

Informes sobre los progresos realizados¹

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
B. Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2)	2
C. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)	3
F. Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA60.21)	5
G. Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12)	6
H. Salud de los migrantes (resolución WHA61.17)	8

¹ Las secciones A, D, E, I y J se publicarán ulteriormente.

B. CONTROL DE LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA HUMANA

1. La forma crónica de la tripanosomiasis africana humana, causada por *Trypanosoma brucei gambiense*, es endémica en 24 países. Entre 2004 y 2008, el número de casos notificados disminuyó un 40%, pasando a 10 235. Once países (Benin, Burkina Faso, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Níger, Senegal, Sierra Leona y Togo) no notificaron ningún caso y seis países (Camerún, Côte d'Ivoire, Gabón, Guinea, Guinea Ecuatorial y Nigeria) notificaron un promedio inferior a 100 casos nuevos por año. El Chad, el Congo, la República Centroafricana y Uganda notificaron entre 100 y 1000 casos nuevos anuales. Angola, la República Democrática del Congo y el Sudán son los países más afectados, y cada uno de ellos notificó un promedio de más de 1000 casos nuevos cada año.

2. Durante el mismo periodo, el número de casos nuevos notificados de la forma aguda de la tripanosomiasis africana humana, causada por *T. b. rhodesiense* y que es endémica en 13 países, disminuyó un 56%, pasando a 259. No notificaron ningún caso Botswana, Burundi, Etiopía, Namibia y Swazilandia; notificaron casos esporádicos Kenya, Mozambique, Rwanda y Zimbabwe. Malawi y Zambia notificaron menos de 100 casos nuevos cada año, mientras que la República Unida de Tanzania y Uganda notificaron entre 100 y 1000 casos nuevos anuales.

3. Las alianzas publicoprivadas han permitido a los países en los que la tripanosomiasis africana humana es endémica utilizar las mejores opciones de tratamiento disponibles. En 2004, la proporción de casos de la segunda etapa de la enfermedad debidos a *T. b. gambiense* tratados con el tóxico melarsoprol fue del 86% mientras que en 2008 la cifra se había reducido al 51%. Los casos restantes se trataron con eflornitina, que es un fármaco más seguro.

4. En respuesta a la resolución WHA50.36 sobre la tripanosomiasis africana, la OMS firmó un memorando de entendimiento con la Comisión de la Unión Africana en el que se acordaba aunar fuerzas para luchar contra la tripanosomiasis africana en el marco de la Campaña Panafricana de Erradicación de la Mosca Tsetse y de la Tripanosomiasis. Además, junto con la FAO, la OMS ha puesto en marcha una iniciativa para cartografiar la distribución de la enfermedad, en el marco del Programa Interinstitucional contra la Tripanosomiasis Africana.

5. El acceso de los pacientes de tripanosomiasis africana humana al diagnóstico y el tratamiento se ha visto facilitado por: la disminución de la agitación social; la creación de capacidad; el aumento del apoyo técnico y financiero a las actividades de lucha y vigilancia; y la entrega gratuita de reactivos de diagnóstico y medicamentos para la tripanosomiasis.

6. No obstante los progresos realizados, la tripanosomiasis africana humana sigue siendo una amenaza en África, sobre todo en áreas de la República Centroafricana y la República Democrática del Congo donde los condicionamientos en materia de seguridad obstaculizan las actividades de control. Los países en que la enfermedad es endémica deben contar con apoyo para reforzar las actividades de control y vigilancia mediante la determinación de bolsones aislados de transmisión de la enfermedad y el mejoramiento de la notificación de casos. La disminución del número de casos detectados lamentablemente ha hecho bajar la prioridad otorgada a la lucha contra la enfermedad, que refleja la situación de hace 50 años, cuando se creía que la enfermedad había sido eliminada. Consecuentemente, disminuyó la atención prestada a la tripanosomiasis y el establecimiento de otras prioridades de salud pública contribuyó a su desatención. Para evitar que la historia se repita, es importante encontrar medios costoeficaces y sostenibles de vigilancia y control de la tripanosomiasis africana humana.

