

Aplicación de resoluciones: Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
B. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: empoderamiento de las comunidades locales para lograr los objetivos sanitarios, y función de los dirigentes locales	2
F. Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción	2
I. Prevención y control del cáncer (resolución WHA58.22): cáncer cervicouterino	4
J. Reducción de la mortalidad mundial por sarampión	5
Intervención del Consejo Ejecutivo	8

B. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: EMPODERAMIENTO DE LAS COMUNIDADES LOCALES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS SANITARIOS, Y FUNCIÓN DE LOS DIRIGENTES LOCALES

1. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud tiene por objeto prestar ayuda a los países en la lucha contra las inequidades sanitarias entre grupos sociales mediante la adopción de medidas relativas a los determinantes sociales de la salud. La participación de las comunidades y los dirigentes locales tiene una importancia vital en ese proceso. Contribuirá a hacer avanzar los objetivos de la sociedad civil relacionados con los determinantes sociales; a reforzar las capacidades entre las organizaciones de la sociedad civil participantes; a fortalecer el aprendizaje al nivel comunitario; a promover las acciones configuradas por los conocimientos emanados de la sociedad civil; a ampliar la utilización política de los mensajes de la Comisión; y a mejorar las posibilidades de que los productos de la Comisión tengan repercusiones sostenibles.

2. Con el fin de desarrollar la colaboración con la sociedad civil, la Comisión ha alentado a sus organizaciones a que tomen parte activa en su labor. Se ha pedido a las principales redes de la sociedad civil de África, las Américas, Asia y el Mediterráneo Oriental, conocidas como «facilitadores de la sociedad civil», que proporcionen aportaciones que la Comisión pueda utilizar en los fundamentos de sus recomendaciones.

3. El compromiso de la Comisión de lograr la participación de la sociedad civil pone de manifiesto la importancia que se debería otorgar no sólo a los productos finales que elabore sino también a los procesos de preparación de esos productos. En general, los principios de la ética y los derechos humanos exigen no sólo que los resultados de las políticas, incluidas las sociales, promuevan el bienestar humano, sino también que la población participe activamente en la configuración de las opciones políticas que afectan a sus vidas. Las poblaciones, incluidos los grupos marginalizados, deberían participar en el complejo proceso de traducción de los valores de la equidad y la dignidad humana en medidas de acción, y no ser meros receptores de las prestaciones conferidas por las autoridades o los órganos privados. La Comisión es capaz de configurar ese tipo de proceso inclusor y participativo incorporando activamente representantes de la sociedad civil y las comunidades en sus mecanismos.

F. SALUD PÚBLICA, INNOVACIÓN Y PROPIEDAD INTELECTUAL: HACIA UNA ESTRATEGIA MUNDIAL Y PLAN DE ACCIÓN

4. El Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, establecido en virtud de la resolución WHA59.24, celebró su primera reunión del 4 al 8 de diciembre de 2006 en Ginebra. El Grupo de Trabajo eligió Presidente al Sr. P. Oldham (Canadá), y Vicepresidentes a las personas siguientes: Sr. B. Wijnberg (Países Bajos), Dr. H. Gashut (Jamahiriya Árabe Libia), Dr. A. E. O. Ogwel (Kenya), Sr. Jaya Ratnam (Singapur) y Sr. N. Dayal (India). El Dr. Ogwel también fue designado Relator.

5. La tarea del Grupo de Trabajo consiste en redactar un proyecto de estrategia mundial y de plan de acción que proporcionen un marco a plazo medio basado en las recomendaciones de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública encaminado, entre otras cosas, a proporcionar una base más firme y sostenible a las actividades de investigación y desarrollo esenciales orientadas por las necesidades que revistan importancia para las enfermedades que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo. En la resolución WHA59.24 se pide que el Grupo de Trabajo presente la estrategia y plan de acción a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.

