

Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
A. Promoción del envejecimiento activo y saludable (resolución WHA58.16)	2
B. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ¹	3
C. Problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol (resolución WHA58.26)	4
D. Preparación y respuesta frente a emergencias (resolución WHA59.22)	6
E. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA	7
F. Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual: hacia una estrategia y un plan de acción mundiales ²	
G. Informe mundial sobre la violencia y la salud: aplicación de las recomendaciones	9
H. Red de Sanimetría	11
I. Prevención y control del cáncer (resolución WHA58.22): cáncer cervicouterino ²	
J. Reducción de la mortalidad mundial por sarampión ²	
Intervención del Consejo Ejecutivo	12

¹ La subsección sobre empoderamiento de las comunidades locales figura en el documento EB120/35 Add.1.

² Figura en el documento EB120/35 Add.1.

A. PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

1. En su resolución WHA58.16, la Asamblea de la Salud pedía al Director General que pusiera en marcha y secundara una serie de actividades para reforzar la labor de la Organización en pro de un envejecimiento activo y saludable y que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informara a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados.

2. A fin de generar en todo el mundo una mayor conciencia de los problemas de salud pública planteados por el envejecimiento, la Secretaría, con participación de Estados Miembros y organizaciones profesionales, universitarias y no gubernamentales, puso en marcha una serie de iniciativas de sensibilización. El proyecto intersectorial «ciudades amigas de los mayores», por ejemplo, en el que intervienen 27 ciudades de 18 países,¹ aplica un protocolo común de investigación cualitativa en virtud del cual las necesidades de las personas de edad definen intervenciones prioritarias para crear un entorno urbano más adaptado a ellas.

3. La OMS contribuye a la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) utilizando el marco normativo sobre el envejecimiento activo, en el que esta expresión viene definida como «*el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece*».² Tanto Estados Miembros como destacadas organizaciones universitarias, profesionales y no gubernamentales de todo el mundo han adoptado las recomendaciones de acción y los principios contenidos en dicho documento. El marco normativo se basa en un planteamiento que contempla todo el ciclo vital y, más que adscribir a la gente mayor a un compartimento estanco, se centra en el envejecimiento en todas las etapas de la vida. La OMS ha obrado en consecuencia, y ha reforzado la inclusión del tema del envejecimiento en todas sus actividades y programas.

4. La OMS colabora con instituciones académicas y organismos gubernamentales de Australia, Brasil, Canadá, Costa Rica, España, Jamaica, Singapur y Turquía, adaptando los medios de atención primaria de salud a las necesidades de las personas mayores. Entre los frutos de ese trabajo figuran documentos que han gozado de amplia difusión, en los que se enuncian principios y se piden medidas en los ámbitos de las competencias básicas, el medio físico y los procedimientos administrativos. Además, en cinco de los mencionados países se está utilizando, a título experimental, una carpeta de material concebido para lograr que los centros de atención primaria de salud estén más adaptados a las necesidades de las personas mayores.

5. La OMS llevó a cabo en 18 países un proyecto de investigación cualitativa y cuantitativa en varias etapas titulado «Respuesta integrada de los sistemas de atención de salud al rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo», centrado en la capacitación, el intercambio Sur-Sur de modelos y experiencias, la adopción de planteamientos de tipo «ascendente» y la formulación y aplicación de políticas.

6. A fin de elaborar métodos de encuesta válidos, fiables y comparables para examinar las tendencias en cuanto a salud y bienestar de la gente mayor en seis países,³ la OMS preparó el «Estudio sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo». Se trataba de la primera encuesta internacional,

¹ Participan en el proyecto Alemania, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, China, Costa Rica, España, Federación de Rusia, India, Irlanda, Jamaica, Japón, México, Pakistán, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suiza y Turquía.

² Documento WHO/NMH/NPH/02.8.

³ China, Federación de Rusia, Ghana, India, México y Sudáfrica.

multidimensional y realizada a escala comunitaria sobre el tema del envejecimiento, y es de esperar que sus instrumentos sirvan para realizar otros estudios en el mundo entero.