7. El control sostenible de la tripanosomiasis africana humana es factible sólo mediante un enfoque integral en el que las actividades de vigilancia y control se emprenden en el marco de sistemas de salud reforzados y operacionales. Los dos obstáculos técnicos principales son la falta de disponibili-

dad de una prueba de diagnóstico sensible y específica que sea poco costosa, fácil de realizar en las condiciones imperantes sobre el terreno y aceptable para su uso en cualquier nivel del sistema de salud, y la falta de un nuevo agente antitripanosómico más barato, más seguro y más fácil de administrar que los medicamentos existentes y capaz de curar las dos formas de la enfermedad.

8. La tarea más inmediata es ampliar y mantener el control y la vigilancia actuales utilizando las mejores herramientas disponibles. Se debe acelerar la investigación de nuevas herramientas. Es preciso crear mayor conciencia acerca de la enfermedad y promover el establecimiento de prioridades y la recaudación de fondos. La OMS debería seguir encabezando la prestación de apoyo a los países y coordinando la labor de todas las partes interesadas en el control y la investigación de la tripanosomiasis africana humana.

C. SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO

9. La aplicación de la estrategia se ha visto reforzada con la incorporación al marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. Así se exponía en el informe del Secretario General, del que tomó nota la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sexagésimo segundo periodo de sesiones, en 2007.¹

10. Las actividades regionales realizadas en colaboración con los asociados, en particular el UNFPA, comprenden la adaptación de la estrategia a los contextos regionales con el fin de responder del mejor modo posible a las necesidades locales en materia de salud reproductiva; la elaboración de marcos normativos para acelerar el acceso universal a los productos y servicios de salud reproductiva; la evaluación de la viabilidad de los indicadores recomendados;² la celebración de reuniones consultivas técnicas sobre planteamientos socioculturales para acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5; el reforzamiento de las capacidades nacionales para elaborar estrategias y políticas que respondan a las expectativas y aplicar y monitorear intervenciones encaminadas a mejorar la salud sexual y reproductiva; la elaboración y adopción de instrumentos y directrices de planificación basados en datos probatorios; la realización de talleres para reforzar la planificación de la familia, la prevención del cáncer cervicouterino, la atención posnatal, la atención puerperal y la prevención del aborto peligroso; y el mejoramiento de la salud reproductiva.

11. Se han realizado progresos en cinco esferas de acción principales.

- **Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud.** Se han elaborado estrategias para ampliar los servicios rurales de salud reproductiva y las infraestructuras para prestar atención obstétrica de emergencia; para atraer a los prestadores de atención de salud hacia las zonas de acceso difícil; y para fortalecer la atención de salud preventiva. Además, se han agregado productos propios de la salud reproductiva a la lista de medicamentos esenciales.

¹ Documento A/62/PV.22.

² Véase el marco de aplicación de la estrategia, «*Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals: a framework for implementing the WHO Global Reproductive Health Strategy*». Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

- **Mejorar la información para el establecimiento de prioridades.** Se han planteado cuestiones relativas a la salud reproductiva en encuestas y censos de población.
- **Movilizar la voluntad política.** Se han organizado talleres destinados a los parlamentarios y se ha promovido la importancia de mejorar la salud reproductiva para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- **Crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo.** Se ha prestado apoyo a los Estados Miembros en el examen y la actualización de la legislación relativa a la prestación de servicios de salud reproductiva a las mujeres y los lactantes, y a la promoción de esos servicios.
- **Reforzar la vigilancia y la evaluación.** Se han incluido indicadores de salud reproductiva en los mecanismos nacionales de monitoreo, y se han llevado a cabo estudios de la mortalidad materna.

12. Los Estados Miembros han identificado los obstáculos que entorpecen la mejora de los servicios de salud reproductiva, entre los que se cuentan los siguientes: factores socioculturales o tradicionales; conflictos; notificación inadecuada de los casos por parte de los establecimientos de salud; acceso inadecuado a los grupos vulnerables, en particular los adolescentes; escasez de equipo y de personal; resistencia de los proveedores de asistencia sanitaria a trabajar en zonas remotas; y escasa sensibilización del público acerca de los diversos métodos de planificación de la familia disponibles.

13. Se han preparado informes acerca de las intervenciones básicas puestas a punto por la OMS para disminuir la mortalidad materna y mejorar la salud reproductiva. En más del 85% de los países encuestados, la atención prenatal está integrada en los programas de salud reproductiva, y se autoriza el uso de sulfato de magnesio en caso de preeclampsia. En más del 50% de los países encuestados se puede recurrir a la contracepción de urgencia en el marco de los métodos mixtos de planificación de la familia, pero los informes señalan una limitada aplicación de los programas de detección del cáncer cervicouterino.