6. A fin de recibir aportaciones de un amplio grupo de partes interesadas, en noviembre de 2006 se organizaron audiencias públicas a través de un foro creado en la web. Se recibieron 32 comunicaciones de gobiernos, instituciones académicas, alianzas publicoprivadas, alianzas para el desarrollo de productos y la industria.¹
7. Los Estados Miembros y las organizaciones de integración económica regional que ya habían adoptado medidas para llevar a la práctica algunos aspectos de la resolución WHA59.24 comunicaron al Grupo de Trabajo los progresos realizados.
8. El Grupo de Trabajo examinó los seis elementos siguientes de un proyecto de plan de acción: establecimiento del orden de prioridad de las necesidades de investigación y desarrollo; promoción de las actividades de investigación y desarrollo; creación de capacidad de innovación y mejora de la misma; mejora de la difusión y del acceso; implantación de mecanismos de financiación sostenibles; y establecimiento de sistemas de seguimiento y notificación. En el debate subsiguiente, los Estados Miembros decidieron poner de relieve la transferencia de tecnología y la gestión de la propiedad intelectual, e incorporarlos por lo tanto como elementos separados. Se examinaron los ocho elementos.
9. El Grupo de Trabajo también examinó elementos de una estrategia mundial basados en la Constitución de la OMS, el informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública,² la resolución WHA59.24, y otras resoluciones recientes sobre temas pertinentes. Además, tomó en cuenta la labor anterior, incluidas resoluciones de la Asamblea de la Salud y los trabajos de la Comisión.
10. Se preparó y distribuyó a los participantes, para que lo examinaran y formularan observaciones, un documento³ sobre los progresos en la materia realizados hasta la fecha por el Grupo de Trabajo. Se acordó que las comunicaciones adicionales sobre el plan de acción y la estrategia mundial deberían llegar a la Secretaría a mediados de febrero de 2007. Las aportaciones recibidas durante la reunión y después de la misma se presentarán en un documento de trabajo que estará disponible en julio de 2007 y servirá de base para las negociaciones.
11. El Grupo de Trabajo también recomendó un proceso encaminado a posibilitar que en su segunda reunión participaran organizaciones no gubernamentales que reunieran las condiciones para el establecimiento de relaciones oficiales con la OMS, pero no las hubieran establecido aún. A tal efecto, en la 120ª reunión del Consejo se presentará una propuesta al Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.
12. Con objeto de ampliar el repertorio de expertos y entidades invitados a asistir a las reuniones del Grupo de Trabajo en virtud de la resolución WHA59.24 y lograr una representación equilibrada regional, de género y de países en desarrollo y países desarrollados, se invitará a los Estados Miembros a que para la segunda reunión presenten propuestas sobre las que decidirá el Director General, previa consulta con la Mesa del Grupo de Trabajo.
13. De conformidad con la resolución WHA59.24, algunos Estados Miembros sugirieron áreas potenciales para tomar medidas tempranas de implementación, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Algunos Estados

¹ Véase el documento A/PHI/IGWG/1/INF.DOC./2.

² Documento CIPH/2006/1.

³ Documento A/PHI/IGWG/1/5.

Miembros manifestaron su preocupación por el poco tiempo que se había dedicado en la primera reunión a examinar tales medidas; se acordó presentar al Consejo Ejecutivo en su 120ª reunión y a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud las sugerencias formuladas sobre las áreas de posible implementación temprana, con la indicación de que dichas sugerencias no habían sido adoptadas por los Estados Miembros.¹

14. El Grupo de Trabajo celebrará su segunda y última reunión en octubre de 2007 para finalizar el proyecto de estrategia mundial y de plan de acción. Las consultas a nivel regional y subregional continuarán en el intervalo entre reuniones, y la Mesa del Grupo de Trabajo seguirá reuniéndose en la medida en que sea necesario para examinar otras posibles actividades entre reuniones así como disposiciones detalladas para la segunda reunión.

I. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER: CÁNCER CERVICOUTERINO

15. En 2005 hubo hasta 500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, un tipo de cáncer prevenible pero común entre las mujeres, y hasta 257 000 defunciones por esa enfermedad. Más del 90% de esos casos y muertes se registraron en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a servicios de detección y tratamiento y atención paliativa de ese tipo de cáncer a menudo no existen o son insuficientes. Según las previsiones de la OMS, el número de muertes por cáncer cervicouterino aumentará a 320 000 en 2015 y 435 000 en 2030. La enfermedad está causada por una infección de transmisión sexual común por papilomavirus humano de tipo oncogénico (VPH), que puede evolucionar a lo largo de 10 a 20 años e ir pasando por diversos estadios: lesiones precancerosas, cáncer invasor e incluso muerte.

