos neurológicos aportando una respuesta integral durante la pandemia y después de ella.

ALCANCE

12. La expresión «trastornos neurológicos» es utilizada para designar afecciones del sistema nervioso central o periférico como la epilepsia, las cefaleas (en particular la jaqueca), los trastornos neurodegenerativos (como demencia o la enfermedad de Parkinson), las dolencias cerebrovasculares (en particular el accidente cerebrovascular), los trastornos neuroinfecciosos o neuroinmunológicos (como meningitis, infección por el VIH, neurocisticercosis, paludismo cerebral o esclerosis múltiple), los trastornos neuromusculares (como neuropatía periférica, distrofias musculares o miastenia grave), los trastornos del desarrollo neurológico (como trastorno del espectro autista o trastornos neurológicos congénitos), los traumatismos craneoencefálicos y lesiones de la médula espinal y los cánceres del sistema nervioso. Aunque algunos trastornos neurológicos son infrecuentes, no dejan de causar niveles elevados de morbilidad y mortalidad.

13. Según los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS, se considera que el funcionamiento y la discapacidad son el resultado de las interacciones que se operan entre dolencias neurológicas y factores contextuales en el curso de toda la vida. Por ello se necesita un planteamiento holístico, que tenga en cuenta la influencia de factores médicos, individuales, sociales y ambientales.

14. Para responder a las necesidades de las personas con trastornos neurológicos hay que empezar por conocerlas y darlas a conocer mejor y por combatir la estigmatización y la discriminación, que afectan al bienestar y obstaculizan la obtención de atención sanitaria. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 no está organizado en torno a distintas dolencias específicas, sino que se estructura como un marco de referencia integrado y centrado en el individuo para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de las personas que padecen trastornos neurológicos. La prevención de estos trastornos descansa en la promoción y el cultivo de un estado óptimo de salud cerebral en el curso de toda la vida. El estado de buena salud cerebral es aquel en que la persona puede aprender, desarrollar al máximo su potencial y optimizar sus respuestas cognitivas, psicológicas, neurofisiológicas y de comportamiento, adaptándose a la vez a la evolución de las circunstancias.

15. Hay otros ámbitos o aspectos de la salud pública que guardan estrecha correlación con los trastornos neurológicos e influyen en ellos, como pueden ser la salud mental, la violencia, los traumatismos, las enfermedades no transmisibles y las infecciosas o la salud ambiental, por lo que muchas afecciones neurológicas son abordadas en otras estrategias y planes de acción de la OMS o resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Además, los trastornos neurológicos tienen vínculos estratégicos con los sistemas de salud y la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el espectro completo de servicios de salud esenciales, desde los de promoción de la salud hasta los de prevención, tratamiento, rehabilitación y asistencia paliativa. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 es coherente con la Agenda 2030 y los ODS y aborda la cuestión desde una óptica que engloba todas las etapas de la vida, sabiendo que hay estrechos nexos que conectan entre sí la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, la salud reproductiva y el envejecimiento con la salud cerebral y los trastornos neurológicos.

¹ WHO's Scientific Brief on Neurology and COVID-19 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Neurology-2021.1>), consultado el 6 de abril de 2022.

16. El hecho de vincular el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 con otras iniciativas mundiales¹ evidencia la voluntad de la OMS de centrarse en el impacto sobre la salud de las personas y de trabajar de forma cohesionada e integrada.

17. En el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 se establecen la aspiración y el objetivo general que animan el Plan, así como una serie de principios rectores y objetivos estratégicos con sus correspondientes esferas de actuación y metas. Se proponen en él muy diversas medidas para que las lleven adelante los Estados Miembros, la Secretaría o los asociados internacionales y nacionales de la OMS. Aunque las metas están definidas pensando en su consecución a escala mundial, cada Estado Miembro puede guiarse por ellas para fijar sus propias metas nacionales, teniendo en cuenta las circunstancias y problemáticas específicas del país.²

ASPIRACIÓN

18. La ambición del Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 se plasma en la visión de un mundo en el que:

- se valore, fomente y proteja la salud cerebral en el curso de toda la vida;
- se prevengan, diagnostiquen y traten los trastornos neurológicos y se eviten la mortalidad prematura y la morbilidad;
- las personas afectadas por trastornos neurológicos, así como quienes cuidan de ellas, accedan al grado más alto posible de salud con igualdad de derechos, oportunidades, respeto y autonomía.

OBJETIVO GENERAL

19. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 responde al objetivo general de reducir la estigmatización, las repercusiones y la carga de los trastornos neurológicos, en particular la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad que traen consigo, y de mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores y familiares.

20. Para hacer realidad esta aspiración y este objetivo general es preciso reforzar en la mayor medida posible la prevención, el tratamiento y la atención de la epilepsia y otros trastornos neurológicos, utilizando vías de entrada y sinergias que permitan obtener resultados idóneos para todos.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

21. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 se declina en los objetivos estratégicos enunciados a continuación:

- elevar el nivel de prioridad en las políticas y fortalecer la gobernanza;

¹ La lista de resoluciones e iniciativas mundiales relacionadas con los trastornos neurológicos está disponible en <https://www.who.int/news/item/12-01-2022-draft-intersectoral-global-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders-2022-2031> (consultado el 6 de abril de 2022).

² Se puede consultar un resumen de las metas y los indicadores mundiales en <https://www.who.int/news/item/12-01-2022-draft-intersectoral-global-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders-2022-2031> (consultado el 28 de febrero de 2022).

- proporcionar servicios eficaces, oportunos y resolutivos de diagnóstico, tratamiento y atención;
- aplicar estrategias de promoción y prevención;
- fomentar la investigación y la innovación y potenciar los sistemas de información; y
- potenciar la respuesta a la epilepsia en clave de salud pública.

PRINCIPIOS RECTORES

22. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 reposa en los seis principios rectores enunciados a continuación.

a) Atención primaria de salud centrada en la persona y cobertura sanitaria universal

Todas las personas con trastornos neurológicos y sus familiares deben poder beneficiarse de un amplio abanico de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, asistencia paliativa y protección social y tener acceso equitativo a esos servicios, así como a medicamentos y otros productos sanitarios esenciales que sean eficaces, seguros, asequibles y de calidad, sin sufrir discriminación alguna ni correr peligro de que ello les cause dificultades económicas.

b) Concepción integrada de la atención en el curso de toda la vida

La atención integrada de los trastornos neurológicos es esencial para obtener mejores resultados en materia de promoción, prevención y tratamiento. Ello es particularmente importante teniendo en cuenta la multimorbilidad que presentan los trastornos neurológicos entre sí y con otras afecciones que, a menudo, están interconectadas por factores de riesgo comunes de carácter prevenible. La atención de los trastornos neurológicos requiere una estrecha armonización con los demás servicios y programas existentes, en consonancia con el Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona,¹ y exige también tener en cuenta las necesidades de atención sanitaria y asistencia social en todas las etapas de la vida.

c) Políticas y prácticas científicamente contrastadas

Los datos científicos y/o las prácticas óptimas permiten definir políticas e intervenciones de salud pública que sean costoeficaces, sostenibles y asequibles para la prevención y atención integral de los trastornos neurológicos. Ello incluye tanto el conocimiento ya establecido y otros datos probatorios procedentes de la praxis en la vida real como las preferencias de las personas con trastornos neurológicos y las vivencias marcadas por la pertenencia cultural, sin olvidar la plasmación de nuevos datos científicos en políticas y prácticas que ayuden a encontrar curas o tratamientos que modifiquen el curso de la enfermedad, métodos de prevención eficaces y modelos de atención innovadores.

d) Trabajo intersectorial

Para responder de forma integral y coordinada a los trastornos neurológicos se precisan alianzas y colaboración entre todas las partes interesadas. Las condiciones necesarias para hacer realidad esa colaboración son: liderazgo a nivel gubernamental; una clara definición de las funciones y atribuciones de las distintas partes; mecanismos de coordinación innovadores, que incluyan alianzas publicoprivadas; la participación de todos los sectores interesados, como los de salud, servicios sociales, educación, medio ambiente, finanzas, empleo, justicia o vivienda; y relaciones de

¹ Véanse el documento A69/39 y también el Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona (<http://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>), consultado el 25 de abril de 2022.

colaboración con la sociedad civil, el mundo académico, agentes del sector privado y asociaciones representativas de personas con trastornos neurológicos.

e) Empoderamiento y participación de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores

Es preciso promover, priorizar y amparar las necesidades sociales, económicas y educativas, así como las libertades, de las personas con trastornos neurológicos y de sus familiares y dotar de mayor capacidad de acción y decisión a esas personas y sus cuidadores, a las organizaciones que las representan y a las comunidades locales mediante mecanismos consultivos y de participación en la planificación de la atención y la prestación de servicios, así como en la elaboración de políticas y textos legislativos, la aplicación de programas y las actividades de sensibilización, investigación, seguimiento y evaluación.

f) Género, equidad y derechos humanos

Para crear sociedades inclusivas, equitativas y saludables es fundamental lograr que la perspectiva de género impregne, en el conjunto del sistema, todas las actividades de salud pública destinadas a responder a los trastornos neurológicos. Para hacer efectivos los derechos de las personas que padecen este tipo de trastornos y reducir los niveles de estigmatización y discriminación es fundamental ofrecer acceso universal a las intervenciones dirigidas a esas personas y a quienes cuidan de ellas, procurando muy especialmente llegar a los grupos de población más vulnerables, como migrantes, niños, mujeres, personas de edad y quienes viven en condiciones de pobreza o en situaciones de emergencia. Al aplicar el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 es imperativo abordar explícitamente las disparidades propias del contexto de cada país y reducir las desigualdades.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1. ELEVAR EL NIVEL DE PRIORIDAD EN LAS POLÍTICAS Y FORTALECER LA GOBERNANZA

23. Para mejorar la atención dispensada a las personas con trastornos neurológicos y su calidad de vida es preciso abordar la cuestión desde un planteamiento general de salud pública, anclado en los principios de la cobertura sanitaria universal y los derechos humanos. Para ello es esencial fortalecer la gobernanza en la materia, lo que pasa necesariamente por establecer y respaldar marcos normativos estratégicos, que se acompañen de mecanismos eficaces de supervisión, regulación y rendición de cuentas.

24. Es preciso responder a la falta de conocimiento y de conciencia en todos los ámbitos de la sociedad, incluidas las instancias gubernamentales, las personas con trastornos neurológicos y otras partes interesadas, con el fin de modificar las principales barreras estructurales y de actitud y poder con ello obtener resultados positivos de salud cerebral, reducir la estigmatización y la discriminación, promover los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos y mejorar la atención que se les dispensa y su calidad de vida.

25. Una eficaz labor de sensibilización puede influir en la voluntad política y facilitar la movilización de recursos para defender una mayor prioridad de los trastornos neurológicos en las políticas, entre otras cosas estableciendo interconexiones con el cumplimiento de compromisos internacionales más generales, como los que están recogidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible o en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

26. Para atender las poliédricas necesidades de las personas con trastornos neurológicos es importante tener en cuenta su carácter transversal e integrar sistemáticamente estos trastornos en las políticas, disposiciones legislativas y directrices nacionales de base científica pertinentes, ya correspondan estas al sector de la salud o a otros sectores, como los de educación, protección social o empleo.

27. La financiación de la salud es una función básica de los sistemas de salud que puede propiciar el avance hacia la cobertura sanitaria universal. Esta función pasa por concebir y aplicar políticas que aseguren la eficacia de la gobernanza de los sistemas de salud y los acuerdos de servicios, en particular mediante la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y la compra de servicios (como la asignación de recursos a los proveedores de servicios de salud), con el fin de facilitar el acceso a servicios, apoyo y tratamiento oportunos, asequibles, resilientes y de calidad para los trastornos neurológicos.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 1

Meta mundial 1.1

Lograr para 2031 que un 75% de los países haya adaptado o actualizado sus políticas, estrategias, planes o marcos nacionales vigentes para que incluyan los trastornos neurológicos.

Meta mundial 1.2

Lograr para 2031 que el 100% de los países tenga en marcha al menos una campaña de sensibilización o un programa de promoción en relación con los trastornos neurológicos.

1.1 Promoción

28. La promoción es el primer paso para que el gran público esté más sensibilizado y tenga un mejor conocimiento respecto de la salud cerebral y los trastornos neurológicos, cosa necesaria para mejorar la atención neurológica, reducir la estigmatización y la discriminación, promover los derechos humanos y evitar que estos sean conculcados. La promoción también incluye el conocimiento público y político de la carga y el impacto de los trastornos neurológicos y la divulgación de intervenciones científicamente fundamentadas, en particular de promoción de la salud cerebral y prevención y tratamiento de los trastornos neurológicos.

29. Para realizar una eficaz labor de promoción, en particular campañas de sensibilización pública, es necesario adaptar los métodos al contexto cultural y social de cada país. Además, para obtener los resultados sociales y sanitarios deseados, es preciso que las personas con trastornos neurológicos participen en todas las actividades de promoción, ocupando en ellas un lugar central. Las campañas de sensibilización pública, que deben incluir información sobre la promoción y la prevención de los trastornos neurológicos, deben estar concebidas en beneficio de las personas que padecen este tipo de trastornos.

30. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Hacer que todas las partes interesadas pertinentes, como especialistas en promoción, profesionales de la salud y las personas con trastornos neurológicos y quienes cuidan de ellas, participen en el establecimiento de programas de sensibilización para dar mejor a conocer los trastornos neurológicos, fomentar la salud cerebral y prevenir y tratar esos trastornos en el curso de toda la vida, labor que incluye también la determinación de aquellos factores que lastran la observancia de comportamientos saludables.

b) Establecer mecanismos nacionales y regionales de colaboración y de intercambio y aplicación práctica de conocimientos para dar mejor a conocer la carga de morbilidad asociada a los trastornos neurológicos y la existencia de servicios adecuados y científicamente fundamentados de promoción, prevención, tratamiento y atención para las personas con trastornos neurológicos, así como el acceso a estos servicios.

c) Encabezar y coordinar estrategias intersectoriales de promoción para reducir los niveles de estigmatización y discriminación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos, en particular los colectivos vulnerables, en el curso de toda la vida, e integrar dichas estrategias en otros planes más generales de promoción de la salud, como los destinados a crear entornos educativos y laborales flexibles para las personas con trastornos neurológicos.

31. **Medidas para la Secretaría**

a) Tomar disposiciones para que las personas con trastornos neurológicos, así como sus cuidadores y familiares, participen en y de la adopción de decisiones sobre cuestiones que les conciernen dentro de los procesos internos de la OMS, por medio de mecanismos coherentes y estructurados.

b) Proporcionar apoyo técnico y herramientas de promoción para combatir la estigmatización, con objeto de ayudar a las instancias normativas de nivel nacional, regional y mundial a reconocer la necesidad de otorgar prioridad a los trastornos neurológicos e integrarlos en sus políticas y planes.

c) Proporcionar apoyo y orientación a los Estados Miembros para que colaboren de forma significativa con personas con trastornos neurológicos de todos los grupos de edad, poniendo a su disposición un dispositivo de participación, generando información y prácticas óptimas científicamente contrastadas y haciendo uso de ellas e integrando las vivencias de esas personas en los procesos decisorios.

32. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) En colaboración con otras partes interesadas, efectuar una labor de promoción para lograr que los trastornos neurológicos tengan mayor protagonismo en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y demás compromisos suscritos mundialmente y mayor prioridad en los planes políticos, dando mejor a conocer las repercusiones sociales y económicas de los trastornos neurológicos y la necesidad de responder a ellos de forma integrada en el curso de toda la vida y desde el interior de los sistemas de atención de salud.

b) Apoyar las labores de promoción destinadas a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos, a corregir las inequidades existentes en el acceso a los servicios neurológicos de las poblaciones vulnerables y a reducir los niveles de estigmatización y discriminación. Velar por que las personas con trastornos neurológicos tomen parte en pie de igualdad en las actividades del conjunto de la comunidad con objeto de potenciar su participación cultural, social y cívica y de reforzar su autonomía.

c) Proporcionar una plataforma de diálogo entre las asociaciones y organizaciones de personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores, los trabajadores sociales y de salud, los distintos sectores gubernamentales y otras instancias pertinentes de dimensión internacional, regional y nacional, incluyendo asimismo a los jóvenes y las personas mayores y garantizando una representación equilibrada en cuanto al género. Colaborar con otros sectores, como los de transporte, educación y empleo, el judicial y el financiero, en actividades de promoción destinadas a potenciar la independencia y autonomía de las personas con trastornos neurológicos.

1.2 **Políticas, planes y legislación**

33. La elaboración de políticas, planes y textos legislativos integrales e intersectoriales científicamente fundamentados y acordes con las normas internacionales de derechos humanos fortalece la gobernanza en relación con los trastornos neurológicos y garantiza que se aborden en el contexto de cada país las complejas necesidades de las personas que presentan esos trastornos.

34. Para facilitar la elaboración y aplicación de políticas y planes científicamente fundamentados en todos los sectores es esencial la colaboración entre las personas con trastornos neurológicos, los especialistas técnicos que generan información científica, las instancias normativas y los directores de programas que formulan, adaptan y aplican políticas, planes directrices y disposiciones legislativas, sin olvidar a los profesionales de la salud, que prestan atención y servicios a las personas con trastornos neurológicos.

35. Teniendo en cuenta los nexos recíprocos que existen entre los trastornos neurológicos y otros ámbitos de la salud pública, hay numerosas posibilidades para integrar los trastornos neurológicos en políticas y planes tocantes a esas otras disciplinas, por ejemplo en los relativos a enfermedades no transmisibles, salud mental, salud de la madre, el niño y el adolescente, envejecimiento o discapacidad.

36. Ocurre a menudo que las disposiciones legislativas que inciden en la vida de las personas con trastornos neurológicos (como las personas con epilepsia) estén obsoletas y no amparen ni promuevan sus derechos humanos. Es esencial actualizar todas las leyes que puedan influir en las personas con trastornos neurológicos, como las relativas a educación, empleo o derechos de la mujer, y hacer lo necesario para que esos textos sean más incluyentes.

37. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Elaborar o revisar, actualizar, fortalecer y aplicar políticas, planes y disposiciones legislativas de ámbito nacional y/o subnacional referentes a los trastornos neurológicos que reposen en datos científicos específicos de cada contexto, ya sea en forma de instrumentos independientes o integrándolos, en la totalidad del proceso asistencial y para todas las edades, en otros planes de trabajo intersectorial sobre enfermedades no transmisibles, salud mental, discapacidad u otros ámbitos conexos. En consulta con las personas que padecen trastornos neurológicos, con sus cuidadores y con otras partes interesadas, formular y aplicar políticas y disposiciones legislativas nacionales encaminadas a promover y proteger los derechos de esas personas y a prevenir su estigmatización y discriminación.

b) Establecer mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas respecto de la asignación de recursos, en particular creando un centro de coordinación, una unidad o una división funcional que tenga a su cargo los trastornos neurológicos dentro del Ministerio de Salud (o el organismo equivalente).

c) Revisar las políticas y leyes relativas a la discapacidad u otros temas conexos para que incluyan en mayor medida a las personas con trastornos neurológicos, en particular: revisando los criterios que permiten beneficiarse de prestaciones por discapacidad; aportando financiación destinada a apoyar a las personas con discapacidad en el empleo; instaurando sistemas de cuotas para la contratación activa; haciendo más accesibles los entornos de trabajo, con reglamentaciones y leyes laborales que se apliquen a los sectores público y privado; y reforzando los mecanismos de rendición de cuentas para responder a reclamaciones y denuncias por violaciones de los derechos humanos o discriminación de las personas con trastornos neurológicos mediante procesos imparciales de recurso.

38. **Medidas para la Secretaría.** Ofrecer apoyo técnico, herramientas y orientación a los Estados Miembros y las instancias normativas para:

a) compartir conocimientos y prácticas óptimas científicamente contrastadas que sirvan de base para la elaboración, el fortalecimiento, la aplicación y la evaluación de políticas, planes y textos legislativos nacionales o subnacionales que estén en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos y permitan ofrecer una respuesta integrada e intersectorial a los trastornos neurológicos;

- b)* fortalecer los mecanismos y métodos de rendición de cuentas para resolver reclamaciones y denuncias tocantes a violaciones de los derechos humanos o discriminación de las personas con trastornos neurológicos, por ejemplo en el mundo laboral o en relación con el acceso a la educación, la conducción, la fecundidad o los derechos de la mujer;
- c)* adoptar disposiciones legislativas que garanticen a las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores acceso universal a las prestaciones económicas, sociales y por discapacidad;
- d)* ayudar a definir a grandes líneas mecanismos que alienten y respalden de forma dinámica la participación activa de las personas con trastornos neurológicos en todos los aspectos de la formulación de políticas, la planificación y la financiación de servicios;
- e)* con ayuda de las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS, en todos los niveles, prestar a los Estados Miembros servicios continuos de seguimiento, orientación y apoyo técnico en relación con la aplicación del Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031.

39. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

- a)* Hacer que interlocutores de todos los sectores contribuyan activamente a fundamentar la elaboración y aplicación de políticas, planes y disposiciones legislativas científicamente contrastadas, prestando especial atención a los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y a la prevención de la estigmatización y la discriminación.
- b)* Apoyar la creación de asociaciones y organizaciones que agrupen a personas con trastornos neurológicos y sus familiares y cuidadores, o el fortalecimiento de las ya existentes, y promover su colaboración con otras organizaciones, en calidad de asociados, en la aplicación de políticas relativas a este tipo de trastornos.
- c)* Facilitar el intercambio de conocimientos y el diálogo entre las asociaciones de personas con trastornos neurológicos, cuidadores y familiares, así como las organizaciones que las agrupan, y los trabajadores de salud y asistencia social y las administraciones, a fin de garantizar que principios consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como los de empoderamiento, participación e inclusión, sean incorporados a la legislación con objeto de promover la salud de las personas que presentan discapacidades asociadas a trastornos neurológicos.

1.3 **Financiación**

40. Los trastornos neurológicos provocan un aumento de los costos para gobiernos, comunidades, familias e individuos, así como pérdidas de productividad para la economía, que en muchos casos sería posible remediar con medidas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno. Por efecto combinado de los costos de la atención sanitaria y la protección social y de la reducción o pérdida de ingresos, las personas con trastornos neurológicos y sus familiares sufren importantes dificultades económicas, situación que se ve agravada por la falta de un seguro médico universal en todos los países y la exigüidad de las inversiones y recursos destinados a hacer frente a las afecciones neurológicas.

41. Para garantizar que las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores tengan acceso a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención y para reducir las repercusiones económicas de los gastos directos en concepto de atención sanitaria y asistencia social, es preciso disponer de políticas y programas provistos de la adecuada dotación financiera, sabiendo que semejante inversión quedará compensada por la disminución de los costos de la discapacidad neurológica y que a la postre reducirá los gastos a largo plazo de los gobiernos.

42. Medidas propuestas para los Estados Miembros

- a)* Atendiendo al principio de aportar una respuesta integrada a lo largo de toda la vida, apoyar una financiación sostenible de las políticas, planes y programas de prevención y tratamiento de los trastornos neurológicos mediante asignaciones presupuestarias nacionales dedicadas específicamente a la cuestión, un uso eficiente y racional de los recursos, mecanismos innovadores de financiación voluntaria y otros medios (financiación multilateral, bilateral y mancomunada, alianzas publicoprivadas, etc.).
- b)* Generar o utilizar los datos más recientes sobre la carga epidemiológica y económica de los trastornos neurológicos, así como el conjunto de datos económicos en que se basan las inversiones y las proyecciones relativas al costo de extender las intervenciones, con objeto de adoptar decisiones presupuestarias fundamentadas, proporcionales a la magnitud de la carga en el país, y de asignar de forma óptima los escasos recursos.
- c)* Instaurar mecanismos de protección social y económica que incluyan planes nacionales de seguro médico y prestaciones de seguridad social para atender los costos directos e indirectos relacionados con el acceso a la atención sanitaria (como los gastos de transporte) y favorecer una atención asequible y accesible para las personas con afecciones neurológicas y sus cuidadores y familiares.

43. Medidas para la Secretaría

- a)* Promover la colaboración y el intercambio de conocimientos a escala internacional, regional y nacional para conocer más a fondo los efectos económicos que se siguen de la inversión en los trastornos neurológicos.
- b)* Ofrecer a los Estados Miembros apoyo técnico, herramientas y orientaciones que les permitan dotarse de mayor capacidad nacional para llevar adelante un proceso intersectorial de planificación de los recursos, presupuestación y supervisión de los gastos relacionados con los trastornos neurológicos.
- c)* Proporcionar orientación sobre planteamientos estructurados para generar inversión nacional en el ámbito de los trastornos neurológicos y de la promoción, atención y protección de la salud cerebral, en la línea de otros métodos existentes de argumentación en favor de la inversión para secundar las decisiones de los gobiernos.

44. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a)* Apoyar a los Estados Miembros en la movilización de recursos financieros sostenibles y la detección de deficiencias funcionales en la asignación de recursos para respaldar la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas, programas y servicios nacionales o subnacionales referentes a los trastornos neurológicos.
- b)* Apoyar la participación de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores en los procesos decisorios relacionados con mecanismos internacionales de financiación.
- c)* Respalda la elaboración de modelos innovadores de financiación, como un fondo de asistencia internacional con el que subvencionar o sufragar el coste de medios de diagnóstico y tratamientos, y compensar los gastos ligados a la derivación, como los de viaje o los de servicios e intervenciones de especialistas.

- d) Apoyar la rendición de cuentas y un uso eficiente de los recursos en los sistemas de atención sanitaria con objeto de practicar una distribución idónea de los escasos recursos y lograr una mejor calidad y una mayor eficacia con un mínimo despilfarro de recursos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2. PROPORCIONAR SERVICIOS EFICACES, OPORTUNOS Y RESOLUTIVOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

45. Los trastornos neurológicos, que son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, exigen una labor intersectorial concertada para atender las necesidades de las personas que presentan o corren riesgo de presentar esos trastornos, ofreciéndoles un acceso equitativo a intervenciones y servicios eficaces e implantados a escala comunitaria tanto de atención sanitaria como sociales, profesionales, y educativos.

46. La integración de la atención de los trastornos neurológicos en la atención primaria, secundaria y terciaria y el suministro de medicamentos esenciales, medios de diagnóstico, formación y apoyo al personal de salud y a cuidadores y familiares de las personas con trastornos neurológicos son medidas coherentes con los principios de la cobertura sanitaria universal, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

47. Para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos y también para evitar complicaciones, reducir las hospitalizaciones y costosas intervenciones y prevenir muertes prematuras y casos de discapacidad, hace falta un sistema de salud robusto, que se rija por la lógica de atención coordinada y centrada en la persona y tenga por objetivo proporcionar durante largos periodos servicios eficaces, oportunos y resolutivos de diagnóstico, tratamiento y atención de esos trastornos.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 2

Meta mundial 2.1

Lograr para 2031 que un 75% de los países haya incluido los trastornos neurológicos en el conjunto de prestaciones de la cobertura sanitaria universal.

Meta mundial 2.2

Lograr para 2031 que un 80% de los países proporcione los medicamentos esenciales y las tecnologías básicas que se requieren para atender los trastornos neurológicos en la atención primaria.

2.1 Itinerarios asistenciales

48. Para instaurar una atención interdisciplinaria en beneficio de las personas con trastornos neurológicos se requieren directrices basadas en protocolos y prácticas científicamente contrastados. También es preciso organizar la atención por eslabones y abordarla desde un planteamiento que abarque todo el curso de la vida.

49. Los servicios y los itinerarios asistenciales, incluido el acceso a una atención de urgencia de calidad, deben responder a las necesidades de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores y familiares, ya vivan en medio urbano o en zonas rurales, e incluir a los grupos de población vulnerables, como pueden ser las personas socioeconómicamente desfavorecidas, los niños, las personas de edad, las víctimas de violencia doméstica y de género, la población reclusa, los refugiados, las

poblaciones desplazadas y los migrantes, las poblaciones indígenas y otros grupos específicos del contexto de cada país.

50. Debe haber un itinerario asistencial que responda a cada etapa del curso de la vida, desde el embarazo y la primera infancia hasta la atención de las personas de edad, lo que también supone dispensar una atención continua a los niños y adolescentes con trastornos neurológicos a medida que se van adaptando a las dificultades que entraña el paso a la vida adulta.

51. Las afecciones neurológicas afectan a la capacidad funcional de las personas y a menudo merman su movilidad, sus aptitudes de comunicación, su funcionamiento cognitivo y su capacidad para cuidar de sí mismas, todo lo cual exige una labor de rehabilitación. Sin embargo, buena parte de las necesidades de rehabilitación de las personas con trastornos neurológicos no están cubiertas, pues solo un 16% de los países declara disponer de servicios especializados de rehabilitación neurológica y solo un 17% afirma contar con unidades de rehabilitación general que ofrezcan esta posibilidad.¹

52. Dado que las necesidades de las personas con trastornos neurológicos son complejas y que estas personas presentan un alto grado de dependencia y morbilidad, es esencial contar con todo un abanico de servicios coordinados de atención sanitaria y asistencia social, que incluya intervenciones como: cuidados paliativos para aliviar el dolor; apoyo psicosocial, espiritual y de planificación anticipada de la atención; e intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida.

53. Cuando sea posible, los itinerarios asistenciales deben comprender instalaciones de neurocirugía que permitan practicar las intervenciones quirúrgicas necesarias para tratar afecciones neurológicas como tumores, epilepsia o accidente cerebrovascular isquémico agudo.

54. Es posible optimizar la continuidad asistencial recurriendo a soluciones de salud digital que favorezcan un mayor intercambio de información entre proveedores, personas con trastornos neurológicos y cuidadores y que posibiliten las consultas a distancia con dispositivos de telesalud.

55. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Establecer itinerarios asistenciales científicamente fundamentados para la prestación de servicios sociales y sanitarios coordinados a las personas con trastornos neurológicos en el curso de toda la vida como parte de la cobertura sanitaria universal, para que esas personas puedan acceder a una atención de calidad cuando y donde sea necesario. Ello supone la integración en múltiples niveles del sistema de atención sanitaria y asistencia social, con empleo de equipos asistenciales, directorios de servicios, historias clínicas y mecanismos de derivación de carácter interdisciplinario, lo que pasa en particular por:

- potenciar el acceso equitativo a una atención de calidad para dolencias neurológicas agudas (de urgencia) y crónicas;
- reforzar la atención en los niveles primario, secundario y terciario, lo que incluye instalaciones médicas y quirúrgicas;
- establecer servicios neurológicos de ámbito comunitario en los que participen otros proveedores de atención (como curanderos tradicionales) y se fomente la autoasistencia; y
- promover la continuidad asistencial entre diferentes proveedores y niveles del sistema de salud, en particular con la derivación y el seguimiento de pacientes, velando

¹ *ATLAS Country Resources for Neurological Disorders*, 2.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

por que los centros de atención primaria cuenten con el apoyo de servicios especializados de hospitales y servicios de salud comunitarios, con mecanismos eficaces de derivación y contraderivación.

b) Elaborar estrategias para racionalizar los recursos y potenciar la eficaz colaboración entre los agentes públicos, privados y no gubernamentales mediante:

- la aplicación de modelos asistenciales integrados, innovadores y adaptados al contexto, que abarquen desde el diagnóstico hasta el final de la vida, en los sectores sanitario y social;
- el fomento, la implantación y la aplicación a mayor escala de soluciones y tecnologías de salud digital en todos los ámbitos de la atención sanitaria y social; y
- la creación de equipos y redes interdisciplinarios de atención sanitaria y social y la capacitación de los profesionales de la salud y la asistencia social.

c) Pasar revista a los servicios conexos ya existentes, como los de salud mental, salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, inmunización u otros programas pertinentes relativos a enfermedades transmisibles y no transmisibles, a fin de dar con posibles modos de integrar la prevención, el diagnóstico precoz y la atención integral de los trastornos neurológicos y las afecciones concomitantes no neurológicas.

d) Promover un acceso equitativo a la rehabilitación con respecto a las discapacidades asociadas a afecciones neurológicas, fortaleciendo para ello los sistemas de salud a todos los niveles, desde los centros hospitalarios especializados hasta la rehabilitación dispensada en la comunidad.

e) Establecer nuevos servicios, directrices y protocolos, o reforzarlos cuando ya existan, para promover la implantación de mecanismos de derivación y de coordinación de los cuidados paliativos tempranos, garantizando al mismo tiempo a las personas con trastornos neurológicos un acceso equitativo a la asistencia paliativa.

f) Tomar medidas activas para definir y proporcionar la atención adecuada a los grupos de población que corran especial riesgo de presentar trastornos neurológicos o que tengan un deficiente acceso a los servicios, como las personas socioeconómicamente desfavorecidas, las personas de edad y otros grupos específicos del contexto de cada país y, en el caso de adolescentes con trastornos neurológicos, promover la continuidad de la atención integrada entre los proveedores de salud pediátrica y los de salud de adultos cuando la persona pasa a la edad adulta.

g) En colaboración con interlocutores del sector humanitario, integrar las necesidades de apoyo en los planes de preparación frente a emergencias para hacer posible que todas las personas que presenten trastornos neurológicos, ya sean preexistentes o causados por una situación de emergencia, como los resultantes de lesiones por traumatismo, tengan acceso a servicios de apoyo seguros.

h) Empoderar a las personas con trastornos neurológicos y a quienes cuidan de ellas para que participen en la planificación y la prestación de servicios, y posibilitar que decidan con conocimiento de causa acerca de la atención que mejor responda a sus necesidades, proporcionándoles para ello información accesible y científicamente contrastada, en particular sobre los itinerarios asistenciales que van de la detección y el diagnóstico al tratamiento (incluida la autoasistencia) y sobre el acceso a la atención.

56. Medidas para la Secretaría

- a) Proporcionar orientación y apoyo técnico a los Estados Miembros para que identifiquen las áreas prioritarias para una posible intervención e integren en sus sistemas de salud y en el conjunto de prestaciones de la cobertura sanitaria universal intervenciones costoeficaces relativas a los trastornos neurológicos, sus factores de riesgo y sus comorbilidades.
- b) Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros para ayudarlos a describir y poner en común prácticas óptimas de normas científicamente contrastadas de atención en el curso de toda la vida, referidas en particular a la prestación de servicios y la coordinación interdisciplinaria de la atención, haciendo hincapié en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento (incluido el manejo de afecciones comórbidas), la rehabilitación y los cuidados paliativos para personas con afecciones neurológicas.
- c) Ofrecer asistencia técnica y orientación normativa para secundar la preparación frente a emergencias y posibilitar el acceso de las personas con afecciones neurológicas a servicios de apoyo seguros.

57. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a) Colaborar activamente con todas las partes interesadas pertinentes de los distintos sectores, incluidas las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y familiares, para cimentar la instauración y la buena marcha de la coordinación intersectorial e interdisciplinaria de la atención y de itinerarios integrados de atención neurológica dentro del proceso asistencial continuo que va de la prevención a la asistencia paliativa, pasando por las labores de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- b) Facilitar el intercambio de conocimientos y el diálogo para examinar y poner al día las iniciativas de refuerzo de los servicios de salud después de situaciones de emergencia humanitaria, en colaboración con los organismos multilaterales y regionales competentes, las organizaciones que representan a las personas con trastornos neurológicos y otras entidades de la sociedad civil.
- c) Generar datos probatorios y elaborar herramientas para prestar apoyo a los programas que tienen por objetivo que las personas con trastornos neurológicos tengan acceso a una atención integrada.
- d) En asociación con las partes interesadas pertinentes, facilitar iniciativas que apoyen y alienen a las personas con trastornos neurológicos y sus familiares y cuidadores a acceder a la atención y los servicios neurológicos a través de herramientas de formación e información científicamente contrastadas, de fácil consulta y de base tecnológica, como iSupport,¹ o estableciendo servicios de asistencia telefónica y sitios web que ofrezcan información accesible.

2.2 Medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios

58. Para las labores de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento encaminadas a reducir la mortalidad y la morbilidad y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos, es esencial disponer de medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios, como tecnologías de asistencia, productos biológicos y terapias celulares y génicas.

¹ *iSupport for Dementia. Training and support manual for carers of people with dementia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

59. Los medicamentos esenciales cumplen una función básica tanto en la prevención como en el tratamiento de los trastornos neurológicos. Existen medicamentos para la esclerosis múltiple, por ejemplo, que ralentizan el avance de la enfermedad y mejoran la calidad de vida de muchas personas, pero en los países de ingresos bajos o medianos resulta difícil procurárselos y no son muy asequibles.

60. El uso de dispositivos médicos, como los de imagenología y diagnóstico *in vitro* (por ejemplo, neuroimagen, punción lumbar y microscopía), puede reducir la morbilidad gracias a la detección precoz y al hecho de retrasar la progresión de la enfermedad. Pero puede ocurrir que, aun cuando existan medios de diagnóstico eficaces, estos no sean asequibles o resulte difícil acceder a ellos por la escasez de equipo e infraestructura de laboratorio y de personal formado.

61. Las tecnologías de asistencia permiten a las personas llevar una vida sana, productiva, autónoma y digna y hacen menos necesarios los servicios oficiales de salud y apoyo, la atención a largo plazo y el trabajo de los cuidadores. Pero son pocas las personas que, aun necesiéndolos, tienen acceso a dispositivos de ayuda técnica, por su elevado costo y por falta de conocimiento, disponibilidad, personal formado, políticas al respecto y financiación. Para que quienes más los necesitan tengan mejor acceso a los dispositivos de ayuda técnica, estos deben estar disponibles en todos los niveles de los servicios de salud, en particular en la atención primaria, y formar parte de la cobertura sanitaria universal.

62. La rápida producción de nuevos medicamentos y moléculas aplicables a ciertos trastornos neurológicos constituye un modelo para otros problemas neurológicos o de salud. Es preciso identificar los factores que actualmente hacen difícil y poco asequible el acceso a los tratamientos para poder eliminar barreras y allanar el camino y lograr así que los futuros medicamentos para afecciones neurológicas estén disponibles y sean asequibles.

63. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Promover la disponibilidad de medicamentos y productos sanitarios esenciales para los trastornos neurológicos que sean eficaces, seguros, asequibles y de calidad, así como su inclusión y actualización en las listas nacionales de medicamentos esenciales, utilizando como guía la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, la lista OMS de dispositivos médicos prioritarios para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, la lista OMS de dispositivos médicos prioritarios para el tratamiento del cáncer y la lista OMS de ayudas técnicas prioritarias, a la vez que se incluye el acceso a medicamentos fiscalizados y se reduce al mínimo el riesgo de uso indebido. Determinar las principales barreras que dificultan el acceso a esos dispositivos de los distintos grupos de población (en particular en situaciones de emergencia) y definir estrategias para tenerlas sistemáticamente en cuenta.

b) Promover el uso adecuado, transparente y sostenible de los medicamentos esenciales para la prevención y la atención integral de los trastornos neurológicos, adoptando medidas como la garantía de calidad, la simplificación de los trámites de registro, la sustitución por genéricos o productos biosimilares, el uso de las denominaciones comunes internacionales o la instauración de incentivos económicos, cuando proceda. Además, optimizar la formación de los profesionales de la salud, las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores, en particular aplicando estrategias científicamente contrastadas para abordar el tratamiento de comorbilidades, eventos adversos e interacciones farmacológicas como las resultantes de la polimedición.

c) Posibilitar la disponibilidad y utilización de medios de diagnóstico pertinentes y adecuados, así como el acceso a ellos, empleando como guía la Lista Modelo de la OMS de Pruebas Diagnósticas *In Vitro* Esenciales. Se trata, por ejemplo, de dispositivos de microscopía, electrofisiología, pruebas genéticas y tecnología de neuroimagen, como la tomografía computarizada (TC) o

la imagen de resonancia magnética (IRM). Mejorar la infraestructura e impartir formación a técnicos y trabajadores de atención sanitaria en el uso de estas tecnologías.

d) Establecer marcos normativos transparentes y dotarse de recursos y capacidad para garantizar que los productos de salud y medios de diagnóstico, como puedan ser productos biológicos terapéuticos, pruebas genéticas, dispositivos de ayuda técnica (audífonos, sillas de ruedas, prótesis, etc.) o pruebas genéticas previas a la implantación, cumplan las normas de calidad, seguridad y ética.

e) Mejorar la disponibilidad de medicamentos y productos de salud que salvan vidas para atender trastornos neurológicos en situaciones de emergencia humanitaria.

64. **Medidas para la Secretaría**

a) Acelerar el trabajo y ofrecer apoyo técnico a los Estados Miembros para que potencien un acceso más equitativo de las personas con trastornos neurológicos a medicamentos, medios de diagnóstico y demás productos de salud, entre otras cosas estableciendo: normas y criterios a nivel mundial; orientaciones normativas científicamente fundamentadas y adaptadas a cada contexto; prácticas óptimas de fabricación y compra conforme a la normativa vigente; y capacitación técnica y en materia de legislación y reglamentación.

b) Actualizar la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales, la Lista Modelo OMS de Pruebas Diagnósticas *In Vitro* Esenciales, las listas de dispositivos médicos prioritarios y de ayudas técnicas prioritarias de la OMS y demás documentos pertinentes para garantizar que en todos los casos sean tenidas en cuenta las enfermedades neurológicas y que haya protocolos establecidos para poder implantar y utilizar oportunamente tratamientos y medios de diagnósticos eficaces.

65. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Alentar a todas las partes interesadas pertinentes a que tomen parte en actividades que promuevan el esfuerzo de mejorar el acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios (como los dispositivos de neuroimagen) asequibles, seguros, eficaces y de calidad.

b) Apoyar el fortalecimiento a escala mundial, regional, intergubernamental, nacional e infranacional de los procesos de regulación y adquisición (en particular con sistemas de adquisición mancomunada, mecanismos innovadores de financiación de la salud y la capacitación de los recursos humanos) con objeto de promover el acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios y su adecuada utilización.

c) Fomentar la participación de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores en los procesos de investigación, desarrollo e implantación de nuevos medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios.

2.3 **Creación de capacidad, formación y apoyo para el personal de salud**

66. La obtención de mejores resultados de salud pasa en gran medida por combinar una dotación suficiente de personal de neurología (por ejemplo, neurólogos de adultos, neurólogos infantiles y neurocirujanos) con la presencia de profesionales de otras ramas de la atención sanitaria (psicólogos, psiquiatras, radiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, entre otros) y de trabajadores de salud que trabajen desde la atención primaria y cuenten con las competencias y la formación necesarias para saber reconocer y atender los trastornos neurológicos.

67. Para ayudar a que las personas con trastornos neurológicos reciban una atención centrada en el individuo y para reducir la mortalidad y morbilidad y mejorar la calidad de vida de esas personas, es necesario impartir formación y capacitación a una plantilla multidisciplinaria, que incluya a asistentes sociales, especialistas en rehabilitación con la debida formación en afecciones neurológicas, técnicos (en electrofisiología e imagenología y técnicos de laboratorio), farmacéuticos, ingenieros en biomedicina, trabajadores comunitarios de salud, familiares, cuidadores y curanderos tradicionales, cuando proceda.

68. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

- a) Reunir y aplicar datos científicos adaptados a cada contexto con el fin de establecer:
- programas y políticas que se acompañen de una dotación suficiente de recursos para atender las futuras necesidades de personal sanitario que se desprendan de las proyecciones a tenor de la evolución demográfica, el creciente envejecimiento de las poblaciones y la prevalencia de enfermedades como la demencia, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad de Parkinson; y
 - sistemas adecuados de remuneración e incentivos para lograr que haya profesionales de asistencia sanitaria y social con formación en trastornos neurológicos que trabajen de forma duradera en áreas infradotadas de personal.
- b) Reforzar la capacidad del personal de asistencia sanitaria y social para detectar y atender rápidamente los trastornos neurológicos, incluidas las comorbilidades tratables más comunes, como enfermedades infecciosas, lesión cerebral perinatal hipóxico-isquémica, hipotiroidismo, cataratas y enfermedades no transmisibles. Estas iniciativas deben centrarse en la capacitación del personal existente, tanto especialistas como generalistas, incluidos otros profesionales sanitarios relacionados con el tema, según corresponda a sus funciones. Ello supone:
- instituir diversos tipos de programas de formación (por ejemplo, el curso de ciberaprendizaje del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental [mhGAP]) dirigidos a los trabajadores de asistencia sanitaria y social, tanto generalistas como especialistas, para que dispensen a todas las personas y en el curso de toda la vida una atención neurológica científicamente fundamentada, adaptada a cada cultura y concebida en clave de derechos humanos, en la que se aborden, entre otras cosas, la estigmatización y la discriminación;
 - establecer trayectorias de progresión profesional para el personal de neurología reforzando la formación de posgrado y colaborando con sociedades médicas para dar mejor a conocer el atractivo que tiene el trabajo en el ámbito de la salud cerebral;
 - ampliar los planes de estudios existentes y proporcionar formación continua sobre la atención de personas con trastornos neurológicos;
 - ampliar las funciones del personal de neurología para que incluyan la supervisión de los trabajadores de salud generalistas y el apoyo a estos cuando efectúen intervenciones de neurología;
 - aprovechar el potencial de los trabajadores de salud comunitarios y estrechar la colaboración con proveedores de atención no oficiales, como los curanderos tradicionales, proporcionando formación, apoyo y supervisión eficaces; y

- velar por que las personas con trastornos neurológicos participen, como proceda, en la planificación, elaboración y ejecución de las labores de formación.

c) Prestar apoyo a los trabajadores de asistencia sanitaria y social a la hora de prestar y extender servicios utilizando tecnologías de la información y la comunicación, como la telemedicina y las tecnologías de internet y telefonía móvil, con el fin de hacer llegar la atención neurológica a zonas aisladas y con pocos recursos y de respaldar los servicios domiciliarios.

69. **Medidas propuestas para la Secretaría**

a) Apoyar a los Estados Miembros proporcionándoles herramientas adecuadas para que integren las necesidades de atención neurológica en la planificación sistemática del personal sanitario, basándose para ello en la obtención y el seguimiento de los mejores datos disponibles y guiándose por los parámetros del mercado laboral del sector de la salud. A la hora de planificar hay que tener en cuenta aspectos como la identificación de las carencias de los servicios, los requisitos de formación en atención neurológica y las competencias básicas que debe reunir el personal de asistencia sanitaria y social que trabaja sobre el terreno, así como la formación en atención neurológica avanzada.

b) Prestar apoyo a los Estados Miembros para que refuercen las capacidades del personal de asistencia sanitaria y social, incluidos los proveedores de atención no oficiales, promoviendo, fortaleciendo y elaborando orientaciones y herramientas y aplicando modelos de formación que integren las competencias necesarias para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los trastornos neurológicos.

70. **Medidas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Facilitar el intercambio de información sobre prácticas óptimas y la difusión de conclusiones en materia de formación y capacitación del personal de salud, con objeto de respaldar las iniciativas de los países en materia de prevención y tratamiento de los trastornos neurológicos y atención de las personas que los presentan.

b) Apoyar la aplicación de programas de creación de capacidad, que incluyan formación teórica y práctica, para que el personal de salud, sea general o especializado, pueda detectar los trastornos neurológicos y efectuar intervenciones científicamente sólidas que promuevan el diagnóstico, el tratamiento y la atención de trastornos neurológicos.

c) Respalda a las autoridades nacionales en la creación de una infraestructura de atención sanitaria y una capacidad institucional adecuadas para impartir formación al personal de salud con el fin de reforzar los sistemas de salud y extender la prestación de servicios de calidad.

2.4 **Apoyo a los cuidadores**

71. Los trastornos neurológicos tienen profundas repercusiones en las personas, las familias y las comunidades. Dado que tienen un curso crónico, las personas que los padecen suelen necesitar atención permanente, que en gran parte dispensan cuidadores del sector informal.

72. Cabe definir a los cuidadores por su relación con la persona que presenta un trastorno neurológico y por el tipo de atención que le aportan. Muchos son parientes, pero a veces son amigos cercanos o voluntarios quienes asumen el cuidado de esas personas. Los cuidadores prestan «atención directa» y apoyo a los afectados y cumplen un importante papel en la organización de la atención dispensada a lo largo de toda la vida.

73. Los cuidadores se enfrentan a problemas como el estrés, la tensión asociada a su labor, la carga económica, el aislamiento social o el duelo, en caso de pérdida. Los cometidos y los problemas pueden variar en función de la edad del cuidador y también difieren según se atienda a niños, a adolescentes o a adultos mayores.

74. El hecho de cuidar de una persona con un trastorno neurológico puede afectar la salud, el bienestar y las relaciones sociales del cuidador. En el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia se indican una serie de medidas básicas de apoyo a los cuidadores que también son aplicables a otras afecciones neurológicas.

75. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Instituir mecanismos para que las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores participen en la planificación de la atención y la labor de análisis jurídico y formulación de políticas al respecto. En el mismo orden de ideas, eliminar las barreras que dificulten esa participación, prestando a la vez atención a los deseos y preferencias de las personas con trastornos neurológicos y sus familiares.

b) Proporcionar información accesible y basada en datos factuales sobre los recursos disponibles en la comunidad, tales como programas de formación, asistencia de relevo, servicios de salud mental y otros recursos adaptados a las necesidades de quienes cuidan de personas con trastornos neurológicos.

c) En el contexto de la atención neurológica de ámbito comunitario, ofrecer, en colaboración con las partes interesadas pertinentes, programas de formación dirigidos al personal de asistencia sanitaria y social para aprender a reconocer y aliviar el estrés de los cuidadores.

d) Crear mecanismos de protección de los cuidadores, o reforzarlos cuando ya existan, que pasen por ejemplo por la instauración de prestaciones sociales y económicas (como pensiones, permisos y horarios flexibles) y por la aplicación de políticas y disposiciones legislativas destinadas a reducir la estigmatización y la discriminación y a respaldar a los cuidadores más allá de su cometido como tales.

76. Medidas para la Secretaría

a) Apoyar a los Estados Miembros para que, aplicando una lógica intersectorial acorde con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, generen y evalúen, con criterios científicos, información, datos, programas de formación y servicios de relevo para los cuidadores de personas con trastornos neurológicos.

b) Facilitar el acceso a recursos asequibles y científicamente contrastados para que los cuidadores de personas con trastornos neurológicos adquieran más conocimientos y aptitudes prácticas en relación con este tipo de trastornos, sufran menos estrés emocional y mejoren su capacidad de lidiar con la situación, su confianza en las propias posibilidades y su estado de salud, empleando recursos como el mhGAP de la OMS, iSupport, mDementia,¹ el módulo de formación de la OMS relativo a las aptitudes de los cuidadores de niños con trastornos o retrasos del desarrollo y otros recursos de formación teórica y práctica y de apoyo social.

¹ Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDementia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

77. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Generar mayor conciencia del impacto que tiene el hecho de cuidar de personas con trastornos neurológicos y, en particular, de la necesidad de proteger a los cuidadores de la discriminación, prestarles apoyo para que puedan seguir dispensando cuidados a medida que la enfermedad avanza y potenciar su capacidad para desenvolverse y defenderse por sí mismos.

b) Ayudar a aplicar programas de formación para cuidadores y familiares centrados en la persona y adaptados al contexto y a las especificidades culturales, con el fin de promover su bienestar y mejorar sus conocimientos teóricos y prácticos en las sucesivas etapas de la evolución de los trastornos neurológicos, empezando por recursos ya existentes como iSupport y el mhGAP de la OMS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3. APLICAR ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

78. Para promover la salud cerebral y prevenir trastornos neurológicos es necesario reducir los factores de riesgo modificables y mejorar los factores de protección, especialmente durante los periodos cruciales del desarrollo cerebral.

79. La promoción de un desarrollo óptimo del cerebro en el curso de la vida empieza antes de la concepción y prosigue durante el embarazo, la niñez y la adolescencia, guarda relación con un envejecimiento sano y debe alentar comportamientos saludables, una alimentación adecuada, el control de enfermedades infecciosas, la prevención de traumatismos craneoencefálicos y medulares y la reducción de la exposición a la violencia y a contaminantes ambientales.

80. Un componente básico para promover la salud cerebral y el bienestar es la cobertura sanitaria universal, uno de cuyos elementos importantes es el hecho de abordar los determinantes sociales y económicos por medio de una respuesta intersectorial coordinada que integre la perspectiva de género. Conviene poner en marcha iniciativas de colaboración con las poblaciones locales, incluidas las indígenas, para buscar fórmulas de prevención de los trastornos neurológicos que sean culturalmente apropiadas y respetuosas de los usos y valores locales.

81. El hecho de formular y llevar adelante programas, políticas, disposiciones legislativas e investigaciones sobre los trastornos neurológicos trabajando en clave de «Una sola salud»,¹ lo que entraña comunicación entre múltiples sectores, en especial los de salud pública, sanidad animal y vegetal y medio ambiente, contribuirá a prevenir trastornos neurológicos y, gracias a ello, a obtener mejores resultados de salud.

¹ *One Health. Q&A*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 3**Meta mundial 3.1**

Lograr para 2031 que un 80% de los países tenga en funcionamiento al menos un programa intersectorial de promoción de la salud cerebral y prevención de los trastornos neurológicos en el curso de toda la vida.

Meta mundial 3.2

El logro de las metas mundiales relativas a la prevención de los trastornos neurológicos viene definido en los siguientes documentos:

- Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;
- Hoja de Ruta Mundial con miras a Derrotar la Meningitis para 2030;
- Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible.

3.1 Fomento de comportamientos saludables en el curso de toda la vida

82. El objetivo de promover y hacer hincapié en la salud cerebral en el curso de toda la vida supone centrarse, entre otras cosas, en el fomento de comportamientos saludables. Hay varios trastornos neurológicos, como la demencia o el accidente cerebrovascular, que están estrechamente interconectados con enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, la obesidad y otros trastornos conexos y también con factores de riesgo de tipo comportamental como la inactividad física, la alimentación desequilibrada, el tabaquismo o el consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

83. El conocimiento de los factores de riesgo que acrecientan la carga de morbilidad por afecciones neurológicas puede cimentar la adopción de medidas preventivas y conducir a la elaboración de estrategias que tengan mayor influencia en la evolución de estas afecciones.

84. El tabaquismo es un factor de riesgo comportamental ligado a trastornos neurológicos como el accidente cerebrovascular, la demencia o la esclerosis múltiple. Según las estimaciones, el tabaquismo pasivo causó en 2010 un 4% de los accidentes cerebrovasculares.¹

85. El uso nocivo del alcohol, concretado por ejemplo en un consumo excesivo de bebidas alcohólicas, puede afectar directamente al sistema nervioso y provocar trastornos neurológicos como degeneración cerebelosa, neuropatías, miopatías, delirium tremens y una deficiencia de tiamina que cause encefalopatía de Wernicke o síndrome de Korsakoff. Además, lleva a un aumento de los accidentes de tránsito, la violencia, las caídas y las lesiones cerebrales y medulares asociadas a estas.

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Organización Mundial de la Salud, 2016.

86. La salud y el bienestar general de niños y adultos requieren una buena higiene del sueño. Un sueño irregular puede ser un factor de riesgo de ciertos trastornos neurológicos y las personas que padecen un trastorno neurológico experimentan a menudo perturbaciones del sueño a consecuencia de este trastorno.¹

87. Una modificación de los factores de riesgo comportamentales puede reforzar la capacidad de tomar decisiones más saludables y de observar conductas sanas, que favorezcan la salud del cerebro y reduzcan la carga de los trastornos neurológicos. El ejercicio y la actividad física regular, por ejemplo, traen consigo beneficios sociales y de salud mental y cerebral, así como una mejor calidad de vida y una superior capacidad funcional de las personas con afecciones neurológicas crónicas, como la enfermedad de Parkinson, asociada a una reducción de la carga que ello entraña para sus cuidadores.

88. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Prestar apoyo a medidas de probada eficacia para reducir el riesgo de trastornos neurológicos en el curso de la vida, impulsando estrategias que fomenten hábitos saludables, como las que promueven el abandono del tabaco y de un excesivo consumo de alcohol, la vacunación y el aumento de la actividad física, en consonancia con el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, las Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios y las Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Estas acciones deben llevarse a cabo en colaboración con las personas que padecen trastornos neurológicos, sus cuidadores y otras partes interesadas pertinentes.

b) Elaborar, aplicar y supervisar estrategias que abarquen a toda la población y cuenten con una adecuada dotación de recursos para promover la alimentación y la nutrición saludables, siguiendo las pautas marcadas en el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y la Agenda 2030.

c) Alentar una planificación urbanística que mejore el acceso al deporte, la educación, los transportes y la actividad física de ocio o recreativa, con objeto de promover el ejercicio físico y de ofrecer alternativas al sedentarismo.

89. Medidas para la Secretaría

a) Proporcionar apoyo técnico y reforzar la capacidad y los medios mundiales, regionales y nacionales para:

- dar mejor a conocer los vínculos existentes entre los trastornos neurológicos y otras enfermedades no transmisibles; y
- aplicar estrategias de reducción y control de los factores de riesgo modificables ligados a los trastornos neurológicos, elaborando directrices científicamente fundamentadas para efectuar intervenciones de atención sanitaria coordinadas y costoeficaces e integrando las pertinentes directrices de la OMS en los procesos de planificación sanitaria y los programas de desarrollo de los países.

¹ *Worldwide Project on Sleep and Health. Project Overview*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

b) Consolidar, compartir y difundir datos científicos que fundamenten intervenciones normativas encaminadas a reducir los factores de riesgo potencialmente modificables ligados a los trastornos neurológicos, pasando para ello por el fomento de entornos de trabajo saludables y de escuelas y otras instituciones docentes que promuevan la salud, por iniciativas en pro de ciudades sanas, por un desarrollo urbanístico que tenga en cuenta las cuestiones de salud y por medidas de protección social y ambiental.

90. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Promover e integrar estrategias de fomento de la salud cerebral de la población que incluyan a todas las clases de edad, tengan en cuenta las cuestiones de género y se basen en la equidad, a escala tanto nacional como regional e internacional, con objeto de propiciar comportamientos saludables por parte de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y familiares.

b) Facilitar el intercambio de conocimientos sobre prácticas óptimas científicamente contrastadas para respaldar las medidas que probadamente reducen el riesgo de presentar trastornos neurológicos en el curso de la vida, en consonancia con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y otras estrategias pertinentes.

3.2 **Control de las enfermedades infecciosas**

91. Las consecuencias neurológicas de enfermedades infecciosas como la meningitis, la encefalitis, la neurocisticercosis, el paludismo, la infección por el VIH, la toxoplasmosis, la poliomielitis, la infección por enterovirus, la sífilis o la rabia aumentan los niveles de morbilidad y mortalidad que, en todo el mundo, presentan las poblaciones marginales más vulnerables y, además, pueden provocar secuelas irreversibles (pérdida de visión y audición, retraso del desarrollo, trastornos cognitivos o motores, etc.) que requieren atención especializada de seguimiento, incluidos servicios de rehabilitación. Sin embargo, muchas de estas consecuencias neurológicas pueden ser prevenidas con programas de inmunización y de control de enfermedades infecciosas.

92. La aparición de infecciones zoonóticas neurótropas puede ser atribuida a diversas causas, entre ellas la intensificación insostenible de las actividades agropecuarias y la creciente utilización y explotación de la fauna salvaje.¹

93. A pesar de los avances logrados en la lucha contra las enfermedades infecciosas a escala mundial, las infecciones de carácter epidémico (como el zika y la COVID-19) han puesto de relieve la importancia que reviste el control de estas enfermedades como medida de prevención de los trastornos neurológicos. Es previsible, por ejemplo, que la pandemia de COVID-19 repercuta en la salud del cerebro durante todo el curso vital, pues las etapas aguda y postaguda de la enfermedad pueden acompañarse de muy diversas manifestaciones neurológicas.

94. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Aplicar programas de atención integral y erradicación/eliminación/control de enfermedades infecciosas y programas de inmunización basados en pautas marcadas por la OMS, como la Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030, las directrices de la OMS de lucha contra la neurocisticercosis causada por *Teania solium* o la Hoja de Ruta Mundial con miras a Derrotar la Meningitis para 2030, sin dejar de incluir dispositivos de lucha contra otras

¹ Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente e International Livestock Research Institute. *Preventing the Next Pandemic: Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission*, Nairobi (Kenya), 2017.

infecciones del sistema nervioso comunes y tratables, como las encefalitis, y sus correspondientes tratamientos, actuando desde los sectores sanitario y agropecuario, como se explica en las orientaciones de la OMS sobre la higiene del entorno como medio de prevención de enfermedades.¹

b) Apoyar y promover la disponibilidad de sistemas rápidos y asequibles para diagnosticar infecciones del sistema nervioso (por ejemplo, punción lumbar, microscopía, técnicas de neuroimagen).

c) Colaborar con todos los interlocutores y sectores pertinentes con el fin de reducir el riesgo de contraer enfermedades infecciosas emergentes que provocan trastornos neurológicos. Para aprovechar al máximo las sinergias se requerirá una labor estrechamente coordinada dentro del sector de la salud y también entre distintos sectores, que abarque, por ejemplo, el control de vectores, los servicios de agua y saneamiento, la salud animal y ambiental y la educación.

d) Establecer planes operativos nacionales para hacer frente a las enfermedades neurológicas de manera acorde con los principios de «Una sola salud», elaborando un plan coordinado en el que se definan a grandes líneas las responsabilidades de todas las partes interesadas en cuanto a las medidas relativas a personas, animales, alimentos y ecosistemas y tratando a los animales para evitar la transmisión de patógenos que infectan el sistema nervioso, por ejemplo con la vacunación masiva de perros para prevenir la rabia.

e) Promover campañas de vacunación y compartir conocimientos sobre la utilidad de las vacunaciones como método para reducir las discapacidades neurológicas.

95. **Medidas para la Secretaría**

a) Ofrecer apoyo técnico, herramientas y orientaciones a los Estados Miembros con objeto de generar mayor conciencia a escala mundial, regional y nacional de la necesidad de combatir las enfermedades infecciosas y de reducir el riesgo de que se produzcan infecciones zoonóticas y surjan resistencias a antimicrobianos e insecticidas, en particular instituyendo políticas sobre la producción y el comercio de animales o ganado.

b) Destacar las consecuencias neurológicas de la pandemia de COVID-19 y proporcionar orientaciones para manejarlas con el fin de reforzar la respuesta de los países y mejorar la prestación de servicios en todos los niveles de los sistemas de salud.

96. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Promover la colaboración multipartita dentro y más allá del sector de la salud, trabajando en clave de «Una sola salud» y en la línea que marcan la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

3.3 **Prevención de los traumatismos craneoencefálicos y medulares y de las discapacidades conexas**

97. Las lesiones traumáticas del cerebro y la médula espinal requieren una atención médica compleja y onerosa. En 2016 se registraron en el mundo 27 millones de lesiones traumáticas cerebrales y cerca

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación.* Organización Mundial de la Salud, 2016.

de un millón de lesiones traumáticas medulares.¹ En la mayoría de los casos, las lesiones por traumatismo craneoencefálico son consecuencia de una caída o de un accidente de tránsito. Otras posibles causas, también prevenibles, son el maltrato infantil, la violencia de pareja o las lesiones deportivas.

98. Cada año se registran 37 millones de caídas que revisten gravedad suficiente como para requerir atención médica. Los afectados son principalmente adultos de 60 años o más, en especial los que presentan afecciones que dificultan la deambulaci3n, como demencia, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple.²

99. Los principales factores de riesgo de los traumatismos causados por el tránsito son la velocidad, el consumo de alcohol o drogas, la no utilizaci3n de casco, cintur3n de seguridad o dispositivo de retenci3n infantil, la escasa visibilidad de los peatones, la distracci3n o fatiga del conductor y una insuficiente aplicaci3n del c3digo de circulaci3n.

100. Muchos traumatismos ligados a la pr3ctica deportiva tambi3n pueden provocar lesiones cerebrales y de la m3dula espinal. El hecho de sufrir repetidamente leves traumatismos craneoencef3licos est3 asociado a la encefalopatía traumática cr3nica y acrecienta el riesgo de demencia. Para prevenir ciertos casos de lesi3n traumática cerebral o medular se precisan medidas de sensibilizaci3n, disposiciones legislativas y polític3s encaminadas a hacer pedagogía entre deportistas, progenitores y otros profesionales del deporte, así como la aplicaci3n de normativas que obliguen a llevar casco y a utilizar dispositivos de protecci3n.

101. Pese al elevado número de traumatismos craneoencef3licos y medulares en los países de ingresos bajos o medianos, siguen faltando servicios, medios y especialistas formados en neurocirugía y rehabilitaci3n neurol3gica, elementos todos ellos imprescindibles para prevenir discapacidades de larga duraci3n y prestar atenci3n de seguimiento a quienes sobreviven a una lesi3n traumática del cerebro o la m3dula espinal.

102. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Poner en pr3ctica las recomendaciones contenidas en el Informe mundial sobre prevenci3n de los traumatismos causados por el tránsito y propuestas por la Comisi3n para la Seguridad Vial Mundial,³ referidas a la gesti3n de la seguridad vial, la seguridad de las vías de tránsito y la movilidad, la seguridad de los vehíc3los, la seguridad de los usuarios de la vía p3blica, la mejora de la respuesta a las urgencias por colisi3n y la rehabilitaci3n a largo plazo de las víctimas.

b) Consolidar los sistemas de informaci3n utilizados para reunir datos sobre las lesiones traumáticas cerebrales o medulares para conocer más a fondo la magnitud del problema y sus consecuencias.

c) Promover condiciones de mayor seguridad en la pr3ctica de deportes de contacto y formular y aplicar polític3s y medidas obligatorias de formaci3n de deportistas, progenitores y entrenadores para que conozcan los riesgos ligados a las lesiones traumáticas del cerebro o la m3dula espinal y sus eventuales complicaciones neurol3gicas, como pueda ser la epilepsia.

¹ Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.*2019;18(1):56-87. doi: 10.1016/s1474-4422(18)30415-0.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevenci3n de enfermedades. Hacia una estimaci3n de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientaci3n.* Organizaci3n Mundial de la Salud, 2016.

³ *Make Roads Safe: A New Priority for Sustainable Development.* Comisi3n para la Seguridad Vial Mundial, 2006.

d) Formular y aplicar políticas, normas e intervenciones eficaces para que los domicilios y lugares públicos reúnan condiciones de mayor seguridad para las personas de edad, lo que pasa por ejemplo por mejorar la iluminación, evitar que los suelos sean resbaladizos, no dejar alfombras sueltas y colocar barreras de seguridad en las camas, conforme a las indicaciones contenidas en la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud.

103. Medidas para la Secretaría

a) Obtener y difundir datos probatorios y prácticas óptimas para prevenir o reducir las lesiones traumáticas del cerebro o la médula espinal, en particular previniendo los accidentes de tránsito y las caídas mediante la aplicación del Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial.

b) Proporcionar orientación, prácticas científicamente contrastadas y apoyo técnico para dispensar pronto servicios de rehabilitación y apoyo a las personas que sufran consecuencias cognitivas o físicas de larga duración de una lesión traumática cerebral o medular, con objeto de reducir al mínimo sus efectos físicos y psicológicos y de proteger a esas personas de la discriminación y la estigmatización.

104. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Promover la colaboración multipartita para generar mayor conciencia de la importancia de la seguridad inherente a la red viaria y de la protección que esta ofrece a sus usuarios, sobre todo a los más vulnerables (como peatones, ciclistas y motociclistas), con fines de prevención de lesiones traumáticas del cerebro o la médula espinal.

b) Alentar el intercambio de conocimientos y facilitar el fortalecimiento a escala mundial, regional, intergubernamental y nacional de las políticas de conducción segura y de prevención de lesiones deportivas, así como la promoción de iniciativas nacionales que fomenten un mayor uso del casco con arreglo al manual de la OMS sobre el tema: *Helmets: a road safety manual for decision-makers and practitioners*.

3.4 Reducción de los riesgos ambientales

105. La exposición a factores de riesgos ligados a las condiciones de vida y de trabajo puede influir directamente en la salud del cerebro. Se calcula, por ejemplo, que la contaminación del aire ambiente fue la causa de alrededor de un 5% de la carga mundial de morbilidad por accidentes cerebrovasculares (en AVAD) registrada en 2019.¹ En todo el mundo, las comunidades vulnerables sufren una mayor exposición a toxinas ambientales debido a sus condiciones de vida y de trabajo.

106. Las encefalopatías inducidas por toxinas, en especial por exposición a metales pesados (como plomo² o mercurio) o a contaminantes ambientales (como monóxido de carbono), pueden dañar gravemente la salud en general y el sistema nervioso en particular, con independencia de la edad.³

¹ Véanse las comparaciones de carga mundial de morbilidad. Viz Hub, Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2021 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² *Eliminación mundial de la pintura con plomo: por qué y cómo los países deben adoptar medidas: informe técnico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ Chemical safety. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/health-topics/chemical-safety#tab=tab_1), consultado el 1 de diciembre de 2021.

107. Se han observado nexos entre la enfermedad de Parkinson y la exposición ocupacional y no ocupacional a plaguicidas.¹ Ciertos contaminantes ambientales, además, como la luz brillante, la mala calidad del aire o el ruido, pueden desencadenar jaquecas.²

108. El cambio climático es una de las varias modificaciones del entorno que, actuando conjunta y simultáneamente a escala mundial, deterioran la salud humana y provocan afecciones neurológicas, a menudo de forma interactiva. Por ejemplo, la transmisión vectorial de virus neurótrofos, como el de zika, el de la encefalitis japonesa o el del Nilo Occidental, se ve afectada por una suma de factores como las condiciones climáticas, los desplazamientos de población, la deforestación, las modalidades de usos del suelo, las pérdidas de biodiversidad, la topología de las superficies de agua dulce y la densidad de población humana.³

109. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Promover actividades conjuntas entre los ministerios competentes (por ejemplo, de medio ambiente, salud, y agua y saneamiento) para vincular la promoción de la salud cerebral y la prevención de trastornos neurológicos con estrategias centradas en fomentar condiciones saludables de vida y de trabajo y un entorno sano, en consonancia con las orientaciones de la OMS sobre la higiene del entorno como medio de prevención de enfermedades,² y más concretamente:

- avanzar más rápidamente hacia la eliminación progresiva en todo el mundo de las pinturas con plomo mediante medidas normativas y jurídicas;
- formular y aplicar estrategias y programas de promoción y protección de la salud en todos los sectores que apunten a limitar la exposición a plaguicidas y otras sustancias químicas muy prioritarias que, como el tricloroetileno, tienen efectos neurotóxicos;
- abordar los aspectos sanitarios de la exposición al mercurio y a compuestos mercuriales mediante una labor conjunta de las autoridades sanitarias, las de medio ambiente y las de otros sectores.

b) En colaboración con organizaciones no gubernamentales, el sector privado y otros interlocutores intersectoriales, integrar los determinantes ambientales específicamente ligados a la salud cerebral y a los trastornos neurológicos en estrategias generales de mitigación encaminadas a reducir el impacto del cambio climático, lo que incluye intervenciones y políticas que promuevan la salubridad del aire (en exteriores y en domicilios), por ejemplo reduciendo el uso de combustibles fósiles y promoviendo el uso de cocinas menos contaminantes y servicios adecuados de agua potable, saneamiento e higiene.

110. Medidas para la Secretaría

a) Prestar apoyo a los Estados Miembros en la evaluación e implantación de soluciones científicamente contrastadas y adaptadas a sus necesidades y capacidades para evaluar las

¹ Ascherio A, Schwarzschild MA. The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. *Lancet Neurol.* 2016;15(12):1257–1272. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30230-7; Ascherio A, Chen H, Weisskopf MG, O'Reilly E, McCullough ML, Calle EE, et al. Pesticide exposure and risk for Parkinson's disease. *Ann Neurol.* 2006;60(2):197–203. doi: 10.1002/ana.20904.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación.* Organización Mundial de la Salud, 2016.

³ Cambio climático y salud. Datos y cifras. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>), consultado el 1 de diciembre de 2021).

repercusiones sanitarias de las políticas públicas, los datos probatorios obtenidos y las pautas marcadas en relación con riesgos ambientales como la contaminación del aire, los metales pesados, los plaguicidas y los disolventes industriales, por lo que respecta a los objetivos de optimizar la salud cerebral y prevenir trastornos neurológicos.

111. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a) Promover la aplicación a escala nacional, regional e internacional de las orientaciones de la OMS sobre la higiene del entorno como medio de prevención de enfermedades y resaltar la importancia del cambio climático para la salud cerebral, en consonancia con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- b) Colaborar con las partes interesadas para secundar la elaboración de normas internacionales sobre contaminantes ambientales (por ejemplo, emisiones, humo de tabaco ajeno y niveles de toxinas ambientales) que ayuden a orientar los textos legislativos.
- c) Respalda la investigación para determinar en qué medida los factores ambientales de riesgo contribuyen a la morbilidad y la mortalidad por trastornos neurológicos, especialmente en las zonas con pocos recursos.

3.5 Promoción de un desarrollo cerebral óptimo en niños y adolescentes

112. Las primeras etapas de la vida, con inclusión de la etapa fetal y el nacimiento, se prestan especialmente a promover la salud cerebral y prevenir trastornos neurológicos que pueden tener consecuencias de por vida, ya que es entonces cuando el cerebro del niño se desarrolla y adapta rápidamente en respuesta a las condiciones del medio, a la alimentación y a los estímulos recibidos.

113. Para que el desarrollo cerebral en las etapas formativas sea el idóneo hay que crear condiciones que propicien una atención cariñosa y sensible¹ y dispensar apoyo familiar y parental a través de políticas, programas y servicios públicos. Gracias a ello, comunidades y cuidadores podrán velar por la salud de los niños, alimentarlos bien y protegerlos de cualquier amenaza.

114. También está demostrado que la escolarización y una educación incluyente de los niños con discapacidad mejora los resultados en materia de salud cerebral. Todos los niños y adolescentes deben poder vivir, estudiar y socializar en entornos propicios, saludables y seguros, sin sufrir estigmatización, discriminación ni intimidación. Ciertas adversidades sufridas en los primeros años de vida, como malos tratos, desatención, vivencias de guerra o conflicto, insuficiente alimentación materna (por ejemplo, carencia en ácido fólico o hierro), mala salud de los cuidadores, abuso de sustancias, infecciones congénitas (como el síndrome de TORCH: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple) o las complicaciones del parto, pueden perjudicar el cerebro en desarrollo y repercutir de por vida en la salud cerebral.

115. Se sabe que determinados contaminantes ambientales afectan al desarrollo neurológico. Entre ellos se encuentran la contaminación del aire, la presencia de metales pesados en el suelo y el agua, de plomo en la pintura doméstica y de mercurio en el marisco, la exposición ocupacional y los plaguicidas.² Los niños pequeños son especialmente vulnerables a la toxicidad del plomo, por lo que incluso niveles

¹ Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud, 2016.

bajos de exposición pueden mermar la capacidad de concentración y provocar problemas de comportamiento y un menor rendimiento escolar.

116. La actividad física puede ser beneficiosa para la salud de niños y adolescentes que padecen afecciones neurológicas. De ahí que se recomiende limitar hábitos sedentarios como el entretenimiento vehiculado por pantallas (de televisión u ordenador, por ejemplo) o la comunicación por medios digitales como el teléfono móvil. Además, un buen régimen de sueño optimiza los beneficios para la salud y el desarrollo del cerebro en niños y adolescentes.

117. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Elaborar, financiar y aplicar estrategias que promuevan el sano desarrollo del cerebro y prevengan trastornos neurológicos en niños y adolescentes, haciendo especial hincapié en la prontitud de las intervenciones y las labores de rehabilitación.

b) Optimizar la atención sanitaria perinatal e infantil, lo que, además de las condiciones de seguridad del trabajo de parto y el parto para prevenir lesiones cerebrales hipóxico-isquémicas, incluye también los cuidados intensivos neonatales, la intervención de asistentes de partería, el contacto piel con piel (método «madre canguro»), la lactancia materna, la atención de salud mental materna, una nutrición adecuada, la inmunización y las intervenciones de desarrollo infantil en pro de una atención receptiva y del aprendizaje temprano que se indican en el Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible de la OMS. Asimismo, alentar y reforzar la evaluación del desarrollo neurológico de niños y adolescentes para un diagnóstico y una intervención precoces.

c) En colaboración con las autoridades reguladoras nacionales competentes y con otras partes interesadas, formular, reforzar y supervisar políticas y planes de acción nacionales sobre lactancia materna y alimentos y nutrición acordes con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño y el Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.¹

d) Agilizar la plena aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco con el fin de reducir la exposición fetal, el tabaquismo pasivo en la infancia y el tabaquismo en la adolescencia.

e) Formular y aplicar, según proceda, políticas y programas nacionales de carácter integral e intersectorial para disminuir el uso nocivo del alcohol durante el embarazo y reducir así complicaciones como los trastornos fetales causados por el alcohol.

f) Fomentar el acceso de los adolescentes a las intervenciones recomendadas en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, incluso en situaciones de crisis humanitaria y en entornos frágiles. Secundar las intervenciones encaminadas a promover la salud y el desarrollo cerebrales de los adolescentes y crear, según convenga, espacios que les resulten acogedores como primera medida de respuesta a su necesidad de protección, bienestar psicosocial y enseñanza no reglada.

g) Elaborar políticas dotadas de recursos suficientes para mejorar la oferta de educación física de calidad en los medios educativos, lo que incluye la posibilidad de realizar actividades físicas antes, en el curso y después de la jornada lectiva oficial. Los parques, las zonas arboladas y los

¹ *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

espacios verdes de los centros urbanos pueden mejorar la calidad del aire en las inmediaciones y al mismo tiempo acoger los juegos infantiles. Aplicar las Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios, incluidas las recomendaciones sobre el tiempo de ocio pasado frente a una pantalla.

h) Reforzar los mecanismos de seguimiento de los indicadores básicos de salud y desarrollo cerebrales de los niños y adolescentes, incluidos los factores de protección y de riesgo.

