Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO
144.ª reunión
Punto 5.4 del orden del día provisional

EB144/11 Rev.1
24 de diciembre de 2018

Aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Informe del Director General

1. En mayo de 2016, la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA69.11 sobre la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se han elaborado dos informes anteriores sobre los progresos en la aplicación de dicha resolución, presentados respectivamente al Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, celebrada en 2016, y a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2017.

2. El presente informe proporciona una nueva actualización sobre los progresos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la Parte I se resumen los progresos mundiales y regionales de los Estados Miembros en la consecución del Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), así como de otros objetivos y metas de desarrollo sostenible relacionados con la salud; se trata de un producto del apoyo prestado por la Secretaría a los Estados Miembros para fortalecer la presentación de informes acerca de la Agenda 2030. En la parte II se describen los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA69.11.

I. PROGRESOS HACIA LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE RELACIONADOS CON LA SALUD

3. En las *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2018* se informa sobre la situación de más de 30 indicadores sanitarios y relacionados con la salud, situación que se resume más adelante en este documento. Los datos muestran que, aunque en algunas esferas se han logrado progresos notables hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud —especialmente en la reducción de la mortalidad en niños menores de cinco años, en el incremento de la cobertura del tratamiento del VIH y en la reducción de los casos de tuberculosis y de las muertes por dicha enfermedad—, se ha producido un estancamiento en otras áreas, como el paludismo, la tuberculosis farmacorresistente, el consumo de alcohol y la contaminación del aire, y lo ganado podría perderse fácilmente. En muchos países, la debilidad de los sistemas de salud sigue siendo un obstáculo para lograr progresos y da lugar a deficiencias en la cobertura de los servicios sanitarios, incluso los más básicos, y a una preparación insuficiente ante emergencias sanitarias. A continuación se resume la situación mundial y regional de la aplicación de medidas para alcanzar los Objetivos en siete áreas temáticas.[1]

[1] En https://unstats.un.org/sdgs/metadata/ puede consultarse una base oficial completa con información sobre los correspondientes Objetivos, metas, indicadores y metadatos, así como información y enlaces conexos.

Salud reproductiva, materna e infantil y nutrición

4. Las principales metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud reproductiva, materna e infantil son las metas 3.7, 3.1, 3.2 y 2.2.

5. Las estimaciones más recientes sugieren que el 77% de las mujeres en edad reproductiva casadas o que viven en pareja tienen cubiertas sus necesidades de planificación familiar con un método anticonceptivo moderno, lo que supone que hay 208 millones de mujeres que no tienen cubiertas sus necesidades. Se estima que anualmente tienen lugar 12,8 millones de partos en madres adolescentes de 15 a 19 años, lo que supone 44 partos por cada 1000 mujeres adolescentes. Las cifras regionales más bajas se dan en la Región del Pacífico Occidental (14 partos por cada 1000 adolescentes), y las más altas en la Región de África (99 partos por cada 1000 adolescentes). Los partos a edades tempranas pueden perjudicar la salud de los neonatos y de las jóvenes madres.

6. Se calcula que 303 000 mujeres murieron en todo el mundo en 2015 durante el embarazo y el parto. Casi todas estas muertes (el 99%) tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medios, y casi dos terceras partes (el 64%) correspondieron a la Región de África. La reducción de la mortalidad materna depende de manera crucial de que las mujeres tengan garantizado el acceso a una atención de alta calidad antes del parto, durante el parto y en el puerperio. Los datos indican que, en la mayoría de los países de ingresos altos y medio-altos, más del 90% de los partos fueron atendidos por personal de partería, médico o de enfermería capacitado, mientras que este porcentaje fue inferior al 50% en varios países de ingresos bajos y medio-bajos.