16. En cumplimiento de las resoluciones WHA57.12 sobre la salud reproductiva y WHA58.22 sobre la prevención y el control del cáncer, la Secretaría ha establecido un plan de acción contra el cáncer cervicouterino, basado en un enfoque global que abarca la prevención primaria, la detección precoz y el cribado, el tratamiento y la atención paliativa en el marco de programas nacionales de lucha contra el cáncer;² para promover esos programas, la OMS colabora con asociados importantes, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

17. También en respuesta a la resolución WHA58.22, se está recomendando la prevención y el control del cáncer cervicouterino³ mediante la promoción del uso de preservativos y la realización sistemática de pruebas para detectar lesiones precancerosas y el cáncer invasor y determinar la manera adecuada de tratarlos. Se ha observado que la detección del cáncer cervicouterino mediante citología contribuye a reducir la incidencia y mortalidad de la enfermedad, pero para aplicar esta técnica hace falta infraestructura sanitaria adecuada, recursos técnicos y un sistema bien definido de envío de casos a servicios de tratamiento. Actualmente se están estudiando otras técnicas de detección más adecuadas para los países con pocos recursos, como la inspección visual con ácido acético, seguida de criote-

¹ Véase el documento EB120/INF.DOC./1.

² *Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes: Module 1 - Planning.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

³ *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

rapia.¹ Además, para cumplir la resolución WHA58.22, esas técnicas se están introduciendo en varios países de África por medio de un programa de investigaciones operativas.

18. También en respuesta a la resolución WHA58.22, se ha promovido la investigación aplicada para la obtención de una vacuna contra el cáncer cervicouterino. Se ha demostrado que la nueva vacuna disponible contra el VPH permite prevenir entre un 65% y un 76% de las infecciones y lesiones provocadas por esos virus, según la prevalencia local de papilomavirus humanos de tipo oncogénico.² La Secretaría ha observado que existen varios elementos que obstaculizan el empleo de la vacuna, así como lagunas en materia de investigación.^{2, 3} Es preciso formular y evaluar nuevas estrategias para introducir la vacuna, pues actualmente los destinatarios de los programas de inmunización sistemática de la OMS son sobre todo niños menores de un año, mientras que los de la vacuna contra el VPH serán niñas preadolescentes, y es probable que la cobertura de inmunización se amplíe a los muchachos en el futuro. Por lo tanto, cabe prever que los gastos de las actividades de vacunación sean mucho más altos y se sumen a los ya elevados gastos de la propia vacuna, aunque se espera que los fabricantes fijen precios diferenciales. Además, el uso de esa vacuna suscita cuestiones culturales delicadas, como las relacionadas con el comportamiento sexual, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer genital, que dificultan aún más esas actividades. Por último, hay que estudiar cómo financiar de manera sostenible los futuros programas de vacunación contra el VPH en el marco de la financiación de los programas de detección. Posiblemente no se podrá medir la reducción de la incidencia del cáncer y la mortalidad ligada a él hasta que transcurra un periodo de 10 a 30 años después de empezar a utilizar la vacuna.

19. La decisión de si se introduce, y cuándo se introduce, la vacuna contra el VPH dependerá de las políticas nacionales basadas en la carga de cáncer cervicouterino, el nivel de riesgo de exposición al papilomavirus humano y la costoeficacia de las intervenciones, así como de los obstáculos que plantea su introducción. Las actividades de vigilancia y evaluación, llevadas a cabo con ayuda de registros del cáncer, son elementos fundamentales de cualquier plan de control del cáncer cervicouterino. Luchar por conseguir el acceso universal y equitativo a los servicios de prevención, detección, tratamiento y atención paliativa será clave para reducir la carga de ese tipo de cáncer en el mundo entero.

J. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MUNDIAL POR SARAMPIÓN

20. En su resolución WHA56.20, la Asamblea de la Salud destacó la importancia de que se alcanzara la meta fijada de reducir para 2005 la mortalidad por sarampión a la mitad del número de muertes registradas en 1999. Las actividades destinadas a reducir la mortalidad por sarampión se concentran en 47 países prioritarios a los que corresponde cerca del 98% de las defunciones por sarampión del mundo entero.