14. Los datos indican que en el mundo en desarrollo se han realizado progresos desiguales en la disminución de la mortalidad materna. En Asia oriental, el norte de África y el Asia sudoriental, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos ha disminuido en más del 30% entre 1990 y 2005, mientras que en el sur de Asia el descenso ha sido superior al 20%. En el África subsahariana, el riesgo de morir durante el embarazo o el parto sigue siendo elevado. La proporción de partos atendidos por personal de salud competente ha aumentado en las regiones en desarrollo, elevándose desde el 57% a mediados de los años 1990 hasta el 62% en 2005. Sin embargo, las necesidades en materia de planificación de la familia están cubiertas de forma entre moderada y alta en la mayoría de las regiones, pese al aumento del uso de métodos de planificación de la familia. En el África subsahariana, el 25% de las mujeres casadas o que viven en pareja tienen carencias en materia de planificación de la familia.

15. Se está prestando más atención a escala mundial a la disminución de la mortalidad materna. En la más reciente cumbre del G8 (L'Aquila, Italia, 8-10 de julio de 2009), se formuló el compromiso de promover un planteamiento integral e integrado a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En una declaración conjunta, la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial resolvieron «trabajar con los gobiernos y la sociedad civil para ... ampliar los servicios de salud de calidad para asegurar el acceso universal a la salud reproductiva ... manteniendo la vinculación con la prevención y el tratamiento del VIH».

F. SOSTENIMIENTO DE LA ELIMINACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR CARENCIA DE YODO

16. Los trastornos por carencia de yodo son una causa importante de disfunciones cognitivas prevenibles. En su resolución WHA43.2 de 1990, la Asamblea de la Salud abordó la eliminación de esos trastornos como un problema de salud pública, línea en la que abundaría más adelante.¹ En otras resoluciones más recientes, la Asamblea de la Salud ha instado a los Estados Miembros a que redoblen sus esfuerzos para lograr ese objetivo.² En el presente informe se describen los progresos realizados al respecto desde 2007.

17. Se ha efectuado una gran inversión para determinar los niveles de yodo de las poblaciones evaluando la concentración urinaria de este elemento en los niños en edad escolar. En el periodo comprendido entre 2004 y 2008, 37 países facilitaron datos nacionales, que abarcaban al 36,3% de la población en edad escolar del mundo. Con posterioridad a 2007, 15 de esos países han comunicado nuevos datos de ámbito nacional. En nueve países los datos ponen de manifiesto un nivel de yodo lo suficientemente bajo como para ser considerado importante desde el punto de vista de la salud pública. En 17 países, la ingesta de yodo es suficiente,³ y en ocho es excesiva. En tres países se ha observado un aumento del riesgo de trastornos tiroideos en los grupos vulnerables. Entre 1993 y 2007 se redujo a menos de la mitad (de 110 a 47) el número de países donde los trastornos por carencia de yodo suponían un problema de salud pública, tendencia a la baja que se sigue manteniendo. En 2010 se publicarán datos pormenorizados como parte del informe mundial de la OMS sobre los progresos realizados en este terreno.

Estrategia de lucha

18. La estrategia preferible para luchar contra los trastornos por carencia de yodo estriba en la yodación universal de la sal. La elección de la sal como vehículo para una alimentación enriquecida en yodo se debe a que su consumo se mantiene estable a lo largo del año y a que las técnicas de yodación son baratas y fáciles de aplicar. Además, resulta sencillo ajustar la cantidad de yodo en la sal para cumplir al mismo tiempo las políticas de reducción del consumo de sal destinadas a prevenir enfermedades crónicas.⁴ La yodación de la sal resulta más eficaz cuando viene dictada por ley.

19. La suplementación con yodo es otro procedimiento recomendado, sobre todo en el caso de grupos vulnerables como mujeres embarazadas o niños pequeños que vivan en comunidades de alto riesgo y no tengan fácil acceso a sal yodada,⁵ o bien como solución temporal cuando la yodación de la sal no discorra satisfactoriamente. El número de países en que al menos el 90% de los hogares tienen ac-

¹ Resoluciones WHA49.13 y WHA52.24.

² Resoluciones WHA58.24 y WHA60.21.