7. Con ánimo de optimizar el uso de los magros recursos disponibles, la Secretaría, comprendido el personal de las oficinas regionales y oficinas en los países, se ha concentrado en unos pocos proyectos que tocan temas prioritarios y sin embargo desatendidos. Esta labor se lleva a cabo en colaboración con otros organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y con organizaciones no gubernamentales internacionales, lo que garantiza su carácter intersectorial. Los temas tratados son: la gente mayor en situaciones de emergencia; la prevención de las caídas a una edad avanzada; la mujer, el envejecimiento y la salud desde el punto de vista del género; contenidos mínimos sobre el tema del envejecimiento en los planes de estudios de los profesionales sanitarios; y las personas mayores como cuidadoras en el contexto de la epidemia de SIDA en África.

B. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Introducción

8. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se creó en marzo de 2005 y funcionará hasta mayo de 2008. Su misión consiste en ayudar a los países y a las instituciones mundiales, entre ellas la OMS, a elaborar y aplicar políticas de salud que aborden los factores sociales que están en el origen de la mala salud y de las inequidades en materia de salud.

9. Los 20 miembros de la Comisión destacan por sus innovaciones en las ciencias, la salud pública, la formulación de políticas y los cambios sociales. La Comisión colabora con la sociedad civil para promover la modificación de las políticas y seguir de cerca los resultados.

10. Los objetivos de la Comisión consisten en apoyar la modificación de las políticas de salud en los países mediante la promoción de modelos y prácticas que aborden eficazmente los determinantes sociales de la salud; ayudar a los países a situar la salud como objetivo compartido al que contribuyan muchos departamentos gubernamentales y sectores de la sociedad, y ayudar a crear un movimiento mundial sostenible de actuación en materia de equidad sanitaria y determinantes sociales de la salud, en el que participen los gobiernos, las organizaciones internacionales, los centros de investigación, la sociedad civil y las comunidades.

Resumen de los progresos realizados

11. Desde su creación, la Comisión se ha reunido en seis ocasiones, en el Brasil, Chile, Egipto, la India, el Irán y Kenya. También se han celebrado cinco reuniones consultivas regionales en las Regiones de África, las Américas, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. En la Región de Europa se celebrará una reunión consultiva en febrero de 2007.

12. Existen nueve redes mundiales de conocimientos, en las que participan aproximadamente 300 destacados científicos, planificadores de políticas y representantes de instituciones mundiales, de la sociedad civil y de organizaciones no gubernamentales. Cada una de esas redes se ocupa de recopilar y consolidar conocimientos sobre los siguientes temas: globalización, desarrollo en la primera infancia, entornos urbanos, condiciones de empleo, mujer y equidad de género, exclusión social, sistemas de salud, mediciones y pruebas, y afecciones prioritarias para la salud pública. Esta última red, radicada en la Sede, tiene por objetivo aumentar la eficacia con que se incorpora el enfoque de los determinantes sociales de la salud en los programas sanitarios fundamentales. Las redes presentarán a la

Comisión recomendaciones acerca de las prácticas óptimas para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.¹

13. Una parte importante del trabajo de la Comisión con los Estados Miembros² consiste en conocer los planteamientos locales de las políticas que abordan los determinantes sociales de la salud, en función de su contexto. En particular, la Comisión procura extraer enseñanzas de la acción intersectorial y de los planteamientos participativos que promueven la equidad sanitaria en los países.

14. Las organizaciones de la sociedad civil de cuatro regiones geográficas (África subsahariana, Américas, Asia y Mediterráneo Oriental) colaboran estrechamente con la Comisión para fomentar el uso del planteamiento basado en los determinantes sociales de la salud por las partes interesadas. Además, proporcionarán información sobre las prácticas utilizadas en el nivel de base para el informe final de la Comisión, y verificarán la aplicabilidad del trabajo general de las redes de conocimientos.

15. Durante el primer semestre de 2006, la Comisión analizó el entorno normativo de la salud mundial y el desarrollo, y seleccionó cuatro audiencias clave para su trabajo de promoción mundial: el Banco Mundial, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, el G8 y la Junta de los jefes ejecutivos. El año que viene, la Comisión preparará un análisis y un plan estratégico para colaborar con esas instituciones y garantizar que la equidad y los determinantes sociales de la salud ocupen un lugar destacado en sus programas políticos y sus prioridades y planes institucionales.

