Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO **EB134/17**
134.ª reunión **29 de noviembre de 2013**
Punto 8.1 del orden del día provisional

Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

Informe de la Secretaría

1. En respuesta a lo solicitado en las resoluciones WHA58.31, WHA63.15, WHA63.17, WHA63.24, WHA64.13 y WHA65.7, en el presente informe se resume la progresión hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y las correspondientes metas específicas.[1] También se expone aquí la marcha de las actividades encaminadas a: reducir la mortalidad en la niñez mediante la prevención y el tratamiento de la neumonía, como se pedía en la resolución WHA63.24; reducir la mortalidad perinatal y neonatal (resolución WHA64.13); prevenir y tratar los defectos congénitos (resolución WHA63.17); y alcanzar la cobertura universal en la atención de salud materna, neonatal e infantil (resolución WHA58.31). En el documento EB134/17 Add.1 que complementa el presente informe se propone un proyecto de plan de acción sobre salud neonatal.

SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS

2. Se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la mortalidad maternoinfantil, la mejora de la nutrición y la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad debidas a la infección por el VIH, la tuberculosis y el paludismo. En los últimos años se ha acelerado el ritmo de avance en muchos de los países que presentan las tasas más altas de mortalidad, aunque subsisten grandes diferencias entre países y dentro de ellos. Las tendencias actuales constituyen una sólida base para intensificar el trabajo colectivo y aplicar a mayor escala soluciones que hayan dado buenos resultados a fin de superar los problemas derivados de múltiples crisis y de la existencia de grandes desigualdades.

3. Se estima que la malnutrición es la causa subyacente del 45% de todas las muertes de niños menores de cinco años. En los países en desarrollo, el porcentaje de menores de cinco años aquejados de insuficiencia ponderal pasó del 28% en 1990 al 17% en 2012. Aunque tal ritmo de avance está próximo al que se requiere para cumplir la meta correspondiente, los progresos se distribuyen de forma

[1] Las metas específicas en cuestión son: Objetivo 1, Meta 1.C: *Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre*; Objetivo 4, Meta 4.A: *Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años*; Objetivo 5, Meta 5.A: *Reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015*, y Meta 5.B: *Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva*; Objetivo 6, Meta 6.A: *Haber detenido y comenzado a reducirla propagación del VIH/sida en 2015*, Meta 6.B: *Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten*, y Meta 6.C: *Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves*; Objetivo 7, Meta 7.C: *Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento*; y Objetivo 8, Meta 8.E: *En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles*.

desigual entre las regiones y dentro de ellas. En la resolución WHA65.6, la Asamblea de la Salud respaldó el plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, en el cual se fija para 2025 la nueva meta de reducir en un 40%, con respecto a las cifras de referencia de 2010, el número de niños menores de cinco años que en todo el mundo sufren retraso del crecimiento.[1] Entre 1990 y 2012 se registró un descenso del 37% en el número de niños aquejados de retraso del crecimiento, que pasó de 257 millones a 162 millones. En el plan integral de aplicación se fijaban asimismo otras metas en materia de reducción de la emaciación y la anemia materna, prevención del sobrepeso infantil y mejora de los índices de lactancia materna.

4. A escala mundial se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años, que entre 1990 y 2012 disminuyó en un 47%, pasando de 90 a 48 muertes por cada 1000 nacidos vivos, según las estimaciones. La tasa mundial ha ido cayendo cada vez más rápidamente, pues del 1,2% anual registrado entre 1990 y 1995 se pasó a un 3,9% anual entre 2005 y 2012. Ello, sin embargo, sigue siendo insuficiente para alcanzar en 2015 la meta de reducir en dos tercios la tasa de mortalidad con respecto a los niveles de 1990.

5. En 2012, el índice de cobertura mundial de la vacunación antisarampionosa de niños de 12 a 23 meses de edad era del 84%. Cada vez más países están logrando niveles elevados de cobertura de inmunización: en 2012, un 66% de los Estados Miembros alcanzaron una cobertura de por lo menos el 90%. Se calcula que entre 2000 y 2011 el número de muertes por sarampión pasó de 548 300 a 157 700, lo que supone una caída del 71%.