³ Como indicador de la ingesta de yodo se utiliza la concentración urinaria mediana (IU). Atendiendo a este parámetro, los países se dividen en tres grupos: ingesta «suficiente» ($100 \mu\text{g/l} < \text{IU} < 199 \mu\text{g/l}$), ingesta «superior a la recomendada» ($200 \mu\text{g/l} < \text{IU} < 299 \mu\text{g/l}$) e ingesta «excesiva» ($\text{IU} > 300 \mu\text{g/l}$), esto es, superior a la cantidad necesaria para prevenir y controlar los trastornos por carencia de yodo.

⁴ Organización Mundial de la Salud. *Salt as a vehicle for fortification*. Informe de una consulta de expertos de la OMS, Luxemburgo, 21-22 de marzo de 2007. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

⁵ Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Joint Statement: Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

ceso a sal debidamente yodada es ahora de 36,¹ por 33 en 2006² y 28 en 2004.³ Se calcula que el 70% de los hogares del mundo tienen acceso a sal yodada.

20. En 2007 tuvo lugar una consulta de expertos de la OMS dedicada a la sal como vehículo de suplementación.⁴ Los participantes llegaron a la conclusión de que las políticas de yodación y las de reducción del consumo de sal para prevenir enfermedades cardiovasculares son compatibles. Las autoridades nacionales de cada país deben ajustar el nivel actualmente recomendado de enriquecimiento de la sal con yodo (20-40 ppm) atendiendo a sus propios datos sobre la ingesta de sal y la concentración urinaria mediana de yodo en la población.

21. El seguimiento y la evaluación de los resultados de los programas de control de los trastornos por carencia de yodo son esenciales para lograr que las intervenciones resulten eficaces y seguras. En 2007, la OMS, el UNICEF y el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo revisaron y publicaron directrices sobre los indicadores adecuados para evaluar y seguir este tipo de programas,⁵ y aquel mismo año la OMS y el UNICEF hicieron pública una declaración conjunta sobre la consecución de niveles óptimos de aporte nutricional de yodo en mujeres embarazadas o con hijos lactantes y en los niños pequeños.⁶

22. La Red para la Eliminación Sostenida de la Carencia de Yodo, de la que forma parte la OMS, secunda las iniciativas de los países para cumplir cuanto antes el objetivo de eliminar los trastornos por carencia de yodo, promoviendo para ello la colaboración entre los sectores público y privado, las organizaciones científicas y las entidades de la sociedad civil.

G. MULTILINGÜISMO: APLICACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

23. En mayo de 2009, la Asamblea de la Salud tomó nota del informe sobre los progresos realizados en relación con el plan de acción sobre el multilingüismo.⁷ En ese informe se presentan nuevos datos actualizados sobre las actividades destinadas a la aplicación del plan.

24. Ha seguido avanzando la labor encaminada a presentar los productos de información de la OMS en los idiomas oficiales y otros idiomas no oficiales. En los tres primeros trimestres de 2009, la OMS produjo 237 **publicaciones multilingües**. Aunque sigue habiendo una predominancia de las publicaciones en inglés, gracias a la colaboración reforzada con asociados externos está aumentando el número

¹ UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York, 2010. http://www.childinfo.org/idd_progress.html (en inglés).

² UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York, 2007. <http://www.unicef.org/spanish/sowc07/report/report.php>.

³ UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York, 2004. http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04_contents.html.

⁴ Organización Mundial de la Salud. *Salt as a vehicle for fortification*. Informe de una consulta de expertos de la OMS, Luxemburgo, 21-22 de marzo de 2007. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

⁵ Organización Mundial de la Salud. *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers*. 3.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

⁶ http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHOSstatement__IDD_pregnancy.pdf (en inglés).

⁷ Véase el documento WHA62/2009/REC/3, acta resumida de la quinta sesión de la Comisión B, sección 1.

ro de publicaciones en otros idiomas. En septiembre de 2009 se habían producido 122 publicaciones multilingües más en 29 idiomas a través de ese tipo de colaboración.

25. La Oficina Regional para África ha seguido registrando productos de información multilingüe en sus tres idiomas oficiales y aumentando el acceso a los mismos, mientras que la Oficina Regional para Europa aceptó 54 solicitudes de derechos de traducción en 2009. Desde enero de este año, la Oficina Regional para las Américas ha traducido 12 publicaciones, mientras que la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y sus asociados han producido 22 publicaciones multilingües. En la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, las traducciones a idiomas no oficiales se han integrado en la planificación regional.