16. Dentro de la OMS se han tomado medidas para garantizar la integración del enfoque de los determinantes sociales de la salud como una de las cinco prioridades del Undécimo Programa General de Trabajo y uno de los 15 objetivos estratégicos del proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, con el fin de mejorar la equidad sanitaria. Para identificar los factores que facilitan u obstaculizan el acceso a la salud e introducir intervenciones en pro de la equidad en los programas de salud, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, se ha creado la red de conocimientos sobre las afecciones prioritarias para la salud pública.

17. En enero de 2007, la Comisión celebrará en la sede de la OMS su séptima reunión, en la que se examinarán los resultados preliminares y los progresos de los trabajos y la declaración provisional de la Comisión, que será difundida a principios de julio de 2007 para que sea examinada y se formulen observaciones al respecto. El informe final será publicado en mayo de 2008. Se espera que en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud se examine una estrategia mundial y una resolución para abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria.

C. PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA PROVOCADOS POR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

18. Con el fin de aplicar la resolución WHA58.26, la Secretaría ha reforzado su capacidad y puesto en marcha una serie de actividades a nivel mundial y regional, dando prioridad a una evaluación integral de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, para lo cual ha exami-

¹ En http://www.who.int/social_determinants/en se pueden consultar documentos de análisis, de examen de las estrategias y de definición del alcance de los trabajos.

² En particular con los siguientes: Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Congo, Egipto, India, Irán, Jordania, Kenya, Malawi, Marruecos, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Pakistán, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Unida de Tanzania, Senegal, Sri Lanka, Suecia, Zambia y Zimbabue.

nado las pruebas científicas y hecho recomendaciones sobre las políticas e intervenciones, reforzado los sistemas mundiales y regionales de información sobre el alcohol, y colaborado con las partes interesadas pertinentes.

19. Las actividades regionales han sido reforzadas mediante evaluaciones de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y la elaboración de respuestas y programas regionales apropiados. Se han organizado reuniones consultivas técnicas en las Regiones de África (Brazzaville, mayo de 2006), Mediterráneo Oriental (El Cairo, junio de 2006) y Pacífico Occidental (Manila, marzo de 2006). Los Comités Regionales de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental han adoptado resoluciones al respecto. El Comité Regional del Pacífico Occidental ha aprobado una Estrategia regional para reducir los daños relacionados con el alcohol.¹

20. La Secretaría ha actualizado las estimaciones mundiales de la carga de morbilidad atribuible al alcohol y de la prevalencia de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Los métodos utilizados para realizar las estimaciones, las nuevas cifras de la carga de morbilidad atribuible al alcohol y los procedimientos de recopilación de los datos y su mejoramiento se debatieron en una reunión de un grupo consultivo técnico sobre epidemiología (Ginebra, 13 a 15 de septiembre de 2006).

21. El proceso de elaboración de las recomendaciones sobre las políticas y las intervenciones para reducir los daños relacionados con el alcohol incluyó una serie de reuniones consultivas técnicas y una encuesta realizada a través de la web sobre los puntos de vista y las opiniones de instituciones académicas, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y representantes de la industria de bebidas alcohólicas y de los sectores agrícola y comercial. El Comité de Expertos de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol (Ginebra, 10 a 13 de octubre de 2006) examinó los datos existentes e hizo recomendaciones técnicas. Son necesarias nuevas reuniones consultivas para redactar recomendaciones mundiales y encuadrar las actividades mundiales destinadas a reducir los daños relacionados con el alcohol en un marco apropiado que incorpore experiencias regionales, tales como el Plan de acción europeo sobre el alcohol 2000-2005, el Marco para la formulación de políticas sobre el alcohol en la Región de Europa de la OMS o la Estrategia regional para reducir los daños relacionados con el alcohol en la Región del Pacífico Occidental.

22. Para mejorar el sistema mundial de información sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias y sociales, la Secretaría ha revisado y ampliado la Base de datos mundial sobre el alcohol, y la ha transferido en su mayor parte a un sitio web. Es necesario reforzar la monitorización mundial del uso nocivo del alcohol, así como de las políticas de respuesta nacionales, creando sistemas de información regionales, o mejorando el funcionamiento de los existentes, y relacionándolos de forma eficaz con las actividades de monitorización y vigilancia llevadas a cabo en los países. Se está revisando el instrumento técnico de apoyo a la recopilación y análisis de datos: la Guía para la monitorización del consumo de alcohol y de sus efectos nocivos.² También se sigue trabajando en el desarrollo de un indicador compuesto para monitorizar el uso nocivo del alcohol a nivel nacional y subnacional.