118. **Medidas para la Secretaría**

a) Ofrecer apoyo técnico, herramientas y orientaciones a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para promover un desarrollo óptimo del cerebro en los niños y adolescentes, procediendo para ello a:

- desde los ministerios de salud y de otros sectores, potenciar el liderazgo en la elaboración, el fortalecimiento y la aplicación de estrategias de ámbito nacional o infranacional científicamente fundamentadas y la consiguiente planificación de recursos intersectoriales para optimizar el desarrollo cerebral en niños y adolescentes; y
- recopilar y difundir conocimientos y prácticas óptimas en torno a políticas existentes que aborden el desarrollo en la primera infancia y la adolescencia, lo que incluye códigos de prácticas y mecanismos de vigilancia de la protección de los derechos humanos.

119. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Respalda la elaboración y aplicación de políticas y programas de ámbito mundial, regional, nacional o infranacional en las que se aborden, en relación con los niños y adolescentes, los problemas de maltrato, desatención, insuficiente alimentación materna, mala salud de los cuidadores, abuso de sustancias (como bebidas alcohólicas y tabaco), infecciones congénitas, complicaciones del parto y contaminantes ambientales.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4. FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN Y POTENCIAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

120. Para fundamentar las políticas, la planificación y la programación referidas a los trastornos neurológicos es necesario generar datos probatorios mediante investigaciones de gran calidad. Esto permite hacerse una idea clara de los servicios de salud, modelos asistenciales y soluciones terapéuticas que resultan eficaces y promover innovaciones y un acceso equitativo a productos, como tecnología sanitaria, que faciliten la prevención, la reducción del riesgo, el diagnóstico precoz y el tratamiento de los trastornos neurológicos y abran posibilidades para curar o atender estos trastornos.

121. La complejidad que rodea las investigaciones sobre el cerebro y en temas de neurología hace necesaria una coordinación más estrecha de las investigaciones, que deben convocar la participación de múltiples partes interesadas y de alianzas publicoprivadas y acompañarse de una suficiente dotación de recursos. En este contexto, es vital cultivar condiciones que promuevan iniciativas conjuntas de investigación, incluidos los intercambios de datos, con objeto de disminuir las redundancias, detectar los conocimientos que faltan, acelerar las innovaciones y crear capacidad en contextos de bajos ingresos.

122. Conviene dar prioridad a la investigación de aplicación, cosa que incluye la evaluación de los sistemas de salud, para aprovechar y aplicar a mayor escala las estrategias de prevención y tratamiento

de los trastornos neurológicos. Procediendo de este modo será más fácil hacer un seguimiento de las intervenciones y replicar y adaptar aquellas que deparen mejores resultados.

123. Una representación más equilibrada de los países de ingresos bajos y medianos en los círculos de investigación en neurociencias también serviría para tener más en cuenta las necesidades específicas de cada lugar y país, lo que a su vez permitiría disponer de estrategias de diagnóstico y atención integral de los trastornos neurológicos adaptadas a cada contexto.

124. Uno de los principales elementos de los programas de investigación consiste en dar protagonismo a la participación de las propias personas con trastornos neurológicos y sus familiares y cuidadores, de modo que puedan apoyar y orientar mejor la investigación y el desarrollo de soluciones innovadoras para dichos trastornos.

125. El punto de partida para poder planificar eficazmente e implantar intervenciones específicas es disponer de datos sólidos, normalizados y de fácil acceso. Sin embargo, los datos sobre trastornos neurológicos presentan importantes lagunas, no solo en los países de ingresos bajos o medianos, sino también en los de ingresos altos.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 4

Meta mundial 4.1

Lograr para 2031 que un 80% de los países recopile y comunique sistemáticamente, al menos con periodicidad trienal, un conjunto básico de indicadores referidos a los trastornos neurológicos a través de sus sistemas nacionales de datos e información de salud.

Meta mundial 4.2

Lograr para 2031 que la producción de las investigaciones mundiales sobre los trastornos neurológicos se haya duplicado.

4.1 Inversión en investigación

126. Para reducir la incidencia de los trastornos neurológicos y mejorar la vida de las personas que los padecen, es esencial invertir de forma sostenida en investigaciones biomédicas, clínicas, de aplicación y de transferencia que fundamenten las labores de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención y abran la posibilidad de curar más trastornos neurológicos.

127. Todas las actividades de investigación y desarrollo en el ámbito de los trastornos neurológicos deben estar asentadas en criterios de equidad, diversidad y pluralismo y acompañarse de una mayor participación de las personas que presentan esos trastornos.

128. Las inversiones en investigación en neurología deben acompañarse de una colaboración más estrecha entre los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes y privilegiar el refuerzo de la cooperación a escala mundial y regional. El hecho de facilitar un programa mundial de investigación sobre los trastornos neurológicos traerá consigo una mayor probabilidad de progresar hacia una mejor labor de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de las personas que presentan esos trastornos, al tiempo que reducirá las redundancias, la duplicación de estudios y los costos.

129. Para catalizar las actividades de investigación y desarrollo en el ámbito de la neurología, sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos, es necesario actuar de forma concertada para crear

infraestructura de investigación, potenciar los recursos humanos de investigación y desarrollo e intensificar la colaboración entre los círculos de investigación, los profesionales de la salud, las personas con trastornos neurológicos y el sector privado.

130. Medidas propuestas para los Estados Miembros

- a)* Aumentar las inversiones y mejorar la gobernanza en el ámbito de la investigación como componente integral de la respuesta de cada país a la carga de morbilidad por trastornos neurológicos. Facilitar la obtención de nuevos medios de diagnóstico, tratamientos, tecnología e innovaciones en beneficio de las personas que padecen, o corren riesgo de padecer, trastornos neurológicos. Tales innovaciones incluyen, entre otras, el empleo de macrodatos, la inteligencia artificial, los medios de diagnóstico, la medicina de precisión, las herramientas de seguimiento y evaluación de enfermedades, las tecnologías de asistencia, los medicamentos y nuevos modelos asistenciales.
- b)* Respalda r iniciativas nacionales, regionales e internacionales de colaboración para investigar sobre los trastornos neurológicos con objeto de generar nuevos conocimientos sobre promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de estos trastornos y de plasmar en medidas prácticas los datos científicos obtenidos en la materia. Alentar el intercambio de datos de investigación y el libre acceso a ellos.
- c)* Dotar a las instancias decisorias de mayor conocimiento y mejores medios de acción por lo que respecta a la necesidad de innovación en materia de salud cerebral e insistir en la importancia de privilegiar la financiación de investigaciones sobre los trastornos neurológicos en las instituciones nacionales de investigación.
- d)* Reforzar la capacidad institucional de los países en materia de investigación e innovación, por ejemplo para obtener nuevos medicamentos para los trastornos neurológicos, en particular en beneficio de los niños, mejorando para ello la infraestructura, los equipamientos y los suministros de investigación.
- e)* Alentar y respaldar a las personas con trastornos neurológicos, sus cuidadores y las organizaciones que las representan para que participen activamente en el proceso de investigación, desde la fase de planificación hasta la de ejecución.

131. Medidas para la Secretaría

- a)* Secundar las actividades destinadas a promover inversiones más cuantiosas en la investigación sobre los trastornos neurológicos, seleccionando los temas y marcando un orden de prioridades para la investigación biomédica, clínica, de aplicación y de transferencia a escala mundial, regional y nacional.
- b)* Hacer que los centros colaboradores de la OMS, instituciones académicas y organizaciones y alianzas de investigación participen en el esfuerzo de potenciar la capacidad de investigación sobre los trastornos neurológicos.
- c)* Apoyar los mecanismos de coordinación internacional para facilitar la armonización de las actividades mundiales de investigación en neurología y promover la comunicación y el intercambio de información regulares entre las partes interesadas, con el fin de establecer una comunidad de investigación mundialmente conectada.
- d)* Ofrecer orientaciones y apoyo técnico a los Estados Miembros para que puedan obtener nuevos medios de diagnóstico, tratamientos y tecnologías innovadoras en relación con los

trastornos neurológicos e instituir mecanismos que garanticen la equidad en el acceso a esas novedades y en su aplicación, sobre todo en entornos con pocos recursos.

132. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Promover y conseguir la financiación de la investigación sobre los trastornos neurológicos, participar en procesos de definición de prioridades y ayudar a difundir los resultados de las investigaciones, en un lenguaje llano y comprensible, entre los responsables políticos, la población en general y las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y familiares.

b) Hacer participar a los investigadores, profesionales de la salud, responsables políticos y el sector privado en la promoción de procesos de innovación y desarrollo para obtener nuevas herramientas y tratamientos para los trastornos neurológicos, garantizando al mismo tiempo un acceso equitativo y asequible a estos productos en los países de ingresos bajos o medianos.

c) Respaldar las iniciativas de los países para dotarse de mayor capacidad en materia de investigación, desarrollo e innovación e intercambio de conocimientos, entre otras cosas mediante el refuerzo de la capacidad institucional, iniciativas conjuntas de investigación y la creación de becas y subvenciones en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de los trastornos neurológicos.

d) Apoyar la investigación de aplicación en países de ingresos bajos y medianos con el fin de conocer mejor las barreras que dificultan la integración del tratamiento de los trastornos neurológicos en la atención clínica generalizada, así como las estrategias que resultan eficaces para superar esas barreras.

4.2 **Sistemas de datos e información**

133. El hecho de disponer de datos sociosanitarios sobre los trastornos neurológicos puede ser útil para detectar carencias en la prestación de servicios, mejorar la accesibilidad y la coordinación de la atención dispensada a las personas con trastornos neurológicos y entender y detectar mejor las transformaciones y tendencias que se registren en la población.

134. Los sistemas de información sobre los trastornos neurológicos son a menudo rudimentarios, cuando no inexistentes, sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos, cosa que complica la obtención de datos sobre la disponibilidad y la utilización de servicios neurológicos y sobre las necesidades de las personas que padecen dichos trastornos y sus cuidadores.

135. La integración sistematizada de la obtención de datos en los sistemas de información sanitaria ordinarios y por poblaciones, así como el seguimiento sistemático de los trastornos neurológicos atendiendo a un conjunto básico de parámetros de medición, sientan las bases para poder actuar, a partir de sólidos datos empíricos, para mejorar los servicios y medir los avances en la aplicación de los programas nacionales en materia de salud cerebral y trastornos neurológicos.

136. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Integrar el seguimiento de los trastornos neurológicos en los sistemas ordinarios de información sanitaria y en todos los niveles de atención con objeto de detectar, cotejar y comunicar sistemáticamente datos básicos desglosados por sexo, edad y otros parámetros que ayuden a medir la equidad, con objeto de mejorar las estrategias de promoción, prevención y prestación de servicios en relación con los trastornos neurológicos y de conocer más a fondo los determinantes sociales de estos trastornos.

b) Fomentar los registros de pacientes, los programas de vigilancia y el análisis y la publicación de datos sobre la disponibilidad y la evaluación del uso y la cobertura de servicios y tratamientos eficaces para los trastornos neurológicos.

c) Apoyar la recogida de datos y su referenciación cruzada con otros mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas para evitar la duplicación de actividades a escala nacional.

137. **Medidas para la Secretaría**

a) Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros para que estos:

- establezcan o perfeccionen sistemas nacionales de recogida de datos con los que reforzar la obtención de datos relativos a los trastornos neurológicos;
- se doten de mayor capacidad y más recursos para reunir y analizar sistemáticamente datos relacionados con los trastornos neurológicos y para facilitar su utilización;
- definan un conjunto básico de indicadores y objetivos que sean coherentes con el presente plan de acción y otros planes de acción mundiales y con los marcos de seguimiento de la OMS con el fin de seguir de cerca los resultados relacionados con los trastornos neurológicos.

138. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Prestar apoyo a los Estados Miembros para que estos instauren mecanismos de vigilancia, sistemas de información y registros que integren parámetros correspondientes a los indicadores básicos y a la evolución de los pacientes en relación con los trastornos neurológicos.

b) Preconizar y facilitar la participación de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores y familiares en la recogida, el análisis y la utilización de datos sobre estos trastornos.

c) Respalda la creación de plataformas de intercambio y diálogo entre países en relación con prácticas óptimas de recopilación, gestión y utilización de datos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5. POTENCIAR LA RESPUESTA A LA EPILEPSIA EN CLAVE DE SALUD PÚBLICA

139. La epilepsia afecta a personas de todas las edades, géneros, razas y niveles de ingresos, pero las poblaciones pobres y los habitantes de países de ingresos bajos o medianos soportan una carga de morbilidad desproporcionadamente elevada, lo que supone una amenaza para la salud pública y para el desarrollo económico y social.

140. En muchas partes del mundo, las personas con epilepsia y sus familiares son objeto de estigmatización y discriminación debido a la ignorancia, las ideas equivocadas y las actitudes negativas que rodean a la enfermedad. Esas personas afrontan a menudo graves dificultades por lo que respecta a la educación, el empleo, el matrimonio y la reproducción.

141. El riesgo de muerte prematura de las personas con epilepsia es tres veces superior al de la población general. Entre las causas importantes de muerte y lesiones figuran la muerte súbita e inesperada en la epilepsia, el estado epiléptico, las quemaduras, los ahogamientos y el suicidio. El exceso de mortalidad, que es superior en los países de ingresos bajos y medianos, tiene que ver con la falta de acceso a

centros de salud, con los enormes déficits de cobertura terapéutica y con la incapacidad de abordar determinadas causas de epilepsia que se podrían prevenir.

142. La epilepsia suele coexistir con otras afecciones de salud concomitantes, como otros trastornos neurológicos, que pueden agravar el estado de la persona, lo que hace necesario un enfoque sinérgico para responder a esas dolencias que coexisten.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 5

Meta mundial 5.1

Lograr para 2031 que los países hayan aumentado la cobertura de servicios para la epilepsia en un 50%, con respecto al nivel de cobertura vigente en 2021.

Meta mundial 5.2

Lograr para 2031 que un 80% de los países tenga elaboradas o actualizadas medidas legislativas destinadas a promover y amparar los derechos humanos de las personas con epilepsia.

5.1 Acceso a servicios para la epilepsia

143. La epilepsia es una afección sumamente tratable y más del 70% de las personas que la padecen podrían llevar una vida exenta de crisis epilépticas si tuvieran acceso a tratamientos anticonvulsivos adecuados, los más costoeficaces de los cuales figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales. Pese a ello, según se desprende de los cálculos, el déficit de cobertura terapéutica de la epilepsia es hoy de un 75% en los países de ingresos bajos y es considerablemente mayor en las zonas rurales que en las urbanas.¹

144. Estos grandes déficits de cobertura terapéutica pueden deberse a una combinación de factores: la escasa capacidad de los sistemas de salud; una distribución no equitativa de los recursos; y la poca prioridad que se otorga a la atención de la epilepsia. Hay otros factores que ahondan en este déficit, como la penuria de personal, un difícil acceso a medicamentos anticonvulsivos, la falta de conocimientos del personal de atención primaria de salud y su inseguridad a la hora de atender la epilepsia, las ideas equivocadas y la estigmatización.

145. La atención primaria de salud supone una plataforma desde la cual atender las necesidades sanitarias de las personas con epilepsia aplicando un enfoque centrado en el individuo. Con voluntad política y el uso de una combinación de estrategias innovadoras es posible, incluso en entornos con pocos recursos, integrar en los servicios de atención primaria la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la epilepsia de manera costoeficaz.

146. Medidas propuestas para los Estados Miembros

- a) Concebir o reforzar modelos de atención de la epilepsia que promuevan una atención primaria de gran calidad y centrada en la persona como pilar de los servicios integrados de salud en el curso de toda la vida. Además, habría que disponer de sistemas sólidos y funcionales de derivación de pacientes, con servicios especializados, y de atención de la epilepsia refractaria. Los especialistas abogan por integrar la atención de la epilepsia en la atención primaria de salud, de

¹ *Epilepsia: un imperativo de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

manera que desde este nivel sea posible, por ejemplo, confirmar un diagnóstico de epilepsia, atender casos de epilepsia refractaria y valorar la necesidad de resección quirúrgica.

b) Mejorar la formación y el apoyo para diagnosticar y atender casos de epilepsia que reciben los trabajadores de la atención primaria (lo que incluye al personal sanitario de establecimientos de salud, de servicios de proximidad y de servicios comunitarios), el personal escolar y el personal de atención de urgencia, así como la formación especializada que se dispensa en los niveles secundario y terciario.

c) Elaborar estrategias que favorezcan una participación significativa de la comunidad para que aumente la demanda de servicios para la epilepsia.

d) Implantar estrategias para acrecentar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los medicamentos anticonvulsivos, teniendo también en cuenta las necesidades específicas de niños, adolescentes y mujeres en edad fértil.

Entre las posibilidades estratégicas están las siguientes:

- incluir medicamentos anticonvulsivos esenciales en las listas y formularios nacionales de medicamentos esenciales;
- fortalecer las cadenas de suministro y los sistemas de selección;
- potenciar las adquisiciones y la distribución; y
- mejorar el acceso a medicamentos controlados como el fenobarbital.

e) Mejorar la atención para prevenir las causas frecuentes de epilepsia, como lesiones perinatales (incluidas las lesiones cerebrales perinatales hipóxico-isquémicas), infecciones del sistema nervioso central, accidentes cerebrovasculares y lesiones cerebrales traumáticas, pasando para ello por la promoción de embarazos y nacimientos seguros, la prevención de traumatismos craneoencefálicos y el control de infecciones del sistema nervioso como la neurocisticercosis, la meningitis, la encefalitis o el paludismo, siguiendo la línea marcada por otras iniciativas mundiales.

f) Proporcionar a las personas con epilepsia información sobre su trastorno para ayudarlas a entender la importancia y los beneficios de respetar la medicación y sensibilizarlas sobre los desencadenantes y la vigilancia de las convulsiones y sobre procedimientos básicos de autogestión y autocuidado (como pueden ser, por ejemplo, un sueño adecuado y comidas regulares).

g) Fortalecer el seguimiento y la evaluación de los servicios dedicados a la epilepsia mediante sistemas de información sanitaria que funcionen correctamente, generen datos fiables y faciliten el uso de información para mejorar los procesos decisorios y el aprendizaje por parte de las instancias de nivel local, nacional y mundial. Conviene que los datos recopilados procedan de múltiples fuentes, como registros, sistemas de notificación de determinadas enfermedades, encuestas y paquetes de datos administrativos y clínicos.

147. **Medidas para la Secretaría**

a) Elaborar y difundir orientaciones técnicas para subsanar las deficiencias más importantes y reforzar las actuaciones frente a la epilepsia en los ámbitos mundial y nacional abordando los principales factores políticos o relacionados con la aplicación o la investigación.

- b)* Proporcionar orientaciones para reforzar la aplicación del capítulo sobre la epilepsia del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, con inclusión de recomendaciones actualizadas para dispensar una atención de calidad y realizar intervenciones científicamente contrastadas pasando por la atención primaria de salud y empleando tecnología digital.
- c)* Ofrecer apoyo a los Estados Miembros en la labor de repertoriar y compartir prácticas óptimas en materia de coordinación de los servicios y la atención dispensados, con base científica, frente a la epilepsia.

148. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

- a)* Establecer equipos comunitarios para que presten apoyo a las personas con epilepsia y sus cuidadores y familiares dentro de la comunidad y reforzar los mecanismos para colaborar con proveedores de servicios de salud complementarios y alternativos, como puedan ser los curanderos tradicionales.
- b)* Defender la disponibilidad de medicamentos anticonvulsivos a precios asequibles en todos los niveles del sistema de atención de salud, sobre todo en los centros de atención primaria.
- c)* Ayudar a las personas con epilepsia y a sus familiares y cuidadores a acceder a los servicios, por ejemplo elaborando herramientas científicamente fundamentadas y de fácil utilización en las que ofrezcan información y formación sobre la epilepsia y los servicios disponibles y/o creando sitios web de información y asesoramiento a nivel local.
- d)* Llevar a cabo investigaciones de aplicación en las que se analice, entre otras cosas, la diseminación de las enseñanzas extraídas para acelerar la extensión de estrategias eficaces que refuercen los servicios relativos a la epilepsia.

5.2 **Participación y respaldo de las personas con epilepsia**

149. En todo tipo de contextos, con independencia del nivel de recursos, las personas con epilepsia y sus familias son estigmatizadas y discriminadas como consecuencia de las ideas equivocadas y las actitudes negativas que existen en torno a la enfermedad, como la creencia de que la epilepsia es contagiosa o se debe a que la persona está poseída por espíritus malignos.

150. La estigmatización desemboca en vulneraciones de los derechos humanos y exclusión social. En ciertos contextos puede ocurrir que no se permita a los niños con epilepsia asistir a la escuela o que los adultos afectados por esta dolencia no puedan encontrar empleo adecuado ni casarse.

151. Se necesitan estrategias innovadoras que refuercen las iniciativas internacionales y el liderazgo de los países a la hora de impulsar políticas y leyes en favor de las personas con epilepsia, mejoren las actitudes públicas, reduzcan la estigmatización y, al mismo tiempo, respeten plenamente los derechos humanos de las personas con epilepsia.

152. Es preciso reforzar la capacidad de acción y decisión de las personas con epilepsia, sus cuidadores y las organizaciones que las representan para que puedan participar en las actividades de sensibilización, formulación de políticas, planificación, elaboración de textos legislativos, prestación de servicios, seguimiento e investigación en torno a la epilepsia.

153. Medidas propuestas para los Estados Miembros

- a)* Procurar que las opiniones y necesidades de las personas con epilepsia y sus familiares sean tenidas en cuenta en las políticas de salud que las afecten y en todas las facetas de la creación y el fortalecimiento de servicios que promuevan su autonomía. Para emancipar a los más vulnerables es necesario prestar muy especial atención a las cuestiones de género, diversidad y equidad.
- b)* Elaborar o reforzar disposiciones legislativas que fomenten y amparen los derechos de las personas con epilepsia y prohíban su discriminación en ámbitos como la educación, el empleo, el matrimonio y la planificación familiar, la obtención del permiso de conducir o la práctica de actividades recreativas, entre otros. Mejorar la rendición de cuentas, estableciendo para ello mecanismos, a partir en lo posible de organismos independientes ya existentes, que permitan supervisar y evaluar la aplicación de políticas y medidas legislativas referidas a la epilepsia para garantizar que se ajusten a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- c)* Facilitar iniciativas comunitarias conjuntas, que cuenten con un vigoroso liderazgo de los proveedores comunitarios y con participación de la sociedad civil, como parte de la multiplicación de iniciativas sobre la epilepsia impulsadas desde el tejido comunitario.
- d)* Promover el acceso a un conjunto de servicios adaptables, centrados en la persona y culturalmente apropiados, que incluyan la coordinación con organizaciones no gubernamentales locales y otros interlocutores, para facilitar a las personas con epilepsia la información que necesitan para poder elegir y decidir con conocimiento de causa sobre la atención que reciben.

154. Medidas para la Secretaría

- a)* Secundar la participación activa de las personas con epilepsia y sus familiares en la creación de productos técnicos y la definición de normas y criterios que les conciernan.
- b)* Ayudar a los Estados Miembros a dotarse de las capacidades básicas que necesitan para participar eficazmente en procesos participativos que cuenten con la presencia de personas con epilepsia y sus familiares y para servirse de los resultados de esos procesos para la adopción de decisiones.

155. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a)* Velar por que las personas con epilepsia tomen parte en las actividades del conjunto de la comunidad y potenciar su participación cultural, social y cívica por el expediente de reforzar su autonomía.
- b)* Apoyar las actividades de sensibilización y de pedagogía pública sobre la epilepsia dirigidas a trabajadores de salud comunitarios, líderes comunitarios y personas con epilepsia y sus familiares con objeto de corregir ideas equivocadas, conjurar las actitudes negativas hacia las personas que presentan esta dolencia e informar sobre la manera de ayudar a una persona cuando sufra convulsiones.

5.3 La epilepsia como puerta de acceso a otros trastornos neurológicos

156. La epilepsia puede deberse a factores genéticos o a otras causas a menudo desconocidas, pero también puede ser consecuencia de otros problemas neurológicos. Puede ser, por ejemplo, secuela de un accidente cerebrovascular, de una infección, de un tumor cerebral o de una lesión por traumatismo craneoencefálico. La epilepsia también puede presentarse en comorbilidad con otras afecciones

neurológicas. Así, por ejemplo, alrededor de un 19% de las personas con epilepsia sufre jaquecas, mientras que aproximadamente un 26% de los adultos y un 30% a 40% de los niños con epilepsia presentan discapacidad intelectual.¹

157. Las convulsiones también pueden ser una manifestación de otras dolencias, como infecciones, desequilibrios metabólicos, tumores cerebrales o enfermedades neurodegenerativas, o ser indicativas de empeoramiento o evolución de una afección neurológica subyacente.

158. Las tecnologías de diagnóstico y tratamiento empleadas para la epilepsia, así como las lógicas de investigación y las soluciones farmacológicas y psicosociales que se le aplican, son similares a las utilizadas para otros muchos trastornos neurológicos.

159. Un servicio de atención a las personas con epilepsia que funcione debidamente constituye pues una buena oportunidad para reforzar la atención integral de otros trastornos neurológicos. En este sentido, la epilepsia puede servir de vía de acceso para acelerar el fortalecimiento de servicios y apoyo que se destinen tanto a la epilepsia como a otros trastornos neurológicos. Al considerar el tratamiento y la atención de la epilepsia convendría tener en cuenta, simultáneamente, los de otros trastornos neurológicos elegidos en función de las prioridades nacionales, con el fin de obtener resultados óptimos para el conjunto de esas dolencias. Esta lógica puede ser aplicable en algunas partes del mundo, mientras que en otras quizá sean los accidentes cerebrovasculares, la demencia y los trastornos neurodegenerativos o la jaqueca y otras cefaleas los que sirvan de puerta de acceso a otras dolencias.

160. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Orientar los sistemas de salud para que los servicios existentes de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la epilepsia se extiendan también a la atención integral de las comorbilidades como componente esencial de todos los niveles de la asistencia sanitaria. Cabe la posibilidad, por ejemplo, de trasladar a un buen equipo de atención interdisciplinar de la epilepsia para que se ocupe de atender otros trastornos neurológicos.

b) Fortalecer la capacidad de los trabajadores de salud de la atención primaria para que adquieran competencias que, yendo más allá de la atención de la epilepsia, abarquen otros trastornos neurológicos, incluido el tratamiento de las comorbilidades, tomando como base el Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental.²

c) Aprovechar los medios de diagnóstico de la epilepsia, como el electroencefalograma, las tecnologías de neuroimagen (como tomografía computarizada e imagen por resonancia magnética) y los servicios especializados de derivación de pacientes (por ejemplo, cirugía) para que incluyan instalaciones de diagnóstico y tratamiento de otros trastornos neurológicos.

d) Ampliar los sistemas ya establecidos para la compra de medicamentos anticonvulsivos con objeto de mejorar el acceso a medicamentos eficaces y de calidad para otros trastornos neurológicos.

161. **Medidas para la Secretaría**

a) Prestar apoyo a los Estados Miembros para que integren la atención de otras afecciones neurológicas en los servicios ordinarios de atención de la epilepsia establecidos en la atención

¹ *Epilepsia: un imperativo de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

² Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

primaria, aportándoles estrategias, procesos y herramientas que los países puedan utilizar para reforzar la capacidad del personal de salud.

b) Promover y facilitar un intercambio de prácticas óptimas a escala internacional, regional y nacional que sirva de base para implantar modelos de atención integrada de la epilepsia y otros trastornos neurológicos.

162. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Movilizar a los grupos de presión y las redes nacionales, así como a los responsables políticos y demás partes interesadas, para lograr que la atención de las comorbilidades (esto es, afecciones físicas y mentales) pase a formar parte integrante de los servicios de atención y tratamiento de la epilepsia.

ANEXO 13

Plan de acción (2022-2030) con el fin de aplicar eficazmente la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol como prioridad de salud pública^{1,2}

ANTECEDENTES

Panorama general

1. El consumo de alcohol está profundamente arraigado en el panorama social de muchas sociedades. Hay varios factores importantes que influyen en los niveles y las pautas de consumo de alcohol en la población, como las tendencias históricas a este respecto, la disponibilidad de alcohol, la cultura, la situación económica y las tendencias en la comercialización³ de bebidas alcohólicas, así como las medidas de control del alcohol que se apliquen. En el plano personal, las pautas y los niveles de consumo de alcohol vienen determinados por muchos factores diferentes, como el sexo, la edad y diversos aspectos que influyen en la vulnerabilidad biológica y socioeconómica de cada persona, así como el entorno normativo. Las normas sociales imperantes que respaldan las conductas de consumo de alcohol y los mensajes contradictorios sobre los perjuicios y beneficios que conlleva fomentan el consumo de bebidas alcohólicas, retrasan la oportuna búsqueda de atención de salud y debilitan la acción comunitaria.

2. El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades intoxicantes y que genera dependencia. La evidencia acumulada indica que el consumo de alcohol conlleva riesgos inherentes para la salud, aunque las consecuencias de su consumo varían considerablemente de un consumidor a otro en cuanto a su magnitud y naturaleza. A escala poblacional, cualquier nivel de consumo de alcohol va asociado a un conjunto de daños netos evitables debidos a múltiples problemas de salud, como lesiones, trastornos por consumo de alcohol, hepatopatías, cánceres y enfermedades cardiovasculares, así como daños a personas distintas de los bebedores. Son varios los aspectos que influyen en las consecuencias del consumo de alcohol para la salud, como el volumen de alcohol consumido a lo largo del tiempo; las pautas de consumo, en particular la embriaguez; el contexto en el que se consume; y la calidad de la bebida alcohólica o su contaminación con sustancias tóxicas como el metanol. El consumo repetido de bebidas alcohólicas puede conducir a la aparición de trastornos por consumo de alcohol, entre ellos la dependencia, que se caracteriza por una regulación deficiente del consumo de alcohol, una mayor preponderancia de dicho consumo sobre otros aspectos de la vida y una serie de características fisiológicas específicas.⁴

3. En el actual plan de acción, «uso nocivo del alcohol» tiene el significado que le atribuye la definición que figura en la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, es decir, «el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² Publicado por separado con el título *Plan de Acción Mundial de la OMS sobre el Alcohol 2022-2030*.

³ En el presente documento, el término «comercialización» se utiliza para referirse a cualquier forma de comunicación o mensaje comercial que está destinado a potenciar o que tiene el efecto de potenciar el reconocimiento, atractivo y/o consumo de determinados productos o servicios. Engloba todo lo que se utiliza para anunciar o promocionar de otro modo un producto o servicio.

⁴ Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

riesgo de resultados sanitarios perjudiciales».¹ Se trata de un concepto mucho más amplio que la noción clínica comprendida en la categoría diagnóstica de «hábito de consumo nocivo», que corresponde a una parte del espectro de «trastornos por consumo de alcohol» que se recoge en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

4. Las consecuencias del uso nocivo del alcohol en la salud y el bienestar no se limitan al ámbito de la salud; también suponen pérdidas sociales y económicas importantes ligadas a los costos que se generan en el sector de la justicia, a la pérdida de productividad de la fuerza de trabajo y al desempleo, y al dolor y sufrimiento ocasionados. El uso nocivo del alcohol también puede provocar daños a terceros, como familiares, amigos, compañeros de trabajo y otras personas. Entre las manifestaciones más dramáticas de los daños a personas distintas de los bebedores figuran las lesiones por accidentes de tráfico y las consecuencias de la exposición prenatal al alcohol, que pueden dar lugar a la aparición de diversos trastornos fetales causados por el alcohol. No se ha establecido un límite seguro para el consumo de alcohol en ninguna etapa del embarazo. Los daños ocasionados a otras personas pueden ser perfectamente tangibles, específicos y limitados en el tiempo (por ejemplo, lesiones o daños) o pueden ser menos tangibles y consistir en sufrimiento, falta de bienestar, mala salud o consecuencias negativas en el ámbito social (por ejemplo, acosos, amenazas o insultos).

5. En gran medida, las autoridades y el público en general desconocen o se niegan a admitir las consecuencias negativas generales que tiene el consumo de alcohol en la salud y la seguridad de una población. El problema se agrava por la falta de una reglamentación adecuada en materia de publicidad y comercialización de las bebidas alcohólicas, lo que se traduce en que las medidas para contrarrestar el uso nocivo del alcohol pierdan peso en favor de otros problemas de salud pública. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la importancia de adoptar respuestas adecuadas, tanto en el plano normativo como del sistema de salud, para reducir el uso nocivo del alcohol durante las emergencias de salud.

6. La carga que supone el consumo de alcohol para la salud, la economía y la sociedad es en gran medida evitable. Históricamente, el reconocimiento de las propiedades inebriantes, tóxicas y generadoras de dependencia del alcohol ha dado lugar a repetidos intentos de regular la producción, la distribución y el consumo de las bebidas alcohólicas. La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad de salud pública y debe ser el objetivo principal de las políticas y las medidas que se apliquen a distintos niveles para el control del alcohol.

La Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol y su aplicación

La Estrategia Mundial y su mandato

7. La Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, refrendada en la resolución WHA63.13 de la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2010, sigue siendo el único marco normativo de alcance mundial para reducir las muertes y discapacidades debidas al consumo de alcohol en su conjunto, desde los trastornos mentales y las enfermedades no transmisibles hasta las lesiones y las enfermedades infecciosas atribuibles al alcohol. La Estrategia Mundial se basa en varias iniciativas estratégicas mundiales y regionales de la OMS y representa el compromiso de los Estados Miembros de la Organización con el despliegue de una acción sostenida a todos los niveles. Tras la aprobación de la Estrategia Mundial, se adoptaron planes de acción regionales elaborados o revisados en concordancia con ella en las Regiones de las Américas (2011) y de Europa (2012) de la OMS, mientras que en la Región de África de la OMS se elaboró y adoptó una estrategia regional para reducir el uso nocivo del alcohol (2013).

¹ Documento WHA63/2010/REC/1, anexo 3.

8. La Estrategia Mundial se desarrolló con el fin de promover y respaldar las iniciativas locales, regionales y mundiales destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol. En ella se esbozan los principales aspectos de la labor que debe llevarse a cabo a escala mundial y se recomiendan una serie de opciones normativas y medidas que podrían estudiarse para su posible aplicación, adaptándolas según proceda, a escala nacional. Estas opciones normativas tienen en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural; las prioridades nacionales en materia de salud; y los recursos, capacidades y medios. La Estrategia Mundial también incluye una serie de principios que deberían guiar la formulación y aplicación de políticas a todos los niveles.

9. Desde la aprobación de la Estrategia Mundial en 2010, el compromiso de los Estados Miembros con la reducción del uso nocivo del alcohol se ha visto reforzada por la adopción de las declaraciones políticas dimanantes de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la declaración de 2011, y por la posterior adopción y aplicación del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 de la OMS. En 2019, la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud (en su resolución WHA72.11) lo amplió hasta 2030 para armonizarlo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El Plan, que incluye el uso nocivo del alcohol entre los cuatro factores de riesgo clave en relación con las principales enfermedades no transmisibles, permite a los Estados Miembros y a otras partes interesadas detectar y aprovechar las oportunidades para establecer sinergias que permitan abordar más de un factor de riesgo al mismo tiempo; reforzar la coordinación y la coherencia entre las distintas medidas para reducir el uso nocivo del alcohol y las actividades de prevención y control de las ENT; y establecer metas de aplicación voluntaria para reducir el uso nocivo del alcohol y otros factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles. En mayo de 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el exhaustivo Marco Mundial de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles, en el que se establece como meta mundial voluntaria a alcanzar en 2025 una reducción relativa de al menos el 10% en el uso nocivo del alcohol, según proceda, en el contexto nacional, medida a partir de indicadores en tres ámbitos, a saber, el consumo total de alcohol per cápita en un año civil, en litros de alcohol puro; la prevalencia normalizada por edades de los episodios de ingesta masiva de alcohol; y la morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol.¹

10. El mandato internacional para reducir el uso nocivo del alcohol se reforzó con la adopción de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS 2030). La reducción del uso nocivo del alcohol contribuirá a avanzar hacia la consecución de los múltiples objetivos y metas de la Agenda 2030 y los ODS, entre ellos el objetivo 1 de los ODS, que consiste en poner fin a la pobreza; el objetivo 4 de los ODS, que consiste en garantizar una educación de calidad; el objetivo 5 de los ODS, que consiste en lograr la igualdad de género; el objetivo 8 de los ODS, que consiste en promover el trabajo decente y el crecimiento económico; el objetivo 10 de los ODS, que consiste en reducir la desigualdad en los países y entre ellos; y el objetivo 16 de los ODS, que consiste en promover la paz y facilitar el acceso a la justicia y a instituciones sólidas. En vista del impacto negativo que tiene el uso nocivo del alcohol en el desarrollo y el resultado de muchas enfermedades y problemas de salud, entre ellas las lesiones y las principales ENT, la reducción efectiva del uso nocivo del alcohol contribuirá de forma considerable al logro del objetivo 3 de los ODS (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos), en particular la meta 3.5 (Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol). Esto refleja el impacto más amplio que tiene el uso nocivo del alcohol en esferas de la salud que van más allá de las ENT y la salud mental (meta 3.4 de los ODS), como son los accidentes de tráfico (meta 3.6), la salud reproductiva (meta 3.7), la cobertura sanitaria universal (meta 3.8) y las enfermedades transmisibles (meta 3.3).

¹ Documento WHA66/2013/REC/1, anexo 4, apéndice 2.

11. Uno de los principios rectores de la Estrategia Mundial consiste en que las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol deben guiarse y formularse en función de los intereses de salud pública y basarse en objetivos de salud pública claramente definidos y en los mejores datos probatorios disponibles. La evidencia indica que la costoeficacia de las opciones normativas y las intervenciones relacionadas con el alcohol se actualizaron en una revisión del apéndice 3 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles que fue refrendada por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA70.11 (2017). Eso dio lugar a un nuevo conjunto de iniciativas instrumentales recomendadas para reducir el uso nocivo del alcohol. Las intervenciones más costoeficaces, o «mejores inversiones», comprenden aumentar los impuestos sobre las bebidas alcohólicas; promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol (en diferentes tipos de medios de comunicación); y promulgar y aplicar restricciones a la disponibilidad física de bebidas alcohólicas en comercios minoristas. Dando prioridad a las medidas de política más costoeficaces, la Secretaría y sus asociados pusieron en marcha la iniciativa SAFER, cuyo objetivo principal es ayudar a los Estados Miembros a reducir el uso nocivo del alcohol mediante el fortalecimiento de la aplicación de la Estrategia Mundial y otras estrategias de la OMS y las Naciones Unidas. La iniciativa SAFER, dirigida por la OMS, está centrada en el apoyo a la aplicación de opciones normativas e intervenciones costoeficaces. También pretende proteger la elaboración de políticas orientadas a la salud pública frente a la interferencia de intereses comerciales y establecer sistemas de seguimiento sólidos que garanticen la rendición de cuentas y permitan efectuar un seguimiento de los progresos logrados en la aplicación de las opciones normativas y las intervenciones contempladas en la iniciativa.