26. Prosigue la labor de respaldo al **contenido multilingüe accesible en el sitio web de la OMS**. Entre enero y septiembre de 2009 se publicó una cantidad importante de páginas nuevas en el sitio web de la Sede: 418 en árabe, 344 en chino, 504 en español, 690 en francés, 5526 en inglés y 359 en ruso. Se está avanzando en la actualización y edición de ciertas páginas con objeto de mejorar la calidad de la información multilingüe.

27. En la Oficina Regional para Europa se han creado nuevas páginas web en alemán, francés, inglés y ruso; a principios de 2010 se pondrá en marcha un nuevo sistema de gestión de contenidos que permitirá que esas páginas gocen de una mayor visibilidad. Del mismo modo, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha mejorado la accesibilidad de sus páginas web en árabe y ha ofrecido capacitación a dos funcionarios en la Sede a fin de producir el *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* en árabe en la propia Oficina.

28. Se han hecho progresos en el establecimiento de un mecanismo para fijar las **prioridades de traducción**. Las oficinas regionales de la OMS para el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental han iniciado consultas con los Estados Miembros con objeto de establecer una estrategia de fijación de prioridades clara y eficaz, y seleccionar los temas y títulos de mayor importancia. Se puede acceder ahora a una lista principal de productos de información aprobados para su publicación desde una plataforma electrónica conocida como «e-Pub». Los Estados Miembros pueden utilizar la plataforma para consultar la lista, que incluye traducciones planificadas, y para proponer productos para su traducción con carácter prioritario. La plataforma ya está en funcionamiento y es accesible para toda la Organización; además se ha impartido formación a los funcionarios en la Sede y las oficinas regionales.

29. En la Sede se han finalizado las **guías de estilo para la web** en todos los idiomas oficiales; no obstante, se sigue necesitando un editor más para la web. En la Oficina Regional para África se ha creado una sección de terminología y un cargo de terminólogo a fin de armonizar el estilo. En la Oficina Regional para Europa se está adaptando una guía de estilo al alemán, el francés y el ruso.

30. En el plan de acción se proponía la creación de un **fondo institucional mundial** a efectos de recoger y almacenar la producción intelectual de la OMS en forma digital. En octubre de 2009 se celebró un taller para evaluar y seleccionar un sistema de fondo como primera etapa de la labor encaminada a la constitución de un fondo en la Sede y las oficinas regionales antes de enero de 2010.

31. En su resolución WHA61.12, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que velara por el establecimiento de una **base de datos que permita conocer qué idiomas oficiales dominan los funcionarios de la categoría profesional**. En respuesta, se ha realizado una encuesta piloto en un departamento de la Sede para determinar las competencias lingüísticas del personal. Se prevé realizar encuestas análogas en otros departamentos; se hará luego una evaluación a nivel de toda la Organización.

H. SALUD DE LOS MIGRANTES

32. Desde que se adoptó la resolución WHA61.17, la crisis económica mundial ha tenido grandes repercusiones en la población migrante, lo que plantea inquietudes acerca del efecto del desempleo, la baja de los salarios y el empeoramiento de las condiciones de trabajo en la salud de estas personas. Los flujos migratorios no autorizados, desencadenados principalmente por la pobreza y la falta de empleo, han seguido acarreando considerables consecuencias sanitarias pues muchos migrantes en situación irregular carecen de acceso a los servicios de salud. Además, los desastres naturales, los conflictos armados y la inseguridad alimentaria han forzado el desplazamiento de millones de personas cuya salud se ve amenazada en consecuencia. La pandemia por virus gripal A (H1N1) 2009 ha vuelto a poner de relieve los vínculos entre los desplazamientos de las personas y la propagación de enfermedades; frente a esta situación, se necesita el acceso universal a las medidas preventivas y la atención de salud con independencia del estado migratorio de la persona.

33. En el ámbito del desplazamiento forzado de grupos de población, la OMS ha seguido trabajando al frente del Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias y ha colaborado con socios, gobiernos y comunidades para reducir las pérdidas evitables de vidas, la carga de morbilidad y las discapacidades en los países afectados por crisis o que son vulnerables a ellas.