23. Para potenciar la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, se ha celebrado una reunión consultiva mundial (Ginebra, 24 a 25 de abril de 2006) y se están facilitando las conexiones entre dichas organizaciones y las asociaciones profesionales que trabajan directamente con los problemas relacionados con el alcohol o en esferas conexas.

¹ Resolución WPR/RC57.R5.

² Documento WHO/MSD/MSB/00.4.

24. En la sede de la OMS (Ginebra, 8 de marzo de 2006), se celebró una reunión consultiva mundial con representantes de la industria de bebidas alcohólicas para intercambiar puntos de vista sobre iniciativas apropiadas de las empresas. En la Región del Pacífico Occidental se celebró una reunión similar (Manila, 8 de junio de 2006). Está previsto seguir en relación con representantes de la industria y de los sectores agrícola y comercial para debatir su potencial contribución, como productores, distribuidores y comercializadores de bebidas alcohólicas, a la reducción de daños relacionados con el alcohol.

D. PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A EMERGENCIAS

25. En la resolución WHA59.22 la Asamblea de la Salud pide al Director General que ayude a los Estados Miembros a desarrollar sus programas de preparación y respuesta frente a emergencias en el sector sanitario a nivel nacional y local, colaborando para ello con las organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y con otros asociados, y que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados.

26. Se ha ultimado una estrategia de cinco años de la OMS para la preparación frente a emergencias y la reducción del riesgo centrada en el sector de la salud y en la creación de capacidad comunitaria. Se han identificado cuatro áreas prioritarias, a saber: 1) la institucionalización de los programas de preparación ante emergencias en los ministerios de salud; 2) la formación de los recursos humanos; 3) la creación de capacidad nacional para la prestación de atención médica y sanitaria inmediata tras las grandes emergencias y los desastres repentinos; y 4) el apoyo a las iniciativas basadas en la comunidad.

27. A fin de capacitar a los Estados Miembros para corregir las actuales deficiencias de las respuestas a las situaciones de emergencia, la OMS está preparando directrices gerenciales y técnicas sobre la atención a víctimas en situaciones catastróficas, teniendo en cuenta las aportaciones realizadas por una reunión consultiva de expertos en septiembre de 2006. Otras iniciativas guardan relación con la preparación de orientaciones sobre el manejo de las enfermedades crónicas y la salud de la madre y del recién nacido en las situaciones de emergencia.

28. Se ha emprendido una evaluación mundial del nivel de preparación frente a emergencias en los Estados Miembros. La fase I, en la que participan 60 países, ya ha finalizado; la fase II dio comienzo en noviembre de 2006 y debería concluir al final de 2006. El informe completo al respecto estará disponible en enero de 2007.

29. Se está desarrollando una Iniciativa Hospitales Seguros conjuntamente con la Estrategia internacional de las Naciones Unidas para la reducción de los desastres y con el Banco Mundial como parte del Marco de Hyogo,¹ en preparación de la Campaña Hospitales Seguros 2008-2009.

30. La OMS es miembro activo del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas y del Comité Ejecutivo de Asuntos Humanitarios, socio activo de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, y participa en el proceso de reforma humanitaria. La Organización lidera el Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos, copreside su Grupo de Trabajo sobre género y ayuda humanitaria, así como su Grupo de Trabajo sobre Salud Men-

¹ Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres, adoptado por la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (Kobe, Japón, 18-22 de enero de 2005).

tal y Apoyo Psicosocial, y participa en el Grupo de Trabajo Especial sobre el Fortalecimiento del Sistema de Coordinadores Humanitarios. Se está ejecutando un plan de acción para el Grupo de Acción Sanitaria mundial en coordinación con otros interlocutores. El plan abarca actividades de formación, evaluaciones de las necesidades sanitarias comunes, un conjunto de instrumentos para la respuesta coordinada y la gestión sanitaria, y el servicio de seguimiento de la salud y la nutrición.