Aplicación de la Estrategia Mundial desde su refrendo¹

12. Desde que fue adoptada, la Estrategia Mundial no ha tenido la misma aplicación en todas las regiones de la OMS, como tampoco dentro de cada región y país. El número de países que cuentan con una política nacional escrita en materia de bebidas alcohólicas ha aumentado de forma continuada, y muchos países han revisado sus políticas vigentes relativas a ese tipo de bebidas. Ahora bien, esas políticas siguen siendo más comunes en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos, y no existen en la mayoría de los países de las Regiones de África y de las Américas. El hecho de que las medidas eficaces de control del alcohol estén mucho más extendidas en los países de ingresos altos plantea dudas sobre la equidad mundial en materia de salud y pone de manifiesto, específicamente, la necesidad de dar mayor prioridad y asignar más recursos a la elaboración y aplicación de políticas e iniciativas eficaces en los países de ingresos bajos y medianos.

Dificultades en la aplicación de la Estrategia Mundial

13. La formulación y aplicación de políticas eficaces contra el uso nocivo del alcohol sigue encontrando dificultades importantes, relacionadas con la complejidad del problema; las diferencias en las normas y contextos culturales; la naturaleza intersectorial de las soluciones costoeficaces, en particular de las estrategias de fijación de precios, en conexión con una falta de voluntad política y de liderazgo en los más altos niveles de los gobiernos; y la influencia de poderosos intereses comerciales. Todas esas dificultades se presentan, además, en un contexto de compromisos económicos internacionales antagónicos. La limitada disponibilidad de datos completos y fiables, obtenidos a escala nacional, sobre el consumo de alcohol y los daños que este conlleva, supone un problema adicional para la evaluación del impacto de las respuestas normativas que se aplican en muchos países. La coordinación y la cooperación a todos los niveles para hacer frente a estos retos se complica aún más en aquellos contextos donde la

¹ Véase el documento EB146/7 Add.1.

responsabilidad de aplicar medidas para reducir el uso nocivo del alcohol se encuentra repartida entre diferentes departamentos gubernamentales, profesiones, áreas técnicas y otras entidades.

14. En los últimos decenios la producción de bebidas alcohólicas se ha concentrado en unas pocas empresas cada vez más globalizadas, especialmente en los sectores de la cerveza y los licores. Una parte importante de las bebidas alcohólicas se consume de forma masiva y ocasional, en situaciones que conllevan grandes riesgos para la salud, y a menudo por personas que sufren trastornos derivados del consumo de alcohol. Esto pone de manifiesto la contradicción inherente que existe entre los intereses de los productores de alcohol y la salud pública. Al mismo tiempo, cada vez hay más pruebas de que cualquier nivel de consumo de alcohol conlleva riesgos para la salud. Algunos países encuentran serias dificultades para proteger los procesos de formulación de políticas relativas al alcohol de los intereses comerciales, y en los foros normativos internacionales surge con frecuencia la cuestión de cómo proteger esos procesos, a todos los niveles, de la interferencia de la industria del alcohol. Se necesita un fuerte liderazgo internacional para contrarrestar la interferencia de los intereses comerciales en la formulación y aplicación de políticas relativas al consumo de alcohol, con miras a priorizar los intereses de salud pública en ese ámbito frente a los intereses comerciales asociados a la producción y comercialización de bebidas alcohólicas. La existencia de intereses contrapuestos en el seno de las administraciones públicas nacionales, como los intereses relacionados con la producción y el comercio de bebidas alcohólicas y los ingresos que reciben los gobiernos de las ventas e impuestos sobre estas, da lugar muchas veces a políticas incoherentes y lastra los esfuerzos dirigidos al control del alcohol. La situación varía a nivel nacional y subnacional y se ve fuertemente influenciada por los intereses comerciales de productores y distribuidores de alcohol, las creencias religiosas y las normas espirituales y culturales. La tendencia general a la desregulación que se ha impuesto en los últimos decenios se ha traducido muchas veces en un debilitamiento de las medidas de control del alcohol, en beneficio de intereses económicos y a costa de la salud y el bienestar públicos.

15. El alcohol es la única sustancia psicoactiva y generadora de dependencia con consecuencias graves para la salud de la población mundial que no está controlada internacionalmente a través de instrumentos de reglamentación jurídicamente vinculantes. La ausencia de estos instrumentos limita la capacidad de los gobiernos nacionales y subnacionales para reglamentar la distribución, venta y promoción de las bebidas alcohólicas en el contexto de las negociaciones comerciales internacionales, regionales y bilaterales. También es un obstáculo para los esfuerzos dirigidos a proteger la formulación de políticas sobre el alcohol de la interferencia de empresas transnacionales e intereses comerciales. Esta situación ha dado lugar a la demanda de una norma jurídica mundial de carácter intergubernamental relativa al alcohol que tome como modelo el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.¹ Los debates mantenidos en torno a la viabilidad y necesidad de tal instrumento internacional jurídicamente vinculante han puesto de manifiesto la falta de consenso entre los Estados Miembros sobre esta cuestión.

16. Se calcula que las bebidas alcohólicas de producción informal o ilegal suponen el 25% del consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo, y más de la mitad del alcohol total consumido por la población en algunas jurisdicciones. La producción y el comercio informales e ilegales son de naturaleza diferente y requieren respuestas programáticas y políticas distintas. La producción y distribución informales de bebidas alcohólicas están a menudo integradas en las tradiciones culturales y en el tejido socioeconómico de las comunidades. La producción ilegal de alcohol, en cambio, conlleva importantes riesgos para la salud y serios problemas para los sectores gubernamentales encargados de la reglamentación y la observancia. La capacidad de luchar contra la producción, distribución y consumo informales o ilegales de bebidas alcohólicas, así como contra los problemas de inocuidad ligados a estos, es limitada

¹ Au Yeung SL, Lam TH. «Unite for a Framework Convention for Alcohol Control.» *Lancet*. 2019; 393(10183):1778–1779. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32214-1.

o inadecuada, especialmente en jurisdicciones donde las bebidas alcohólicas no registradas suponen un porcentaje importante del alcohol total consumido.

17. La comercialización en medios digitales y a través de comunicaciones vía satélite plantea un reto cada vez mayor para controlar de forma eficaz la promoción de las bebidas alcohólicas. Los productores y distribuidores de estas bebidas invierten cada vez en la promoción digital y en el uso de las plataformas de redes sociales, que son empresas con ánimo de lucro cuya infraestructura está diseñada para permitir una «publicidad nativa programática» basada en datos y de carácter participativo. La comercialización a través de internet cruza las fronteras entre países con más facilidad aún que la televisión por satélite, por lo que no es fácil someterla a controles nacionales. En paralelo al aumento de posibilidades de comercializar y vender bebidas alcohólicas a través de plataformas en línea, los sistemas de distribución están evolucionando rápidamente y plantean dificultades considerables a la capacidad de los gobiernos de controlar la venta de bebidas alcohólicas. Desde el punto de vista de la salud pública, hay motivos para contemplar con preocupación la evolución reciente de las actividades de comercialización, publicidad y promoción relacionadas con las bebidas alcohólicas, en particular las que se llevan a cabo mediante la comercialización transfronteriza y las que se enfocan en los niños, los adolescentes y los jóvenes o se dirigen a ellos.

18. Las limitaciones existentes de capacidades técnicas, recursos humanos y financiación dificultan los esfuerzos dirigidos a formular y aplicar intervenciones eficaces de control de las bebidas alcohólicas a todos los niveles, asegurar su observancia y llevar a cabo el correspondiente seguimiento. Los conocimientos técnicos especializados sobre medidas de control del alcohol disponibles en el ámbito nacional y subnacional suelen ser insuficientes, y lo mismo ocurre con los recursos humanos y financieros que hay en los distintos niveles de la OMS para prestar la asistencia técnica necesaria y recopilar, difundir y llevar a la práctica los conocimientos técnicos. Son pocas las organizaciones de la sociedad civil que dan prioridad al alcohol como riesgo para la salud o instan a los gobiernos a actuar, en comparación con las organizaciones que apoyan el control del tabaco. La falta de financiación filantrópica y la limitación de los recursos propios de la OMS y otras organizaciones intergubernamentales se han traducido en un déficit de inversiones dirigidas a crear capacidad en países de ingresos bajos y medianos.

19. La ausencia de sistemas nacionales suficientemente desarrollados para llevar a cabo un seguimiento del consumo de alcohol y sus efectos en la salud reduce la capacidad para promover políticas eficaces de control de las bebidas alcohólicas y vigilar la aplicación y los efectos de dichas políticas.

Oportunidades para reducir el uso nocivo del alcohol

20. En los últimos años, el consumo de alcohol entre los jóvenes se ha reducido en muchos países de toda Europa y en algunas otras sociedades de ingresos altos, excepto en algunos grupos desfavorecidos. El descenso parece estar trasladándose al siguiente grupo etario a medida que la cohorte envejece. Esta tendencia supone una gran oportunidad para las políticas y programas de salud pública. También se registra un aumento del porcentaje de exbebedores entre los mayores de 14 años. Uno de los factores que contribuyen a esta tendencia es la creciente sensibilización sobre las consecuencias negativas que tiene el uso nocivo del alcohol para la salud y la sociedad, y en particular sobre la relación causal que mantiene no solo con los trastornos mentales inducidos por el alcohol, la violencia interpersonal y el suicidio, sino con varios tipos de cáncer y enfermedades hepáticas y cardiovasculares, así como su asociación con un incremento del riesgo de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/sida. Aumentar los conocimientos y la sensibilización del público en general en relación con la salud ofrece una oportunidad para fortalecer las actividades de prevención mediante la integración y la vinculación de las políticas y los planes de acción sobre el alcohol con los relativos a las principales enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidos los planes nacionales de lucha contra el cáncer, así como con los relativos a los fármacos psicoactivos y las adicciones, y mediante la ampliación de las actividades de cribado y las intervenciones breves en los servicios de salud.

21. Sabemos que las redes sociales tienen influencias y efectos negativos, pero también ofrecen nuevas oportunidades para cambiar la relación que establecen las personas con el alcohol, en la medida que permiten sensibilizar al público sobre las consecuencias negativas del consumo de alcohol en la salud y abren nuevas posibilidades de comunicación y promoción de actividades recreativas como alternativa al consumo de alcohol y las intoxicaciones etílicas. Con todo, las redes sociales también pueden ser una poderosa fuente de comunicación para la comercialización y promoción de marcas de bebidas alcohólicas.

22. Hay un reconocimiento creciente de que el consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud suponen un factor de desigualdad en este ámbito. Los efectos adversos para la salud y los daños que producen determinados niveles y pautas de consumo de alcohol dentro de una sociedad son mayores entre las personas y los grupos más pobres. El aumento del consumo de bebidas alcohólicas puede agudizar las desigualdades entre géneros en cuestiones sociales y de salud, al igual que pueden hacerlo entre clases sociales y comunidades. Las políticas y programas orientados a reducir las desigualdades en materia de salud y promover el desarrollo sostenible deben dedicar una atención constante a las políticas y los programas relacionados con el alcohol.

23. El acervo de datos probatorios sobre la eficacia y costoeficacia de las medidas de control del alcohol se ha visto considerablemente reforzado en los últimos años. El último análisis económico realizado bajo los auspicios de la OMS demostró el alto rendimiento que ofrecen las «mejores inversiones» en el control del alcohol. Cada US\$ 1 adicional que se invierte en las medidas más costoeficaces por persona y año dará lugar a un rendimiento de US\$ 9,13 en 2030, lo que supone un rendimiento superior al que ofrecen inversiones similares destinadas a controlar el tabaco (US\$ 7,43) o a evitar la inactividad física (US\$ 2,80). Estimaciones recientes de la OCDE respaldan la idea de que el ahorro económico es mayor que los costos de aplicación de políticas eficaces de control del alcohol, pues muestran que cada US\$ 1 invertido en un conjunto integral de medidas genera un rendimiento de hasta US\$ 16 en beneficios económicos.¹

24. La pandemia de COVID-19 y las medidas para frenar la transmisión del virus (confinamientos generales y domiciliarios) han tenido un gran impacto en la salud y el bienestar de la población, así como en las pautas de consumo de alcohol, los daños relacionados con ese consumo y la puesta en práctica de las respuestas programáticas y políticas existentes. El brote de COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia de desarrollar respuestas normativas, actividades e intervenciones adecuadas y centradas en el consumo de alcohol durante las emergencias de salud pública, así como de convertir esas respuestas en un elemento básico de la preparación para este tipo de situaciones. Todo ello daría un gran impulso a la reducción del uso nocivo del alcohol a escala nacional, regional y mundial, como también de la carga para la salud que supone el consumo de alcohol y la demanda asociada de intervenciones de servicios de salud durante las pandemias y otras emergencias de salud.

Alcance del plan de acción

25. En su decisión EB146(14) (2020), el Consejo Ejecutivo reconoció que la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol seguía siendo pertinente y pidió al Director General que la revisara e informara al Consejo Ejecutivo en su 166.^a reunión, en 2030, con miras a la adopción de nuevas medidas. También pidió al Director General que elaborase un plan de acción (2022-2030) con el fin de aplicar eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como prioridad de salud pública, en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, para su examen por la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 150.^a reunión, en 2022.

26. El plan de acción propuesto se basa en las orientaciones contenidas en la Estrategia Mundial con respecto a las medidas de ámbito mundial, sus funciones y componentes fundamentales, así como en las

¹ OCDE (2021), Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París (<https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>), consultado el 9 de diciembre de 2021.

enseñanzas extraídas de la aplicación de la propia Estrategia Mundial y las estrategias y planes de acción regionales relacionados con el alcohol a lo largo de los últimos 10 años. El plan de acción pretende fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial mediante la intensificación de las medidas adoptadas a todos los niveles, así como mediante el apoyo y el complemento de las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol en las 10 esferas de acción recomendadas por la Estrategia Mundial para la adopción de medidas a escala nacional (véase el párrafo 34), adaptadas a los contextos correspondientes.

27. El plan de acción contempla una serie de acciones y medidas específicas que es preciso aplicar a escala mundial, en consonancia con las funciones y componentes clave de la acción mundial que se formulan en la Estrategia Mundial y con los últimos datos probatorios disponibles sobre la eficacia y la rentabilidad de las distintas opciones normativas para reducir el uso nocivo del alcohol. Las acciones y medidas propuestas se agrupan en seis esferas de acción que se corresponden con los cuatro componentes principales de la acción mundial previstos en la Estrategia Mundial: promoción y alianzas en materia de salud pública; apoyo técnico y creación de capacidad; producción y difusión de conocimientos; y movilización de recursos.¹ En el plan de acción se incluyó también una esfera de acción relativa a la aplicación de estrategias e intervenciones de gran impacto, basada en la evidencia disponible sobre la eficacia y rentabilidad de las diferentes opciones normativas y en las enseñanzas extraídas de la aplicación de la Estrategia Mundial. El máximo potencial de reducción del uso nocivo del alcohol se consigue a través de la aplicación y observancia de las acciones y medidas propuestas en la esfera de acción 1 (Aplicación de estrategias e intervenciones de gran impacto). Teniendo en cuenta los datos probatorios disponibles sobre la costoeficacia de estas iniciativas y los insuficientes avances logrados a nivel mundial en la reducción del uso nocivo del alcohol hasta la fecha, el plan de acción les da prioridad. No obstante, la decisión sobre la prioridad y la aplicación de estas medidas a escala nacional y subnacional depende de cada Estado Miembro, igual que ocurre con las demás opciones normativas e intervenciones que se recomiendan en la Estrategia Mundial, en función de sus necesidades y del estado de aplicación de las medidas en cada caso, así como de los contextos sociales, económicos y culturales que se den a nivel nacional y subnacional, y de las prioridades de salud pública, las políticas del sistema de salud y los recursos disponibles. Asimismo, cualquier Estado Miembro puede, a su discreción, aplicar medidas más estrictas que las propuestas en el plan de acción.

28. Las acciones y medidas propuestas en el plan de acción tienen por objeto apoyar y complementar las opciones normativas y las intervenciones aplicadas a escala nacional en las 10 esferas siguientes, recomendadas en el apartado 16 de la Estrategia Mundial: 1) liderazgo, concienciación y compromiso; 2) respuesta de los servicios de salud; 3) acción comunitaria; 4) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; 5) disponibilidad de alcohol; 6) marketing de las bebidas alcohólicas; 7) políticas de precios; 8) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica; 9) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal; y 10) seguimiento y vigilancia.

29. Como se subraya en la Estrategia Mundial, la correcta aplicación de estas acciones y medidas requiere la acción concertada de los Estados Miembros, una gobernanza mundial eficaz y una adecuada participación de todos los interesados directos pertinentes. El plan de acción contiene también una serie de propuestas de iniciativas dirigidas a los asociados internacionales y los agentes no estatales, como las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones y colegios profesionales, la comunidad académica y las instituciones de investigación, así como a los operadores económicos que intervienen en la

¹ Documento WHA63/2010/REC/1, párrafos 43 a 58.

producción y el comercio del alcohol,¹ en consonancia con los mandatos previstos en el apartado *d*) del párrafo 45 de la Estrategia Mundial y otras orientaciones y políticas pertinentes, entre ellas el Marco para la Colaboración de la OMS con Agentes No Estatales.

30. El plan de acción está vinculado y alineado con otros planes de acción y compromisos mundiales pertinentes, como la Agenda 2030; la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2019; el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030; el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; el Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia; y el Plan de Acción Mundial para Hacer Frente a la Violencia Interpersonal.

31. Se prevé que el plan de acción fortalezca la aplicación de la Estrategia Mundial a todos los niveles, teniendo en cuenta que la aplicación del plan en los países y la priorización de las acciones y medidas propuestas dependen de los contextos nacionales.

META DEL PLAN DE ACCIÓN

32. El propósito del plan de acción es impulsar la aplicación efectiva de la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol como prioridad de salud pública y reducir también considerablemente la morbilidad y la mortalidad debidas al consumo de alcohol —más allá de las tendencias generales de morbilidad y mortalidad—, así como las consecuencias sociales asociadas. El plan de acción también tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar de la población a escala mundial.

33. La aplicación efectiva del plan de acción en los distintos ámbitos regionales requerirá el desarrollo o la elaboración y adaptación de planes de acción específicos para cada región, en coordinación con la Secretaría de la OMS, a fin de lograr avances más eficaces y sistemáticos.

OBJETIVOS OPERATIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN

34. Los objetivos operativos del plan de acción 2022-2030 y las esferas de acción que se proponen están en consonancia con los objetivos de la Estrategia Mundial² y con los cuatro componentes clave de la acción mundial para reducir eficazmente el uso nocivo del alcohol.³ Con todo, los objetivos operativos del plan de acción no son idénticos a los de la Estrategia Mundial. Los seis objetivos operativos del plan son un reflejo de su orientación a la acción, así como de objetivos y propósitos más recientes contenidos en otras estrategias y planes de acción mundiales pertinentes, y de las enseñanzas extraídas de la aplicación de la Estrategia Mundial desde su aprobación:

1. aumentar la cobertura de población, la aplicación y el cumplimiento de intervenciones y opciones normativas de gran impacto para reducir el uso nocivo del alcohol en todo el mundo en aras de una mejor salud y bienestar, desde una perspectiva que tenga en cuenta las cuestiones de género y que esté basada en el curso de la vida;

¹ En este documento, la expresión «operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol» se refiere a los fabricantes de bebidas alcohólicas y los distribuidores mayoristas, grandes vendedores minoristas e importadores que comercien única y exclusivamente con bebidas alcohólicas o cuyos ingresos principales procedan del comercio de bebidas alcohólicas, así como las asociaciones empresariales u otros agentes no estatales que representen a cualesquiera de las entidades anteriormente mencionadas.

² Documento WHA63/2010/REC/1, anexo 3, párrafos 7-11.

³ Documento WHA63/2010/REC/1, anexo 3, párrafos 43-58.

2. fortalecer la acción multisectorial a través de una gobernanza eficaz, un mayor compromiso político, liderazgo, diálogo y coordinación;
3. mejorar la capacidad de prevención y tratamiento de los sistemas de salud y atención social frente a los trastornos debidos al consumo de alcohol y las afecciones de salud asociadas a este, como parte integral de la cobertura sanitaria universal y en consonancia con la Agenda 2030 y sus metas en el ámbito de la salud;
4. aumentar la concienciación sobre los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y sobre sus consecuencias para la salud y el bienestar de las personas, las familias, las comunidades y los países, así como sobre la eficacia de las diferentes opciones normativas para reducir el consumo y los daños asociados a este;
5. fortalecer los sistemas de información y la investigación destinados a la vigilancia del consumo de alcohol y de los daños relacionados con este, así como de los factores que lo determinan y lo modifican, y las respuestas de política a todos los niveles, mediante la difusión y aplicación de información con fines de promoción orientada a fundamentar el desarrollo y la evaluación de políticas e intervenciones;
6. aumentar significativamente la movilización de los recursos necesarios para una acción adecuada y sostenida con la que reducir el uso nocivo del alcohol a todos los niveles.

PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

35. En la Estrategia Mundial se enumeran una serie de principios rectores para el desarrollo y la aplicación de políticas relativas al alcohol a todos los niveles,¹ y en el plan de acción se complementan con los siguientes **principios rectores operativos orientados a la acción**:

Acción multisectorial. El desarrollo, aplicación y vigilancia del cumplimiento de las políticas de control del alcohol a todos los niveles requiere una acción concertada multisectorial, con la intervención del sector de la salud y otros sectores pertinentes, como la asistencia social, el empleo, las aduanas, la educación, el transporte, el deporte, la cultura, las finanzas y las fuerzas del orden, según proceda, para abordar el uso nocivo del alcohol en sus actividades.

Cobertura sanitaria universal. Todas las personas y comunidades, incluidas las que habitan en zonas rurales, reciben los servicios de salud que necesitan para reducir la carga de morbilidad provocada por el uso nocivo del alcohol, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Cabe incluir aquí todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida.

Enfoque basado en el curso de la vida. Reconocer la importancia y la interrelación de las medidas de control del alcohol y las estrategias e intervenciones de prevención y tratamiento para prevenir y paliar los daños relacionados con el alcohol en todas las etapas de la vida humana y en todas las generaciones: desde la supresión de la mercadotecnia, la publicidad y la venta de bebidas alcohólicas a los menores de edad y la protección del nonato frente a la exposición prenatal al alcohol,

¹ Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010, página 9 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consultado el 5 de junio de 2021.

hasta la prevención y el tratamiento de los daños debidos al consumo de alcohol en las personas mayores.

Protección contra intereses comerciales. La formulación de políticas públicas para reducir el uso nocivo del alcohol debe estar protegida, de conformidad con la legislación nacional, frente a los intereses comerciales y otros intereses creados que puedan interferir en los objetivos de salud pública y socavarlos.

Enfoque basado en la equidad. Las políticas e intervenciones de salud pública para reducir el uso nocivo del alcohol deben tener como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y proteger de los daños relacionados con el alcohol a las personas de diferentes grupos, ya se trate de grupos definidos en términos sociales, biológicos, económicos, demográficos o geográficos.

Enfoque basado en los derechos humanos. La protección frente a los daños relacionados con el alcohol y el acceso a la prevención y el tratamiento de los trastornos causados por su consumo en los sistemas de salud contribuyen al cumplimiento del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr; las estrategias e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol deben abordar y eliminar las prácticas discriminatorias (tanto reales como percibidas) y los estigmas relacionados con las medidas preventivas y los servicios sociales y de salud para las personas con trastornos por consumo de alcohol.

Empoderamiento de las personas y las comunidades. La elaboración y aplicación de estrategias e intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol y proteger a las personas y a las comunidades de los daños relacionados con este deben ofrecer oportunidades para la participación activa y el empoderamiento de las personas y las comunidades, en particular de aquellas que han sufrido daños relacionados con el alcohol o trastornos por su consumo.

ESFERAS CLAVE PARA LA ACCIÓN MUNDIAL

36. Para cumplir el propósito y los objetivos ya expuestos, se proponen una serie de esferas clave, indicadas a continuación, para que intervengan en ellas los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los asociados internacionales y nacionales y, según proceda, otras partes interesadas.

Esfera de acción 1. Aplicación de estrategias e intervenciones de gran impacto.

Esfera de acción 2. Promoción, concienciación y compromiso.

Esfera de acción 3. Asociación, diálogo y coordinación.

Esfera de acción 4. Apoyo técnico y creación de capacidad.

Esfera de acción 5. Creación de conocimiento y sistemas de información.

Esfera de acción 6. Movilización de recursos.

37. A escala nacional es responsabilidad primordial de los Estados Miembros definir, aplicar, supervisar y evaluar políticas públicas que apunten a reducir el uso nocivo del alcohol, en función de sus propias necesidades y circunstancias. El papel que cumplan otras partes interesadas puede diferir según el Estado Miembro de que se trate.

ESFERA DE ACCIÓN 1. APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DE GRAN IMPACTO

38. Quizá los parvos progresos mundiales registrados hasta la fecha (o la ausencia absoluta de ellos, en ciertas partes del mundo) a la hora de reducir el uso nocivo del alcohol se expliquen por la insuficiente adopción, implantación e imposición de las políticas e intervenciones más eficaces y costoeficaces en la materia. Uno de los caminos para cumplir el propósito de reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad por consumo de alcohol (rebasando las tendencias generales de morbilidad y mortalidad), así como sus consecuencias sociales, pasa por incidir en los determinantes que hacen del consumo de alcohol algo aceptable, accesible y asequible, potenciando al mismo tiempo la cobertura e implantación de medidas y opciones normativas amplias, integradas y de probada eficacia.

39. En la versión actualizada del apéndice 3 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, aprobada por la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,¹ figuran resumidas las opciones e intervenciones normativas más eficaces y costoeficaces, que constituyen elementos nucleares de la iniciativa SAFER y del paquete técnico SAFER. Otras opciones e intervenciones normativas estarán sujetas a un análisis de la relación costo-eficacia que ofrecen a medida que vayan surgiendo datos sobre su eficacia.

Metas mundiales correspondientes a la esfera de acción 1

Meta mundial 1.1. Lograr para 2030 una reducción relativa de al menos un 20% (respecto de los niveles de 2010) del uso nocivo del alcohol.²

Meta mundial 1.2. Lograr para 2030 que un 70% de los países haya instituido, aprobado o mantenido la aplicación de opciones e intervenciones normativas de gran impacto.³

Iniciativas propuestas para los Estados Miembros

Iniciativa 1. Atendiendo a los datos probatorios existentes sobre la eficacia y la relación costo-eficacia de las medidas normativas, promover la priorización, según las necesidades y circunstancias nacionales, de la aplicación sostenible y la continua observancia, supervisión y evaluación de las opciones normativas de gran impacto y costoeficaces que figuran en el paquete técnico SAFER de la OMS,⁴ así como de otras intervenciones cuya eficacia en relación con el costo ya esté probada o quede probada más adelante a tenor de futuros datos, lo que incluye garantizar el acceso universal a tratamientos asequibles y servicios de atención para personas con trastornos por consumo de alcohol dentro de los sistemas nacionales de salud.

¹ Véase el documento WHA70/2017/REC/1, anexo 3.

² La meta de «reducción relativa de al menos un 20%», que reposa en los datos más recientes de que dispone la OMS y en las tendencias observadas desde 2010, va más allá de la meta voluntaria establecida en el Marco Mundial de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles (reducción relativa de al menos un 10% para 2025) para tener en cuenta los fines del Plan de Acción, según lo prescrito en la decisión EB146(14) (2020) («... con el fin de aplicar eficazmente la Estrategia Mundial [...] como prioridad de salud pública...»), y su propósito de reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad por consumo de alcohol, yendo más allá de las tendencias generales de morbilidad y mortalidad.

³ Incluidas en el paquete técnico SAFER y configuradas según las futuras actualizaciones.

⁴ *El paquete técnico SAFER. Cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51867>).

- Iniciativa 2. Contemplar, según se preste a ello el contexto nacional, la elaboración de planes de acción, hojas de ruta o marcos de acción de dimensión nacional para acelerar el cumplimiento de los compromisos mundiales y regionales.
- Iniciativa 3. Aplicar, según se preste a ello el contexto nacional, estrategias e intervenciones eficaces y de gran impacto que, con el acompañamiento de medidas legislativas, incidan en: *a)* el precio asequible de las bebidas alcohólicas, mediante políticas fiscales y de precios adecuadas; *b)* la publicidad y comercialización de bebidas alcohólicas, instaurando amplias y sólidas restricciones o prohibiciones en diversos tipos de medios de comunicación, incluidos los digitales; *c)* la disponibilidad de alcohol, promulgando y haciendo cumplir medidas que restrinjan la disponibilidad de bebidas alcohólicas en determinados espacios y horarios; *d)* la conducción bajo los efectos del alcohol, promulgando y haciendo cumplir leyes y reglamentos al respecto; y *e)* los hábitos peligrosos de consumo de alcohol y los trastornos ligados a él, ofreciendo breves intervenciones psicosociales, tratamiento y atención como parte de los servicios sociales y de salud.
- Iniciativa 4. Asegurarse de que la elaboración, aplicación y evaluación de medidas normativas sobre el alcohol respondan a objetivos de salud pública, reposen en los mejores datos científicos existentes y estén a salvo de toda interferencia movida por intereses comerciales.
- Iniciativa 5. Crear o reforzar, y respaldar, amplias alianzas y mecanismos intra e intergubernamentales a distintos niveles para que diferentes sectores colaboren entre sí en la aplicación de las opciones normativas definidas como prioritarias.

Iniciativas propuestas para la Secretaría de la OMS

- Iniciativa 1. Proponer orientaciones normativas y técnicas, así como labores de promoción y, de ser necesario, asistencia técnica para el estudio y la elaboración, aplicación y evaluación de opciones normativas eficaces y costoeficaces.
- Iniciativa 2. Analizar periódicamente los datos empíricos sobre la eficacia y la relación costo-eficacia de las intervenciones y opciones normativas sobre el uso de alcohol y formular y difundir recomendaciones para reducir su consumo nocivo.
- Iniciativa 3. Crear un repertorio de orientaciones normativas relativas a: localización y densidades de puntos de venta y días y horarios de venta; aplicación de políticas de precios mínimos y tributarias; regulación de las actividades de comercialización, patrocinio, promoción y publicidad de bebidas alcohólicas, incluidas las que pasan por medios sociales; gestión del alcohol no registrado; gestión de los conflictos de intereses en la formulación y aplicación de políticas; y creación y utilización de etiquetas de advertencia.
- Iniciativa 4. Elaborar un amplio paquete de medidas técnicas para facilitar la elaboración, aplicación, supervisión y evaluación de las opciones e intervenciones normativas de gran impacto recomendadas.
- Iniciativa 5. Promover y apoyar la colaboración internacional para abordar las actividades transfronterizas de comercialización, publicidad y promoción de bebidas alcohólicas, poniendo el acento en los riesgos que entrañan para la salud pública las nuevas prácticas de comercialización transfronteriza.

- Iniciativa 6. Promover un enfoque integral para abordar los determinantes que hacen del consumo de alcohol algo aceptable, accesible y asequible, instaurando con ello una amplia cartera de intervenciones que lleguen a toda la población y abarquen desde la promoción de la salud y las medidas de prevención hasta las intervenciones de detección y tratamiento.

Iniciativas propuestas para asociados internacionales, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas

- Iniciativa 1. Se invita a los principales asociados del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales a que intensifiquen su colaboración y su cooperación con la OMS en la labor de elaboración, aplicación y evaluación de medidas normativas de gran impacto y a que se sumen a la iniciativa SAFER dirigida por la OMS.
- Iniciativa 2. Se invita a las entidades de la sociedad civil e instituciones académicas a que refuercen su labor de promoción y apoyo en torno a la aplicación de opciones normativas de gran impacto y a que, para ello: creen entornos propicios; promuevan la iniciativa SAFER; potencien redes y grupos de acción de dimensión mundial y regional, con la debida participación de personas que sean referentes comunitarios y culturales; elaboren o refuercen marcos de rendición de cuentas; y sigan de cerca las actividades y compromisos de los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol.

Medidas propuestas para los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol

Se exhorta a los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol a que se centren en la aplicación de medidas que puedan contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol, en el marco estricto de sus funciones básicas como creadores, productores, distribuidores, comercializadores y vendedores de bebidas alcohólicas, y a que se abstengan de interferir en la formulación de políticas relativas al alcohol y de realizar toda actividad que pueda impedir, retrasar o detener la elaboración, promulgación, aplicación e imposición de estrategias e intervenciones de gran impacto destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol.

ESFERA DE ACCIÓN 2. PROMOCIÓN, CONCIENCIACIÓN Y COMPROMISO

40. Se necesitan acciones estratégicas y bien concebidas de comunicación y promoción a escala internacional para sensibilizar a las instancias decisorias y al gran público sobre los daños relacionados con el alcohol y la eficacia de las medidas normativas, a fin de lograr que presten mayor apoyo a una más rápida aplicación de la Estrategia Mundial. Se requieren iniciativas y actividades especiales para que diferentes interlocutores se movilicen en favor de acciones coordinadas que apunten a proteger la salud pública y a promover un amplio compromiso político para reducir el uso nocivo del alcohol.
41. Es necesario sensibilizar a las instancias decisorias y al gran público sobre los riesgos y perjuicios ligados al consumo de alcohol, prestando la debida atención a: evitar que niños y adolescentes se inicien en el consumo de alcohol; prevenir el consumo de alcohol por parte de mujeres embarazadas; y proteger a las personas de las presiones que empujan a beber, sobre todo en sociedades con elevados niveles de consumo de alcohol, en las que se alienta a los bebedores empedernidos a beber aún más. Las singulares circunstancias de las poblaciones indígenas exigen iniciativas especiales, culturalmente adecuadas, para combatir los niveles y hábitos de consumo de alcohol, los daños que acarrea y los factores sociales y económicos que influyen en los efectos del consumo de alcohol sobre la salud y el bienestar de esas poblaciones. Para que el gran público conociera el problema y le prestara mayor atención podría ser útil

instituir un día o una semana internacional de sensibilización sobre los daños relacionados con el alcohol o un día o semana mundial «sin alcohol». La labor de promoción en el terreno de la salud pública tiene más posibilidades de éxito si viene respaldada por datos probatorios, aprovecha las oportunidades que van surgiendo y se abstiene de esgrimir argumentaciones moralizantes. En el discurso internacional sobre la elaboración y aplicación de políticas relativas al alcohol hay que abordar las desigualdades sanitarias ligadas al uso nocivo del alcohol y sus vastos efectos socioeconómicos, incluida su repercusión en el logro de las metas relacionadas con la salud y otras metas de la Agenda 2030. La sensibilización en torno a los efectos del consumo de alcohol sobre la salud y el bienestar no debe limitarse a su impacto en términos de enfermedades no transmisibles, incluidos los problemas ligados a la interacción entre el alcohol y los medicamentos utilizados en salud mental y en el tratamiento de enfermedades no transmisibles, sino que debe ser más amplio e integrar otros aspectos de la salud y el desarrollo como las lesiones, la violencia, las enfermedades infecciosas, la productividad laboral, el funcionamiento familiar o la idea del «perjuicio para terceros», lo que incluye las repercusiones en términos de seguridad económica y psicológica. Para que las campañas de promoción y las que apuntan a lograr cambios de comportamiento surtan efecto, en particular en el ámbito de los medios sociales, se requieren tecnologías de comunicación modernas y material multimedia. Es preciso que esas actividades de sensibilización, al igual que la elaboración e imposición de políticas relativas al alcohol, estén protegidas de toda interferencia resultante de intereses comerciales. Hay que establecer mecanismos adecuados, con participación del mundo académico y la sociedad civil, para ejercer una vigilancia sistemática de dichas interferencias y evitarlas o neutralizarlas.

Metas mundiales correspondientes a la esfera de acción 2

Meta mundial 2.1. Lograr para 2030 que un 75% de los países haya elaborado y promulgado políticas nacionales escritas relativas al alcohol.

Meta mundial 2.2. Lograr para 2030 que un 50% de los países esté elaborando informes nacionales periódicos sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol.

Iniciativas propuestas para los Estados Miembros

- Iniciativa 1. Elaborar y promulgar, de forma acorde con el contexto nacional, políticas nacionales escritas relativas al alcohol o seguir aplicando eficazmente y poniendo al día, en caso necesario, las políticas nacionales existentes en la materia.
- Iniciativa 2. A partir de los datos que demuestran la naturaleza y magnitud de los problemas de salud pública atribuibles al alcohol, promover la formulación y aplicación de estrategias e intervenciones de gran impacto y otras medidas encaminadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol, lo que también supone hacer especial énfasis en: proteger a las poblaciones en situación de riesgo y a las personas afectadas por el consumo nocivo por parte de terceros; evitar que niños y adolescentes empiecen a beber; prevenir el consumo de alcohol durante el embarazo; y prevenir los trastornos fetales causados por el alcohol, en particular proporcionando información sobre los riesgos de beber cuando se prevea un embarazo o un periodo de lactancia.
- Iniciativa 3. Dar mejor a conocer los riesgos y daños para la salud que se siguen de los distintos niveles y hábitos de consumo de alcohol, a fin de reducir el nivel de consumo de alcohol entre los bebedores.
- Iniciativa 4. Abogar por que en las políticas y marcos multisectoriales, así como en las políticas y planes de acción nacionales de contenido económico, ambiental, agrícola o de otros ámbitos conexos, se preste la debida atención al objetivo de reducir el

uso nocivo del alcohol, de forma acorde con la magnitud de los correspondientes problemas de salud pública.

- Iniciativa 5. Incluir el compromiso de reducir el uso nocivo del alcohol y sus efectos sobre la salud y el bienestar en toda estrategia, programa y plan de acción nacional de alto nivel de desarrollo o salud pública y respaldar la creación y el refuerzo de coaliciones de promoción.
- Iniciativa 6. Hacer que las autoridades de salud pública elaboren periódicamente (cada dos o tres años, en la mayoría de los países) informes nacionales sobre el consumo de alcohol y los daños que causa, que proporcionen a las instancias decisorias y al gran público información sobre el modo en que el alcohol contribuye a determinados problemas sanitarios y sociales, y difundir esa información mediante las modernas tecnologías de comunicación disponibles.
- Iniciativa 7. Dar mejor a conocer los riesgos para la salud que entraña el consumo de alcohol y sus consiguientes repercusiones generales en la salud y el bienestar, por medio de actividades de comunicación estratégicas, bien concebidas y a largo plazo dirigidas a la población en general y también, más en particular, a los jóvenes. Ello debería incluir la posibilidad de que los organismos y entidades de salud pública organicen un día, una semana o un mes nacional de sensibilización en torno a los daños relacionados con el alcohol, que ayude a refutar la información errónea circulante utilizando canales de comunicación específicos, como las plataformas de medios sociales.
- Iniciativa 8. Asegurar la implantación de medidas adecuadas de protección del consumidor con la elaboración y aplicación de requisitos de etiquetado de las bebidas alcohólicas que obliguen a presentar, de manera comprensible para el consumidor, información esencial para la protección de la salud sobre el contenido de alcohol y también sobre otros ingredientes que puedan afectar la salud del consumidor y sobre el valor calórico, además de las advertencias sanitarias.
- Iniciativa 9. Asegurar la implantación de medidas de protección del consumidor con la elaboración y aplicación de medidas de control de la calidad del producto que se apliquen a las bebidas alcohólicas.
- Iniciativa 10. Apoyar la realización de actividades de instrucción, de formación y de trabajo en red sobre la reducción del uso nocivo del alcohol dirigidas a representantes de autoridades de distintos niveles, profesionales de la salud y la educación, entidades de la sociedad civil, organizaciones juveniles, notables comunitarios y referentes culturales, periodistas y representantes de medios de comunicación masiva, teniendo en cuenta la inoperancia y los riesgos de las actuales campañas de «consumo responsable», diseñadas como campañas de comercialización por los productores y distribuidores de alcohol.