6. El nuevo plan de acción mundial integrado de prevención y control de la neumonía y la diarrea[2] ofrece al mundo la oportunidad histórica de poner fin a las muertes prevenibles en la niñez, privilegiando en particular la lucha contra la neumonía y la diarrea, que tomadas conjuntamente causan el 26% de todas las muertes de niños menores de cinco años. El plan, que echó a andar en abril de 2013, paralelamente a la serie que *The Lancet* dedicó a la neumonía y la diarrea infantiles, está concebido sobre todo para orientar a los gobiernos nacionales y sus asociados. Después de su presentación, la OMS, el UNICEF y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional publicaron un comunicado que se ha hecho llegar a las oficinas y programas en los países. En él se propugna una estrecha colaboración con todos los asociados, aprovechando para ello al máximo las oportunidades que va surgiendo al hilo de manifestaciones nacionales e iniciativas para introducir nuevas vacunas como *Committing to Child Survival: A Promise Renewed* [Compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada] o la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños. Se están elaborando y difundiendo herramientas y directrices con el objetivo de apoyar la aplicación de planteamientos integrados y de resolver problemas de abastecimiento de productos básicos (por ejemplo el zinc).[3] La OMS está actualizando reseñas de carácter técnico o normativo sobre el tratamiento de la neumonía. Los asociados, por su parte, prestan apoyo a las soluciones estratégicas contenidas en el plan de acción mundial poniendo en práctica a nivel de distrito fórmulas innovadoras e integradas de intervención en materia de vacunación, nutrición, tratamiento de casos, suministro de agua potable y saneamiento. En Nigeria, por ejemplo, está en curso un estudio de mercado para evaluar la demanda y encontrar la forma de acrecentarla. En Etiopía, India, Kenya, Níger, la República Democrática del Congo y la Republica Unida de Tanzanía se viene respaldando la

[1] Documento WHA65/2012/REC/1, anexo 2.

[2] OMS/UNICEF. *End preventable deaths: Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea*. Ginebra, Ediciones de la OMS, 2013.

[3] Véase http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities.

creciente demanda y el correspondiente aumento del suministro de sales de rehidratación oral, zinc y amoxicilina recurriendo a fórmulas como, entre otras, las alianzas publicoprivadas.

7. De unos años a esta parte ha aumentado con rapidez el número de países de las Regiones de África, las Américas y el Mediterráneo Oriental que han introducido la vacuna antineumocócica conjugada con apoyo de la Alianza GAVI. La introducción de nuevas vacunas (contra neumococos y rotavirus) ha traído consigo la oportunidad de instaurar y aplicar intervenciones coordinadas contra la neumonía y la diarrea. Varios países han utilizado las declaraciones conjuntas de la OMS y el UNICEF y la OMS sobre la asistencia clínica a niños con diarrea y neumonía como base para formular políticas destinadas a mejorar el acceso a la atención mediante agentes de salud comunitarios formados y supervisados. A finales de 2012, 39 de los 75 países que eran objeto de seguimiento como parte de la iniciativa «Cuenta regresiva para 2015»[1] habían adoptado la política de tratamiento a escala comunitaria de los casos de neumonía y otros ocho países habían dado pasos para adoptarla y aplicarla.

8. Aunque ha habido una notable reducción del número de muertes maternas (desde las 543 000 de 1990 hasta las 287 000 de 2010, según las estimaciones), el ritmo al que disminuye este guarismo debería prácticamente duplicarse para que se pudiera cumplir la Meta 5.A. Entre 1990 y 2010, la tasa de mortalidad materna en el mundo cayó a un ritmo del 3,1% anual, y a una cadencia inferior en las Regiones de las Américas y el Mediterráneo Oriental (de un 2,5% y un 2,6% al año, respectivamente). Alrededor de un 25% de los países que en 1990 presentaban las tasas más altas de mortalidad materna (100 o más muertes por cada 100 000 nacidos vivos) han registrado avances insuficientes, a veces ninguno en absoluto. El hecho de que los países hayan adoptado un método sistemático para vigilar las muertes maternas y responder a ellas, siguiendo las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, ayuda a cuantificar con más exactitud las muertes maternas.[2]