31. El servicio de seguimiento ha sido objeto de una larga consulta con las principales partes interesadas. El proyecto final propuesto ha sido respaldado por los grupos de acción sanitaria y nutrición del Comité Permanente entre Organismos y elogiado oficialmente por su Grupo de Trabajo. Desde entonces se han celebrado extensas conversaciones con otros posibles asociados. La implementación comenzará en cuanto se disponga de los fondos necesarios.

32. El enfoque del Grupo de Acción Sanitaria se ha puesto en práctica en el Líbano y se está introduciendo actualmente en Liberia, la República Democrática del Congo, Somalia y Uganda.

33. La OMS colaboró con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en la creación de un Sistema de evaluación y vigilancia del impacto del maremoto y la recuperación en Asia Sudoriental.

34. En el Cuerno de África, la OMS contribuyó a hacer del sector de la salud uno de los principales beneficiarios del nuevo Fondo central para la acción en casos de emergencia para atender las necesidades humanitarias de las comunidades más vulnerables de Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya y Somalia. La eficaz utilización de las subvenciones en esas situaciones permitió al Fondo proporcionar ayuda a un total de 20 países en todo el mundo, entre ellos 13 países de la Región de África, a través de su sistema de ayudas para respuesta rápida y emergencias subfinanciadas.

Participación en los mecanismos de logística y gestión de suministros de todo el sistema de las Naciones Unidas

35. La OMS está participando en los mecanismos de logística y gestión de suministros de todo el sistema de las Naciones Unidas. Las actividades en este terreno se están llevando a cabo mediante la participación de la Organización en el Grupo de Logística del Comité Permanente entre Organismos y en el Centro Conjunto de Logística de las Naciones Unidas, así como en el desarrollo del sistema de suministro logístico. En 2006, las negociaciones focalizadas mantenidas con el PMA desembocaron en acuerdos bilaterales sobre el acceso privilegiado a la capacidad logística del PMA para la respuesta masiva de la OMS en las situaciones de emergencia, y sobre el uso común de los cinco nodos logísticos regionales con fines sanitarios, así como en una propuesta de proyecto conjunto para la movilización de recursos externos. Se están ultimando los acuerdos técnicos pertinentes con miras a la firma por las dos partes para el final de 2006.

E. APLICACIÓN POR LA OMS DE LAS RECOMENDACIONES DEL EQUIPO MUNDIAL DE TAREAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES MULTILATERALES Y LOS DONANTES INTERNACIONALES EN MATERIA DE SIDA

36. En la resolución WHA59.12, la Asamblea de la Salud hizo suyas las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA, y pidió al Director General que adoptara dichas recomen-

daciones en colaboración con el ONUSIDA y los demás copatrocinadores e informara al Consejo Ejecutivo y a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados.

37. Entre las recomendaciones del Equipo mundial de tareas figuraba la necesidad de que los donantes y las instituciones multilaterales (OMS, ONUSIDA, Banco Mundial, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y otras) colaboraran de forma más eficaz para garantizar que el apoyo técnico y financiero a las respuestas nacionales al SIDA esté armonizado y se ajuste a los «Tres Principios», a la Declaración de Roma sobre la Armonización (2003) y a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005).

38. Hasta finales de octubre de 2006, el ONUSIDA había apoyado la creación de equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el SIDA en 44 países. La OMS ha tenido un papel activo en esos equipos, participando en la programación conjunta con otros organismos y asociados de las Naciones Unidas.

39. La contribución de la OMS a la aplicación de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas se ha centrado en mejorar la coordinación entre los organismos multilaterales, especialmente en lo que se refiere a la prestación de apoyo técnico a los países. Como presidente del Equipo mundial conjunto de apoyo a la resolución de problemas y a la aplicación, la OMS dirige los trabajos destinados a superar los obstáculos a la concesión de subvenciones importantes a los programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA. Los miembros principales del Equipo de apoyo son la OMS, el PNUD, el UNICEF, el FNUAP, el ONUSIDA, el Banco Mundial y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Equipo facilita el análisis de los obstáculos existentes en los países y la elaboración de planes de apoyo técnico que permitan superarlos. Mensualmente se celebran conferencias telefónicas y videoconferencias con los países para examinar sus pedidos de apoyo técnico. La decisión sobre quién debe proporcionar la ayuda técnica se toma en el marco convenido de la división del trabajo.¹