7. El mundo ha realizado progresos notables en la reducción de la mortalidad infantil: así, entre 1990 y 2017 la tasa de mortalidad mundial en niños menores de cinco años cayó de 93 a 39 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Aun así, en 2017 hubo 5,4 millones de niños que murieron antes de cumplir los cinco años. Si se mantienen las tasas de mortalidad actuales, se prevé que entre 2018 y 2030 fallezcan 56 millones de niños menores de cinco años. El riesgo de fallecimiento es máximo en el primer mes de vida, y en 2017 hubo 2,5 millones de neonatos que murieron en el mes siguiente al parto. El parto prematuro, las complicaciones intraparto (como la asfixia perinatal o los traumatismos perinatales) y la septicemia neonatal supusieron casi tres cuartas partes de los fallecimientos neonatales. Entre los niños de 1 a 59 meses, las principales causas de mortalidad en 2016 fueron las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y el paludismo. Las anomalías congénitas son una causa de mortalidad importante en neonatos y niños menores de cinco años, especialmente en aquellos países que presentan bajas tasas de mortalidad en esos grupos de edad.

8. En 2017, en todo el mundo había 151 millones de niños menores de cinco años (22%) que presentaban retraso del crecimiento (estatura demasiado baja para su edad). De ellos, tres cuartas partes vivían en la Región de Asia Sudoriental o la Región de África. Unos niveles elevados de retraso del crecimiento perjudican el desarrollo de los países, ya que dicho retraso está asociado a morbilidad y mortalidad infantiles, a una menor capacidad de aprendizaje y a la aparición de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. En 2017, 51 millones de niños menores de cinco años (7,5%) presentaban emaciación (peso insuficiente en relación a la estatura), mientras que 38 millones (5,6%) padecían sobrepeso (peso excesivo en relación a la estatura). En ocasiones, la emaciación y el sobrepeso pueden afectar simultáneamente a una misma población: es lo que se conoce como la «doble carga de la malnutrición», que puede observarse por ejemplo en la Región del Mediterráneo Oriental.

Enfermedades infecciosas

9. La principal meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionada con las enfermedades infecciosas es la meta 3.3.

10. En todo el mundo, la incidencia de la infección por VIH descendió desde 0,40 casos por cada 1000 personas no infectadas en 2005 hasta 0,25 casos por cada 1000 personas no infectadas en 2017. La Región de África siguió siendo la más afectada, con una tasa de incidencia de 1,22 casos por cada 1000 personas no infectadas, 20 veces superior a las tasas de las Regiones del Mediterráneo Oriental y del Pacífico Occidental. Se estima que en 2017 fallecieron 940 000 personas —entre ellas 110 000 niños— por enfermedades relacionadas con el VIH. Al final de 2017 había 21,7 millones de personas recibiendo tratamiento contra el VIH, una cifra récord que supuso un aumento neto de 2,3 millones de personas respecto al final de 2016. Sin embargo, el porcentaje de personas con VIH que no recibe tratamiento era aún del 41%.

11. Después de unos avances sin precedentes en el control del paludismo en todo el mundo, los progresos se han frenado. En 2016 se estima que hubo 216 millones de casos de paludismo en todo el mundo, frente a 237 millones en 2010 y 210 millones en 2013. El paludismo se cobró la vida de unas 445 000 personas en 2016, una cifra similar a la de 2015. La mortalidad en 2016 fue menor que la de 2010 en todas las regiones, con excepción de la Región del Mediterráneo Oriental, donde las tasas de mortalidad se mantuvieron prácticamente iguales.

12. En todo el mundo, la tasa de incidencia de tuberculosis ha descendido un 1,5% anual desde el año 2000, y en 2017 se situó en 133 casos por cada 100 000 personas. La gravedad de las epidemias nacionales fue muy desigual: en 2017, en la mayoría de los países de ingresos altos hubo menos de 10 nuevos casos por cada 100 000 habitantes, mientras que en la mayoría de los 30 países con una carga elevada de morbilidad por tuberculosis hubo 150-300 nuevos casos por cada 100 000 habitantes, y en unos pocos países la incidencia superó los 500 nuevos casos por cada 100 000 habitantes. Se estima que 10 millones de personas contrajeron tuberculosis en 2017, de las que un 87% residía en los 30 países con carga de morbilidad elevada que se reparten entre las seis regiones de la OMS, y que la tuberculosis provocó el fallecimiento de 1,3 millones de personas VIH-negativas y 300 000 personas VIH-positivas. Entre 2000 y 2017 se calcula que el tratamiento de la tuberculosis evitó 45 millones de muertes entre la población VIH-negativa y, en combinación con el tratamiento antirretrovírico, nueve millones de muertes entre la población VIH-positiva. La tuberculosis farmacorresistente continúa siendo una amenaza: en 2017 hubo 560 000 nuevos casos de tuberculosis resistentes a la rifampicina (el medicamento de primera línea más eficaz), de los que 460 000 presentaron resistencia a múltiples fármacos.