34. La Organización ha movilizado recursos para facilitar el acceso a los servicios de salud de los grupos de población desplazados o afectados de otro modo como consecuencia de alguna crisis. Entre los grupos beneficiarios figuran los refugiados, los desplazados internos, los repatriados y las comunidades de acogida, sobre todo en los siguientes países: Afganistán, Camerún, Chad, Colombia, Jordania, Pakistán, República Árabe Siria, República Centroafricana, República Democrática del Congo y Sudán. Se han desplegado esfuerzos para lograr que la información relativa a la salud de los desplazados se integre en los sistemas nacionales de información sanitaria.

35. La OMS ha brindado apoyo a los Estados Miembros y socios para que generen datos sobre algunos grupos migrantes a los que es difícil llegar, por ejemplo, los que viven en el sur de México y en las provincias fronterizas de Tailandia. En estos casos, el cometido de la Organización ha consistido en documentar la situación sanitaria de los migrantes y las barreras que impiden su acceso a los servicios de salud. En la Región de Europa de la OMS, las investigaciones realizadas entre mujeres migrantes con miras a apoyar la promoción de los derechos de salud reproductiva han permitido documentar las medidas para mejorar el acceso a los servicios de salud y abordar los factores que determinan la salud de los migrantes.

36. En la Región de Europa, un grupo de trabajo sobre la salud de los migrantes ha trazado el mapa de las actividades emprendidas a este respecto en la Región; el grupo compartió información con las oficinas en los países y coordinó las aportaciones técnicas a los procesos pertinentes. Como parte de la reunión de consulta de la Unión Europea sobre «Salud e inmigración: mejor salud para todos» (Lisboa, 24 y 25 de septiembre de 2009), en la que participaron muchas partes interesadas, la OMS fue coautora de las recomendaciones enderezadas a lograr una fuerza de trabajo que sea receptiva a las necesidades de los migrantes.

37. Con la colaboración de asociados, prevenir la propagación de enfermedades infecciosas y lograr el acceso de los trabajadores migrantes a los servicios de salud fueron puntos esenciales de diversas iniciativas europeas y dieron sustento a las conversaciones mantenidas por el Primer Ministro de Rusia y la Directora General en junio de 2009.

38. La OMS y la Organización Internacional para las Migraciones promovieron conjuntamente la salud de los migrantes en varias plataformas: el 16.º Diálogo sobre las Migraciones en el África meri-

dional; un desayuno y mesa redonda ministerial sobre las necesidades sanitarias de las mujeres migrantes organizado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; y la séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Nairobi, del 26 al 30 de octubre de 2009). Las recomendaciones abarcaron temas como la necesidad de fortalecer los derechos de los migrantes al acceso a los servicios sanitarios y sociales; la colaboración multirregional y multisectorial; la integración de la salud en los diálogos de políticas sobre las migraciones, en particular el Foro Mundial sobre la Migración y el Desarrollo; y la integración de los temas de la migración en los debates sobre política exterior y salud mundial.

39. En 2009, con el fin de acrecentar su capacidad en la esfera de las migraciones y la salud y mejorar los programas conjuntos, la Organización Internacional para las Migraciones y la OMS firmaron un acuerdo de cooperación que incluyó la adscripción a esta de un funcionario de aquella como funcionario principal de salud de los migrantes.

40. La OMS participó en la 24.^a reunión de la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA, cuyo tema fue «La población móvil: el desplazamiento forzado y los migrantes»; la Organización también participó en el equipo internacional de trabajo sobre restricciones para viajar relacionadas con la infección por el VIH, que consideró las cuestiones del acceso universal y los derechos humanos.

41. Con el fin de lograr que los sistemas de salud de todas las regiones presten servicios equitativos que respondan a las sociedades multiétnicas de hoy, persiste la necesidad de realizar análisis sistemáticos de la salud de los migrantes, basados en datos desglosados pertinentes que incluyan el sexo y la edad; fortalecer la cooperación entre países y multisectorial; y formular políticas coherentes.

42. La OMS, en colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones, está organizando una reunión mundial de consulta con la participación de muchas partes interesadas para trazar el mapa de las acciones, las buenas prácticas y las recomendaciones de políticas de todas las regiones en la esfera de la salud de los migrantes y para unificar una red técnica entre distintos sectores. Los resultados de la reunión, que se ha programado para los comienzos de 2010, se darán a conocer a la Asamblea de la Salud.

= = =