9. La reducción de las muertes maternas pasa por dar a las mujeres acceso a intervenciones eficaces y por dispensar atención de salud reproductiva de buena calidad. Los estudios sobre el tema efectuados recientemente han deparado una mejor información sobre los determinantes biomédicos y sociales de la mortalidad materna. En muchos Estados Miembros se han instituido programas para eliminar o atenuar los obstáculos que dificultan el acceso a intervenciones eficaces. En 2012, un 63,7% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad que estaban casadas o vivían en pareja utilizaban alguna forma de anticoncepción, mientras que un 12%, aun queriendo dejar de tener hijos o tenerlos más tarde, no utilizaba métodos anticonceptivos. Entre 2005 y 2012, la proporción de mujeres que recibieron atención prenatal al menos una vez durante el embarazo fue de alrededor de un 81%, aunque si se considera el mínimo recomendado, que es de cuatro consultas, este porcentaje disminuye hasta aproximadamente un 55%. La mayor utilización de los servicios de maternidad ha influido positivamente en el porcentaje de partos atendidos por personal de salud competente (un elemento crucial para reducir la mortalidad perinatal, neonatal y materna), proporción que en 2012 superó el 90% en tres de las seis regiones de la OMS y llegó a un promedio mundial del 70%. Pero todavía hay que mejorar, por ejemplo, en la Región de África, donde la cobertura apenas llega al 50%.

10. Cada año dan a luz unos 16 millones de mujeres adolescentes (de entre 15 y 19 años de edad). Los bebés nacidos de madres adolescentes, que en un 95% se encuentran en los países en desarrollo,

[1] Cuenta regresiva para 2015. Supervivencia materna, neonatal e infantil. Véase http://www.countdown2015mnch.org/ (sitio consultado el 29 de octubre de 2013).

[2] Véanse las recomendaciones en «Manteniendo promesas, evaluando los resultados»: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/es/ (sitio consultado el 17 de octubre de 2013).

suponen alrededor del 11% de los nacimientos a nivel mundial. En los países de ingresos bajos o medianos, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto están entre las principales causas de mortalidad de las jóvenes de entre 15 y 19 años. Se calcula que en 2008 hubo tres millones de abortos peligrosos entre las muchachas de este grupo de edad. Los efectos adversos del embarazo adolescente se extienden también a la salud del lactante. Los casos de muerte perinatal son un 50% más numerosos en los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que en los nacidos de mujeres de 20 a 29 años de edad. Los hijos de madres adolescentes también tienen más probabilidades de sufrir insuficiencia ponderal al nacer, lo que puede entrañar en esos lactantes un mayor índice de riesgos sanitarios a largo plazo. Tras publicar en 2011 directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y los resultados negativos para la reproducción entre las adolescentes de países en desarrollo, ahora la OMS presta apoyo a los países para que incluyan en sus estrategias y planes de acción nacionales medidas que apunten en esta línea.

11. La Secretaría está ayudando a los países a introducir intervenciones esenciales para acelerar la progresión hacia el acceso universal a la salud reproductiva. Como aportación a los compromisos anunciados en la Cumbre de Londres sobre planificación familiar de 2012, la OMS ha publicado reseñas de políticas que versan sobre estrategias para optimizar la dotación de personal sanitario a fin de: prestar servicios objetivos de planificación familiar; acrecentar el uso de métodos anticonceptivos permanentes o de acción prolongada; ampliar el acceso a servicios para los adolescentes; y reforzar la respuesta del sistema de salud.[1] La OMS se comprometió además a ampliar las posibilidades de elección de anticonceptivos y el surtido de métodos de anticoncepción existentes mediante actividades de investigación y desarrollo y a incrementar la disponibilidad de anticonceptivos de buena calidad por medio de la precalificación de productos y de mecanismos acelerados.