13. Según las estimaciones, en 2015 había 325 millones de personas en todo el mundo infectadas por el virus de la hepatitis B (VHB) o el virus de la hepatitis C (VHC). La mayor parte de la carga de morbilidad debida a la infección por VHB corresponde a infecciones adquiridas antes de los cinco años de edad. El uso generalizado de la vacuna contra la hepatitis B en lactantes ha reducido considerablemente la incidencia de nuevas infecciones crónicas por VHB, lo que se refleja en el descenso de la prevalencia de la hepatitis B en niños menores de cinco años, que ha pasado del 4,7% en la era anterior a la vacuna al 1,3% en 2015. Al mismo tiempo, la prevalencia de la hepatitis B en la población general ha descendido del 4,3% al 3,5%. En cuanto al VHC, sus principales vías de transmisión son las prácticas peligrosas asociadas a procedimientos sanitarios y al consumo de drogas inyectables. Para reducir este riesgo es necesario ampliar las intervenciones selectivas destinadas a prevenir las infecciones. También hace falta ampliar el cribado, el diagnóstico y el tratamiento con el fin de permitir la curación de las personas infectadas. En la publicación de la OMS *Informe mundial sobre las hepatitis 2017* se proporcionan datos de referencia y análisis para apoyar los esfuerzos tendentes a la eliminación de la enfermedad.[1]

14. Las enfermedades tropicales desatendidas son un grupo de enfermedades caracterizadas por su proliferación en ambientes tropicales —donde es común que una misma persona esté infectada por va-

[1] Informe mundial sobre las hepatitis 2017. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

rias de ellas— y por su asociación a la pobreza. En 2016, 1500 millones de personas requirieron tratamiento masivo o individual y atención por enfermedades tropicales desatendidas, lo que supone un descenso respecto a los 2000 millones de personas de 2010. Los progresos se han visto impulsados por la eliminación continuada en varios países de algunas de esas enfermedades: la filariasis linfática (14 países desde 2016), la oncocercosis (cuatro países desde 2013) y el tracoma (ocho países desde 2012). En 2017, más de 1000 millones de personas fueron tratadas por al menos una de las cinco enfermedades tropicales desatendidas susceptibles de quimioprofilaxis (filariasis linfática, oncocercosis, helmintiasis transmitidas por el suelo, tracoma y esquistosomiasis) durante campañas de administración masiva.

Enfermedades no transmisibles, control del tabaco, abuso de sustancias y salud mental

15. Las principales metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con las enfermedades no transmisibles, el control del tabaco, el abuso de sustancias y la salud mental son las metas 3.4, 3.5 y 3.a.

16. Se estima que en 2016 se produjeron 41 millones de muertes por enfermedades no transmisibles, lo que supuso un 71% de los 57 millones de fallecimientos totales en todo el mundo. La mayoría de esas muertes fueron causadas por alguna de las cuatro principales enfermedades no transmisibles: las enfermedades cardiovasculares (17,9 millones de muertes, que supusieron el 44% de todos los fallecimientos por enfermedades no transmisibles); el cáncer (9,0 millones de muertes, el 22%); las enfermedades respiratorias crónicas (3,8 millones de muertes, el 9%); y la diabetes (1,6 millones de muertes, el 4%). En todo el mundo, el riesgo de fallecer entre los 30 y los 70 años de edad por alguna de las cuatro principales enfermedades no transmisibles descendió desde el 22% en 2000 hasta el 18% en 2016.

17. El nivel mundial de consumo de alcohol en 2016 fue de 6,4 litros de alcohol puro por cada persona mayor de 15 años, una cifra que se ha mantenido estable desde 2010. En 2016, unos 2300 millones de adultos (el 43% de la población adulta) eran consumidores actuales de alcohol, mientras que 2400 millones (el 45% de la población adulta) nunca lo había consumido. El consumo en la Región de Asia Sudoriental aumentó casi un 30% desde 2010, mientras que en la Región de Europa disminuyó un 12%, a pesar de lo cual seguía siendo el más elevado del mundo. Los datos disponibles indican que la cobertura de los tratamientos de los trastornos por consumo de alcohol y drogas es insuficiente, aunque es necesario seguir trabajando para mejorar la medición de dicha cobertura.