40. El Equipo de apoyo ha coordinado y proporcionado apoyo normativo, técnico y administrativo en estrecha colaboración con los grupos temáticos de las Naciones Unidas, los equipos de las Naciones Unidas en los países y otros asociados nacionales e internacionales. Durante su primer año de funcionamiento, el Equipo de apoyo realizó análisis rápidos de los obstáculos a la aplicación del programa en 15 países, y facilitó la actuación en nueve. El apoyo prestado abarcó las esferas de la adquisición y la gestión de suministros, la capacidad de supervisión y gestión de las subvenciones, la monitorización y evaluación, y la resolución de problemas generales relacionados con las políticas, procedimientos y prácticas de las instituciones multilaterales y sus asociados. Para noviembre de 2006 estaba prevista una ampliación de los miembros del Equipo de apoyo que incluyera a los donantes bilaterales y a los asociados de la sociedad civil.

41. La labor del Equipo de apoyo complementa el apoyo técnico prestado por el ONUSIDA y sus copatrocinadores a nivel regional y nacional a través de, por ejemplo, los centros de enlace de conocimientos creados por la OMS y sus asociados, y los dispositivos de apoyo técnico del ONUSIDA. La OMS también está colaborando con el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y la Iniciativa «BACKUP» del GTZ, a fin de garantizar que la asistencia técnica proporcionada por los organismos bilaterales sea coherente con la labor del sistema de las Naciones Unidas.

¹ División del trabajo de apoyo técnico del ONUSIDA: resumen y fundamentos. ONUSIDA, agosto de 2005.

42. A medida que aumenta la demanda de apoyo técnico por parte de los países, prosiguen las actuaciones para asegurar la disponibilidad de una financiación adecuada. El 79% de los fondos de que disponía la OMS para el VIH/SIDA en el bienio en curso se ha distribuido a las oficinas regionales y en los países. La OMS también está colaborando con el ONUSIDA y sus demás copatrocinadores en la recaudación de más recursos para el apoyo técnico, y se está explorando, por ejemplo, la posibilidad de poner a disposición de los países más fondos procedentes del presupuesto y plan de trabajo unificados del ONUSIDA.

43. Aunque contribuye a actividades de coordinación más amplias, el apoyo específico de la OMS a las respuestas nacionales al SIDA sigue centrado en la expansión de intervenciones clave del sector sanitario para aproximarse en la mayor medida posible al objetivo de lograr para 2010 el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Con el fin de mejorar la rendición de cuentas por parte de los países y de sus asociados, la OMS y el ONUSIDA están orientando a los países para que definan objetivos nacionales que permitan evaluar los progresos realizados en la consecución del acceso universal a intervenciones fundamentales, tales como la dispensación de tratamiento antirretrovírico, la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y las pruebas de detección y el asesoramiento sobre el VIH; además, prestarán apoyo a los países para que incorporen metas ambiciosas a las estrategias y planes de acción nacionales contra el SIDA.

G. INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD: APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES¹

44. En su resolución WHA56.24, la Asamblea Mundial de la Salud instaba a los Estados Miembros a promover el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, además de alentarlos a preparar un informe sobre la violencia y su prevención y, suponiendo que no lo hubieran hecho, a nombrar un coordinador para la prevención de la violencia dentro del ministerio de salud. En la misma resolución se pedía a la Directora General que ayudara a los Estados Miembros a establecer políticas y programas para aplicar medidas de prevención de la violencia.

45. Desde 2005, el número de países en que se ha presentado el informe ha pasado de 40 a 52; el de países que han elaborado un informe nacional sobre violencia y salud ha pasado de cuatro a 15; y el número de coordinadores se ha doblado, hasta llegar a los 100. Los países que han puesto en marcha nuevas actividades de prevención de la violencia en colaboración con la OMS (tales como recopilación de datos, investigación sobre los costos de la violencia, evaluación de programas de prevención, establecimiento de centros o grupos de trabajo nacionales para la prevención y mejora de los servicios de atención a las víctimas) son: Alemania, Angola, Argentina, Bélgica, Brasil, Canadá, Colombia, Congo, El Salvador, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Francia, Guatemala, Honduras, India, Jamaica, Jordania, Kenya, Letonia, Malasia, Mongolia, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, ex República Yugoslava de Macedonia, Tailandia, Uganda y Yemen.