12. En cifras mundiales absolutas, entre 1990 y 2012 la mortalidad neonatal pasó de 4,6 millones a 2,9 millones. En ese periodo, la tasa de mortalidad neonatal (en número de muertes por cada 1000 nacidos vivos) pasó de 33 a 21, lo que supone una reducción del 37%. Este parámetro cae más lentamente que la mortalidad total en la niñez, y el porcentaje de muertes antes de los cinco años que tienen lugar en la fase neonatal se ha incrementado, desde un 37% en 1990 hasta un 44% en 2012. La prematuridad es la primera causa de muerte neonatal y la segunda más importante de muerte antes de los cinco años. La OMS y sus asociados han publicado el primer informe de acción mundial sobre nacimientos prematuros,[2] en el cual se exponen métodos científicamente contrastados para salvar la vida de los bebés prematuros, prestarles atención adecuada y reducir los elevados índices de muerte y discapacidad que se registran entre ellos. Según las estimaciones, el número de muertes prenatales en el mundo pasó de 3,0 millones en 1995 a 2,6 millones en 2009, y la tasa de mortinatalidad cayó en torno a un 15%: de 22 nacidos muertos por cada 1000 partos en 1995 se pasó a 19 en 2009.

13. La atención de salud en el transcurso e inmediatamente después del parto es crucial para prevenir y tratar dolencias que son causa de muerte materna y neonatal. La OMS está poniendo al día directrices para el personal de salud sobre prevención y tratamiento de las principales enfermedades maternas, perinatales y neonatales, que versan en particular sobre el uso prenatal de corticosteroides en caso de trabajo de parto prematuro, la prestación de apoyo para iniciar lo antes posible la lactancia materna exclusiva, los métodos de madre canguro y las visitas a domicilio a las madres y sus hijos recién nacidos. La OMS también ha actualizado directrices sobre atención postnatal que tratan de la estancia mínima en un centro de salud después del parto y del contenido, número y calendario de las consultas de

[1] Véase http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (sitio consultado el 17 de octubre de 2013).

[2] *Born too soon: the global action report on preterm birth*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

atención posnatal, armonizando las recomendaciones referidas a la madre y las relativas al bebé. Además, basándose en estudios concluidos en fechas recientes, la OMS está empezando a definir regímenes más sencillos de terapia antibiótica para tratar la sepsis neonatal.

14. Como respuesta internacional al urgente imperativo de acelerar la reducción de la mortalidad neonatal en los 1000 días que quedan para alcanzar la fecha límite de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como en la fase posterior, la OMS, en colaboración con sus asociados, ha formulado un plan de acción para poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos titulado *Every Newborn* [Todos los recién nacidos].[1] Este plan es fruto de un amplio proceso de consultas con los Estados Miembros y organizaciones internacionales que federan a asociaciones de profesionales de la salud. El Comité Regional para el Pacífico Occidental, en su 64.ª reunión (Manila, 21 a 25 de octubre de 2013), tomó nota del Plan de acción para recién nacidos sanos en la Región del Pacífico Occidental (2014-2020)[2] elaborado por la OMS y el UNICEF.

15. En cumplimiento de la resolución WHA63.17, la OMS ha publicado una nota descriptiva sobre las anomalías congénitas e introducido un «tema de salud» al respecto en su sitio web. También ha elaborado un manual y, en colaboración con los asociados internacionales, generado capacidad en la Sede y las regiones para vigilar esas patologías. Además, la Organización ha actualizado los valores umbral de las concentraciones de folato sérico y folato eritrocitario que vienen asociadas a defectos del tubo neural prevenibles en mujeres en edad fecunda y organizado actos de sensibilización pública sobre la espina bífida y la hidrocefalia. La Secretaría presta apoyo a la vigilancia de la toxicidad de los antirretrovirales durante el embarazo y la lactancia materna. La OMS sigue participando en la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola, que lleva adelante junto con el UNICEF, la Fundación de las Naciones Unidas, la Cruz Roja Americana y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América. La Oficina Regional para Asia Sudoriental es especialmente activa en la labor de documentación y creación de capacidades para prevenir y detectar anomalías congénitas. La Oficina Regional para las Américas prosigue la labor que lleva a cabo con el UNICEF y otros asociados por conducto de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.