18. El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, y tiene consecuencias sociales, ambientales y económicas negativas. En 2016, en todo el mundo fumaban tabaco más de 1100 millones de personas mayores de 15 años (el 34% de todos los varones y el 6% de todas las mujeres en ese grupo etario). Hasta la fecha, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ha sido ratificado por 181 partes, que representan más del 90% de la población mundial. Aunque el grado de aplicación ha mejorado de forma continuada desde que el Convenio entró en vigor en 2005, los progresos en la aplicación de los diferentes artículos siguen siendo desiguales, con tasas de aplicación que van desde el 13% hasta el 88%. Las medidas previstas en el Convenio más aplicadas siguen siendo las que están sujetas a plazos, como los artículos 8 (Protección contra la exposición al humo de tabaco) y 11 (Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco). Los artículos 17 (Apoyo a actividades alternativas económicamente viables), 18 (Protección del medio ambiente y de la salud de las personas) y 19 (Responsabilidad) y parecen ser los que presentan un menor éxito en su aplicación, con progresos mínimos o nulos desde 2016. El Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, que entró en vigor el 25 de septiembre de 2018, ofrece un completo conjunto de herramientas para combatir el comercio ilícito, como el establecimiento de un sistema de seguimiento y localización, así como medidas para promover la cooperación internacional, por ejemplo en materia de sanciones y cumplimiento de la ley.

19. En 2016 hubo casi 800 000 fallecimientos por suicidio, siendo el riesgo de muerte por esta causa un 75% mayor en los varones que en las mujeres. Los fallecimientos por suicidio afectan a adolescentes y adultos de todas las edades. Las mayores tasas de mortalidad por suicidio se dieron en la Región de Europa (15,4 muertes por cada 100 000 habitantes), y las menores en la Región del Mediterráneo Oriental (3,9 muertes por cada 100 000 habitantes).

Lesiones y violencia

20. Las principales metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con las lesiones y la violencia son las metas 3.6, 5.2, 13.1, 16.1 y 16.2.

21. En 2013, los accidentes de tránsito provocaron la muerte de 1,25 millones de personas en todo el mundo y causaron lesiones a otros 50 millones. La tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tránsito fue 2,6 veces superior en los países de ingresos bajos (24,1 muertes por cada 100 000 habitantes) que en los de ingresos altos (9,2 muertes por cada 100 000 habitantes), a pesar de que las tasas de motorización son menores en los países de ingresos bajos.

22. Las estimaciones más recientes indican que hasta 1000 millones de niños de 2 a 17 años (el 50%) han experimentado violencia física, sexual o emocional o desatención en el último año, y que aproximadamente una tercera parte (el 35%) de las mujeres han sufrido en algún momento de su vida violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual a manos de personas que no fueran su pareja.

23. Se estima que, en el periodo 2012-2016, las catástrofes naturales provocaron una media de 11 000 muertes anuales en todo el mundo, lo que supone 0,15 muertes por cada 100 000 habitantes. En general, los países de ingresos bajos y medio-bajos presentan mayores tasas de mortalidad por esta causa y tienen dificultades para hacer frente a las necesidades financieras, logísticas y humanitarias asociadas a la recuperación tras una catástrofe.

24. Se estima que en 2016 tuvieron lugar 477 000 homicidios en todo el mundo, siendo cuatro de cada cinco víctimas varones. Los varones de la Región de las Américas presentaron la mayor tasa de fallecimiento por homicidio, con 31,8 muertes por cada 100 000 habitantes, algo por debajo de las 33,5 muertes por cada 100 000 habitantes del año 2000.