21. La mortalidad mundial por sarampión disminuyó de unas 873 000 defunciones en 1999 a 345 000 en 2005, lo que supone una reducción de un 60% (véase la figura 1). Así pues, el objetivo de reducir a la mitad el número de muertes por sarampión no sólo se ha alcanzado, sino que se ha superado. Además, las cifras disponibles muestran que se han evitado 2,3 millones de muertes gracias a

¹ *Cervix cancer screening. IARC Handbooks of cancer prevention. Vol. 10 Lyon, IARC Press, 2005.*

² WHO, UNFPA. *Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

³ *Human papillomavirus and HPV vaccine: key technical information.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

las actividades de lucha acelerada contra la enfermedad. En África, la Región que soporta la mayor carga de morbilidad, las muertes por sarampión descendieron un 75%, pues pasaron de unas 506 000 en 1999 a 126 000 en 2005.

22. Durante el mismo periodo, la cobertura de inmunización sistemática contra el sarampión en el mundo aumentó de un 71% a un 77%, si bien las tasas de cobertura varían considerablemente de una región a otra. También se registró un marcado incremento de la proporción de países que ofrecen a los niños de todo el territorio una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión: al mes de septiembre de 2006, 175 Estados Miembros (un 91%) habían dado una segunda oportunidad de vacunación a los niños, en comparación con 125 (un 65%) en 1999. En esa fecha, de los 47 países prioritarios, 37 (un 79%) habían llevado a cabo campañas de puesta al día a nivel nacional.

23. Este impresionante éxito de la salud pública es resultado directo de:

- el firme compromiso político de los países y los denodados esfuerzos de los gobiernos y sus asociados por proporcionar un mejor acceso a la inmunización infantil sistemática;
- las campañas nacionales de vacunación contra el sarampión organizadas por países con una enorme carga de morbilidad atribuible al sarampión, en los que más de 600 millones de niños fueron vacunados durante el periodo 2000-2005;
- el apoyo técnico y financiero prestado por la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión;¹
- la vigilancia reforzada, con confirmación de laboratorio, de los casos sospechosos de sarampión.

24. Ahora el objetivo es aprovechar esos buenos resultados y reducir la mortalidad por sarampión en el mundo en un 90% para 2010, en relación con las cifras de referencia de 2000.² Para poder alcanzar este nuevo objetivo, hay que adoptar medidas que permitan superar diversos problemas:

- los países populosos en que se sigue registrando un elevado número de defunciones debidas al sarampión han de llevar a cabo actividades para reducir la mortalidad por esta enfermedad;
- es necesario redoblar los esfuerzos para conseguir que al menos el 90% de los lactantes sean vacunados contra el sarampión antes de cumplir un año; de acuerdo con las estimaciones de la OMS y el UNICEF, en 2005 más de 29 millones de niños de un año no habían recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión en el marco de servicios de inmunización sistemática (figura 2);
- los países de alta prioridad deben seguir organizando campañas de vacunación de seguimiento cada tres a cuatro años hasta que sus sistemas de inmunización sistemática sean capaces de ofrecer a todos los niños dos oportunidades de vacunación contra el sarampión;