Iniciativas propuestas para la Secretaría de la OMS

- Iniciativa 1. Otorgar mayor prioridad a la carga social y sanitaria atribuible al alcohol, así como a las respuestas normativas eficaces, en los programas de foros, reuniones o conferencias internacionales de alto nivel de dimensión mundial, regional o de otro tipo con participación de organizaciones internacionales e intergubernamentales, asociaciones profesionales y grupos de la sociedad civil y tratar de integrar las políticas relativas al alcohol en los planes sociales y de desarrollo pertinentes.

- Iniciativa 2. Definir e implantar un plan de comunicación para el conjunto de la Organización destinado a apoyar iniciativas para reducir el uso nocivo del alcohol, que tenga en cuenta nuevas problemáticas (como la pandemia de COVID-19), vaya dirigido a diferentes grupos de población y pase por diversos canales de comunicación. Asimismo, secundar las actividades destinadas a establecer un día o una semana internacional de sensibilización en torno a los daños relacionados con el alcohol.
- Iniciativa 3. Preparar y difundir, cada dos o tres años, informes mundiales de situación sobre alcohol y salud para dar mejor a conocer la carga atribuible al alcohol y abogar por medidas adecuadas a todos los niveles.
- Iniciativa 4. Concebir, ensayar y difundir herramientas técnicas y de promoción para transmitir con eficacia mensajes claros, coherentes y científicamente sólidos sobre los problemas sanitarios y sociales atribuibles al alcohol, los riesgos sanitarios ligados a su consumo y respuestas programáticas y normativas eficaces.
- Iniciativa 5. Elaborar y difundir productos informativos sobre las consecuencias sanitarias de la interacción del alcohol con ciertos medicamentos esenciales y otras sustancias psicoactivas y sobre el modo en que el consumo de alcohol incide en el cumplimiento de las pautas terapéuticas y en los resultados de los tratamientos.
- Iniciativa 6. Revisar, actualizar y difundir la nomenclatura y las definiciones de la OMS de términos relacionados con el alcohol, especialmente en el ámbito de las políticas sobre el consumo de alcohol y su seguimiento.
- Iniciativa 7. Contrarrestar rápidamente los extendidos mitos y la desinformación sobre las consecuencias sanitarias del consumo de alcohol y las medidas de control del alcohol y prestar apoyo técnico a los Estados Miembros al respecto, según sea necesario.
- Iniciativa 8. Elaborar orientaciones técnicas sobre el etiquetado de bebidas alcohólicas para que el consumidor esté informado de lo que contienen los productos y de los riesgos para la salud que entraña su consumo.
- Iniciativa 9. Facilitar el diálogo y el intercambio de información sobre el modo en que el comercio internacional (incluida la comercialización de bebidas alcohólicas) y los acuerdos comerciales repercuten en la salud y la carga de morbilidad atribuible al alcohol, abogar por que las partes en negociaciones comerciales internacionales tengan debidamente en cuenta estas cuestiones y buscar soluciones internacionales dentro del mandato de la OMS cuando no sea posible implantar medidas apropiadas para proteger la salud de las poblaciones.
- Iniciativa 10. Tender puentes entre el conocimiento y la praxis organizando y apoyando diálogos, seminarios web y mesas redondas sobre cuestiones normativas que se centren en determinadas áreas técnicas que sean de aplicación al control del alcohol, la promoción de la salud y la prevención de los daños relacionados con el alcohol.

Iniciativas propuestas para asociados internacionales, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas

- Iniciativa 1. Se invita a los principales asociados del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales a que integren en sus programas actividades encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol, contribuyan a la coherencia

normativa entre el sector de la salud y otros sectores en las políticas, estrategias y marcos multisectoriales internacionales y otorguen la debida preeminencia a los intereses de salud pública en presencia de otros intereses divergentes.

- Iniciativa 2. Se invita a las entidades de la sociedad civil, asociaciones profesionales e instituciones académicas a que extiendan su labor de apoyo a campañas mundiales, regionales y nacionales de promoción y sensibilización y a que refuten toda información errónea sobre el consumo de alcohol y los riesgos que entraña para la salud. También se les invita a que motiven a diferentes partes interesadas para que participen, según proceda, en la aplicación de estrategias e intervenciones eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol y a que vigilen aquellas actividades que erosionen la eficacia de las medidas de salud pública.

Medidas propuestas para los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol

Se invita a los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol, así como a los operadores de otros sectores conexos de la economía, a que refuercen su compromiso con la reducción del uso nocivo del alcohol y su contribución a este objetivo, dentro del perímetro de sus funciones básicas, y a que adopten medidas concretas para eliminar la comercialización y la publicidad de productos alcohólicos entre los menores y también, de ser pertinente, para elaborar y aplicarse a sí mismos medidas de autorregulación de la comercialización y la publicidad, paralelamente a la elaboración y aplicación de disposiciones legales o como parte de un régimen de correulación. Se invita a los operadores económicos a que se abstengan de promover el consumo de alcohol; eliminen y eviten todo reclamo sanitario positivo en relación con el alcohol; y garanticen, con arreglo a regímenes de regulación o correulación, que las etiquetas de las bebidas alcohólicas presenten información de fácil comprensión para el consumidor (en particular composición y límites de edad, advertencias sanitarias y contraindicaciones del consumo de alcohol).

ESFERA DE ACCIÓN 3. ASOCIACIÓN, DIÁLOGO Y COORDINACIÓN

42. Se necesitan nuevas alianzas y una participación adecuada de todos los interlocutores pertinentes para generar capacidad y apoyar la aplicación de paquetes técnicos prácticos y específicos que puedan garantizar la rentabilidad de las inversiones desde la doble perspectiva de la «salud para todos» y del «conjunto de la sociedad». La aplicación de medidas multisectoriales eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol y garantizar la coherencia de las políticas exige una mayor coordinación entre la salud y otros sectores, como los de protección social, finanzas, transporte, deporte, cultura, comunicación, educación, comercio, agricultura, aduanas y cuerpos u organismos de aplicación de la ley, así como marcos multisectoriales de rendición de cuentas. La nueva iniciativa y alianza SAFER dirigida por la OMS, que apunta a promover y respaldar la aplicación de «mejores inversiones» junto con otras medidas recomendadas de control del alcohol a nivel nacional, puede robustecer el trabajo en los países gracias a la coordinación con los asociados de la OMS tanto de dentro como de fuera del sistema de las Naciones Unidas. Para un control eficaz del alcohol, lo que incluye medidas para combatir el consumo de alcohol no registrado, se requiere un enfoque «pangubernamental» que integre también al «conjunto de la sociedad», con un liderazgo claro del sector de la salud pública y la adecuada participación de otras instancias oficiales, entidades de la sociedad civil, instituciones académicas y, cuando proceda, también del sector privado. Es necesario reforzar el papel de la sociedad civil en la formulación y aplicación de políticas relativas al alcohol.

43. Las redes mundiales y regionales de centros nacionales de coordinación y contrapartes nacionales de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, con el concurso de especialistas técnicos, facilitarán

la cooperación entre países, la transferencia de conocimiento y la creación de capacidad. Las redes y plataformas técnicas deberían concentrarse en situaciones y áreas técnicas de especial dificultad, como pueden ser el control de la comercialización digital, la publicidad en los medios sociales o la reducción del uso nocivo del alcohol en el curso de emergencias sanitarias como la pandemia de COVID-19.

44. El diálogo permanente a escala mundial con los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol debería girar en torno a la contribución de la industria, en su función de creación, producción o distribución/comercialización de bebidas alcohólicas, a reducir el uso nocivo del alcohol. Este diálogo también debería tener por objetivo la imposición de amplias restricciones o prohibiciones a: la comercialización¹ tradicional, en línea o digital (incluidos los patrocinios); el papel de los operadores económicos en la regulación de la venta, el comercio electrónico, la entrega y la formulación y etiquetado de los productos; y a la entrega de datos sobre producción y ventas. En el diálogo deberían participar, según proceda, operadores económicos de otros sectores de la economía que intervengan directamente en la distribución, venta y comercialización de bebidas alcohólicas.

Metas mundiales correspondientes a la esfera de acción 3

Meta mundial 3.1. Lograr para 2030 que un 50% de los países tenga establecido un mecanismo nacional de coordinación multisectorial para implantar y fortalecer en cada país respuestas normativas multisectoriales relativas al alcohol de ámbito nacional.

Meta mundial 3.2. Lograr para 2030 que un 50% de los países esté participando en el trabajo de las redes mundiales y regionales de contrapartes nacionales de la OMS para el diálogo y la coordinación internacionales sobre la reducción del uso nocivo del alcohol.

Iniciativas propuestas para los Estados Miembros

- Iniciativa 1. Fomentar la movilización y la adecuada y activa participación de todas las entidades y grupos que tengan algo que aportar a la reducción del uso nocivo del alcohol desde una óptica que federe al «conjunto de la sociedad», entre otras cosas abogando por mecanismos de coordinación y rendición de cuentas, estrategias y planes de acción adecuados en el contexto de la Agenda 2030, teniendo en cuenta y manejando cualquier conflicto de intereses de las partes interesadas.
- Iniciativa 2. Asegurar una eficaz gobernanza nacional y una eficaz coordinación entre diferentes sectores y distintos niveles de gobierno, manteniendo a la vez la coherencia de las políticas con arreglo a los objetivos de salud pública.
- Iniciativa 3. Asegurar una eficaz coordinación de las correspondientes actividades de todas las partes interesadas pertinentes en la aplicación de estrategias, planes de acción y políticas nacionales para reducir el uso nocivo del alcohol en las 10 esferas de acción recomendadas en la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol.²
- Iniciativa 4. Establecer y apoyar un vasto mecanismo multisectorial para formular y aplicar políticas de salud pública destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol y abordar desde una óptica «pangubernamental» la protección de la salud y el bienestar de

¹ En el presente documento, el término «comercialización» (*marketing* en inglés) designa toda forma de comunicación o mensaje comercial que tenga por finalidad o por efecto potenciar el reconocimiento, atractivo y/o consumo de determinados productos o servicios. Esta idea engloba todo cuanto pueda actuar como publicidad u otra forma de promoción de un producto o servicio.

² Véase el párrafo 28, *supra*.

las poblaciones contra los daños relacionados con el alcohol, teniendo en cuenta y manejando cualquier conflicto de intereses de las partes interesadas.

- Iniciativa 5. Colaborar con la Secretaría de la OMS en la aplicación de la Estrategia Mundial, entre otras cosas teniendo representación en las redes mundiales y regionales de contrapartes nacionales de la OMS y efectuando aportaciones (técnicas) a los mecanismos, procesos y estructuras de trabajo de dichas redes.
- Iniciativa 6. Recopilar y dar a conocer experiencias e información sobre la concepción, aplicación y evaluación de actividades multisectoriales para reducir el uso nocivo del alcohol a nivel nacional e infranacional.

Iniciativas propuestas para la Secretaría de la OMS

- Iniciativa 1. Desarrollar y potenciar aún más extensas alianzas internacionales en torno al objetivo de reducir el uso nocivo del alcohol y prestar apoyo a los mecanismos internacionales de colaboración intersectorial con organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil, el mundo académico y organizaciones profesionales.
- Iniciativa 2. Coordinarse y colaborar con los principales asociados del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales y potenciar y coordinar actividades conjuntas para reducir el uso nocivo del alcohol pasando por los cauces que ofrecen los mecanismos de trabajo interinstitucionales, en particular los establecidos en relación con la salud mental, las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud.
- Iniciativa 3. Prestar apoyo a las redes mundiales y regionales de contrapartes nacionales de la OMS y a sus mecanismos y procedimientos de trabajo velando por el intercambio periódico de información y por su eficaz funcionamiento. Esta labor puede pasar, entre otras cosas, por la creación de grupos de trabajo o equipos de tareas desde los cuales abordar esferas prioritarias para reducir el uso nocivo del alcohol.
- Iniciativa 4. Facilitar el diálogo y el intercambio de información sobre el modo en que los aspectos internacionales del mercado del alcohol repercuten en la carga de morbilidad atribuible al alcohol y abogar por que las partes en negociaciones comerciales internacionales tengan debidamente en cuenta esos aspectos.
- Iniciativa 5. Apoyar el intercambio de información y la colaboración a escala internacional entre ONG, instituciones académicas, asociaciones profesionales y organizaciones de personas con experiencia de primera mano que trabajen en clave de salud pública, procurando especialmente facilitar la colaboración multisectorial, garantizar la coherencia normativa (teniendo debidamente en cuenta las diferencias ligadas al contexto cultural) y prestar apoyo para potenciar la contribución de las entidades de la sociedad civil a la formulación y aplicación de políticas relativas al alcohol.
- Iniciativa 6. Cada dos años, organizar un foro internacional sobre la reducción del uso nocivo del alcohol encuadrado en el Foro de la OMS sobre alcohol, drogas y comportamientos adictivos, con participación de representantes de Estados Miembros, organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales e internacionales, entidades de la sociedad civil, asociaciones profesionales y personas con experiencia de primera mano, prestando asimismo apoyo a una

representación más nutrida de entidades de la sociedad civil de países de ingresos bajos y medianos.

- Iniciativa 7. Organizar periódicamente (cada año o cada dos años, según lo juzgue necesario la Secretaría de la OMS) diálogos de dimensión mundial con los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio de alcohol, con arreglo a lo previsto en los correspondientes mandatos y políticas, por ejemplo, entre otros, el Marco de la OMS para la Colaboración con Agentes No Estatales, dedicando y restringiendo estos diálogos al modo en que los asociados de la industria, en su función de creadores, productores y distribuidores/comercializadores de bebidas alcohólicas, pueden contribuir a la reducción del uso nocivo del alcohol, y sin entrar en estos diálogos en la formulación de políticas de control del alcohol.
- Iniciativa 8. Convocar un diálogo permanente con la sociedad civil, apoyando la formación de coaliciones y potenciando la capacidad de las entidades de la sociedad civil para promover medidas eficaces de reducción del uso nocivo del alcohol y presionar a las autoridades al respecto.

Iniciativas propuestas para asociados internacionales, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas

- Iniciativa 1. Se invita a los principales asociados del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales a que, cuando proceda, integren la aplicación de la Estrategia Mundial y el Plan de Acción 2022-2030 en sus planes de acción y estrategias de desarrollo y a que establezcan programas y alianzas multisectoriales de carácter horizontal para reducir el uso nocivo del alcohol como prioridad de salud pública, en aplicación de los principios rectores de la Estrategia Mundial.
- Iniciativa 2. Se invita a las entidades de la sociedad civil, asociaciones profesionales e instituciones académicas a que prioricen y refuercen sus actividades de reducción del uso nocivo del alcohol, motivando a sus interlocutores para que participen en la aplicación de la Estrategia Mundial, ya sea dentro de alianzas existentes o estableciendo nuevos dispositivos de colaboración, y también promoviendo y apoyando, dentro de lo que son sus funciones y atribuciones, la colaboración y el diálogo intersectoriales y multisectoriales, a la vez que vigilan y contrarrestan toda influencia indebida resultante de intereses creados de índole comercial que pueda amenazar el cumplimiento de los objetivos de salud pública.

Medidas propuestas para los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol

Se invita a los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol a que, siempre que sea posible, en su catálogo general de productos sustituyan los productos de mayor graduación alcohólica por productos sin alcohol o de baja graduación alcohólica, con el fin de reducir los niveles globales de consumo de alcohol en las poblaciones y los grupos de consumidores, evitando al mismo tiempo eludir las reglamentaciones existentes sobre bebidas alcohólicas y tratar de captar a nuevos grupos de consumidores con actividades de comercialización, publicidad y promoción del alcohol. Se alienta a los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol, así como a los operadores económicos de otros sectores conexos (como el comercio minorista, la publicidad, la hostelería, el turismo, los medios sociales y la comunicación), a que ayuden a acabar con la comercialización y venta de bebidas alcohólicas a menores y con las actividades comerciales dirigidas específicamente a otros grupos

de alto riesgo. Se los alienta asimismo a que apliquen medidas de autorregulación y adopten otras medidas para contribuir a la eliminación de dichas prácticas de comercialización como parte de regímenes de regulación o corregulación de carácter legislativo.

ESFERA DE ACCIÓN 4. APOYO TÉCNICO Y CREACIÓN DE CAPACIDAD

45. Es preciso reforzar la capacidad y los medios de acción de los países para: establecer, hacer cumplir y mantener en el tiempo los ordenamientos normativos y legislativos necesarios; dotarse de infraestructura y mecanismos sostenibles para aplicar esos ordenamientos a nivel nacional e infranacional; y asegurarse de que las estrategias e intervenciones que se instituyan reposen en los mejores conocimientos científicos disponibles y en el acervo de las mejores prácticas de aplicación descritas en diferentes contextos culturales, económicos y sociales. La aplicación a nivel nacional de medidas normativas sobre el alcohol acordes con las circunstancias, necesidades y prioridades de cada país puede requerir una robusta asistencia técnica, especialmente en países con escasos recursos y en ámbitos técnicos como la fiscalidad, la legislación, la regulación de la comercialización digital y su observancia o la integración en las negociaciones comerciales de consideraciones relativas a la protección de la salud contra los daños relacionados con el alcohol.

Metas mundiales correspondientes a la esfera de acción 4

Meta mundial 4.1. Lograr para 2030 que un 50% de los países se haya dotado de mayor capacidad de aplicación de estrategias e intervenciones eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol a escala nacional.

Meta mundial 4.2. Lograr para 2030 que un 50% de los países cuente con servicios de salud dotados de más capacidad para realizar intervenciones de prevención y tratamiento de las afecciones de salud debidas al uso del alcohol, de acuerdo con los principios de la cobertura sanitaria universal.

Iniciativas propuestas para los Estados Miembros

- Iniciativa 1. Potenciar la capacidad de las instituciones nacionales para llevar adelante iniciativas que lleguen a toda la población en las que se aborden los determinantes que hacen que los hábitos de bebida peligrosos y nocivos resulten aceptables, accesibles y asequibles, entre otras cosas para prestar asistencia técnica adaptada a cada país, reforzando los mecanismos de gobernanza que favorecen la rendición de cuentas, la transparencia y la participación de las partes interesadas.
- Iniciativa 2. Desarrollar o fortalecer la infraestructura y la capacidad técnica, con participación de entidades de la sociedad civil que trabajen en clave de salud pública, incluidas organizaciones juveniles, para aplicar estrategias e intervenciones de gran impacto destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol y, cuando proceda, colaborar con la Secretaría de la OMS para ensayar, difundir, implantar y evaluar herramientas técnicas, recomendaciones y material de formación de la OMS.
- Iniciativa 3. Recopilar y compartir con la OMS buenas prácticas y ejemplos de respuestas normativas y de medidas que se hayan aplicado para reducir el uso nocivo del alcohol en diferentes contextos socioeconómicos y culturales, atendiendo a las 10 esferas de acción recomendadas en la Estrategia Mundial para la aplicación de intervenciones y opciones normativas.
- Iniciativa 4. Dotar a los profesionales de la salud de los sistemas de atención sanitaria y protección social, en particular los proveedores de asistencia sanitaria que trabajan sobre enfermedades no transmisibles o salud mental, de mayor capacidad para

prevenir, detectar y tratar el consumo peligroso de alcohol¹ y los trastornos que causa y fortalecer la capacidad de dichos sistemas para proporcionar cobertura sanitaria universal a las personas con trastornos por consumo de alcohol y afecciones comórbidas en medios tanto urbanos como rurales.

- Iniciativa 5. Apoyar la capacitación de los profesionales de la salud, en particular los proveedores de asistencia sanitaria que trabajan sobre enfermedades no transmisibles o salud mental, así como de expertos en salud pública y representantes de entidades de la sociedad civil, como grupos de ayuda mutua o asociaciones de afectados y familiares, para que estén en condiciones de recomendar, poner en práctica, hacer cumplir y mantener en el tiempo medidas eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol, por ejemplo instaurando intervenciones breves y medidas de detección del consumo peligroso y nocivo de alcohol y también prestando apoyo a los programas de educación y formación en la materia.
- Iniciativa 6. Definir actividades encaminadas a prevenir la violencia ligada al consumo de alcohol contra mujeres, niños y ancianos, así como actividades de prevención de los suicidios ligados al consumo de alcohol, respaldar la ejecución de estas actividades y garantizar que los afectados por la violencia o los suicidios ligados al consumo de alcohol tengan acceso a los servicios de salud.
- Iniciativa 7. Definir actividades que reduzcan el impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal y respaldar la ejecución de estas actividades, teniendo en cuenta las diferencias existentes en las estrategias para combatir el alcohol de producción informal y el alcohol ilícito, actividades que apunten, entre otras cosas, a evaluar el nivel de consumo de alcohol no registrado en las poblaciones, a controlar eficazmente la producción y distribución de alcohol, a dar mejor a conocer los riesgos que entraña para la salud y a movilizar a las comunidades.
- Iniciativa 8. Promover políticas que propicien entornos saludables (por ejemplo, campus educativos, sitios deportivos, lugares de trabajo); analizar, evaluar y elaborar orientaciones sobre intervenciones a escala poblacional ligadas a la exposición al riesgo; prestar apoyo a iniciativas locales y de raíz popular de protección contra el consumo nocivo de alcohol (por ejemplo, acciones integradas que abarquen transversalmente sectores como los de la educación, la protección social, la atención sanitaria y la salud pública); y respaldar actividades comunitarias encaminadas a reclamar cambios normativos en relación con el alcohol en diversos entornos y poblaciones, en particular grupos de alto riesgo (poblaciones indígenas, jóvenes, mujeres, etc.).
- Iniciativa 9. Establecer servicios de promoción de la salud basados en circuitos de aprendizaje y cambios de comportamiento, asegurando a la vez los nexos con las intervenciones de la atención primaria de salud al respecto.

¹ En la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11) (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019), se define «consumo peligroso de alcohol» como un «patrón de consumo de alcohol que aumenta apreciablemente el riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud física o mental del consumidor o de terceras personas en una medida tal que merece la atención y el asesoramiento de los profesionales de la salud».

Iniciativas propuestas para la Secretaría de la OMS

- Iniciativa 1. Reunir, recopilar y difundir, a través de los canales de información de la OMS de dimensión mundial y regional, buenas prácticas y ejemplos de respuestas normativas y de medidas que se hayan aplicado para reducir el uso nocivo del alcohol en los Estados Miembros, atendiendo a las 10 esferas de acción recomendadas para la aplicación de intervenciones y opciones normativas, incluidas disposiciones legislativas. Asimismo, crear y mantener repositorios mundiales y regionales de buenas prácticas y experiencias, implantadas por ejemplo en lugares de trabajo o establecimientos educativos.
- Iniciativa 2. Fomentar y fortalecer las redes mundiales y regionales de contrapartes técnicas nacionales, instituyendo para ello, en asociación con el mundo académico y entidades de la sociedad civil, plataformas de creación de capacidad centradas en ámbitos de especial dificultad, como puedan ser: la comercialización digital y la publicidad en medios sociales; la protección del control del alcohol en el contexto de regímenes normativos y reglamentarios supranacionales; el fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud y de protección social; y la creación de sistemas nacionales de vigilancia del alcohol y la salud o la integración de estos ámbitos prioritarios en los sistemas nacionales de vigilancia existentes.
- Iniciativa 3. Elaborar, aplicar experimentalmente y difundir normas, directrices y recomendaciones éticas, así como herramientas técnicas, de alcance mundial y científicamente fundamentadas, incluido un protocolo para la evaluación completa de las políticas relativas al alcohol; proponer, según se considere necesario y siguiendo los procedimientos de la OMS, otros instrumentos normativos o técnicos que proporcionen pautas normativas y técnicas sobre intervenciones eficaces y costoeficaces de prevención y tratamiento en diferentes entornos; y prestar apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de la Estrategia Mundial con arreglo a las 10 esferas de acción recomendadas para la aplicación de intervenciones y opciones normativas.
- Iniciativa 4. Crear productos informativos y herramientas técnicas para apoyar la prevención, la atención, el seguimiento y la vigilancia de los suicidios y la violencia ligados al consumo de alcohol, en particular la violencia contra mujeres, niños y ancianos, y también para proporcionar pautas técnicas de tratamiento y atención de los afectados por la violencia o los suicidios ligados al consumo de alcohol.
- Iniciativa 5. Dotar a la Secretaría de mayor capacidad para prestar asistencia técnica y apoyo a los países en su lucha contra las actividades transfronterizas de comercialización, publicidad y promoción del alcohol y contra el consumo de alcohol no registrado¹ y los daños que de ahí se siguen.
- Iniciativa 6. Desarrollar una red mundial de expertos que preste apoyo a los países y potenciar la coordinación mundial de las correspondientes actividades de los centros colaboradores de la OMS, con objeto de dotar a la Secretaría de mayor capacidad para responder a las solicitudes de apoyo de los Estados Miembros en su esfuerzo por

¹ Se entiende por «alcohol no registrado» aquel que no está contabilizado en las estadísticas oficiales de impuestos o ventas de alcohol en el país donde es consumido porque suele ser producido, distribuido y vendido sin pasar por los canales oficiales sujetos a control gubernamental.

definir, implantar y evaluar estrategias y programas de reducción del uso nocivo del alcohol.

- Iniciativa 7. Concebir, ensayar y difundir orientaciones técnicas y herramientas técnicas de apoyo para la evaluación, prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol en situaciones de crisis humanitaria.
- Iniciativa 8. Apoyar la elaboración y aplicación de programas sostenibles de detección y gestión del consumo peligroso y nocivo de alcohol desde la atención primaria de salud y desde otros programas, especializados o no, de asistencia sanitaria, como los dedicados a las enfermedades no transmisibles o a las infecciosas, y promover medidas de detección e intervenciones breves, así como otras intervenciones de probada eficacia.
- Iniciativa 9. Elaborar un programa mundial de actividades de formación y capacitación en relación con las esferas prioritarias de acción mundial y las esferas recomendadas para actuar a nivel nacional y llevarlo a la práctica organizando y apoyando la celebración de talleres, seminarios (incluidos seminarios web), consultas en línea y otras actividades de capacitación de dimensión mundial, regional o multilateral dedicadas a respuestas y medidas multisectoriales que trasciendan el sector de la salud.
- Iniciativa 10. Secundar y llevar a cabo actividades y proyectos de creación de capacidad para la planificación y ejecución de investigaciones y la difusión de sus resultados, prestando especial atención a la investigación sobre las políticas relativas al alcohol en países de ingresos bajos o medianos y también a la obtención de datos para generar cálculos fiables del consumo de alcohol, los daños relacionados con este y la cobertura terapéutica de los trastornos que ocasiona.
- Iniciativa 11. Convocar de nuevo al Comité de Expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol para que proceda a una revisión exhaustiva de los datos empíricos acumulados sobre medidas viables y eficaces para combatir el uso nocivo del alcohol y para que siga de cerca los progresos realizados y formule recomendaciones acerca del rumbo futuro. Además, velar por que el Comité se reúna periódicamente durante todo el periodo de ejecución del Plan de Acción.

Iniciativas propuestas para asociados internacionales, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas

- Iniciativa 1. Se invita a los principales asociados del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales a que, en sus actividades y planes de apoyo a los países y asistencia al desarrollo, otorguen prioridad a las actividades de asistencia técnica y de creación de capacidad para acelerar la aplicación de la Estrategia Mundial.
- Iniciativa 2. Se invita a las entidades de la sociedad civil, asociaciones profesionales e instituciones de investigación a que, dentro de lo que son sus funciones y atribuciones, organicen actividades de creación de capacidad de ámbito nacional y, si procede, internacional. También se las invita a que contribuyan a la creación de capacidad y presten asistencia técnica en apoyo de las actividades emprendidas por los Estados Miembros, la OMS u otras organizaciones internacionales, en consonancia con los objetivos y principios de la Estrategia Mundial y el Plan de Acción.

- Iniciativa 3. Se alienta a los asociados internacionales, entidades de la sociedad civil e instituciones académicas a que vigilen y denuncien aquellas actividades que mermen la eficacia de las medidas de salud pública y a que se abstengan de cofinanciar iniciativas con los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol.

Medidas propuestas para los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol

Se invita a los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol a que organicen actividades de creación de capacidad para reducir el uso nocivo del alcohol, circunscribiéndose a sus funciones básicas y a los sectores de la producción, distribución y venta de alcohol, y se abstengan de participar en actividades de creación de capacidad ajenas a sus funciones básicas que puedan erosionar la labor de las instancias de salud pública o entrar en conflicto con ella.

ESFERA DE ACCIÓN 5: CREACIÓN DE CONOCIMIENTO Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

46. La producción y difusión de conocimientos facilita la promoción, priorización y evaluación de políticas en materia de alcohol y apoya el conjunto de iniciativas mundiales dirigidas a reducir su uso nocivo. La colaboración internacional en materia de investigación y ampliación de conocimientos debe centrarse en generar datos altamente pertinentes para comprender la epidemiología de los riesgos para la salud asociados al consumo de alcohol y la formulación y aplicación de políticas al respecto. Es muy importante llevar a cabo un seguimiento eficaz de los niveles y hábitos de consumo de alcohol en la población y de los daños relacionados con este, incluida la carga de morbilidad, con el fin de supervisar los avances en la aplicación de la Estrategia Mundial a escala nacional, regional y mundial, y debe hacerse de forma coordinada con el seguimiento de la aplicación de las medidas normativas relacionadas con el alcohol. Para ello se requieren unos procedimientos racionalizados de generación, recopilación, validación y comunicación de información que permitan actualizar los datos nacionales con una periodicidad de uno o dos años, con un desfase temporal mínimo entre recogida y comunicación. Además de estas medidas, un seguimiento eficaz de la cobertura de los tratamientos para los trastornos por consumo de alcohol requeriría desarrollar mejores métodos para evaluar la cobertura de los tratamientos, siempre en el marco de la cobertura sanitaria universal.

47. Hace falta invertir muchos más recursos en investigaciones internacionales acerca del desarrollo y la aplicación de políticas relativas al alcohol en países de ingresos bajos y medianos, basadas en la evidencia disponible en torno a la desigual aplicación de las medidas normativas en esta materia en distintas jurisdicciones, que incluyan análisis cuantitativos y cualitativos de los obstáculos, los factores favorecedores y el efecto de diferentes opciones normativas y grados de aplicación en distintos grupos de población. Es necesario que las investigaciones, entre las que debe haber proyectos de carácter internacional, estudien el papel que desempeña el consumo de alcohol en el desarrollo y progresión de las principales enfermedades no transmisibles, entre ellos los cánceres, y en la transmisión y progresión de algunas enfermedades infecciosas, así como en los correspondientes resultados terapéuticos. Hay que intensificar las actividades internacionales de investigación en relación con los perjuicios a terceros causados por el consumo de alcohol; las consecuencias del uso nocivo del alcohol en el desarrollo del niño y la salud de la madre; los trastornos fetales causados por el alcohol; y el consumo de bebidas alcohólicas de producción artesanal o ilegal y sus consecuencias para la salud. Se necesitan también estudios internacionales sobre formas eficaces de mejorar los conocimientos relativos al alcohol y sus efectos sobre las personas que lo consumen. Los estudios sobre los costos y beneficios de las medidas de control del alcohol y la elaboración de argumentos para apoyar ese control pueden ayudar a superar

la resistencia a las medidas eficaces de control originadas como consecuencia de los ingresos financieros y de otro tipo asociados a la producción y el comercio de bebidas alcohólicas.

Metas mundiales correspondientes a la esfera de acción 5

Meta mundial 5.1: Lograr para 2030 que el 75% de los países generen y presenten datos periódicamente a escala nacional sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con este y la correspondiente aplicación de medidas de control.

Meta mundial 5.2: Lograr para 2030 que el 50% de los países generen y notifiquen periódicamente un conjunto de datos nacionales para efectuar un seguimiento de los avances hacia el logro de la cobertura sanitaria universal en relación con los trastornos causados por el consumo de alcohol y las principales afecciones de salud debidas a este.

Iniciativas propuestas para los Estados Miembros

- Iniciativa 1. Apoyar la generación, recopilación y difusión de conocimientos a escala nacional sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y sobre la eficacia de las diferentes opciones normativas, y llevar a cabo actividades para informar al público en general sobre los riesgos sanitarios asociados al consumo de alcohol y las afecciones de salud relacionadas con este en diferentes poblaciones.
- Iniciativa 2. En coordinación con las partes interesadas pertinentes, desarrollar o fortalecer sistemas nacionales y subnacionales de vigilancia y conjuntos de indicadores y metas sanitarias de ámbito nacional para efectuar un seguimiento del consumo de alcohol y de los factores socioeconómicos y conductuales que lo modifican, en particular la asequibilidad y la disponibilidad de alcohol, la conciencia de los riesgos relacionados con este, las actitudes hacia su consumo y la exposición a la comercialización digital y a las consecuencias sociales y sanitarias del consumo de alcohol, así como respuestas normativas y programáticas adecuadas, entre ellas la cobertura terapéutica de los trastornos por consumo de alcohol, de conformidad con los ODS y los indicadores de la OMS y sus definiciones.
- Iniciativa 3. Establecer centros nacionales de vigilancia u otras instituciones apropiadas para recopilar y compilar datos a escala nacional sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con este y las respuestas normativas, así como para supervisar las tendencias al respecto y presentar informes periódicos a las autoridades nacionales y a los sistemas de información regionales y mundiales de la OMS en materia de alcohol y salud.
- Iniciativa 4. Apoyar las actividades de seguimiento e investigación centradas en el consumo de alcohol y los daños relacionados con este en grupos de población especialmente vulnerables, como los jóvenes, las mujeres embarazadas, las personas con enfermedades crónicas que aumentan la vulnerabilidad a los daños relacionados con el alcohol, las personas en contacto con los sistemas de justicia penal y las personas sin hogar.
- Iniciativa 5. Apoyar las actividades de investigación sobre los factores de riesgo y de protección para las diferentes pautas de consumo de alcohol y sus consecuencias para la salud, entre ellas el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol, con el fin

de orientar las estrategias e intervenciones nacionales en materia de prevención y tratamiento.

- Iniciativa 6. Incluir módulos con preguntas recomendadas acerca del consumo de alcohol y los perjuicios relacionados con este en las herramientas de recopilación de datos que se utilizan en las actividades de seguimiento de la población a escala nacional y subnacional para facilitar las comparaciones a escala internacional, prestando la debida atención a las posibilidades de ofrecer datos desglosados.
- Iniciativa 7. Colaborar con la Secretaría de la OMS en la realización de encuestas mundiales sobre alcohol y salud mediante la recopilación, examen y presentación de la información requerida, así como la validación de las estimaciones y los perfiles nacionales recibidos de la Secretaría de la OMS para su incorporación a los marcos de seguimiento y las bases de datos regionales y mundiales.
- Iniciativa 8. Documentar, cotejar y difundir experiencias prácticas relativas a la aplicación de intervenciones y medidas normativas en materia de alcohol, y apoyar y promover la evaluación de su eficacia, costoeficacia e impacto en relación con los daños atribuibles al alcohol, con miras a probar documentalmente su viabilidad, eficacia y costoeficacia en diferentes contextos y poblaciones.

Iniciativas propuestas para la Secretaría de la OMS

- Iniciativa 1. Mantener y seguir desarrollando el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud de la OMS y los sistemas regionales de información mediante la elaboración e integración de indicadores para el seguimiento de la aplicación de la Estrategia Mundial y del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; la mejora del funcionamiento y la normalización de los indicadores utilizados en el Sistema Mundial de Información; la coordinación de las actividades de recopilación de datos a todos los niveles; y la consolidación de la información sobre la eficacia y costoeficacia de las intervenciones y medidas normativas para reducir el uso nocivo del alcohol y los problemas de salud pública atribuibles a este.
- Iniciativa 2. Apoyar la creación de capacidad para la investigación, seguimiento y vigilancia en materia de alcohol y salud mediante el establecimiento y mantenimiento de redes mundiales y regionales de investigación, y mediante la aportación de formación y asistencia para la recopilación, análisis y difusión de datos.
- Iniciativa 3. Durante el periodo 2022-2030, preparar y llevar a cabo al menos tres ciclos de recopilación de datos sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con este y las políticas de los Estados Miembros en esa materia a través de la encuesta mundial de la OMS sobre alcohol y salud (provisionalmente en 2022, 2025 y 2028) y de otras fuentes de información pertinentes. Además, utilizar herramientas computarizadas y plataformas basadas en la web para recopilar datos y difundir información a través del Sistema Mundial de Información, los sistemas de información regionales y los informes de situación mundial y regional sobre alcohol y salud. Siempre que sea necesario, organizar talleres de consenso de datos para mejorar la calidad de estos.
- Iniciativa 4. Revisar, analizar y difundir constantemente nuevas pruebas científicas sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas de salud pública atribuibles al consumo

de alcohol y los determinantes de la disponibilidad y asequibilidad de las bebidas alcohólicas, prestando la debida atención a las actitudes, la concienciación sobre los riesgos y las desigualdades en materia de consumo de alcohol, así como a la eficacia y costoeficacia de las intervenciones y medidas normativas. Cabe incluir aquí la convocatoria de reuniones de los grupos consultivos técnicos pertinentes, entre ellos el grupo consultivo técnico de la OMS sobre epidemiología del alcohol y las drogas.