16. En colaboración con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el UNICEF, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y otros asociados, la OMS ha desempeñado una función clave a la hora de definir con más precisión y reforzar los planteamientos basados en los derechos humanos para abordar los temas de salud femenina e infantil. La Organización ayudó al Comité de los Derechos del Niño a preparar un comentario general sobre el derecho de los niños a la salud, así como al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a elaborar una guía técnica sobre la eliminación de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad entendida como una cuestión de derechos humanos. Por invitación del Consejo, la OMS preparó un informe sobre la mortalidad de los menores de cinco años como problema de derechos humanos, lo que llevó al Consejo a adoptar una resolución sobre la mortalidad antes de los cinco años y a pedir que se elaborase una guía técnica para abordar la reducción de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad desde la óptica de los derechos humanos. En mayo de 2013 la OMS presentó una monografía con datos probatorios del impacto que tenía sobre la salud femenina e infantil el hecho de trabajar desde la óptica de los derechos humanos, demostrando así que la aplicación de este tipo de planteamientos ayuda a los gobiernos a cumplir las obligaciones nacionales e internacionales que tienen suscritas y contribuye a mejorar la salud de mujeres y niños.

---

[1] El plan de acción se presenta en el documento EB134/17 Add.1.

[2] Documento WPR/RC64/9.

17. En septiembre de 2013 el Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y del niño publicó su segundo informe, que la Directora General presentó al Secretario General de las Naciones Unidas en el sexagésimo séptimo periodo de sesiones de la Asamblea General. En el informe se formulaban las siguientes recomendaciones básicas. Los ministros de salud, junto con los asociados, deben: 1) priorizar y evaluar justificadamente unos mecanismos de supervisión nacionales impulsados por los países, inclusivos, transparentes y participativos para promover la salud de la mujer y el niño; 2) preconizar y conseguir un mecanismo de rendición de cuentas independiente para vigilar, revisar y mejorar continuamente las acciones emprendidas a fin de hacer realidad la agenda para el desarrollo sostenible después de 2015; 3) incluir un indicador relacionado con los adolescentes en todos los mecanismos de vigilancia de la salud de la mujer y el niño, y hacer participar provechosamente a los jóvenes en todos los órganos de formulación de políticas que afecten a las mujeres y los niños; 4) dar prioridad a la calidad para reforzar el valor de un enfoque de la salud de la mujer y el niño basado en los derechos humanos; 5) conseguir un personal sanitario más numeroso y cualificado, especialmente en el África subsahariana, que atienda a las mujeres y los niños con un impacto cuantificable; y 6) poner en marcha una nueva iniciativa para obtener mejores datos, incluyendo entre las metas de desarrollo para después de 2015 unos sistemas universales y eficaces de registro civil y estadísticas demográficas.

18. Está casi ultimado un marco mundial de inversiones para la salud de la mujer y el niño, elaborado a raíz de una recomendación formulada por el Grupo de Examen de Expertos independientes en su primer informe (2012).[1] En él se examinan los costos, efectos y beneficios económicos de 50 intervenciones de las que hay constancia que mejoran directamente la salud femenina e infantil. En el informe se expone el nivel de inversiones adicionales que se necesita para prevenir la mortalidad materna, neonatal y en la niñez. El segundo año de aplicación de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas pone de manifiesto un cambio de rumbo en las actividades de ámbito nacional. De los 75 países de atención preferente, 66 tienen definido un marco y una hoja de ruta nacionales de rendición de cuentas, y 49 han recibido fondos «catalíticos» en apoyo de su marco nacional de rendición de cuentas. Hay un creciente apoyo político al fortalecimiento de los sistemas de registro civil y estadísticas demográficas, y a día de hoy 40 países han llevado a cabo evaluaciones para determinar la forma de mejorar sus sistemas. Cincuenta y tres países efectúan periódicamente estudios de su sector de la salud, labor que cada vez más aglutina a numerosos asociados, entre ellos entidades de la sociedad civil. Veintisiete países disponen de una estrategia nacional de cibersalud, que en casi todos los casos incluye una línea de trabajo dedicada a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Más de 20 países hacen un seguimiento de los recursos, empleando para ello un planteamiento armonizado que se basa en la metodología del sistema de cuentas de salud. Cuarenta países tienen firmado un pacto (o acuerdo equivalente) con asociados para el desarrollo. Muchos países han reforzado su sistema de información sanitaria y están empleando la mayoría de los 11 indicadores recomendados por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas. Cada vez más, asociados como la Unión Europea, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI o el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida invierten directamente en la capacidad de los países para seguir de cerca resultados y analizar estudios, lo que incide especialmente en los sistemas de información sanitaria, la calidad de los datos y la creación de capacidad analítica para conferir más solidez a los estudios y al diálogo sobre políticas en el terreno de la salud.