46. En la segunda reunión de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia (*Milestones 2005*), celebrada en San Francisco (Estados Unidos de América) el 19 de octubre de 2005,² se examinaron algunos de esos logros y se evaluaron los progresos realizados por la Alianza para la Prevención de la

¹ *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

² *Milestones of a global campaign for violence prevention 2005: changing the face of violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

Violencia. Tras dicha evaluación, el Ministro de Salud de Bélgica y la OMS convocaron a expertos de 14 países a una reunión (celebrada en Bruselas los días 19 y 20 de junio de 2006) para reflexionar sobre la línea estratégica de la Alianza. En aquel encuentro se acordó establecer un grupo de trabajo de alto nivel que promoviera la inclusión de la prevención de la violencia en los planes mundiales de desarrollo.

47. En 2005, el Comité Regional para Europa adoptó la resolución EUR/RC55/R9, en la que instaba a los Estados Miembros a otorgar prioridad a la prevención de la violencia y los traumatismos. Posteriormente, los coordinadores de 34 Estados Miembros de la Región celebraron reuniones para definir conjuntamente un objetivo y elaborar un programa común de actividades. A principios de 2006, los 100 coordinadores de 67 países que asistieron en Durban (Sudáfrica) a la primera reunión mundial de coordinadores de los ministerios de salud para la prevención de la violencia y los traumatismos (31 de marzo y 1 de abril de 2006) acordaron crear una red para intercambiar información y reforzar las políticas nacionales de prevención de la violencia. En una consulta ulterior, unos 30 ministros de salud africanos, o sus representantes, se comprometieron a dar mayor prioridad a la prevención de la violencia en los programas y políticas nacionales de salud. Como medida de acompañamiento de esos avances, la OMS ha empezado a preparar un informe sobre violencia y salud en África.

48. En 2005 y 2006 vieron la luz las siguientes publicaciones: *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*;¹ *Injuries in Europe: why they matter and what can be done*;² una serie de notas descriptivas sobre la violencia entre personas y el alcohol;³ un módulo didáctico sobre la prevención de la violencia y los traumatismos;⁴ *Developing policies to prevent injuries and violence*;⁵ y *Prehospital trauma care systems*.⁶

49. La OMS, junto con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y el UNICEF, facilitó datos y realizó aportaciones técnicas al estudio sobre la violencia contra los niños encargado por el Secretario General de las Naciones Unidas, que fue presentado a la Asamblea General el 11 de octubre de 2006. La labor subsiguiente de la OMS se centrará en apoyar a los países para que pongan en práctica la guía dedicada a las medidas de prevención del maltrato infantil y a la obtención de datos contrastados sobre el tema.⁷

50. En 2006, la Secretaría estableció un grupo de trabajo sobre la prevención de la violencia sexual y de pareja, que elaborará un proyecto de plan mundial de acción para prevenir dicho tipo de violencia. Para 2007 están previstas una serie de consultas con expertos.

¹ García Moreno C; Jansen HAFM; Ellsberg M; Helse L; Watts C. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² Sethi D; Racioppi F; Baumgarten I; Vida P. *Injuries in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2006.

³ Consultable en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/index.html

⁴ Consultable (sólo en inglés) en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html

⁵ Schopper D; Lormand JD; Waxweiler R (comp.). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

⁶ Sasser S; Varghese M; Kellermann A; Lormand JD. *Prehospital trauma care systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

⁷ Organización Mundial de la Salud, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

51. Los progresos en cuanto a prevención de la violencia han hecho que los países sigan en mayor medida las recomendaciones de la OMS en la materia. Para seguir avanzando es preciso redoblar el apoyo a los países para que apliquen las directrices de la OMS, lo que también supone invertir en la evaluación de los resultados.

H. RED DE SANIMETRÍA

52. La Red de Sanimetría, una red innovadora de productores y usuarios de información sanitaria establecida en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2005, tiene por objeto aumentar la disponibilidad, la calidad y la utilización de información sanitaria oportuna y exacta a nivel subnacional, nacional y mundial. Entre sus asociados figuran ministerios de salud, oficinas estadísticas nacionales, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo, asociaciones sanitarias mundiales, donantes y expertos.