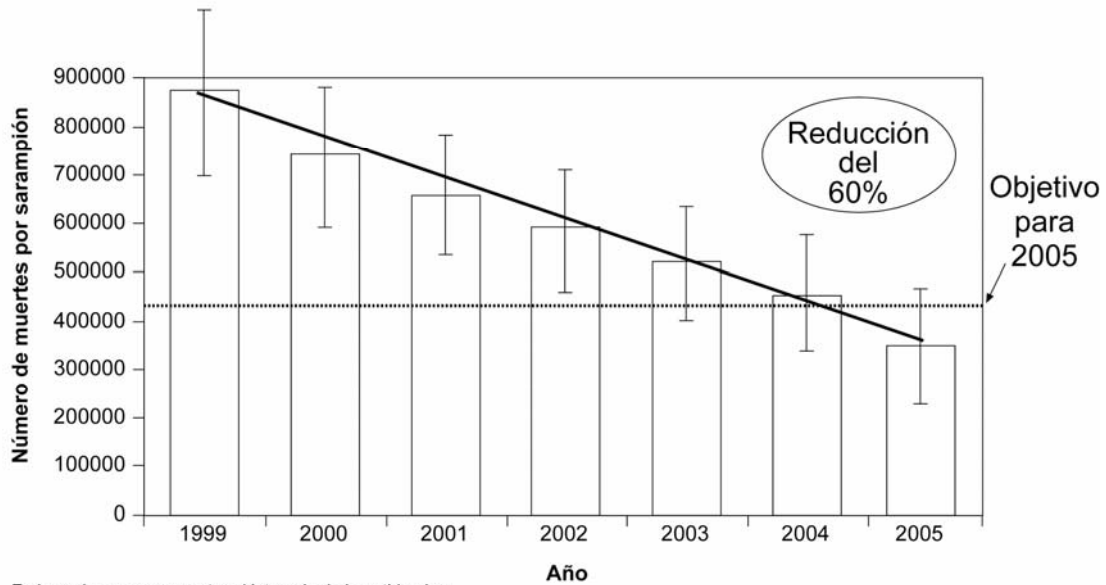
¹ Los principales asociados en la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión son la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Cruz Roja Americana, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América)) y la Fundación de las Naciones Unidas.

² El objetivo de reducir la mortalidad por sarampión en el mundo en un 90% para 2010 o antes se integra en la Visión de Estrategia Mundial de Inmunización 2006-2015, que la Asamblea de la Salud acogió con agrado en su resolución WHA58.15.

- las actividades de vigilancia sobre el terreno, con confirmación de laboratorio, de los casos sospechosos de sarampión, deben extenderse a todos los países prioritarios para lograr un seguimiento eficaz.

25. Conseguir que la mortalidad mundial por sarampión descienda en un 90% para 2010 dependerá de que se cree y mantenga un firme compromiso político en los países con una gran carga de morbilidad y de que los asociados internacionales sigan prestando apoyo. Además de las contribuciones de los países, se necesita una suma adicional de US\$ 479 millones para lograr el objetivo fijado para 2010; de esa suma, US\$ 147 millones han sido recaudados por mediación del mecanismo internacional de financiación de la inmunización y otros US\$ 100 millones han sido prometidos por asociados de la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión.

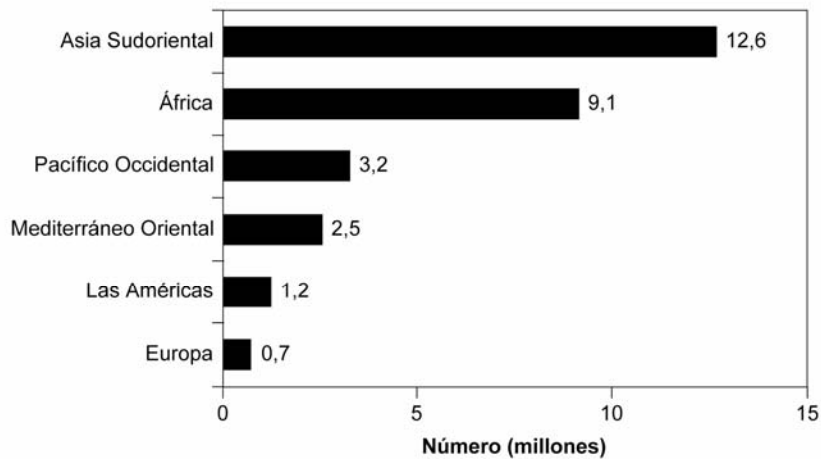
Figura 1. Reducción estimada de la mortalidad mundial por sarampión, todas las edades, 1999-2005



En las columnas se muestra el intervalo de incertidumbre.
Fuente: OMS.

WHO 06.157

Figura 2. Número de niños de un año no vacunados contra el sarampión en 2005, por región de la OMS



Fuente: Estimaciones OMS/UNICEF, 2005.

WHO 06.158

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

26. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe sobre los progresos realizados que figura *supra*.

= = =