[1] *Every woman, every child: from commitments to action* [Todas las mujeres, todos los niños: del compromiso a la acción]. Primer informe del Grupo de Examen de Expertos independientes (iERG) en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y del niño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

19. Alrededor de la mitad de la población del mundo está expuesta al paludismo, y se calcula que en 2010 hubo unos 219 millones de casos de esta enfermedad que desembocaron en la muerte de 660 000 personas. Gracias a una multiplicación sin precedentes de las medidas de prevención y control del paludismo, entre 2000 y 2010 las tasas mundiales de incidencia cayeron en un 17%, según las estimaciones, y las de mortalidad en un 26%. Se calcula que entre 2000 y 2010 se salvaron 1,1 millones de vidas, mayoritariamente en países con una elevada carga de paludismo. Además, 50 países van camino de reducir en más de un 75% la incidencia de paludismo para 2015, conforme a la meta establecida por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA58.2. Sin embargo, aún hay en el mundo 42 países que carecen de datos suficientes para evaluar los avances, hecho indicativo de que hay que redoblar esfuerzos para mejorar las pruebas de diagnóstico y la vigilancia de la enfermedad. Las estimaciones existentes respecto a 2010 ponen de manifiesto que alrededor de un 80% de los casos de paludismo se concentran en 17 países, y un 80% de las muertes por la enfermedad en solo 14 países. Ahora, para prevenir la reaparición de la enfermedad y su cortejo de defunciones, es preciso mantener el nivel de cobertura de intervenciones como la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, la fumigación de interiores con efecto residual, la realización de pruebas de diagnóstico y la administración de tratamientos eficaces.

20. Desde 2006 viene disminuyendo lentamente el número anual de nuevos casos de tuberculosis en el mundo, que entre 2011 y 2012 cayó en un 2,4%. Las tasas de incidencia también están bajando en las seis regiones de la OMS. La tasa de mortalidad por tuberculosis se ha reducido en un 45% desde 1990 y, a juzgar por esta tendencia, para 2015 se habrá logrado una reducción del 50% en el mundo. A escala planetaria, el porcentaje de éxitos terapéuticos se mantiene desde 2007 en niveles altos, de un 85% o más (meta establecida por primera vez en 1991 por la Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHA44.8). Sin embargo, la carga de tuberculosis sigue siendo elevada: se calcula que en 2012 hubo 8,6 millones de nuevos casos, el 13% de los cuales afectaron a personas con VIH, y que la enfermedad acabó con la vida de 1,3 millones de personas (de las que 320 000 eran seropositivas).

21. Se estima que en 2012 contrajeron la infección por el VIH 2,3 millones de personas en todo el mundo, lo que supone un descenso del 33% en comparación con los 3,4 millones registrados en 2001. De todas las personas del mundo que resultaron infectadas, un 70% se encontraba en el África subsahariana. Se calcula que en 2012 había 35 millones de personas que vivían con el VIH, lo que supone un incremento con respecto a los años anteriores. A la par que mejora el acceso a tratamientos antirretrovirales en los países de ingresos bajos y medianos (en 2012 recibieron atención 9,7 millones de personas en esos países), el volumen de población que vive con el VIH seguirá yendo en aumento, pues cada vez mueren menos personas por causas relacionadas con el sida.