- Iniciativa 5. Seguir generando datos comparables sobre el consumo de alcohol, sus determinantes, la mortalidad y morbilidad relacionadas con este y las previsiones de la carga atribuible al alcohol, ofreciendo, siempre que sea posible, datos desglosados por sexo, edad y situación socioeconómica en el marco de la evaluación comparativa del riesgo y las previsiones de la carga mundial de morbilidad.
- Iniciativa 6. Mantener y desarrollar la colaboración con organismos internacionales y de las Naciones Unidas en materia de recopilación y análisis de datos, con el fin de armonizar las herramientas y actividades de recopilación, facilitar las comparaciones a escala internacional y seguir dialogando e intercambiando información con los productores de alcohol y los grupos de investigación y los proveedores de datos que cuentan con el respaldo del sector, a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los datos sobre la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas a escala mundial, regional y nacional.
- Iniciativa 7. Promover y apoyar la priorización de la investigación internacional sobre alcohol y salud, así como de determinados proyectos internacionales de investigación, en los países de ingresos bajos y medianos, con la participación de los centros colaboradores de la OMS. Habría que prestar especial atención a la epidemiología del consumo de alcohol y los daños relacionados con este; a la evaluación de las intervenciones y medidas normativas en los servicios de salud; a la investigación comparativa de la eficacia y a la relación entre el uso nocivo del alcohol y las desigualdades sociales y sanitarias. Asimismo, habría que poner en marcha y ejecutar proyectos internacionales de investigación sobre los determinantes del consumo de alcohol y los daños relacionados con este en determinados países de ingresos bajos y medianos, y en particular sobre los trastornos fetales, los suicidios y otros trastornos mentales relacionados con el alcohol, así como sobre el papel del consumo de alcohol en el desarrollo y progresión de las principales enfermedades no transmisibles, incluidos los cánceres.
- Iniciativa 8. Desarrollar metodologías, indicadores básicos y herramientas computarizadas de recopilación de datos, y apoyar la generación de datos comparables sobre la aplicación de medidas normativas eficaces a escala nacional, utilizando el sistema de índices y puntuaciones, además de apoyar el intercambio de información y experiencias entre países, sobre todo entre aquellos que tengan contextos socioeconómicos y culturales similares.

Iniciativas propuestas para asociados internacionales, entidades de la sociedad civil e instituciones académicas

- Iniciativa 1. Se invita a los principales asociados del sistema de las Naciones Unidas y a las organizaciones intergubernamentales a que apoyen las actividades de seguimiento y generación de conocimientos en materia de alcohol y salud que se llevan a cabo a todos los niveles, y a que colaboren con la OMS en la investigación

relacionada con las políticas referidas al alcohol, en particular con la repercusión de las políticas que establecen diferencias según el contenido de alcohol de las bebidas, así como en la armonización de los indicadores y las herramientas de recopilación de datos, y a que apoyen también las capacidades nacionales de supervisión en consonancia con los compromisos de presentación de informes que se establecen en los principales marcos internacionales de seguimiento.

- Iniciativa 2. Se invita a las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones profesionales y las instituciones de investigación a que apoyen las iniciativas de la OMS en materia de recopilación y análisis para mejorar la cobertura y la calidad de los datos disponibles sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con este, las respuestas normativas y la cobertura de tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol a escala mundial, regional y nacional, y a que apoyen las iniciativas de los países dirigidas a desarrollar y fortalecer las capacidades de investigación y seguimiento en esta esfera.

Medidas propuestas para los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol

Se insta a los operadores económicos que intervienen en la producción y comercio del alcohol a que hagan públicos, teniendo debidamente en cuenta las limitaciones asociadas a la confidencialidad de la información comercial, aquellos datos de importancia para la salud pública que puedan ayudar a mejorar las previsiones de la OMS sobre el consumo de alcohol entre la población, y a que describan asimismo la metodología utilizada para generarlos. Cabe incluir aquí los datos relativos a la producción y venta de bebidas alcohólicas y a los conocimientos, actitudes y preferencias de los consumidores en relación con estas.

ESFERA DE ACCIÓN 6: MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

48. La falta de los recursos humanos y económicos necesarios constituye un obstáculo fundamental para introducir o agilizar iniciativas mundiales y nacionales dirigidas a reducir el uso nocivo del alcohol y las desigualdades en relación con su consumo y las consecuencias de este entre distintas jurisdicciones y dentro de cada una de ellas. Es necesario movilizar recursos adecuados a todos los niveles para aplicar la Estrategia Mundial, lo que significa propiciar el desarrollo, aplicación y seguimiento de políticas en materia de alcohol en los países de ingresos bajos y medianos; la colaboración e investigación internacionales en ese ámbito y en relación con los determinantes sociales, económicos y medioambientales del control del alcohol; y la participación de la sociedad civil a escala internacional para reducir el uso nocivo del alcohol. Los recursos necesarios no se limitan a la financiación, aunque esta sea prioritaria, sino que incluyen también los recursos humanos y su capacitación, unas infraestructuras apropiadas, la cooperación internacional y el establecimiento de alianzas.

49. La falta de recursos o la insuficiencia de estos para financiar las medidas de control del alcohol y los programas e intervenciones para la prevención y tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas hace que se necesiten mecanismos innovadores de financiación para lograr las metas conexas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, según corresponda en función de los contextos nacionales. Se han dado a conocer diversos enfoques innovadores en distintos países, así como a nivel internacional, y hay varios que se encuentran en fase de estudio, como el Fondo Catalizador de las Naciones Unidas en relación con las enfermedades no transmisibles la salud mental, o fondos específicos para el tratamiento, atención y apoyo de los afectados por los daños derivados del consumo de alcohol. Hay ejemplos de utilización de los ingresos fiscales generados por las bebidas alcohólicas para financiar iniciativas de promoción de la salud; garantizar la cobertura sanitaria de grupos de población vulnerables; prevenir y tratar los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias; y, en algunos

casos, apoyar la labor internacional en esas esferas. En algunas jurisdicciones, la financiación asignada a la prevención y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones relacionadas con este procede de fondos generados por monopolios estatales de venta al por menor, gravámenes sobre los beneficios obtenidos en las cadenas de valor de las bebidas alcohólicas, impuestos sobre la publicidad en este ámbito o multas por incumplimiento de las regulaciones relativas al alcohol.

Metas mundiales correspondientes a la esfera de acción 6

Meta mundial 6.1: Lograr que al menos el 50% de los países destinen recursos a reducir el uso nocivo del alcohol mediante la introducción de políticas al respecto y el aumento de la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención y tratamiento de los trastornos debidos al consumo de alcohol y las afecciones de salud asociadas.

Iniciativas propuestas para los Estados Miembros

- Iniciativa 1. Aumentar la asignación de recursos, en particular de recursos financieros internacionales y nacionales generados a través de formas y medios nuevos o innovadores que permitan asegurar la financiación esencial para reducir el uso nocivo del alcohol y aumentar la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención y tratamiento, en función del alcance y la naturaleza de los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol.
- Iniciativa 2. Siempre que resulte apropiado en el contexto nacional, considerar la posibilidad de desarrollar y utilizar fondos o contribuciones obtenidos a partir de ingresos fiscales ligados a alcohol u otros ingresos derivados de la producción y el comercio de bebidas alcohólicas, así como de establecer un fondo específico para reducir el uso nocivo del alcohol y aumentar la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención y tratamiento para los trastornos debidos a su consumo y las afecciones de salud asociadas.
- Iniciativa 3. Desarrollar planes de asignación de recursos y marcos de rendición de cuentas que permitan garantizar la disponibilidad y asignación de los recursos necesarios para aplicar acciones comunitarias y apoyar programas, coaliciones e intervenciones de ámbito comunitario orientados a reducir el uso nocivo del alcohol y las desigualdades asociadas a este, como por ejemplo los programas dirigidos a las poblaciones indígenas y las subpoblaciones de especial riesgo, entre las que cabe incluir a los jóvenes, a las personas desempleadas y a los familiares de personas con trastornos por consumo de alcohol.
- Iniciativa 4. Aumentar los recursos disponibles para la aplicación de la Estrategia Mundial y el Plan de Acción mediante la incorporación de intervenciones y opciones normativas relacionadas con el alcohol en las actividades que se llevan a cabo en otros ámbitos de trabajo por el desarrollo y la salud pública, como son la salud maternoinfantil, la prevención de la violencia, la prevención del suicidio, la seguridad vial y las enfermedades infecciosas.
- Iniciativa 5. Ofrecer apoyo y participación a las iniciativas de colaboración internacional dirigidas a aumentar los recursos disponibles para acelerar la aplicación de la Estrategia Mundial y el plan de acción, con miras a reducir el uso nocivo del alcohol y el apoyo proporcionado a los países de ingresos bajos y medianos en el desarrollo y aplicación de estrategias e intervenciones de gran impacto.

- Iniciativa 6. Promover y apoyar la movilización de recursos para la aplicación de la Estrategia Mundial y el plan de acción en el marco de programas de desarrollo de gran alcance, como la Agenda 2030, y respuestas a emergencias de salud como la pandemia de COVID-19.
- Iniciativa 7. Intercambiar experiencias a escala internacional, lo que incluye la Secretaría de la OMS y otras organizaciones internacionales, en relación con las buenas prácticas en la financiación de intervenciones y políticas para reducir el uso nocivo del alcohol.

Iniciativas propuestas para la Secretaría de la OMS

- Iniciativa 1. Recopilar, analizar y dar a conocer experiencias y buenas prácticas en intervenciones y políticas de financiación para reducir el uso nocivo del alcohol, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, y promover la aplicación de métodos y formas nuevos e innovadores dirigidos a asegurar la financiación necesaria para aplicar la Estrategia Mundial y el plan de acción a todos los niveles.
- Iniciativa 2. Desarrollar y dar a conocer, en colaboración con las instituciones financieras internacionales, herramientas técnicas y productos de información que puedan servir de apoyo a iniciativas dirigidas a aumentar los recursos disponibles para reducir el uso nocivo del alcohol, promover la salud y aumentar la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones de salud asociadas a este.
- Iniciativa 3. A nivel mundial y regional, supervisar la asignación de recursos para la aplicación de la Estrategia Mundial y el plan de acción.
- Iniciativa 4. Promover y apoyar la puesta en común y el uso eficaz de los recursos mediante una mejor coordinación y una mayor colaboración entre las diferentes áreas programáticas de la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y otros asociados internacionales.
- Iniciativa 5. Promover la asignación de recursos para el desarrollo de políticas en materia de alcohol y la aplicación de la Estrategia Mundial y el plan de acción a través de acuerdos bilaterales y otros acuerdos de cooperación con organismos y países donantes.
- Iniciativa 6. Intensificar los esfuerzos de recaudación de fondos y movilización de recursos para apoyar la aplicación de la Estrategia Mundial en los países de ingresos bajos y medianos mediante la organización de conferencias de donantes y reuniones de partes interesadas.

Iniciativas propuestas para los asociados internacionales, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones académicas

- Iniciativa 1. Se invita a los principales asociados del sistema de las Naciones Unidas y a las organizaciones intergubernamentales a incorporar las actividades que llevan a cabo para reducir el uso nocivo del alcohol en sus estrategias y planes de acción en materia de desarrollo y salud pública, así como a promover y apoyar políticas e intervenciones de financiación orientadas a garantizar una disponibilidad adecuada de recursos para acelerar la aplicación de la Estrategia Mundial,

manteniendo al mismo tiempo la independencia de la financiación respecto de los productores y distribuidores de alcohol.

- Iniciativa 2. Se invita a las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones profesionales y las instituciones de investigación a promover y apoyar medios y formas nuevos o innovadores para asegurar la financiación requerida y facilitar la colaboración entre los sectores de las finanzas y la salud con miras a garantizar la movilización y asignación de los recursos necesarios para reducir el uso nocivo del alcohol y acelerar la aplicación de la Estrategia Mundial a todos los niveles, así como la rendición de cuentas correspondiente.

Medidas propuestas para los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol

Se invita a los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio del alcohol, en el marco de sus funciones principales como promotores, productores, distribuidores, comercializadores y vendedores de bebidas alcohólicas, a asignar recursos para la aplicación de medidas que puedan contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol; a abstenerse de financiar investigaciones y actividades en materia de salud pública y formulación de políticas, a fin de evitar cualquier posible sesgo en el establecimiento de los programas como consecuencia de un conflicto de intereses; y a dejar de patrocinar investigaciones científicas sobre las dimensiones de salud pública del consumo de alcohol y las políticas relacionadas con este, así como de usarlas con fines de comercialización o para presionar a las autoridades.

Indicadores y fechas propuestas para alcanzar las metas mundiales

Metas mundiales	Indicadores	Fechas propuestas	Observaciones
1.1. Lograr para 2030 una reducción relativa de al menos un 20% (respecto de los niveles de 2010) del uso nocivo del alcohol. ¹	<p>1.1.1 Consumo total de alcohol per cápita, definido como el consumo total estimado (el registrado más el no registrado) per cápita (en mayores de 15 años) en un año civil, en litros de alcohol puro y ajustado para el consumo turístico.</p> <p>1.1.2. Prevalencia normalizada por edades de los episodios de ingesta masiva de alcohol.</p> <p>1.1.3. Carga de muertes atribuible al alcohol, normalizada por edades.</p> <p>1.1.4 Carga de AVAD atribuible al alcohol, normalizada por edades.</p>	2019 2022 2025 2027 2029/2030	La meta y los indicadores son totalmente coherentes con los marcos mundiales de seguimiento de los ODS y las enfermedades no transmisibles, y la OMS ha recopilado y notificado datos periódicamente sobre estos indicadores. La OMS elabora anualmente sus estimaciones en relación con el indicador 1.1.1, y de forma periódica para los otros indicadores incluidos en esta meta. Las estimaciones de la OMS relativas a todos los indicadores de esta meta se han comunicado previamente para los años 2010, 2012 y 2016. ²
1.2. Lograr para 2030 que un 70% de los países haya instituido, aprobado o mantenido la aplicación de opciones e intervenciones normativas de gran impacto.	1.2.1 Número de países (como porcentaje de todos los Estados Miembros de la OMS) que han introducido, promulgado o mantenido la aplicación de opciones normativas de gran impacto en los siguientes ámbitos: a) asequibilidad de las bebidas alcohólicas; b) publicidad y comercialización de las bebidas alcohólicas; c) disponibilidad de las bebidas alcohólicas; d) conducción bajo los efectos del alcohol; e) detección e intervenciones breves en relación los patrones de riesgo en el consumo de alcohol y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	Los datos relativos a todos los indicadores de esta meta se han recopilado a través de las encuestas mundiales de la OMS sobre alcohol y salud y sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS. Los datos relativos a los indicadores sobre opciones normativas están disponibles y se actualizan periódicamente en el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud de la OMS. El seguimiento que se lleva a cabo a través de la iniciativa SAFER y otras actividades pertinentes a escala mundial, regional o nacional proporcionarán información adicional para mejorar la validez y la fiabilidad de los datos.

¹ La descripción de la meta es idéntica a la de la meta voluntaria acordada para el Marco Mundial de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. La meta de lograr una «reducción relativa de al menos un 20%» se basa en los últimos datos disponibles de la OMS.

² Véase, respectivamente, *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011; *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014; e *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2018*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

Metas mundiales	Indicadores	Fechas propuestas	Observaciones
<p>2.1. Lograr para 2030 que un 75% de los países haya elaborado y promulgado políticas nacionales escritas relativas al alcohol.</p> <p>2.2. Lograr para 2030 que un 50% de los países esté elaborando informes nacionales periódicos sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol.</p>	<p>2.1.1 Número de países (como porcentaje de todos los Estados Miembros de la OMS) con una política nacional en materia de alcohol escrita y promulgada.</p> <p>2.2.1. Número de países (como porcentaje de todos los Estados Miembros de la OMS) que han elaborado al menos dos informes nacionales, en el último periodo de 8 años, sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con este.</p>	<p>2019 2022 2025 2027 2029/2030</p>	<p>Los datos relativos a estas metas e indicadores se recopilan a través de las encuestas mundiales de la OMS sobre alcohol y salud y sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS, así como de otras actividades pertinentes de seguimiento que se llevan a cabo a escala mundial y regional. La OMS ha comunicado previamente los datos relativos al indicador 2.1.1 para los años 2010, 2012 y 2016.¹ La recopilación de datos relativos al indicador 2.2.1 requerirá pequeños ajustes en las herramientas existentes para ello.</p>
<p>3.1. Lograr para 2030 que un 50% de los países tenga establecido un mecanismo nacional de coordinación multisectorial para implantar y fortalecer en cada país respuestas normativas multisectoriales relativas al alcohol de ámbito nacional.</p>	<p>3.1.1. Número de países (como proporción de todos los Estados Miembros de la OMS) con un mecanismo de coordinación nacional multisectorial establecido para la aplicación de respuestas normativas nacionales multisectoriales sobre el alcohol.</p>	<p>2022 2025 2027 2029/2030</p>	<p>El término «multisectorial» se refiere a la colaboración con uno o más sectores gubernamentales ajenos a la salud, como las finanzas, la justicia penal, la asistencia social, etc. Datos recopilados a través de las encuestas mundiales de la OMS sobre alcohol y salud y sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS, así como de otras actividades pertinentes de seguimiento que se llevan a cabo a escala mundial y regional. Las herramientas actuales de recogida de datos requieren pequeños ajustes para informar sobre este indicador.</p>
<p>3.2. Lograr para 2030 que un 50% de los países esté participando en el trabajo de las redes mundiales y regionales de contrapartes nacionales de la OMS para el diálogo y la coordinación internacionales sobre la reducción del uso nocivo del alcohol.</p>	<p>3.2.1. Número de países (como proporción de todos los Estados Miembros de la OMS) representados activamente en las redes mundiales y regionales de contrapartes nacionales de la OMS.</p>	<p>2022 2025 2027 2029/2030</p>	<p>La información procedente de las oficinas regionales y la Sede de la OMS se recopila periódicamente.</p>

¹ Véase, respectivamente, *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011; *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014; e *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2018*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

Metas mundiales	Indicadores	Fechas propuestas	Observaciones
4.1. Lograr para 2030 que un 50% de los países se haya dotado de mayor capacidad de aplicación de estrategias e intervenciones eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol a escala nacional.	4.1.1. Número de países (como proporción de todos los Estados Miembros de la OMS) que han aumentado los recursos gubernamentales para la aplicación de políticas eficaces a escala nacional en materia de alcohol.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	Esta meta se formula teniendo en cuenta el número de países con capacidad e infraestructura desarrolladas para abordar el uso nocivo del alcohol a escala nacional. Los datos relativos a estas metas e indicadores se recopilan a través de las encuestas mundiales existentes de la OMS sobre alcohol y salud y sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS, así como de otras actividades pertinentes de seguimiento que se llevan a cabo a escala mundial y regional. La recopilación de datos relativos a estos indicadores requerirá pequeños ajustes en las herramientas actualmente existentes para ello.
4.2. Lograr para 2030 que un 50% de los países cuente con servicios de salud dotados de más capacidad para realizar intervenciones de prevención y tratamiento de las afecciones de salud debidas al uso del alcohol, de acuerdo con los principios de la cobertura sanitaria universal.	4.2.1. Número de países (como proporción de todos los Estados Miembros de la OMS) que han aumentado la capacidad de sus sistemas de salud para realizar intervenciones de prevención y tratamiento de las afecciones de salud debidas al consumo de alcohol, de acuerdo con los principios de la cobertura sanitaria universal.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	Esta meta se formula teniendo en cuenta el número de países con capacidad e infraestructura desarrolladas para efectuar intervenciones de prevención y tratamiento de afecciones de salud debidas al consumo de alcohol a escala nacional. Datos recopilados a través de encuestas mundiales de la OMS sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS.

Metas mundiales	Indicadores	Fechas propuestas	Observaciones
<p>5.1. Lograr para 2030 que el 75% de los países generen y presenten datos periódicamente a escala nacional sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con este y la correspondiente aplicación de medidas de control.</p>	<p>5.1.1. Número de países (como proporción de todos los Estados Miembros de la OMS) que generan y presentan datos nacionales sobre el consumo per cápita de alcohol, los daños relacionados con este y las respuestas de política.</p>	<p>2019 2022 2025 2027 2029/2030</p>	<p>Vigilancia pasiva de los datos disponibles y recopilación de datos a través de las encuestas mundiales de la OMS sobre alcohol y salud y sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS, así como de otras actividades pertinentes de seguimiento que se llevan a cabo a escala mundial y regional. La recopilación y notificación de datos sobre este indicador forma parte de las actividades periódicas de seguimiento y suministro de información sobre los indicadores relacionados con el alcohol que lleva a cabo la OMS para los marcos de seguimiento existentes a escala mundial, como los ODS y el Marco Mundial de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.</p>
<p>5.2. Lograr para 2030 que el 50% de los países generen y notifiquen periódicamente un conjunto de datos nacionales para efectuar un seguimiento de los avances hacia el logro de la cobertura sanitaria universal en relación con los trastornos causados por el consumo de alcohol y las principales afecciones de salud debidas a este.</p>	<p>5.2.1. Número de países (como proporción de todos los Estados Miembros de la OMS) que tienen un conjunto básico de indicadores acordados y generan y presentan datos nacionales sobre la cobertura y la capacidad de tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones de salud debidas a este.</p>	<p>2019 2022 2025 2027 2029/2030</p>	<p>Vigilancia pasiva de los datos disponibles y recopilación de datos a través de las encuestas mundiales de la OMS sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS y de otras actividades pertinentes de seguimiento que se llevan a cabo a escala mundial y regional. Datos recopilados a través de actividades realizadas para efectuar un seguimiento del indicador 3.5.1 de los ODS.</p>

Metas mundiales	Indicadores	Fechas propuestas	Observaciones
<p>6.1. Lograr que al menos el 50% de los países destinen recursos a reducir el uso nocivo del alcohol mediante la introducción de políticas al respecto y el aumento de la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención y tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias y las afecciones de salud asociadas.</p>	<p>6.1.1 Número (absoluto) de países que han obtenido recursos destinados a la aplicación de políticas sobre el alcohol a escala nacional.</p> <p>6.1.2. Número (absoluto) de países que han obtenido recursos destinados a aumentar la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención y tratamiento en el marco de los sistemas de salud para los trastornos debidos al consumo de sustancias.</p> <p>6.1.3. Número (absoluto) de países que han introducido, en su caso, una financiación destinada a reducir el uso nocivo del alcohol a partir de los ingresos fiscales ligados al alcohol u otros ingresos relacionados con su producción y comercio.</p>	<p>2022 2025 2027 2029/2030</p>	<p>Los datos se recopilan a través de las encuestas mundiales existentes de la OMS sobre alcohol y salud y sobre los avances hacia el logro de la meta 3.5 de los ODS, así como de otras actividades pertinentes de seguimiento que se llevan a cabo a escala mundial y regional. La recopilación de datos relativos a estos indicadores requerirá efectuar algunos ajustes en las herramientas actualmente existentes para ello.</p>

ANEXO 14

Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, y en particular la consideración del establecimiento de metas al respecto¹

[EB150/7, anexo 9 – 11 de enero de 2022]

ANÁLISIS FUNDAMENTAL DE LA OBESIDAD

1. La obesidad es una compleja enfermedad multifactorial que se define por una adiposidad excesiva que puede perjudicar la salud.² Es también uno de los principales factores de riesgo de muchas enfermedades no transmisibles, como la cardiopatía coronaria; la hipertensión y el accidente cerebrovascular; determinados tipos de cáncer; la diabetes de tipo 2; la colecistopatía; la dislipidemia; afecciones osteomusculares, como la artrosis; la gota; y las neumopatías, incluida la apnea del sueño. La obesidad es el factor de riesgo modificable más importante de la diabetes de tipo 2. Además, las personas con obesidad experimentan a menudo problemas de salud mental junto con diferentes grados de limitaciones funcionales, es decir, discapacidades relacionadas con la obesidad,³ y sufren sesgos, prejuicios y discriminación social.⁴ La obesidad tiene una serie de impulsores y determinantes fundamentales, como la genética, la biología, el acceso a la atención de salud, la salud mental, la alimentación, la educación, los factores socioculturales, la economía, el medio ambiente y los intereses comerciales, entre otros.

2. El índice de masa corporal (IMC) es un marcador de la adiposidad que se calcula como peso dividido por estatura en metros cuadrados (kg/m^2) y se utiliza para la vigilancia poblacional de la obesidad. Las categorías del IMC para definir la obesidad varían según la edad y el sexo en lactantes, niños y adolescentes. En el caso de los adultos, la obesidad se define por un IMC mayor o igual a $30,00 \text{ kg}/\text{m}^2$. Un IMC comprendido entre $25,00$ y $29,99 \text{ kg}/\text{m}^2$ también se asocia a un mayor riesgo de enfermedad y se denomina preobesidad. Este espectro continuo de riesgo se reconoce al considerar el sobrepeso, que afecta a los adultos con un IMC superior a $25,00 \text{ kg}/\text{m}^2$. En el caso de los niños de 5 a 19 años de edad, la obesidad se define por un IMC para la edad de más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana de la referencia de crecimiento de la OMS. En el caso de los niños menores de 5 años, se utiliza como indicador el sobrepeso, que se define como un peso para la estatura de más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² CIE-11 Código 5B81.

³ ICF-OB: a multidisciplinary questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health to address disability in obesity. *Eur J Physical Rehab Med.* 2018; 54(1):119-21. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04836-5.

⁴ Obesity: preventing and managing the global epidemic. report of a who consultation. serie de informes técnicos de la Organización Mundial de la Salud, 2000; 894:I–XII, 1–253.

3. A nivel mundial, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad y el número de personas afectadas han aumentado en todos los grupos de edad y seguirán aumentando durante el próximo decenio.¹

	2000	2020	2030
Niños menores de 5 años con sobrepeso	33,3 millones	38,9 millones	39,8 millones
Niños de 5 a 19 años de edad con obesidad	52,3 millones	150 millones	254 millones
Adultos con sobrepeso	1200 millones	1900 millones	PD ²
Adultos con obesidad	300 millones	600 millones	PD

4. Las siguientes tendencias alarmantes están saliendo a la luz:

- Casi la mitad de los niños menores de 5 años afectados por sobrepeso viven en Asia y más de una cuarta parte vive en África.
- En 2016 la prevalencia de la obesidad entre los niños de 5 a 19 años era de un 20% o más en varios países del Pacífico, el Mediterráneo Oriental, el Caribe y las Américas.³ En el plano mundial el número de niños y adolescentes obesos se ha triplicado de 2000 a 2016.⁴
- Entre los adultos, las tasas de obesidad crecen más rápidamente en los países de ingresos medianos, sobre todo en Asia Sudoriental y África. En el plano mundial se prevé que uno de cada cinco adultos tenga obesidad en 2025, y todos los países están lejos de alcanzar las metas para detener la obesidad marcadas para ese año.
- La mayor parte de la población mundial vive en países en los que el sobrepeso y la obesidad tienen mayores efectos en la carga de morbilidad que la insuficiencia ponderal.⁵

¹ Las estimaciones para los menores de 5 años pueden consultarse en las Estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil UNICEF-OMS-Banco Mundial para 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/joint-child-malnutrition-estimates-unicef-who-wb>), consultado el 1 de diciembre de 2021. Las previsiones inéditas para 2030 elaboradas por el Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos de la OMS están actualizándose. Se incluirán en la próxima versión del documento sobre las estimaciones para los niños de 5 a 19 años ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-))), consultado el 1 de diciembre de 2021. Las previsiones inéditas para 2030 proceden del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento. Véase también la página sobre prevalencia de la obesidad entre adultos, IMC \geq 30 (estimación bruta) (%) ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-(crude-estimate)-(-))), consultado el 1 de diciembre de 2021. Las previsiones para 2030 todavía no están disponibles.

² Las estimaciones están elaborándose en estos momentos.

³ NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *the Lancet* 2017;390(10113):2627–2642. doi: 10.1016/s0140-6736(17)32129-3.

⁴ Observatorio Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-childrenand-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-childrenand-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-))), (consultado el 11 de abril de 2022).

⁵ Prevalence of Obesity. World Obesity (<https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

5. El sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia están asociados a consecuencias adversas para la salud y a una mayor morbilidad en etapas ulteriores de la vida. La prevención y el control del exceso de adiposidad en los niños y adolescentes es importante por numerosos motivos. La pérdida de peso y el mantenimiento del peso después de una pérdida son difíciles de conseguir,¹ por lo que es probable que un exceso de peso en la infancia y la adolescencia se convierta en sobrepeso y obesidad en la edad adulta.²

- El sobrepeso en la infancia y la adolescencia puede afectar de forma inmediata a la salud de los niños y adolescentes, y está asociado a un mayor riesgo de contraer ENT y a una aparición más temprana de estas enfermedades, como la diabetes de tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares.^{3,4,5,6}
- La obesidad en la infancia y la adolescencia tiene consecuencias psicosociales adversas; afecta al rendimiento escolar y a la calidad de vida, a lo que se añaden la estigmatización, la discriminación y la intimidación.^{7,8}
- Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y además corren un mayor riesgo de que se manifiesten ENT siendo ya adultos.

6. El sobrepeso y la obesidad en la edad adulta, en particular en la población mayor, están asociados a una mayor mortalidad por todas las causas. Las personas con obesidad también corren un riesgo cuatro veces mayor de presentar síntomas graves de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) que las personas sin obesidad.⁹

7. Las personas con obesidad suelen ser objeto de estigmatización y sesgos, incluso entre los profesionales de la atención de salud, lo que puede repercutir en el acceso y la calidad de la atención y el tratamiento recibido.¹⁰ El sobrepeso y la obesidad también menoscaban el nivel de instrucción que puede

¹ MacLean P, Higgins J, Giles E, Sherk V, Jackman M. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obes Rev.* 2015;16 Suppl 1 (Suppl 1):45–54. doi: 10.1111/obr.12255.

² Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008;9(5):474–488. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x.

³ Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med.* 1992; 327(19):1350–1355. doi: 10.1056/NEJM199211053271904.

⁴ Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU, De Courten, M, Stevenson C, Walls HL, et al. The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality. *Int J Epidemiol.* 2011; 40(4):985–996. doi: 10.1093/ije/dyr018.

⁵ Park M, Falconer C, Viner R, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obes Rev.* 2012;13(11):985–1000. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01015.x.

⁶ Palma Dos Reis CR, et al. The fetal origins of disease: a prospective cohort study on the association of preeclampsia and childhood obesity. *J Dev Orig Health Dis.* 2021;1–7.

⁷ Caird J, Kavanagh J, O'Mara-Eves A. Does being overweight impede academic attainment? A systematic review. *Health Educ J.* 2014;73:497–521.

⁸ Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev.* 2017; 18(7):742–754. doi: 10.1111/obr.12535.

⁹ Cai Z, Yang Y and Zhang J. Obesity is associated with severe disease and mortality in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *BMC Public Health* 2021; 21(1)1505. doi: 10.1186/s12889-021-11546-6.

¹⁰ Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. doi: 10.1111/obr.12266.

alcanzar una persona y su acceso al mercado laboral e imponen una pesada carga sobre los sistemas de atención de salud, la familia, los empleadores y la sociedad en su conjunto.^{1,2,3}

8. Los costos de la obesidad y de las enfermedades conexas están aumentando. Se calcula que en el plano mundial el costo total para los sistemas de atención de salud del IMC excesivo que prevalece actualmente asciende a US\$ 990 000 millones al año, lo que representa más del 13% de todo el gasto en atención de salud.⁴ La obesidad también genera costos indirectos, como el deterioro de la productividad, años de vida perdidos y peor calidad de vida. En la actualidad, se calcula que los costos directos e indirectos combinados de la obesidad en la atención de salud ascienden aproximadamente a un 3,3% del producto interior bruto total en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.⁵

9. En los países de ingreso alto con epidemias de obesidad declaradas, la prevalencia es mayor en los grupos de bajo nivel socioeconómico. En los países de ingreso bajo, la prevalencia de la obesidad es generalmente más alta en los grupos urbanos de alto nivel socioeconómico, pero puede expandirse posteriormente a sectores más amplios de la sociedad, tanto en zonas urbanas como rurales.⁶

LABOR REALIZADA ANTERIORMENTE POR LA OMS EN MATERIA DE OBESIDAD

10. En un informe de un proceso de consultas de expertos de 1997 se llegó a la conclusión de que las causas fundamentales de la epidemia de obesidad en todo el mundo eran los modos de vida sedentarios y las dietas de alto contenido calórico y grasas, en ambos casos debido a los cambios que se producen en la sociedad y en las pautas de comportamiento de las comunidades como consecuencia de una creciente urbanización e industrialización y de la desaparición de los estilos de vida tradicionales. En el informe se recomendaba: *a*) el uso de enfoques de salud pública para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en las poblaciones, a saber, la mejora de los conocimientos y las aptitudes de la comunidad y la reducción de la exposición de la población a un entorno que promueva la obesidad; y *b*) la adopción de un enfoque integrado de los servicios de atención de salud en entornos comunitarios para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en las personas en situación de riesgo.

11. En el informe de un proceso de consultas de expertos de 2002 se destacó la importancia de: *a*) promover la lactancia materna exclusiva y garantizar la ingesta adecuada de micronutrientes necesaria para promover el crecimiento lineal óptimo de los lactantes y los niños pequeños, y *b*) restringir la ingesta de alimentos de alto contenido calórico y bajo contenido en micronutrientes (por ejemplo, los aperitivos envasados), restringir la ingesta de bebidas azucaradas, limitar el tiempo dedicado a ver la televisión y promover un estilo de vida activo en los niños y los adolescentes, entre otras intervenciones. Además, en el informe también se destacaban otras medidas, como limitar la exposición de los niños a prácticas de comercialización intensivas, proporcionar la información y los conocimientos necesarios para elegir alimentos saludables, modificar el entorno para mejorar la actividad física en las escuelas y las comunidades, y crear más oportunidades de interacción familiar (por ejemplo, comer en familia). En el informe

¹ Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol.* 2008;23:499–509. doi: 10.1007/s10654-008-9239-1.

² Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil. Ginebra, OMS, 2016.

³ Shekar M, Popkin B, eds. 2020. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Human Development Perspectives series. Washington D.C., Banco Mundial. doi:10.1596/978-1-4648-1491-4.

⁴ Calculating the costs of the consequences of obesity. Federación Mundial de la Obesidad, 2017.

⁵ The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Health Policy Studies. París, OCDE, 2019.

⁶ Pampel FC, Denney JT, Krueger PM. Obesity, SES, and economic development: a test of the reversal hypothesis. *Soc Sci Med.* 2012;74(7):1073-1081. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.028.

se indicaba que, en los países en que la desnutrición era prevalente, los programas de nutrición concebidos para controlar o prevenir la desnutrición debían evaluar la estatura en combinación con el peso con el fin de evitar aportar un exceso de energía a los niños de bajo peso para la edad, pero de peso normal para la estatura. Estas recomendaciones se recogieron en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.¹ A raíz de la publicación del informe de 2002, han surgido pruebas adicionales sobre los complejos factores que impulsan la obesidad, incluida su función en la salud materna y fetal, la función de la salud mental, el sueño y otros factores que influyen en el riesgo de obesidad, y los efectos de los cambios metabólicos en la pérdida de peso sostenida, así como la evolución de algunas opciones terapéuticas clínicas.

12. En el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, adoptado en 2012, se estableció la meta mundial de lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez hasta 2025. Entre las principales intervenciones para reducir el riesgo de aumento de peso no saludable en la niñez cabe mencionar las siguientes: 1) abordar la exposición en etapas tempranas de la vida para mejorar el estado nutricional y los patrones de crecimiento; 2) mejorar la comprensión de la comunidad y las normas sociales; 3) abordar la exposición de los niños a la comercialización de alimentos; 4) influir en el sistema y entorno alimentarios; y 5) mejorar la nutrición en los barrios.

13. En el informe de 2016 de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil se elaboró un conjunto exhaustivo e integrado de recomendaciones para combatir la obesidad infantil, entre las que cabe mencionar: 1) aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos saludables y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños y adolescentes; 2) aplicar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan los comportamientos sedentarios en niños y adolescentes; 3) integrar y fortalecer las orientaciones para la prevención de las ENT con las pautas actuales para la atención pregestacional y prenatal a fin de reducir el riesgo de obesidad infantil; 4) ofrecer orientaciones y apoyo al establecimiento de una alimentación sana y de pautas de sueño y de actividad física durante la primera infancia a fin de que los niños crezcan de forma adecuada y adquieran hábitos saludables; 5) aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud y nutrición y actividad física en niños y adolescentes en edad escolar; y 6) ofrecer a niños y jóvenes con obesidad servicios para el control del peso corporal que reúnan diversos componentes y se centren en la familia y en la modificación del estilo de vida.

14. Esta labor, junto con las numerosas experiencias nacionales acumuladas en los dos últimos decenios, proporciona la base para los siguientes principios y recomendaciones. Se sigue trabajando para ampliar la base probatoria y elaborar otros enfoques de políticas y modelos de prestación de servicios.

PRINCIPIOS GENERALES

15. La prevención y el tratamiento de la obesidad requieren entornos saludables, favorables y propicios que fomenten el consumo de una alimentación sana y equilibrada en su aportación calórica y niveles de actividad física adecuados y que favorezcan la salud mental. En la Directriz de la OMS sobre la ingesta de azúcares para adultos y niños² se recomienda un nivel de consumo de azúcares libres inferior al 10% de la energía total, y de ser posible inferior al 5%. En las directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios en niños y adolescentes, adultos y adultos mayores se recomienda que los niños y adolescentes realicen al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa a lo largo de la semana y que los adultos realicen al menos entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada; o bien al menos entre 75 y 150 minutos de actividad

¹ Véase la resolución WHA57.17.

² *Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Resumen disponible en español.

física aeróbica de intensidad vigorosa; o bien una combinación equivalente de actividades de intensidad moderada y vigorosa a lo largo de la semana. En la población mayor puede que sea necesario adaptar la actividad física recomendada.

16. Las medidas de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad deben adoptar enfoques sistémicos a partir de esferas o acciones específicas, entre las que cabe mencionar:

- un enfoque que implique a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad;
- un enfoque basado en el curso de la vida, en el que los esfuerzos de prevención primaria probablemente tengan efectos óptimos si comienzan a realizarse en la primera infancia con la participación de los padres;¹
- servicios de salud integrados que ofrezcan continuidad asistencial, como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión.

17. Las instancias normativas deben velar por que las políticas de género tengan efecto a lo largo del curso de la vida, en todos los grupos socioeconómicos y en las poblaciones vulnerables. También deberían tenerse en consideración los determinantes medioambientales, sociales y comerciales del sobrepeso y la obesidad. Un enfoque basado en los derechos humanos es importante tanto para reforzar el fundamento lógico de la acción como para orientar las decisiones en materia de políticas.

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LOS GOBIERNOS

18. Aplicar enfoques, medidas y estrategias multisectoriales y que integren la salud en todas las políticas en los diferentes niveles de la cadena causal de la obesidad, ya que la prevención y el tratamiento de la obesidad solo pueden lograrse influyendo simultáneamente en las políticas públicas en múltiples ámbitos. Dichas políticas públicas deben abordar la salud, los sistemas alimentarios, la protección social, el entorno construido y la actividad física, la economía y el comercio, la alfabetización y educación para la salud, entre otros temas. También deberían elaborarse planes de acción nacionales integrales y de base científica para la prevención y el tratamiento de la obesidad en todos los grupos de edad y de población.

Salud

19. Ofrecer continuidad asistencial mediante la puesta en marcha de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y manejo de la obesidad, como componentes del plan nacional de cobertura sanitaria internacional.