53. Los objetivos fundamentales de la Red son los siguientes:

- definir un marco, es decir un conjunto básico de normas para los sistemas de información sanitaria, la generación de datos y el desarrollo de la capacidad analítica, y directrices para establecer sistemas de información sanitaria a nivel de país;
- aplicar el marco a nivel de país y movilizar apoyo técnico y financiero para catalizar el desarrollo y la mejora de sistemas de información sanitaria;
- formular políticas y crear incentivos para mejorar el acceso a la información y la utilización de ésta a nivel local, regional y mundial.

54. La primera versión del marco se elaboró en 2005 en colaboración con países, asociados técnicos y organismos de desarrollo. Es un reflejo dinámico de las mejoras prácticas en materia de información sanitaria cultivadas por los asociados, quienes ya están armonizando con dicho marco su asistencia para el desarrollo sanitario y estadístico. La experiencia adquirida merced a esa colaboración contribuirá a estimular la evolución ulterior del marco.

55. Después de la creación de la Red los Estados Miembros comenzaron a solicitar apoyo para desarrollar sistemas de información sanitaria. Cuarenta países recibieron donaciones de la Red como resultado de la primera invitación a presentar propuestas, y cuando venció el plazo para la segunda rueda más de 50 países habían presentado propuestas. La mayor parte de éstas proceden de países de ingresos bajos y medianos bajos que están muy necesitados de información válida para orientar la adopción de decisiones y tienen escasa capacidad técnica y financiera. Las donaciones se utilizan para movilizar apoyo político, técnico y financiero y elaborar planes integrales, priorizados, costeados y financiados para el desarrollo de sistemas de información sanitaria.

56. Se prevé que la Red definirá y aplicará estrategias encaminadas a colmar la falta de recursos para algunos componentes del sistema de información sanitaria. Las directrices sobre la vigilancia demográfica y el registro de muestras, así como las autopsias verbales armonizadas, posibilitarán que los países avancen hacia el objetivo universal de tener estadísticas vitales completas. Los métodos destinados a generar datos poblacionales fiables a nivel subnacional fortalecerán el poder de decisión de los administradores a nivel de distrito y promoverá la equidad. Los instrumentos destinados a cuantificar el funcionamiento de los sistemas de salud (por ejemplo la disponibilidad y la distribución

de los recursos humanos, físicos y financieros para la salud) permitirán una mejor planificación para satisfacer las necesidades de salud.

57. La aplicación del marco ha puesto de manifiesto la necesidad de depurar más la arquitectura de un sistema de información sanitaria fiable. Por lo tanto, dicho marco se hará extensivo a la relación entre la demanda y la oferta de información sanitaria, las relaciones entre indicadores y fuentes de datos, la frecuencia del acopio de datos y el desglose de éstos, y maneras de facilitar la circulación de datos entre los indicadores y las fuentes de datos. También se examinarán los marcos normativos, los mecanismos institucionales y la capacidad de liderazgo que se necesitan para que los datos se conviertan en información y los conocimientos se utilicen como fundamento de la adopción de decisiones.

58. Para 2011 el marco deberá ser el patrón universalmente aceptado para el acopio, la notificación y la utilización de la información sanitaria. Su adopción como patrón mundial requerirá un firme respaldo político y el logro de consenso.

59. La OMS presta los servicios de secretaría de la Red y está promoviendo la colaboración entre los interesados en el fortalecimiento de los sistemas de salud y en la producción y la utilización de información sanitaria. Por ejemplo, el Comité Regional de la OMS para Asia Sudoriental instó a los Estados Miembros a considerar la utilización de la Red de Sanimetría como instrumento para la evaluación de los sistemas de información sanitaria y una mayor armonización de los esfuerzos nacionales relacionados con el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria.¹ Se han elaborado marcos estratégicos regionales a fin de reforzar los sistemas de información sanitaria, aprovechar las nuevas oportunidades técnicas y financieras generadas por la Red y contribuir a mejorar la presentación mundial de información sanitaria.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

60. Se invita al Consejo Ejecutivo a que tome nota del presente informe.

= = =

¹ Resolución SEA/RC59/R10.