22. La OMS trabaja para eliminar un conjunto de 17 enfermedades tropicales desatendidas que son endémicas en 149 países. Estas infecciones crónicas afectan a más de 1000 millones de personas en medios tropicales y subtropicales, y un mismo individuo puede verse afectado por varias de ellas a la vez. El número de casos de tripanosomiasis africana humana notificados ha caído a su nivel más bajo en 50 años. Actualmente se persigue la erradicación de dos dolencias, la dracunculosis y el pian, para 2015 y 2020 respectivamente. También está definido el objetivo de eliminar la filariasis linfática como problema de salud pública para 2020, lo que en el caso de la lepra ya es una realidad en 119 de los 122 países donde era endémica y en los que ha dejado de existir como problema de salud pública. Aunque la diversidad de las enfermedades tropicales desatendidas plantea dificultades, también ofrece oportunidades para reforzar los sistemas de salud y potenciar el acceso universal a los tratamientos. Gracias a campañas encabezadas por la OMS, cientos de millones de personas reciben cada año tratamiento con medicamentos preventivos. También se trabaja para armonizar las medidas de prevención y control del dengue (que es la infección viral con un crecimiento más rápido del mundo) a través de la nueva estrategia y la nueva hoja de ruta mundiales de la OMS, que tienen por objetivo reducir las tasas de morbilidad y mortalidad para 2020. En mayo de 2013 la Asamblea de la Salud, en su resolu-

ción WHA66.12, decidió acelerar los esfuerzos para vencer esas 17 enfermedades, para lo cual instó a los Estados Miembros y asociados internacionales a intensificar el apoyo que prestan al control, la eliminación y la erradicación de este heterogéneo grupo de afecciones centrándose en el liderazgo y la adhesión a los programas de los países afectados.

23. Las actividades para mejorar el acceso al agua de bebida y los servicios básicos de saneamiento corresponden a la Meta 7.C, establecida en 2010 en lo tocante al primero de estos factores, que se cuantifica con un indicador sustitutivo: el acceso a fuentes mejoradas de agua de bebida. En 2011 disponía de una fuente mejorada de agua de bebida un 89% de la población, por un 76% en 1990. Aunque los progresos han sido impresionantes, subsisten disparidades entre regiones, entre zonas urbanas y rurales y entre personas ricas y pobres. El nivel de cobertura alcanza como mínimo el 90% en cuatro de las regiones de la OMS, pero sigue siendo bajo en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental, con lo que, de seguir avanzando al mismo ritmo, estas dos regiones no alcanzarán a cumplir la meta fijada para 2015. Por lo que respecta a los servicios básicos de saneamiento, aunque desde 1990 casi 1900 millones de personas han accedido a mejores instalaciones de saneamiento, en 2011 había más de 2500 millones (un tercio de la población mundial) que carecían de ellas. Mil millones de personas todavía defecan al aire libre. El ritmo al que se avanza actualmente es demasiado lento como para que se pueda cumplir la meta relativa al saneamiento, tanto a escala mundial como en las regiones (con la salvedad de la Región del Pacífico Occidental, donde la cobertura se ha duplicado entre 1990 y 2011). El Secretario General de las Naciones Unidas ha exhortado a redoblar esfuerzos para cumplir el capítulo de saneamiento de la Meta 7.C. La OMS está decidida a movilizar al sector de la salud para resolver la crisis de saneamiento, labor que pasa por actividades de sensibilización, asistencia técnica y mejor seguimiento a escala mundial.

24. Numerosas personas siguen topándose con el problema de la escasez de medicamentos en el sector público, lo que las obliga a adquirirlos en el privado, donde se practican precios sensiblemente más altos. Los estudios realizados entre 2007 y 2012 pusieron de relieve que en los países de ingresos bajos o medianos solo el 57% de los centros públicos de salud, en promedio, disponían de determinados medicamentos esenciales (genéricos). Los precios que los pacientes debían pagar en el sector privado por los productos genéricos más baratos eran por término medio cinco veces superiores a los precios internacionales de referencia (y en algunos países pueden llegar a ser hasta 16 veces mayores). Para las familias de renta baja de los países en desarrollo, incluso los genéricos más baratos pueden tener un precio que resulte prohibitivo y les impida costearse tratamientos comunes. Los pacientes aquejados de enfermedades crónicas son los que pagan un precio más elevado. Existen terapias eficaces para las dolencias que forman el grueso de la carga mundial de enfermedades crónicas, pero el acceso universal a esos tratamientos es algo que sigue estando fuera de alcance.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

25. Se invita al Consejo a tomar nota del presente informe.

= = =