20. Incluir la prevención y el tratamiento de la obesidad en el conjunto de medidas de atención primaria. Los planes de prestaciones de atención de salud deberían incluir la cobertura de una serie de servicios para la prevención y el tratamiento de la obesidad con el fin de evitar que las poblaciones afectadas y sus familias realicen pagos directos.

21. Prestar asesoramiento en materia de alimentación, peso y lactancia tanto para la madre como el niño en el marco de la atención prenatal y posnatal, junto con asesoramiento sobre actividad física y abandono del tabaco, y medir el aumento de peso durante la gestación. Promover, proteger y sostener la lactancia materna, así como la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de

¹ Wilkinson TM. Obesity, equity and choice. *J Med Ethics*. 2019 May;45(5):323–328. doi: 10.1136/medethics-2018-104848.

Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones de seguimiento, y aplicar la Iniciativa «Hospitales amigos del niño».

22. Aplicar las directrices de la OMS para prestar apoyo a los trabajadores de la atención primaria de salud en la prevención, detección y tratamiento del sobrepeso o la obesidad infantil¹ en el contexto de las prioridades nacionales. Entre las medidas específicas se incluyen las siguientes:

a) Medir el peso y la estatura de todos los lactantes y niños menores de 5 años que acudan a los establecimientos de atención primaria de salud con el fin de determinar su peso para la estatura y su estado nutricional de conformidad con los patrones de crecimiento infantil de la OMS.^{2,3} Comparar el peso de un niño con los patrones de su longitud/estatura es una forma eficaz de evaluar tanto la emaciación como el sobrepeso.

b) Prestar asesoramiento a los padres, familiares y cuidadores sobre promoción de la salud, concretamente sobre alimentación sana y actividad física, en particular promoviendo y apoyando la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses después del nacimiento y la continuación de la lactancia materna hasta los 24 meses o más después del nacimiento,⁴ y vincular dicho apoyo con un plan de nutrición adecuado.

c) Elaborar un plan multidisciplinario para el tratamiento de los niños con obesidad a través de un enfoque centrado en la familia. Esta tarea puede correr a cargo de un profesional de la atención de salud a nivel de la atención primaria de salud y/o a nivel comunitario si está adecuadamente capacitado, o realizarse en un dispensario u hospital local de derivación.

23. Velar por que las actividades de promoción de la salud, incluidos el seguimiento y el control del peso, se ofrezcan de forma equitativa y se presten progresivamente a personas de todas las edades, en particular en el marco de la cobertura sanitaria internacional, y que las personas con obesidad tengan acceso a profesionales de la atención de salud capacitados, servicios de medición del peso y cribado, nutrición sana, actividad física, apoyo psicológico, asesoramiento, farmacoterapia y cirugía.

24. Integrar la prevención y el tratamiento de la obesidad en equipos clínicos multidisciplinarios para que las personas con obesidad reciban apoyo y tratamiento adecuados, en particular para las comorbilidades y las coafecciones (salud mental y discapacidad) de la obesidad. Promover y ofrecer acceso equitativo a una atención de calidad.

25. Garantizar un número suficiente de profesionales de la atención de salud debidamente capacitados en la prevención y el tratamiento de la obesidad a través de formación anterior y posterior al empleo.

¹ Guideline: assessing and managing children at primary health facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Updates for the integrated management of childhood illness (IMCI). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

² Patrones de crecimiento infantil de la OMS para niños menores de 5 años.

³ Referencia de crecimiento infantil de la OMS para niños entre 5 y 19 años de edad.

⁴ Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

Sistemas alimentarios

26. Mejorar la accesibilidad y asequibilidad de una alimentación saludable para toda la población mediante la adopción de las siguientes medidas.

- a) Formular una política agrícola más coherente y propicia para fortalecer sistemas alimentarios sostenibles que proporcionen una alimentación inocua y saludable, con menos calorías diarias procedentes de grasas y azúcares, y un mayor número de raciones diarias de cereales integrales, leguminosas, frutos secos, verduras y frutas.¹ Ello incluye alentar a los fabricantes de alimentos a que sustituyan y/o reformulen sus productos.
- b) Influir en el entorno alimentario (incluidos los entornos digitales)² mediante políticas fiscales y de precios (tributación e incentivos) que impulsen el consumo de cereales integrales, leguminosas, frutos secos, verduras y frutas, y reduzcan la demanda de productos con un contenido alto de grasas, azúcares y sal/sodio.
- c) Regular la comercialización de los alimentos y bebidas con un alto contenido en grasas, azúcares y sal/sodio, así como la comercialización de sucedáneos de la leche materna y de leche de continuación para lactantes mayores, incluida la comercialización digital.
- d) Establecer un etiquetado nutricional para ayudar a los consumidores a comprender el contenido de nutrientes de los alimentos, en particular mediante información de fácil comprensión en el punto de elección (por ejemplo, mediante el etiquetado nutricional en la parte delantera del envase o el etiquetado de los menús).
- e) Formular políticas públicas de adquisición y servicios de alimentos que apoyen la adquisición, distribución, venta y/o los servicios de alimentos que respalden una alimentación saludable en las escuelas y otras instituciones públicas, como oficinas gubernamentales, guarderías infantiles, hogares de ancianos, hospitales, centros de salud, centros comunitarios, bases militares y establecimientos penitenciarios.³

Protección y bienestar social

27. Diseñar programas de protección social para la producción de alimentos sanos y sostenibles (incluidas transferencias de efectivo) que faciliten el acceso a una alimentación saludable y promuevan la sostenibilidad y la equidad socioeconómica. Dichos programas también pueden contribuir a reducir los desequilibrios entre los sistemas alimentarios al vincular a los pequeños productores agroecológicos y a los operadores de los sistemas alimentarios con los programas, y de ese modo promover un sistema virtuoso y equitativo entre los beneficiarios y los proveedores.

Entorno construido y actividad física

28. Hacer partícipes a los gobiernos municipales para que faciliten el acceso a una alimentación saludable, por ejemplo, mediante el establecimiento de mercados de alimentos frescos y a través de

¹ Obesidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Digital food environments. Factsheet. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

³ Raine KD, Atkey K, Dana L, Ferdinands A, Beaulieu D, Buhler S, et al. Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2018; 38(1): 6–17. doi: 10.24095/hpcdp.38.1.03.

políticas de zonificación, y para que promuevan la actividad física, por ejemplo, a través de la movilidad activa. La mayoría de la población mundial vive en entornos en los que domina la proliferación de alimentos baratos y de alta densidad energética que están ampliamente disponibles, mientras que las oportunidades de realizar actividad física son escasas, lo que provoca un aumento de peso excesivo.

29. Adoptar y aplicar las directrices y las recomendaciones normativas de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Las directrices de la OMS proporcionan información detallada sobre el nivel de actividad física que deben realizar los diferentes grupos de edad y grupos de población específicos para gozar de buena salud.

30. Aplicar las medidas de política recomendadas que se describen en el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Actividad Física 2018-2030, en el que se formulan recomendaciones sobre la manera en que los países pueden: 1) establecer normas y actitudes sociales positivas mediante la mejora del conocimiento de los múltiples beneficios que entraña una actividad física regular, en función de la capacidad, a lo largo del curso de la vida; 2) crear medios favorables que promuevan y salvaguarden los derechos de todas las personas a tener un acceso equitativo a lugares y espacios seguros en sus ciudades y comunidades en los que puedan realizar una actividad física regular; 3) garantizar programas y servicios adecuados y apropiados en todos los entornos clave que respalden a las personas de todas las edades y capacidades para que realicen una actividad física regular, bien en solitario o con sus familias y comunidades; 4) reforzar la gobernanza, los sistemas de datos y las inversiones para la aplicación de medidas internacionales, nacionales y subnacionales eficaces y coordinadas con el fin de aumentar la actividad física y reducir los comportamientos sedentarios.

Alfabetización y educación para la salud

31. Elaborar, adaptar y aplicar directrices dietéticas basadas en los alimentos que son, entre otras cosas, herramientas para promover hábitos deseables de consumo de alimentos y mejorar el bienestar nutricional. Estas directrices trasladan las orientaciones científicas sobre la relación entre la alimentación, la nutrición y la salud a orientaciones y mensajes basados en los alimentos que tienen en cuenta los contextos nacionales, los grupos vulnerables, el estado nutricional de las poblaciones, la disponibilidad de alimentos, los hábitos alimentarios y los contextos culturales. Esas directrices sirven también de instrumentos para la aplicación de políticas y programas nacionales de nutrición y proporcionan orientaciones para la formulación de políticas alimentarias y agrícolas.¹

32. Poner en marcha campañas para la promoción de una alimentación saludable y actividad física a fin de complementar otras medidas que configuren el entorno alimentario y orienten el estilo de vida de las personas,² como uno de los componentes de la respuesta a la epidemia de obesidad, recopilando apreciaciones comportamentales y culturales procedentes de las ciencias sociales y las humanidades en relación con la salud para contribuir a elaborar medidas que propicien cambios de comportamiento, como programas para mejorar las habilidades culinarias.

Seguimiento y evaluación

33. Establecer sistemas de vigilancia, en particular para hacer seguimiento del peso, la estatura, la ingesta alimentaria y los niveles de actividad física de las personas de todos los grupos de edad.

¹ Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A Global Review of FoodBased Dietary Guidelines. *Adv Nutr.* 2019;10(4):590–605. doi: 10.1093/advances/nmy130.

² Apéndice 3 actualizado del PAM-ENT. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

34. Hacer seguimiento y evaluación de la aplicación de las políticas y programas en diferentes sectores, en particular para evaluar el acceso a cuidados e intervenciones clínicas de calidad, la capacidad de los trabajadores de la salud, la disponibilidad de alimentos saludables y los efectos de las medidas adoptadas para la reducción de la obesidad a lo largo del curso de la vida.

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA OTROS ACTORES SOCIALES

Sociedad civil

35. Alentar a los gobiernos a que elaboren respuestas nacionales ambiciosas con el fin de incrementar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de alimentos saludables; promover la introducción de una alimentación saludable y de actividad física; y apoyar la aplicación y evaluar los progresos de las políticas conexas.

36. Garantizar que se da resonancia a las voces de las personas con obesidad o afectadas por ella, y crear conciencia sobre esas personas.

37. Movilizar a la población para aumentar la demanda popular de políticas de prevención de la obesidad, lo que incluye el perfeccionamiento y la racionalización de la información pública; el establecimiento de marcos sobre la obesidad eficaces para cada población; el fortalecimiento de la promoción en los medios de comunicación; la promoción de manifestaciones de los ciudadanos y de su participación; y el fomento de un entorno político receptivo con agentes favorables al cambio integrados en todas las organizaciones y sectores.

Comunidad académica

38. Consolidar y ampliar la base de pruebas científicas sobre las causas, los determinantes y las consecuencias de la obesidad, así como sobre las respuestas a nivel individual, comunitario y social.

39. Formular y aplicar programas de evaluación de políticas para valorar los efectos, la viabilidad y la adaptación a escala de intervenciones recomendadas junto con análisis de costo-eficacia.

Operadores económicos del sistema alimentario

40. Garantizar el acceso a una alimentación saludable, desde la producción hasta la distribución y la promoción. Los fabricantes deberían reformular sus productos, en particular los destinados a los niños (para reducir el contenido de sal y de azúcar), y reducir el tamaño de las porciones. Todas las empresas pueden ofrecer una alimentación saludable en los comedores de sus locales. Las cadenas de distribución de alimentos podrían facilitar el acceso a productos frescos, en particular frutas y verduras, y apoyar su promoción mediante una publicidad adecuada por emplazamiento. Las empresas de restauración pueden adoptar medidas para alinear sus ofertas con las directrices dietéticas nacionales basadas en los alimentos.

Operadores económicos de las industrias del deporte, el ejercicio físico y las actividades recreativas

41. Reforzar la promoción y la oferta de actividad física en el lugar de trabajo, mejorar el acceso a gimnasios, clubes y centros recreativos, así como su asequibilidad, promover las tecnologías ponibles y apoyar el fortalecimiento de la oferta de educación física y deportes escolares para todos los niños.¹

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LA OMS

Elaboración de orientaciones e instrumentos

42. Ampliar la orientación que se ofrece a los profesionales de la atención de salud en materia de prevención y tratamiento de la obesidad en todos los grupos de edad, incluidas las intervenciones breves.

43. Trasladar las orientaciones normativas y técnicas a manuales e instrumentos operacionales y enfoques integrados que los Estados Miembros puedan adoptar.

44. Abogar por la aplicación universal de las orientaciones de la OMS sobre una alimentación saludable y de las políticas destinadas a configurar el entorno alimentario para que todas las personas tengan acceso a los servicios de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en todos los grupos de edad, y en particular las poblaciones vulnerables y desplazadas.

45. Documentar y difundir las buenas prácticas adoptadas por los gobiernos en la respuesta a la prevención y tratamiento de la obesidad.

46. Hacer partícipes a otros organismos de las Naciones Unidas con mandatos comunes en este ámbito, como UNICEF y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Fomento de la capacidad de los prestadores de servicios

47. Contribuir a aumentar el número de profesionales de la atención de salud capacitados en materia de nutrición y garantizar la calidad de sus competencias y de los servicios que prestan. La mayoría de los profesionales de la atención de salud no están adecuadamente capacitados para tratar cuestiones relacionadas con la alimentación, la actividad física y la nutrición, en particular la prevención y tratamiento de la obesidad, lo que influye en la calidad de la atención de las poblaciones afectadas y sus familiares y/o los cuidadores. La capacitación en nutrición y en la prevención y tratamiento de la obesidad no es un requisito obligatorio en los programas de estudios de las facultades de medicina, de enfermería y de otras escuelas profesionales en muchos países.² Un aumento en el número de profesionales de la atención de salud que han recibido capacitación en la prevención y tratamiento de la obesidad, en particular en la formación anterior al empleo, mejorará el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios prestados a las personas con obesidad.

Diálogo normativo y apoyo a la aplicación

48. Participar en diálogos estratégicos y normativos con los ministerios de salud, argumentando en favor de la adopción de medidas y del uso de instrumentos normativos fundamentados en pruebas y costoeficaces de la manera más adecuada al contexto del país. La OMS centrará sus esfuerzos y recursos en una serie

¹ Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *The Lancet*. 2015;385(9985):2422–31. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61743-8.

² Kris-Etherton PM, Akaba SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, et al. Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm. *Adv Nutr*. 2015;6(1):83–7. doi: 10.3945/an.114.006734.

de países prioritarios con una elevada carga de sobrepeso y obesidad, y que demuestren estar dispuestos a actuar.

49. Supervisar la adopción de políticas y sus efectos y apoyar su aplicación en los países.

METAS

Metas de resultados

50. La Asamblea Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas han aprobado las siguientes metas e indicadores de resultados.

- a) Detener el aumento de la obesidad en los niños menores de 5 años,¹ los adolescentes y los adultos² para el año 2025 (utilizando el año 2010 como base de referencia).
- b) Poner fin a todas las formas de malnutrición para el año 2030 (utilizando el año 2015 como base de referencia).
- c) Conseguir un 3% o un porcentaje inferior en la prevalencia del sobrepeso en los niños menores de 5 años para 2030.

Metas de resultados intermedios

51. El establecimiento de metas de resultados intermedios y metas de proceso podría favorecer la ampliación de las medidas a escala. Las metas de resultados intermedios están vinculadas a medidas fundamentales en la ruta causal hacia la aparición de la obesidad. Las metas pueden estar relacionadas con la calidad de la alimentación y los niveles de actividad física. Entre las metas de resultados intermedios cabe mencionar las siguientes.

- a) Tanto en adultos como en niños, la OMS recomienda reducir la ingesta de azúcares libres a menos de un 10% de la ingesta calórica total. Esta meta se basa en una recomendación firme recogida en la directriz de la OMS sobre la ingesta de azúcares en adultos y niños publicada en 2015.³
- b) Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo. Esta es una de las seis metas mundiales sobre nutrición aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud.¹
- c) Una reducción relativa del 15% en la prevalencia mundial de inactividad física en adultos y adolescentes antes de 2030.⁴ La Asamblea Mundial de la Salud estableció esta meta en 2010 y la actualizó en el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Actividad Física 2018-2030.

¹ Véase el documento WHA65/2012/REC/1, anexo 2.

² Véase el PAM-ENT.

³ *Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>), consultado el 1 de diciembre de 2021. Resumen disponible en español (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/154587>).

⁴ Utilizando el año 2016 como base de referencia.

Metas de proceso

52. Las metas de proceso están relacionadas con la presencia de políticas recomendadas por la OMS y la cobertura efectiva de servicios que podrían impulsar los cambios deseados en los resultados intermedios (alimentación y actividad física) y en los resultados finales (prevalencia de la obesidad). Entre las metas de proceso que deben alcanzarse antes del año 2030 se incluyen las siguientes:

- a) aumentar la cobertura de los servicios de atención primaria de salud para que incluyan la prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes;
- b) aumentar la densidad de profesionales de la nutrición hasta un nivel mínimo de 10 por 100 000 habitantes (justificación: indicador ya incluido en el Marco global de vigilancia en nutrición¹ y notificado en el sistema de información sobre la situación general de la nutrición;² base de referencia 2016-2017: 2,2 por 100 000 habitantes);
- c) fomentar la adopción de reglamentos para controlar la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (indicador recogido a través del examen de las políticas de nutrición a escala mundial³ y la encuesta sobre la capacidad de los países para hacer frente a las ENT;⁴ base de referencia: 47 países (base de datos mundial sobre la aplicación de medidas nutricionales));
- d) todos los países promueven campañas nacionales de comunicación y formación pública sobre actividad física (alineadas con el uso en el marco de seguimiento de los progresos sobre las ENT y las buenas opciones en materia de ENT recomendadas en 2018); y
- e) todos los países cuentan con un protocolo nacional para la evaluación y asesoramiento sobre la actividad física en la atención primaria (alineado con el uso en el marco de seguimiento de los progresos sobre las ENT y las buenas opciones en materia de ENT recomendadas en 2018).

¹ Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025. OMS y UNICEF (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272262/9789243513607-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Nutrition Landscape Information System: GNMF Profile (who.int)(NLiS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework>).

³ *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514873>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ NCD Country Capacity Survey. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdccc>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

ANEXO 15

Proyecto de plan de trabajo para el mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2022-2025¹

[EB150/7, anexo 10 – 11 de enero de 2022]

[En los párrafos 1 a 5 se explica el mandato y el proceso de elaboración del plan de trabajo.]

Alcance, finalidad y modalidades

6. El plan de trabajo está organizado en torno a las esferas prioritarias de trabajo previstas para el Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (GCM/NCD) por los Estados Miembros en la decisión WHA74(11). Además, la orientación y las recomendaciones proporcionadas en las evaluaciones preliminares y finales^{2,3} del GCM/NCD y en la evaluación intermedia de la aplicación del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 (PAM-ENT)⁴ de la OMS han servido de base tanto para el plan de trabajo como para la teoría del cambio y el modelo lógico. Mediante las esferas prioritarias se logra un enfoque más centrado en la aplicación de las cinco funciones, en consonancia con el alcance y la finalidad del GCM/NCD, según lo dispuesto en su mandato, así como con los programas de la OMS relacionados con las enfermedades no transmisibles.

7. Los modelos de aplicación en todas las actividades del plan de trabajo están diseñados para formalizar una colaboración más eficaz entre los participantes en el GCM/NCD, mejorar la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta del GCM/NCD a las necesidades de los Estados Miembros y mejorar los resultados en los países a fin de garantizar una aplicación de apoyo específica del PAM-ENT mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las asociaciones, con miras a acelerar la respuesta de los países para la prevención y el control de las ENT y reducir sus factores de riesgo.

8. Durante la aplicación del plan de trabajo, el GCM/NCD colaborará continuamente con partes interesadas pertinentes de toda la OMS, incluidas oficinas regionales y oficinas en los países, para fomentar una colaboración significativa entre la Organización, Estados Miembros y agentes no estatales, en la que se incluya a la sociedad civil, a las personas que viven con ENT o están afectadas por ellas, a entidades pertinentes del sector privado y al mundo académico. Las medidas de la ejecución servirán para hacer un seguimiento a lo largo del tiempo del progreso hacia los objetivos, y como base para una adaptación oportuna de estos.

9. Este plan de trabajo y la teoría del cambio y el modelo lógico asociados se perfeccionarán sobre la base de las aportaciones continuas de los Estados Miembros y del proceso de planificación estratégica

¹ Véase la decisión WHA75(11).

² Véase el documento A71/14 Add.1.

³ Véase el documento A74/10 Add.2.

⁴ Véase el documento A74/10 Add.1.

en curso, y se verán reforzados por datos cualitativos y cuantitativos, estudios de casos y otras medidas de la ejecución.

ESFERAS PRIORITARIAS, MEDIDAS Y MEDIDAS DE LA EJECUCIÓN

Esfera prioritaria 1

Eje operacional para el intercambio de conocimientos y la difusión de respuestas innovadoras de múltiples partes interesadas en los países, basándose en la concienciación y el fomento de ese intercambio entre los Estados Miembros y los agentes no estatales, y la generación conjunta, el fortalecimiento y la difusión de información basada en datos fidedignos, para respaldar a los gobiernos en la adopción de soluciones eficaces que incluyan a múltiples sectores y partes interesadas.

Medida 1.1: Mejorar y realinear el Portal de Divulgación de Conocimientos (KAP, por sus siglas en inglés) para apoyar las actividades del GCM/NCD y a sus participantes.

Actividad 1.1.1 (2022-2025): Ampliar datos e información, entre otras cosas recopilando experiencias multisectoriales y de múltiples partes interesadas a nivel mundial, regional y nacional, información sobre la colaboración y actuación de la comunidad, mejores prácticas e historias de éxito de participantes en el GCM/NCD.

Resultado previsto: se actualizará el KAP para incluir la última información pertinente sobre experiencias multisectoriales y de múltiples partes interesadas, e información sobre la colaboración y actuación de la comunidad que utilizan los países y participantes del GCM como base para la elaboración de planes nacionales y subnacionales y para fortalecer las respuestas en los países.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025, un aumento del tráfico del sitio KAP del 25% con respecto a la base de referencia de 2021 (incluidas visitas a la página, proporción de clics y tiempo en el sitio).
- Número de presentaciones de contenido realizadas por la OMS, Estados Miembros y otros participantes en el GCM/NCD de 2022 a 2025.

Actividad 1.1.2 (tercer trimestre de 2022): Adaptar el KAP para mejorar las funcionalidades y lograr una mejor colaboración relativa a los conocimientos entre los participantes del GCM/NCD en relación con todas las actividades del plan de trabajo.

Resultado previsto: los países y otras partes interesadas de la OMS utilizarán el KAP mejorado para fomentar la participación y la colaboración y para alinear los productos del GCM/NCD con las necesidades de los países.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025, un aumento en el tráfico del sitio KAP del 25% con respecto a la base de referencia de 2021 (incluidas visitas a la página, proporción de clics y tiempo en el sitio).
- Análisis de visitas únicas a páginas específicas mejoradas o añadidas al KAP desde 2021.

Medida 1.2: Proporcionar información sobre las necesidades de salud de grupos marginados y grupos de población que viven en situaciones vulnerables a fin de promover la equidad en la prevención y el control de las ENT.

Actividad 1.2.1 (2022-2025): Llevar a cabo la serie de seminarios web «NCD Voices in the Decade of Action» (Voces sobre las ENT en el decenio de acción).

Resultado previsto: las respuestas nacionales en materia de ENT se basarán en la perspectiva y las necesidades de salud de grupos marginados y poblaciones vulnerables para que los más expuestos al riesgo no se queden atrás.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025 se habrán realizado al menos 10 seminarios web.
- Análisis sobre la participación en seminarios web, y el grado de satisfacción al respecto, mediante encuestas a participantes.

Esfera prioritaria 2

Facilitador a escala mundial de la evaluación de las medidas multisectoriales adoptadas en los países y del diseño conjunto y la ampliación de enfoques, soluciones o iniciativas innovadores, con el fin de impulsar la adopción de acciones eficaces multisectoriales y de múltiples partes interesadas.

Medida 2.1: Desarrollar un registro en línea y un informe especial sobre las medidas multisectoriales eficaces de prevención y control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Actividad 2.1.1 (2022-2025): Desarrollar y gestionar un registro en línea con ejemplos de soluciones y experiencias multisectoriales nacionales o subnacionales sobre la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental, con información sobre las pruebas subyacentes o la evaluación de las soluciones.

Resultado previsto: los países utilizarán el registro para aprovechar las enseñanzas extraídas para la adopción de medidas multisectoriales eficaces en relación con las ENT y los trastornos de salud mental a nivel nacional y subnacional.

Medidas de la ejecución:

- Representación equilibrada de los Estados Miembros en el registro, en la que se prestará especial atención a las experiencias de países de ingresos bajos y medianos en todas las regiones de la OMS.
- Análisis de visitas únicas al registro y descarga de estudios de caso en el primer año después de su lanzamiento.

Actividad 2.1.2 (2023): Elaborar un informe especial sobre soluciones y experiencias multisectoriales a nivel nacional o subnacional en todas las regiones de la OMS para la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Resultado previsto: los Estados Miembros y otras partes interesadas directas utilizarán el informe especial con análisis de las mejores prácticas, experiencias y soluciones para

elaborar respuestas multisectoriales nacionales y subnacionales destinadas a la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Medidas de la ejecución:

- Al menos 100 participantes en el evento de lanzamiento u otras actividades, con representación de Estados Miembros de todas las regiones de la OMS.
- Análisis de descargas únicas del informe especial en el primer año después de su lanzamiento.

Medida 2.2: Segunda reunión general del GCM/NCD de la OMS.

Actividad 2.2.1 (2023): Convocar una reunión general del GCM/NCD en la que participen personas que viven con ENT.

Resultado previsto: reunión de participantes en el GCM/NCD para intercambiar lecciones aprendidas, evaluar la aceptación y la eficacia de recursos e impulsar los compromisos y acelerar las medidas multisectoriales y de múltiples partes interesadas a nivel local, nacional, regional y mundial para cumplir las metas relativas a las ENT del PAM-ENT, así como la meta 3.4 de los ODS y otros objetivos y metas relacionados con las ENT de la Agenda 2030 (los resultados servirán de base para la adaptación que se requerirá para la siguiente fase de aplicación del GCM/NCD).

Medidas de la ejecución:

- Al menos 100 Estados Miembros y el 80% de los participantes del GCM/NCD asistirán a la reunión general, con representación de Estados Miembros de todas las regiones y entornos de ingresos de la OMS.
- Se obtendrá un informe de la reunión general del GCM/NCD, con contribuciones significativas de participantes del GCM/NCD y logros ejemplares de Estados Miembros pertenecientes a todos los entornos de ingresos y regiones de la OMS, sobre la aplicación de respuestas multisectoriales y de múltiples partes interesadas con el apoyo del GCM/NCD.

Esfera prioritaria 3

Facilitación y actualización de orientaciones dirigidas a los Estados Miembros en relación con la colaboración con los agentes no estatales, en particular en materia de prevención y gestión de riesgos potenciales

Medida 3.1: Proporcionar orientación a Estados Miembros sobre planteamientos de gestión de riesgos y beneficios para cuando estudien la posibilidad de colaborar con agentes no estatales, empezando por el sector privado, para la prevención y el control de las ENT, mediante un instrumento destinado a orientar un proceso de adopción de decisiones informadas sobre la base de la orientación, la experiencia y los conocimientos especializados de la OMS y otras partes interesadas pertinentes.

Actividad 3.1.1 (cuarto trimestre de 2022): Llevar a cabo un proceso completo de consultas con la OMS, Estados Miembros y agentes no estatales pertinentes para desarrollar un instrumento que sirva como guía en la toma de decisiones de los Estados Miembros sobre la participación del sector privado en la prevención y el control de las ENT.

Resultado previsto: los Estados Miembros recibirán apoyo para utilizar soluciones de gestión de riesgos al estudiar la posibilidad de colaborar con actores no estatales, incluido el sector privado, teniéndose en cuenta las prioridades nacionales en materia de ENT para alcanzar la meta 3.4 de los ODS y sopesándose los riesgos frente a los beneficios, entre otras cosas mediante estrategias de reducción de riesgos.

Medidas de la ejecución:

- En el desarrollo del instrumento participarán los tres niveles de la OMS, Estados Miembros y actores no estatales del GCM/NCD.
- Al menos 100 participantes en el evento de lanzamiento del instrumento, con representación de Estados Miembros de todos los entornos de ingresos y regiones de la OMS.
- Análisis de descargas únicas del instrumento en el primer año después de su lanzamiento.

Actividad 3.1.2 (2024-2025): Fomentar la capacidad de los países para contextualizar y utilizar el instrumento de la OMS con miras a apoyar la toma de decisiones basadas en el análisis de los beneficios y riesgos relacionados con una posible colaboración con el sector privado para la prevención y el control de las ENT.

Resultado previsto: capacidad de los Estados Miembros para tomar decisiones fundamentadas sobre la colaboración con el sector privado para la prevención y el control de las ENT, reforzadas por el instrumento y por el apoyo técnico de la OMS para su aplicación, a fin de responder a las prioridades nacionales y alcanzar la meta 3.4 de los ODS, teniendo debidamente en cuenta la evaluación y la gestión de los beneficios y riesgos.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025, al menos seis países habrán apoyado la aplicación del instrumento, incluidos al menos cuatro de ingresos bajos y medianos.
- Las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS adoptarán el instrumento (por ejemplo, realizarán solicitudes específicas a la Sede o llevarán a cabo adaptaciones del mismo, lo incluirán en instrumentos de la OMS y lo presentarán en sitios web institucionales).

Medida 3.2: Apoyar al Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil de la OMS para una colaboración significativa de esta en las ENT y la CSU.

Actividad 3.2.1 (2022-2025): Establecer la tercera fase del Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil de la OMS sobre las ENT.

Resultado previsto: la sociedad civil proporcionará orientación y recomendaciones al Director General de la OMS en apoyo de políticas, programas y servicios eficaces para la prevención y el control de las ENT y la OMS colaborará con la sociedad civil para luchar contra las ENT.

Medidas de la ejecución:

- El número de miembros habrá aumentado en relación con la base de referencia de 2021, con una representación equilibrada de las ENT y las esferas relacionadas con estas enfermedades, de las personas que viven con ellas y con trastornos de salud mental, y de todas las regiones y entornos de ingresos de la OMS.
- Número de declaraciones, resúmenes de políticas, seminarios web, productos de promoción y eventos paralelos que se habrán elaborado, presentado y comunicado en 2025 a través de los canales de la OMS, según el mandato del Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil, en comparación con años anteriores.
- Informe resumido de los resultados del Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil que se difundirá a través de plataformas y en el marco de diálogos del GCM/NCD.

Esfera prioritaria 4**Facilitador a escala mundial del fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros y de la sociedad civil para elaborar respuestas nacionales de múltiples partes interesadas en materia de prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.**

Medida 4.1: Desarrollar y apoyar la aplicación de un marco de orientación para los mecanismos nacionales de coordinación multisectorial y de múltiples partes interesadas para la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Actividad 4.1.1 (segundo trimestre de 2022): Desarrollar un marco de orientación de la OMS para los mecanismos nacionales de coordinación multisectorial y de múltiples partes interesadas para la prevención y el control de las ENT a través de un planteamiento de creación conjunta con los Estados Miembros, organizaciones de la sociedad civil, personas que viven con ENT y otras partes interesadas.

Resultado previsto: la OMS apoyará a los Jefes de Estado y de Gobierno en el cumplimiento de sus compromisos contraídos para ejercer un liderazgo estratégico con el que responder a las ENT, mediante la promoción de la coherencia política y la coordinación para el desarrollo de enfoques que incluyan la salud en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno, y para la colaboración de las partes interesadas en medidas que abarquen a toda la sociedad, en consonancia con los planes de acción y las metas nacionales concernientes a las ENT y los ODS, mediante el establecimiento o fortalecimiento de mecanismos nacionales multisectoriales y de múltiples partes interesadas.

Medidas de la ejecución:

- En el desarrollo del marco de orientación participarán los tres niveles de la OMS, Estados Miembros y otros participantes en el GCM/NCD.
- Al menos 100 participantes asistirán al seminario web de presentación, en el que estarán representados de forma equilibrada los Estados Miembros de todas las regiones de la OMS y donde se centrará la atención de forma especial en las experiencias de países de ingresos bajos y medianos.
- Análisis de descargas únicas del marco de orientación en el primer año después del lanzamiento.

Actividad 4.1.2 (2022-2025): Fomentar la capacidad de los países para que contextualicen y utilicen el marco de orientación de la OMS con miras a desarrollar o fortalecer mecanismos de coordinación multisectoriales y de múltiples partes interesadas adaptados a ellos.

Resultado previsto: los países utilizarán el marco de orientación y recursos en línea para establecer o fortalecer mecanismos de coordinación nacionales y subnacionales a fin de mejorar la coherencia política y la coordinación para el desarrollo de enfoques que incluyan la salud en todas las políticas y en todos los ámbitos de Gobierno, y para la colaboración de las partes interesadas en medidas que abarquen a toda la sociedad, en consonancia con los planes de acción y las metas nacionales concernientes a las ENT y la meta 3.4 de los ODS.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025 se habrá prestado apoyo técnico a, como mínimo, seis países, de entre los cuales alguno de ingresos bajos y medianos.
- Se presentará y debatirá el marco de orientación en foros internacionales y regionales pertinentes.
- Las oficinas regionales y oficinas en los países de la OMS adoptarán el marco de orientación (por ejemplo, realizarán solicitudes específicas a la Sede o llevarán a cabo adaptaciones del marco de orientación, lo incluirán en el conjunto de instrumentos de la OMS y lo presentarán en sitios web institucionales).

Medida 4.2: Fortalecer el papel de los participantes en el GCM/NCD en la aceleración de las medidas de múltiples partes interesadas para alcanzar la meta 3.4 de los ODS.

Actividad 4.2.1 (2022-2025): Desarrollar y aplicar una estrategia de colaboración con los participantes en el GCM/NCD.

Resultado previsto: el GCM/NCD dará a conocer y utilizará la estrategia de colaboración para mejorar la coordinación y la colaboración con y entre sus participantes, con miras a apoyar a la OMS y a los Estados Miembros en la mejora de las medidas de múltiples partes interesadas a nivel local, nacional, regional y mundial a fin de contribuir a la aplicación del PAM-ENT, protegiendo al mismo tiempo a la Organización y la salud pública de cualquier influencia indebida de toda forma real, posible o percibida de conflicto de intereses.

Medidas de la ejecución:

- El 80% de los participantes en el GCM/NCD tomarán parte en el desarrollo de la estrategia de colaboración mediante la representación equilibrada de sus cuatro grupos.
- Al menos el 50% de los participantes en el GCM/NCD que apoyan a la OMS y a los Estados Miembros mejorarán las medidas de múltiples partes interesadas mediante la aplicación de actividades del plan de trabajo del GCM/NCD.
- El GCM/NCD apoyará a un gran número de oficinas regionales y oficinas en los países de la OMS y de Estados Miembros de todas las regiones de la Organización.

Actividad 4.2.2 (2025): Producir estudios de casos sobre los compromisos y contribuciones de los participantes en el GCM/NCD para apoyar a los países en el avance de la aplicación del PAM-ENT y para acelerar los avances hacia el logro de la meta 3.4 de los ODS.

Resultado previsto: los Estados Miembros y los agentes no estatales utilizarán estudios de casos para fundamentar la elaboración de respuestas nacionales y subnacionales de múltiples partes interesadas más eficaces.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025 se habrán publicado estudios de casos de cada uno de los cuatro grupos de participantes en el GCM/NCD.
- Análisis de descargas únicas de estudios de casos en el primer año después de su lanzamiento.

Esfera prioritaria 5

Coordinador de la sociedad civil, en particular de las personas con enfermedades no transmisibles, para sensibilizar y crear capacidad con miras a que participen de manera significativa en las respuestas nacionales frente a estas enfermedades.

Medida 5.1: Apoyar el desarrollo conjunto de un marco de la OMS para la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Actividad 5.1.1 (cuarto trimestre de 2022): Desarrollar un marco de la OMS sobre la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Resultado previsto: la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países y los Estados Miembros de la OMS utilizarán el marco de la Organización para lograr una colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental en el desarrollo conjunto y el diseño conjunto de principios, políticas, programas y servicios relacionados con las ENT.

Medidas de la ejecución:

- El marco de la OMS contará con una representación equilibrada de los Estados Miembros, en la que se preste especial atención a las experiencias de países de ingresos bajos y medianos en todas las regiones de la OMS.
- Análisis de descargas únicas del marco de la OMS para 2025.
- Para 2025, al menos seis países habrán apoyado la aplicación del marco, incluidos al menos cuatro de ingresos bajos y medianos.
- El marco de la OMS será presentado y debatido en foros internacionales y regionales pertinentes (por ejemplo mediante consultas oficiosas, talleres, eventos y simposios).
- Las oficinas regionales y las oficinas en los países adoptarán el marco (por ejemplo, realizarán solicitudes específicas a la Sede, llevarán a cabo adaptaciones del mismo, lo incluirán en el conjunto de instrumentos de la OMS y lo presentarán en sitios web institucionales).

Actividad 5.1.2 (tercer y cuarto trimestre de 2023): Desarrollar informes de políticas con las oficinas regionales sobre los principios, políticas, estrategias y estructuras necesarios para una colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Resultado previsto: Los Estados Miembros utilizarán informes de políticas para fundamentar la colaboración a nivel nacional con las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Medidas de la ejecución:

- Para 2024, seis Estados Miembros, incluidos al menos cuatro países de ingresos bajos y medianos, habrán elaborado y utilizado seis informes de políticas.
- Para 2025, análisis de descargas únicas de los informes de políticas.

Actividad 5.1.2 (enero de 2023): Realizar los ciclos 2, 3 y 4 del laboratorio de las ENT (NCD Lab) para crear innovaciones que se utilizarán como base en la elaboración de programas mundiales de salud sobre ENT y esferas relacionadas con estas.

Resultado previsto: se elaborarán y darán a conocer a través de las plataformas de la OMS soluciones innovadoras, adaptadas al contexto de los países y disponibles en línea, para lograr un cambio en el ámbito de las políticas, los sistemas o las personas.

Medidas de la ejecución:

- Para 2023 se habrán realizado los ciclos 2, 3 y 4 del laboratorio para todas las esferas temáticas.
- En los próximos dos ciclos, para 2023, se habrán presentado 500 propuestas.
- Análisis de visitas únicas a páginas web del laboratorio de las ENT.

Medida 5.2: Facilitar la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental con la OMS y los Estados Miembros.

Actividad 5.2.1 (2022-2025): Establecer y prestar servicios a un simposio de la OMS sobre personas que viven con ENT y trastornos de salud mental con miras a facilitar una colaboración y diálogo significativos, apoyar un proceso de creación conjunta y movilizar a personas con experiencia en la materia para que participen en una cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en 2025.

Resultado previsto: diálogo continuo y colaboración significativa de personas que viven con ENT y aprovechamiento de su experiencia y enseñanzas extraídas para fundamentar la estrategia de la OMS destinada a cumplir sus objetivos estratégicos clave para la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental

Medidas de la ejecución:

- Participación global y diversa en un simposio de la OMS sobre personas que viven con ENT y trastornos de salud mental, con estructuras que garanticen una representación

adecuada de diferentes experiencias vividas, grupos de partes interesadas, regiones geográficas y entornos de ingresos.

- Para 2025 se habrán celebrado al menos tres simposios de la OMS sobre personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.
- Antes de la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se habrán completado diez productos y actividades de promoción.

Actividad 5.2.2 (segundo a cuarto trimestre de 2023): Desarrollar orientaciones sobre la aplicación del marco relativo a la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental a nivel nacional y regional.

Resultado previsto: las oficinas en los países utilizarán las orientaciones, entre otras cosas para el proceso de adaptación, la conceptualización del marco de orientación, la supervisión y evaluación de la adaptación y la gobernanza de la adaptación, con miras a apoyar la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y elaborar políticas y programas nacionales y subnacionales adaptados a los países.

Medida de la ejecución: para 2025, seis Estados Miembros, incluidos al menos cuatro países de ingresos bajos y medianos, habrán accedido a las orientaciones, y las habrán utilizado, para fundamentar sus planes nacionales.

ANEXO 16

Declaraciones escritas: directrices para los Estados Miembros¹

[A75/30 – 12 de abril de 2022]

1. Las siguientes directrices son aplicables a las declaraciones escritas de los Estados Miembros relativas a las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo que se vayan a publicar en el sitio web de la OMS dedicado a tal efecto.
2. Las declaraciones escritas se hacen públicas con fines informativos. Pretenden estimular el debate y permitir que las delegaciones complementen sus intervenciones orales durante las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS. Por ejemplo, pueden ampliar la información proporcionada por el Estado Miembro en cuestión durante el debate, o describir experiencias nacionales pertinentes para el punto del orden del día de que se trate. Pueden presentarse declaraciones escritas con independencia de que se efectúe una intervención oral durante la reunión, siempre que dichas declaraciones estén relacionadas con un punto del orden del día.
3. Los Estados Miembros pueden presentar declaraciones escritas enviándolas a la dirección de correo electrónico statements@who.int. Las declaraciones que vayan a exponerse de forma oral deben enviarse por separado a la dirección <mailto:interpret@who.int>.
4. Se pueden presentar declaraciones escritas hasta la clausura de la reunión pertinente de la Asamblea de la Salud o del Consejo Ejecutivo. Estas declaraciones permanecerán publicadas hasta la clausura de la reunión equivalente del órgano en cuestión que se celebre dos años después. Las declaraciones presentadas después de la clausura de la reunión pertinente de la Asamblea de la Salud o del Consejo Ejecutivo no serán aceptadas.
5. Para mayor facilidad de lectura, se invita a los Estados Miembros a limitar a 500 palabras sus declaraciones, y a 800 palabras las declaraciones presentadas en nombre de una región o grupo de países.
6. Toda declaración debe indicar con claridad:
 - a) el Estado Miembro que la presenta o, en el caso de las declaraciones regionales, la región o el grupo de países en cuyo nombre se presenta la declaración; y
 - b) la reunión del órgano deliberante y el punto específico del orden del día al que se refiere la declaración.
7. Las declaraciones escritas solo deben contener texto. No se pueden incluir fotografías, diagramas, mapas u otros materiales de información.
8. Las declaraciones escritas pueden presentarse en cualquiera de los seis idiomas oficiales de la OMS (árabe, chino, español, francés, inglés y ruso) y se publicarán en el formato e idioma en que se hayan presentado. Si lo desean, los Estados Miembros pueden aportar traducciones de sus declaraciones

¹ Véase la decisión WHA75(11). Véase también el documento EB149/2021/REC/1, anexo 2.

escritas a uno o más de los idiomas oficiales de la OMS. Dichas traducciones deberán estar claramente marcadas con la indicación «traducción no oficial».

9. Los Estados Miembros asumen toda la responsabilidad por el contenido de sus declaraciones.
 10. Las declaraciones escritas deben versar sobre el punto del orden del día en relación con el que se presentan. No deben contener lenguaje ofensivo, en particular dirigido a otros Estados Miembros.
 11. La oportunidad de publicar declaraciones escritas en el sitio web dedicado a tal efecto no afecta al contenido de las intervenciones orales de los Estados Miembros realizadas durante las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS.
 12. Las declaraciones escritas no sustituyen ni complementan a las actas oficiales de las reuniones pertinentes de los órganos deliberantes de la OMS y no constituyen documentos oficiales de la OMS. Las actas oficiales de las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS se basan exclusivamente en las declaraciones presentadas de forma oral en la reunión, no en el contenido de ninguna declaración escrita que la delegación en cuestión pueda también haber presentado. Las actas oficiales constituyen los únicos registros autorizados de las deliberaciones.
 13. El logotipo de la OMS no aparecerá en las declaraciones, pero sí en la página web en la que se publican estas.
-

ANEXO 17

Texto de las modificaciones del estatuto de la Fundación Ihsan Doğramaci para la Salud de la Familia

[A75/INF./3, anexo 2 – 18 de mayo 2022]

Artículo 6

Administración

La Fundación será administrada por su Administrador, que es el Director General de la Organización Mundial de la Salud. El Administrador dará efecto a las decisiones del Comité de Selección de la Fundación, que estará compuesto por el Presidente del Consejo Ejecutivo, el Presidente de la Universidad Bilkent (Türkiye) o una persona designada por este y un representante del Centro Internacional de la Infancia (Ankara) designado por la Oficina de dicho Centro. Es necesario que todos los miembros del Comité de Selección se hallen presentes durante la toma de decisiones.

ANEXO 18

Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud

Resolución WHA75.6: Prórroga hasta 2025 del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución: La resolución contribuiría a todos los productos del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado. Su objetivo es prorrogar el 13.º PGT y se aplicaría a lo largo de todo el presupuesto del programa aprobado.
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución: Dos años y medio.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución
1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: El trabajo que se llevará a cabo está relacionado con el trabajo en curso de la Organización aprobado a través del presupuesto por programas, por lo que no se prevén costos adicionales para aplicar la resolución.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: No se aplica.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$: No se aplica.

- 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:**
- **Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**
No se aplica.
 - **Déficit de financiación restante para el bienio actual:**
No se aplica.
 - **Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
No se aplica.

13.º PGT: 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023.

Resolución WHA75.7:	Fortalecimiento de la preparación y la respuesta frente a emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:	2.1.2. Se habrán reforzado las capacidades de preparación frente a emergencias en todos los países 2.1.3. Los países estarán en estado de disposición operativa para evaluar y gestionar los riesgos y vulnerabilidades que se detecten
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Dos años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:	US\$ 6,32 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 5,16 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	No se aplica.

Resolución WHA75.8:	Fortalecimiento de los ensayos clínicos para proporcionar evidencias de alta calidad sobre las intervenciones de salud y mejorar la calidad y coordinación de las investigaciones
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:	4.1.3. Fortalecimiento de la base de datos empíricos, el establecimiento de prioridades y la adopción de las normas y criterios generados por la OMS, y mejoramiento de la capacidad de investigación y de los medios destinados a extender de manera eficaz y sostenible las innovaciones, en particular la tecnología digital, en los países
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Un año.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:	US\$ 4,15 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 4,15 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	No se aplica.

5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:
– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: Ninguno.
– Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 4,15 millones.
– Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,37	0,38	0,28	0,38	0,28	0,30	1,66	3,65
	Actividades	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,05	0,34	0,50
	Total	0,40	0,40	0,30	0,40	0,30	0,35	2,00	4,15
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Resolución WHA75.11: Emergencia sanitaria en Ucrania y en los países que reciben y acogen refugiados, a raíz de la agresión de la Federación de Rusia
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución: 13.3.2. Se habrá respondido rápidamente a las emergencias sanitarias agudas mediante la utilización de las capacidades nacionales e internacionales pertinentes
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.

Resolución WHA75.12: Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005)	
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:	2.2.3. Se habrá mitigado el riesgo de emergencia y reemergencia de patógenos de gran peligrosidad y se habrá mejorado la preparación para pandemias
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Dos años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:	Ninguno.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	No se aplica.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	No se aplica.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	No se aplica.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:	<ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Resolución WHA75.13: Estrategia mundial de prevención y control de infecciones
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:</p> <p>1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios integrales esenciales</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:</p> <p>Nueve años (2023-2031).</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 16,46 millones.</p>
<p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 2,44 millones.</p>
<p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 3,53 millones.</p>
<p>4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 10,49 millones.</p>
<p>5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 0,45 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 1,99 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: US\$ 0,50 millones.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,04	1,28	1,66
	Actividades	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,48	0,78
	Total	0,13	0,12	0,11	0,12	0,11	0,09	1,76	2,44
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,11	0,09	0,09	0,10	0,08	0,09	1,90	2,46
	Actividades	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,47	1,07
	Total	0,21	0,19	0,19	0,20	0,18	0,19	2,37	3,53
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,33	0,28	0,26	0,29	0,24	0,26	5,23	6,89
	Actividades	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	1,80	3,60
	Total	0,63	0,58	0,56	0,59	0,54	0,56	7,03	10,49

Resolución WHA75.14: Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:</p> <p>1.3.1. Suministro de orientaciones y normas reconocidas en materia de calidad, inocuidad y eficacia de las listas de productos sanitarios, medios de diagnóstico y medicamentos esenciales</p> <p>1.3.2. Acceso mejorado y más equitativo a los productos sanitarios mediante la conformación del mercado mundial y el apoyo a los países para vigilar y conseguir sistemas de compra y suministro eficientes y transparentes</p> <p>1.3.3. Se habrá fortalecido la capacidad de reglamentación en los países y las regiones y se habrá mejorado el suministro de productos sanitarios seguros y de calidad garantizada</p> <p>1.3.4. Se habrá definido el programa de investigación y desarrollo y se habrá coordinado la investigación en consonancia con las prioridades de salud pública</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:</p> <p>Ocho años.</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 33,15 millones para el periodo comprendido entre 2023 y 2030.</p>

2.a	Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: US\$ 3,83 millones.
2.b	Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: Ninguno.
3.	Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: US\$ 7,96 millones.
4.	Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$: US\$ 21,36 millones (acumulados entre 2026 y 2030).
5.	Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$: <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 1,27 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 2,56 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Se están celebrando debates con los Estados Miembros y otros donantes para movilizar más recursos.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,4	2,3
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,9	1,5
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,3	3,8
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,9	4,8
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,9	3,2
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,8	8,0
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,7	12,8
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,1	8,5
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,8	21,4

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Nota: la diferencia entre el importe de la columna «Total» y el de la columna «Sede» corresponde a la inversión total en las regiones. En la actualidad se está trabajando de forma fluida y se prevé que la inversión en las regiones aumente, pero todavía no se ha realizado el desglose entre las diferentes regiones. Actualmente es más fácil calcular los costes de la Sede en su conjunto que los de las demás oficinas principales por separado.

Resolución WHA75.17: Recursos humanos para la salud
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución: 1.1.5. Los países estarán habilitados para fortalecer su personal de salud y asistencial</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución: Nueve años (2022-2030).</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: US\$ 445,17 millones. Estos costos se presentaron anteriormente para la resolución WHA74.14 de mayo de 2021 y se han perfilado ligeramente para tener en cuenta las lecciones aprendidas en el proceso de aplicación, así como para reflejar pequeños cambios en los costos reales. Este cálculo de costos sustituye el importe calculado para la resolución WHA74.14.</p>
<p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: US\$ 74,78 millones.</p>
<p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.</p>
<p>3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: US\$ 107,68 millones.</p>
<p>4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$: US\$ 262,71 millones.</p>
<p>5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 39,34 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 35,44 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: US\$ 3,00 millones.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	16,16	1,62	3,18	1,16	4,75	2,13	11,04	40,05
	Actividades	12,72	2,85	3,15	1,40	3,69	3,29	7,63	34,73
	Total	28,88	4,47	6,33	2,56	8,44	5,42	18,67	74,78
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	23,28	2,34	4,57	1,67	6,83	3,07	15,90	57,67
	Actividades	18,32	4,11	4,53	2,02	5,31	4,73	10,99	50,01
	Total	41,60	6,45	9,10	3,69	12,14	7,80	26,89	107,68
Bienes futuros recursos previsibles	Personal	56,79	5,71	11,16	4,08	16,67	7,48	38,80	140,69
	Actividades	44,70	10,03	11,05	4,93	12,96	11,54	26,80	122,02
	Total	101,49	15,74	22,21	9,01	29,63	19,02	65,60	262,71

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Resolución WHA75.18: Resultados de la Cumbre de los PEID para la Salud: Por un futuro saludable y resiliente en los pequeños Estados insulares en desarrollo
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:</p> <p>3.1.1. Los países estarán habilitados para abordar los determinantes sociales de la salud a lo largo del curso de la vida</p> <p>3.3.1. Los países estarán habilitados para abordar los determinantes ambientales, en particular el cambio climático</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:</p> <p>Dos años.</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 3,35 millones.</p>

Resolución WHA75.19: Promoción del bienestar y la salud	
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:	<p>3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar factores de riesgos a través de la acción multisectorial</p> <p>3.2.2. Los países estarán habilitados para reforzar las alianzas entre sectores, así como los mecanismos de gobernanza, las leyes y las medidas fiscales</p> <p>3.3.1. Los países estarán habilitados para abordar los determinantes ambientales, en particular el cambio climático</p> <p>3.3.2. Se habrá apoyado a los países con el fin de que creen entornos propicios para la salud</p>
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:	Diez años (2022-2031).
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:	US\$ 10,58 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 1,96 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	US\$ 1,99 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	US\$ 6,63 millones.

- 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:**
- **Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**
1,96 millones.
 - **Déficit de financiación restante para el bienio actual:**
No se aplica.
 - **Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,12	0,10	0,10	0,12	0,09	0,09	0,20	0,82
	Actividades	0,11	0,10	0,11	0,11	0,11	0,10	0,50	1,14
	Total	0,23	0,20	0,21	0,23	0,20	0,19	0,70	1,96
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,12	0,10	0,10	0,12	0,09	0,09	0,21	0,83
	Actividades	0,11	0,10	0,11	0,11	0,11	0,10	0,52	1,16
	Total	0,23	0,20	0,21	0,23	0,20	0,19	0,73	1,99
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,41	0,34	0,34	0,41	0,30	0,30	0,68	2,78
	Actividades	0,37	0,34	0,37	0,37	0,37	0,34	1,69	3,85
	Total	0,78	0,68	0,71	0,78	0,67	0,64	2,37	6,63

Resolución WHA75.20: Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual

A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado

1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta resolución:

1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios integrales esenciales

1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos a enfermedades y afecciones específicas

1.1.3. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud y poder abordar las necesidades sanitarias de poblaciones específicas y los obstáculos a la equidad a lo largo del curso de la vida

1.3.2. Acceso mejorado y más equitativo a los productos sanitarios mediante la conformación del mercado mundial y el apoyo a los países para vigilar y conseguir sistemas de compra y suministro eficientes y transparentes

2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:
No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:
No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la resolución:
Nueve años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución
1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:
US\$ 696,70 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
US\$ 149,40 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:
US\$ 152,40 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:
US\$ 394,90 millones.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:
– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:
US\$ 112,10 millones.
– Déficit de financiación restante para el bienio actual:
US\$ 37,30 millones.
Esta cifra engloba los recursos necesarios para financiar plenamente la Oficina Regional de la OMS para África y para solventar el déficit de financiación de las actividades incluidas en los programas de lucha contra las hepatitis víricas y contra las infecciones de transmisión sexual en los tres niveles de la Organización.
– Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	36,20	5,10	9,10	5,20	5,10	9,30	34,70	104,70
	Actividades	15,50	2,10	3,90	2,30	2,10	4,00	14,80	44,70
	Total	51,70	7,20	13,00	7,50	7,20	13,30	49,50	149,40
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	36,90	5,20	9,20	5,40	5,30	9,50	35,40	106,90
	Actividades	15,80	2,20	3,90	2,30	2,20	4,00	15,10	45,50
	Total	52,70	7,40	13,10	7,70	7,50	13,50	50,50	152,40
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	95,70	13,40	23,90	13,90	13,60	24,50	91,50	276,50
	Actividades	41,00	5,70	10,20	6,00	5,80	10,50	39,20	118,40
	Total	136,70	19,10	34,10	19,90	19,40	35,00	130,70	394,90

Decisión WHA75(8): Financiación sostenible
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:</p> <p>4.2.1. Se habrá mejorado el liderazgo, la gobernanza y las relaciones exteriores para aplicar el 13.º PGT y generar impacto en el ámbito de país, tomando como base las comunicaciones estratégicas y en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el contexto de la reforma de las Naciones Unidas</p> <p>4.2.3. Se dotará de recursos a las prioridades estratégicas de forma previsible, adecuada y flexible gracias al fortalecimiento de las alianzas</p> <p>4.2.4. Se habrán seguido procesos de planificación, asignación de los recursos, monitoreo y presentación de informes basados en las prioridades de los países y encaminados a tener repercusión a escala nacional, aprovechar bien los recursos y cumplir las prioridades estratégicas enunciadas en el 13.º PGT</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:</p> <p>Un año (junio de 2022–mayo de 2023).</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 3,0 millones.</p>

Decisión WHA75(9):	Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	<p>2.1.1. Se habrán evaluado y notificado las capacidades de los países en materia de preparación frente a emergencias provocadas por todo tipo de peligros</p> <p>2.1.2. Se habrán reforzado las capacidades de preparación frente a emergencias en todos los países</p>
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	24 meses (junio de 2022–mayo de 2024).
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	<p>US\$ 6,75 millones.</p> <p>Los costos de las actividades mencionadas en los incisos <i>i</i>) y <i>ii</i>) del apartado <i>a</i>) del párrafo 4 de la decisión ya se han calculado con respecto a la resolución WHA74.7 (2021), por lo que no se vuelven a calcular aquí.</p>
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 5,75 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	US\$ 1,00 millón.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	No se aplica.

- 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:**
- **Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:**
US\$ 1,25 millones.
 - **Déficit de financiación restante para el bienio actual:**
US\$ 4,50 millones.
 - **Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25	1,25
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,50	4,50
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,75	5,75
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,45
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,55
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00
Bienes futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Decisión WHA75(10): Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado

1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:

4.2.1. Se habrá mejorado el liderazgo, la gobernanza y las relaciones exteriores para aplicar el 13.º PGT y generar impacto de manera coordinada en los países, tomando como base las comunicaciones estratégicas y en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el contexto de la reforma de las Naciones Unidas

4.2.4. Se habrán llevado a cabo procesos de planificación, asignación de los recursos, monitoreo y presentación de informes basados en las prioridades de los países con el fin de lograr impacto en los países, aprovechar bien los recursos y cumplir las prioridades estratégicas enunciadas en el 13.º PGT

4.3.4. Habrá un entorno seguro y protegido, con un mantenimiento eficiente de la infraestructura, servicios de apoyo costoeficaces y una cadena de suministro resolutive, en particular en materia de salud y seguridad ocupacionales

13.3.1. Se habrán detectado rápidamente las emergencias y se habrá respondido a ellas con prontitud
13.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:</p> <p>Un año (mayo de 2022 – mayo de 2023).</p>
<p>B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión</p>
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 12,00 millones.</p>
<p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 10,00 millones.</p>
<p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 2,00 millones.</p>
<p>3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 10,00 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 2,00 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Decisión WHA75(11):	Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ¹
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	<p>1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de alta calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios esenciales integrales</p> <p>1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos para enfermedades y afecciones específicas</p> <p>1.3.2. Acceso mejorado y más equitativo a los productos sanitarios mediante la conformación del mercado mundial y el apoyo a los países para vigilar y conseguir sistemas de compra y suministro eficientes y transparentes</p> <p>2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables</p> <p>3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar los factores de riesgo a través de acciones multisectoriales</p> <p>3.2.2. Los países estarán habilitados para reforzar las alianzas entre sectores, así como los mecanismos de gobernanza, las leyes y las medidas fiscales</p> <p>3.3.1. Los países estarán habilitados para abordar los determinantes ambientales, en particular el cambio climático</p>
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.

¹ Nota: Este cálculo de costos procede de la combinación de los cálculos de costos de ocho apéndices distintos. Esto se aplica tanto a los diferentes importes como a los plazos de ejecución. Los cálculos de costos individuales se presentan como apéndices del presente anexo.

Los apéndices individuales son:

1. Hoja de Ruta para la Aplicación en 2023-2030 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 (véase el anexo 8)
2. Recomendaciones para fortalecer las respuestas a la diabetes y hacer el seguimiento pertinente en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, en particular las posibles metas (véase el anexo 9)
3. Estrategia Mundial sobre Salud Bucodental (véase el anexo 10)
4. Recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente las orientadas a fomentar la resiliencia de los sistemas de salud y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria (véase el anexo 11)
5. Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 (véase el anexo 12)
6. Plan de Acción (2022-2030) con el fin de Aplicar Eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como Prioridad de Salud Pública (véase el anexo 13)
7. Recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo de la vida, en particular la consideración de un posible establecimiento de metas al respecto (véase el anexo 14)
8. Plan de trabajo del Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2022-2025 (véase el anexo 15)

3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:
No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:
10 años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:
US\$ 252,62 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
US\$ 38,51 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
Ninguno.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:
US\$ 63,72 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:
US\$ 150,39 millones.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:
– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
US\$ 23,75 millones.
– Déficit de financiación restante para el bienio actual:
US\$ 14,76 millones.
– Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Se están llevando a cabo varias negociaciones con donantes.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	2,19	1,53	1,09	1,90	1,06	1,11	10,72	19,60
	Actividades	2,50	1,80	1,35	2,00	2,10	1,45	7,71	18,91
	Total	4,69	3,33	2,44	3,90	3,16	2,56	18,43	38,51
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	4,21	3,13	2,76	2,92	2,84	2,48	9,66	28,02
	Actividades	5,53	3,80	4,41	4,25	5,00	4,37	8,34	35,70
	Total	9,74	6,93	7,17	7,17	7,84	6,85	18,01	63,72
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	7,15	6,49	5,66	6,66	4,22	5,49	17,55	53,21
	Actividades	14,50	13,40	13,83	14,22	12,78	13,91	14,54	97,18
	Total	21,65	19,89	19,48	20,88	17,01	19,40	32,08	150,39

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA75(17): Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de adoptarse:</p> <p>1.3.3. Se habrá fortalecido la capacidad de reglamentación en los países y las regiones y se habrá mejorado el suministro de productos sanitarios seguros y de calidad garantizada, entre otras cosas a través de los servicios de precalificación</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:</p> <p>Ocho años.</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>Ninguno.</p> <p>El trabajo que se debe llevar a cabo implica elaborar informes sobre los progresos realizados, por lo que la aplicación de la decisión no debería obligar a incurrir en costos adicionales.</p>

2.a	Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: Ninguno.
2.b	Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: Ninguno.
3.	Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: Ninguno.
4.	Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$: Ninguno.
5.	Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Decisión WHA75(18):	Trasplante de órganos y tejidos humanos
A.	Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
1.	Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión en caso de adoptarse: 1.3.3. Se habrá fortalecido la capacidad de reglamentación en los países y las regiones y se habrá mejorado el suministro de productos sanitarios seguros y de calidad garantizada, entre otras cosas a través de los servicios de precalificación
2.	Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.
3.	Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.
4.	Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión: Ocho años.

B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	Ninguno. El trabajo que se debe llevar a cabo implica elaborar informes sobre los progresos realizados, por lo que la aplicación de la decisión no debería obligar a incurrir en costos adicionales.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	Ninguno.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	Ninguno.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:	<ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Decisión WHA75(19):	Medicina tradicional
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión en caso de adoptarse:	1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios integrales esenciales
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.

4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión: Un año (de junio de 2022 a mayo de 2023).
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$: Ninguno. La labor que debe llevarse a cabo conlleva la preparación de un informe final sobre los progresos realizados, de modo que no se prevén costos adicionales para aplicar la decisión.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: No se aplica.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$: No se aplica.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Decisión WHA75(20): La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión en caso de adoptarse: 1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos a enfermedades y afecciones específicas 1.3.1. Suministro de orientaciones y normas reconocidas en materia de calidad, inocuidad y eficacia de las listas de productos sanitarios, medios de diagnóstico y medicamentos esenciales 3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar factores de riesgo a través de acciones multisectoriales

2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:
No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:
No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:
Ocho años (2023-2030)
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:
US\$ 20,71 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
US\$ 2,39 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:
US\$ 4,97 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuesto por programas de futuros bienios, en millones de US\$:
US\$ 13,35 millones (2026-2030).
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:
– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
US\$ 0,94 millones.
– Déficit de financiación restante para el bienio actual:
US\$ 1,45 millones.
– Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
US\$ 1,5 millones.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,84	1,84
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,55
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,39	2,39
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,49	3,49
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48	1,48
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,97	4,97
Bienes futuros recursos previsibles	Personal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,37	9,37
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,98	3,98
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,35	13,35

Nota: Las actividades que se realicen para aplicar esta resolución se coordinan desde la Sede de la OMS a través de comités de expertos y otros grupos consultivos. Dada la naturaleza normativa de las actividades, la mayor parte de la labor se lleva a cabo en la Sede. Dichas actividades conllevan la participación de expertos de países de todas las regiones de la OMS que contribuyen a la labor a título personal.

Decisión WHA75(21): Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión: 3.1.2 Los países estarán habilitados para fortalecer el acceso equitativo a alimentos inocuos, saludables y producidos de forma sostenible a través del enfoque de «Una sola salud»
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado: No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión: 18 meses.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$: US\$ 0,60 millones.

Decisión WHA75(22):	Estrategia Mundial de la OMS para la Inocuidad de los Alimentos
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	3.1.2. Los países estarán habilitados para fortalecer el acceso equitativo a alimentos inocuos, saludables y producidos de forma sostenible a través del enfoque de «Una sola salud»
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Ocho años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	US\$ 24,40 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 4,70 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	US\$ 6,60 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	US\$ 13,10 millones.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:	<ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 1,80 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 2,90 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: US\$ 0,30 millones.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,80	2,00
	Actividades	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,90	2,70
	Total	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	1,70	4,70
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,30	0,30	0,20	0,30	0,20	0,30	1,10	2,70
	Actividades	0,80	0,60	0,50	0,50	0,60	0,60	0,30	3,90
	Total	1,10	0,90	0,70	0,80	0,80	0,90	1,40	6,60
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,70	0,60	0,50	0,60	0,50	0,50	2,20	5,60
	Actividades	1,60	1,20	1,00	1,10	1,20	1,10	0,30	7,50
	Total	2,30	1,80	1,50	1,70	1,70	1,60	2,50	13,10

Decisión WHA75(23):	Reducción de los riesgos para la salud pública asociados con la venta de mamíferos silvestres vivos en los mercados tradicionales de alimentos: prevención y control de las infecciones
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	3.1.2. Los países estarán habilitados para fortalecer el acceso equitativo a alimentos inocuos, saludables y producidos de forma sostenible a través del enfoque de «Una sola salud»
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Ocho años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	US\$ 17,30 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 1,40 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.

3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: US\$ 5,30 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$: US\$ 10,60 millones.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 0,90 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 0,50 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Ninguno.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,09	0,08	0,07	0,08	0,07	0,07	0,40	0,90
	Actividades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50
	Total	0,09	0,08	0,07	0,08	0,07	0,07	0,90	1,40
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,40	0,10	0,30	0,10	0,10	0,10	0,70	1,80
	Actividades	0,70	0,60	0,40	0,40	0,50	0,40	0,50	3,50
	Total	1,10	0,70	0,70	0,50	0,60	0,50	1,20	5,30
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,70	0,20	0,70	0,20	0,20	0,20	1,40	3,60
	Actividades	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	7,00
	Total	1,70	1,20	1,70	1,20	1,20	1,20	2,40	10,60

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA75(24): Iniciativa Mundial de Salud para la Paz
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión: 2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables

2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:
No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:
No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:
Un año, con la presentación de un informe al Consejo Ejecutivo en su 152. ^a reunión en enero de 2023.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:
US\$ 0,642 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
US\$ 0,642 millones, incluido el tiempo de personal en la Sede de la OMS y en las regiones, las consultas con las partes interesadas pertinentes, y tres misiones para celebrar reuniones consultivas en tres regiones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:
No se aplica.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:
No se aplica.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:
No se aplica.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:
– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
US\$ 0,642 millones.
– Déficit de financiación restante para el bienio actual:
No se aplica.
– Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,010	0,010	0,010	0,010	0,010	0,010	0,107	0,168
	Actividades	0,071	0,020	0,005	0,067	0,080	0,005	0,226	0,474
	Total	0,081	0,030	0,015	0,077	0,090	0,015	0,333	0,642
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Bienes futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Decisión WHA75(25): Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:</p> <p>1.3.1. Suministro de orientaciones y normas reconocidas en materia de calidad, inocuidad y eficacia de las listas de productos sanitarios, medios de diagnóstico y medicamentos esenciales.</p> <p>1.3.3. Se habrá fortalecido la capacidad de reglamentación en los países y las regiones y se habrá mejorado el suministro de productos sanitarios seguros y de calidad garantizada, entre otras cosas a través de los servicios de precalificación</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:</p> <p>Un año y medio.</p> <p>Ello incluye el plazo requerido para: continuar la labor de cartografiado, actualizar los datos de los países y proporcionar una selección de sistemas de nomenclatura a los Estados Miembros que no disponen de uno, y presentar un informe a la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2023.</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 1,60 millones.</p>

2.a	Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: US\$ 1,60 millones.
2.b	Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.
3.	Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: No se aplica.
4.	Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$: No se aplica.
5.	Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: Ninguno. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 1,60 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: US\$ 1,60 millones.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,07	0,50	0,90
	Actividades	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,40	0,70
	Total	0,13	0,12	0,11	0,12	0,11	0,12	0,90	1,60
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Apéndice 1

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹	Hoja de Ruta para la Aplicación en 2023-2030 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos para enfermedades y afecciones específicas
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Un año.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	US\$ 0,30 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 0,30 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	Ninguno.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	Ninguno.

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 8.

Apéndice 2

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹	Recomendaciones para fortalecer las respuestas a la diabetes y hacer el seguimiento pertinente en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, en particular las metas
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	<p>1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de alta calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios esenciales integrales</p> <p>1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos para enfermedades y afecciones específicas</p> <p>1.3.2. Acceso mejorado y más equitativo a los productos sanitarios mediante la conformación del mercado mundial y el apoyo a los países para vigilar y conseguir sistemas de compra y suministro eficientes y transparentes</p> <p>3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar los factores de riesgo a través de acciones multisectoriales</p>
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Nueve años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	US\$ 96,00 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 3,30 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 9.

3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$: US\$ 13,30 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$: US\$ 79,40 millones.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 3,30 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: Ninguno. – Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,08	0,06	0,06	0,07	0,06	0,07	1,10	1,50
	Actividades	0,20	0,35	0,20	0,20	0,20	0,20	0,45	1,80
	Total	0,28	0,41	0,26	0,27	0,26	0,27	1,55	3,30
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,60	0,60	0,40	0,50	0,40	0,50	1,10	4,10
	Actividades	1,30	1,30	1,50	1,40	1,50	1,40	0,80	9,20
	Total	1,90	1,90	1,90	1,90	1,90	1,90	1,90	13,30
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	1,90	1,90	1,50	1,60	1,40	1,50	3,60	13,40
	Actividades	10,60	10,60	10,60	10,60	10,60	10,60	2,40	66,00
	Total	12,50	12,50	12,10	12,20	12,00	12,10	6,00	79,40

Apéndice 3

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹ Estrategia Mundial sobre Salud Bucodental
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:</p> <p>1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de alta calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios esenciales integrales</p> <p>1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos para enfermedades y afecciones específicas</p> <p>3.3.1. Los países estarán habilitados para abordar los determinantes ambientales, en particular el cambio climático</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:</p> <p>Nueve años.</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 22,20 millones.</p>
<p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 3,00 millones.</p>
<p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>Ninguno.</p>
<p>3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 6,00 millones.</p>

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 10.

4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:
US\$ 13,20 millones.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:
– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
US\$ 2,40 millones.
– Déficit de financiación restante para el bienio actual:
US\$ 0,60 millones.
– Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Se espera que las negociaciones con los donantes en curso produzcan los recursos necesarios en el bienio actual.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,80	2,40
	Actividades	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,60
	Total	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,20	3,00
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,60	0,40	0,40	0,00	0,60	0,00	1,80	3,80
	Actividades	0,30	0,20	0,30	0,30	0,20	0,30	0,60	2,20
	Total	0,90	0,60	0,70	0,30	0,80	0,30	2,40	6,00
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	1,20	0,80	0,80	0,60	1,20	0,60	3,60	8,80
	Actividades	0,60	0,40	0,60	0,60	0,40	0,60	1,20	4,40
	Total	1,80	1,20	1,40	1,20	1,60	1,20	4,80	13,20

Apéndice 4

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹	Recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente las orientadas a fomentar la resiliencia de los sistemas de salud y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	<p>1.1.1. Los países estarán habilitados para prestar servicios de salud centrados en la persona y de alta calidad, a partir de estrategias de atención primaria de la salud y conjuntos de servicios esenciales integrales</p> <p>1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos para enfermedades y afecciones específicas</p> <p>2.3.3. Se habrán mantenido y fortalecido los servicios y sistemas de salud esenciales en entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables</p>
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Cuatro años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	US\$ 27,50 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 10,00 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 11..

Apéndice 5

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹ Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:</p> <p>1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos a enfermedades y afecciones específicas</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:</p> <p>Diez años.</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 37,68 millones.</p>
<p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 7,11 millones.</p>
<p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>Ninguno.</p>
<p>3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 7,37 millones.</p>
<p>4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 23,20 millones.</p>

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 12.

- 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:**
- **Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:**
US\$ 1,00 millón.
 - **Déficit de financiación restante para el bienio actual:**
US\$ 6,11 millones.
 - **Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,56	0,52	0,43	0,48	0,40	0,44	1,17	4,00
	Actividades	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	1,25	3,11
	Total	0,87	0,83	0,74	0,79	0,71	0,75	2,42	7,11
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,58	0,54	0,45	0,50	0,42	0,46	1,21	4,16
	Actividades	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	1,29	3,21
	Total	0,90	0,86	0,77	0,82	0,74	0,78	2,50	7,37
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	1,88	1,77	1,46	1,63	1,35	1,49	3,96	13,54
	Actividades	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	3,90	9,66
	Total	2,84	2,73	2,42	2,59	2,31	2,45	7,86	23,20

Apéndice 6

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹ Plan de Acción (2022-2030) con el fin de Aplicar Eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como Prioridad de Salud Pública
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado
<p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:</p> <p>1.1.2. Los países estarán habilitados para reforzar sus sistemas de salud a fin de lograr resultados en la cobertura de los servicios ofrecidos para enfermedades y afecciones específicas</p> <p>3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar los factores de riesgo a través de acciones multisectoriales</p>
<p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p>
<p>4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:</p> <p>Nueve años.</p>
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión
<p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 46,47 millones.</p>
<p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 8,55 millones.</p>
<p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>Ninguno.</p>
<p>3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 11,55 millones.</p>

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 13.

4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:
US\$ 26,37 millones.
5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:
– Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:
US\$ 8,55 millones.
– Déficit de financiación restante para el bienio actual:
Ninguno.
– Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,25	0,60	0,25	1,00	0,00	0,25	3,20	5,55
	Actividades	0,10	0,30	0,10	0,40	0,00	0,10	2,00	3,00
	Total	0,35	0,90	0,35	1,40	0,00	0,35	5,20	8,55
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,85	0,90	0,85	1,22	0,00	0,85	2,34	7,00
	Actividades	0,50	0,25	0,45	0,50	0,00	0,37	2,49	4,55
	Total	1,35	1,15	1,30	1,72	0,00	1,22	4,82	11,55
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	1,62	1,75	1,62	2,55	0,00	1,62	5,84	15,00
	Actividades	1,24	0,62	1,12	1,24	0,00	0,93	6,21	11,37
	Total	2,86	2,37	2,74	3,79	0,00	2,55	12,05	26,37

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Apéndice 7

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹	Recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo de la vida, incluida la consideración del establecimiento de metas al respecto
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	3.2.1. Los países estarán habilitados para abordar los factores de riesgo a través de acciones multisectoriales
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Nueve años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	US\$ 15,22 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 3,00 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	US\$ 4,00 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	US\$ 8,22 millones.

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 14.

- 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:**
- **Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual:**
US\$ 1,00 millón.
 - **Déficit de financiación restante para el bienio actual:**
US\$ 2,00 millones.
 - **Estimación de los recursos aún no disponibles, si procede, que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
No se aplica.

Cuadro. Desglose de la estimación de los recursos necesarios (en millones de US\$)^a

Bienio	Costos	Región						Sede	Total
		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental		
2022-2023 recursos ya previstos	Personal	0,20	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20	0,90
	Actividades	0,40	0,30	0,20	0,30	0,30	0,30	0,30	2,10
	Total	0,60	0,40	0,30	0,40	0,40	0,40	0,50	3,00
2022-2023 recursos adicionales	Personal	–	–	–	–	–	–	–	–
	Actividades	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 recursos previsibles	Personal	0,27	0,13	0,13	0,14	0,13	0,13	0,27	1,20
	Actividades	0,53	0,40	0,27	0,40	0,40	0,40	0,40	2,80
	Total	0,80	0,53	0,40	0,54	0,53	0,53	0,67	4,00
Bienios futuros recursos previsibles	Personal	0,55	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,55	2,47
	Actividades	1,10	0,82	0,55	0,82	0,82	0,82	0,82	5,75
	Total	1,64	1,10	0,82	1,10	1,10	1,10	1,37	8,22

^a Las sumas de las cifras presentadas en las filas y columnas pueden no coincidir siempre con los totales indicados debido al redondeo.

Apéndice 8

**Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría
de las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹**

Decisión:¹	Plan de trabajo del Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2022-2025
A. Relación con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado	
1. Producto(s) del presupuesto por programas 2022-2023 aprobado a los que contribuiría esta decisión:	3.2.2. Los países estarán habilitados para reforzar las alianzas entre sectores, así como los mecanismos de gobernanza, las leyes y las medidas fiscales
2. Breve justificación de por qué habría que considerar la decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
3. Labor adicional de la Secretaría durante el bienio 2022-2023 que no pueda sufragarse con el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado:	No se aplica.
4. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar la decisión:	Cuatro años.
B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión	
1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:	US\$ 7,25 millones.
2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	US\$ 3,25 millones.
2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2022-2023 aprobado, en millones de US\$:	Ninguno.
3. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en el proyecto de presupuesto por programas 2024-2025, en millones de US\$:	US\$ 4,00 millones.
4. Estimación de los recursos necesarios que vayan a considerarse en los proyectos de presupuestos por programas de futuros bienios, en millones de US\$:	Ninguno.

¹ Véase la decisión WHA75(11), Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y anexo 15.