25. Se estima que en 2016 murieron 180 000 personas en guerras y conflictos, cifra que no incluye los fallecimientos debidos a los efectos indirectos de la guerra o el conflicto, como la propagación de enfermedades, la nutrición deficiente o el colapso de los servicios sanitarios. La tasa media de mortalidad por conflictos en los cinco últimos años (2012-2016), que ascendió a 2,5 muertes por cada 100 000 habitantes, duplicó con creces la tasa media en el quinquenio anterior (2007-2011). La Región del Mediterráneo Oriental presentó la mayor tasa de mortalidad por conflictos en 2012-2016, con 24,1 muertes por cada 100 000 habitantes.

Cobertura sanitaria universal y sistemas de salud

26. Las principales metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la cobertura sanitaria universal y los sistemas de salud son las metas 3.8, 3.b, 3.c, 17.19 y 1.a.

27. En todo el mundo, el promedio nacional del gasto público total destinado a la salud fue del 9,9% en 2015. Por regiones, dicho porcentaje varió entre el 6,9% de la Región de África y el 12,5% de la Región de Europa. Este valor refleja el nivel de gasto público en salud procedente de fuentes nacionales con respecto al gasto total en actividades del sector público en cada país, y podría formar parte del indicador 1.a.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

28. El índice de cobertura de los servicios —uno de los elementos de la cobertura sanitaria universal— es un indicador único calculado a partir de indicadores de seguimiento de la cobertura de servicios esenciales en las siguientes áreas: salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; control de enfermedades infecciosas; enfermedades no transmisibles; y capacidad de los servicios y acceso a estos. Según este índice, los niveles de cobertura de los servicios variaron mucho de unos países a otros en 2015, situándose entre 22 y 86 (el índice tiene un valor máximo de 100). Al menos la mitad de la población mundial no cuenta con una cobertura plena de los servicios de salud esenciales. Entre las personas que pudieron acceder a los servicios necesarios, muchas sufrieron dificultades financieras para hacerlo. Se estima que, en 2010, 808 millones de personas —un 11,7% de la población mundial— dedicaron al menos un 10% de su presupuesto doméstico (los gastos o ingresos totales del hogar) para pagar de su propio bolsillo servicios sanitarios; para 179 millones de esas personas, tales pagos superaron una cuarta parte del presupuesto doméstico. Se estima igualmente que, en 2010, 97 millones de personas, un 1,4% de la población mundial, se vieron empobrecidas por gastos sanitarios afrontados de su propio bolsillo (cifras calculadas empleando el umbral de pobreza de 2011, situado en US$ 1,90 diarios o su equivalente por paridad del poder adquisitivo).

29. Según los datos más recientes disponibles para el periodo 2007-2016, 76 países indicaron tener menos de un médico por cada 1000 habitantes, y 87 países refirieron tener menos de tres profesionales de enfermería y partería por cada 1000 habitantes. En muchos países, el personal de enfermería y partería supone más de la mitad del personal sanitario nacional. La seguridad y protección de los profesionales de la salud son un importante motivo de preocupación en las crisis prolongadas y emergencias agudas. El 86% de las muertes y lesiones de profesionales de la salud notificadas en todo el mundo en 2015 ocurrieron en la Región del Mediterráneo Oriental.

30. Los medicamentos esenciales sirven para tratar un amplio abanico de enfermedades y afecciones, además de controlar el dolor y proporcionar cuidados paliativos. Los datos de encuestas nacionales sobre establecimientos sanitarios realizadas en 29 países durante el periodo 2007-2017 indican que el 64% de los establecimientos públicos que participaron en las encuestas en los países de ingresos bajos contaban con medicamentos para el control del dolor y la prestación de cuidados paliativos, porcentaje que fue del 58% en los países de ingresos medio-bajos. Menos del 10% de los establecimientos sanitarios públicos participantes en las encuestas en los países de ingresos bajos contaban con analgésicos opioides como morfina, buprenorfina, codeína, metadona y tramadol, medicamentos esenciales para tratar el dolor asociado a numerosas enfermedades progresivas en sus estadios avanzados.

31. A lo largo de 2017, 116,2 millones de lactantes (aproximadamente el 85% de los lactantes de todo el mundo) recibieron tres dosis de la vacuna combinada contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) y quedaron así protegidos contra enfermedades infecciosas que pueden ser graves y causar discapacidad o muerte. En 2017, 123 países habían alcanzado una cobertura de la vacuna DTP3 del 90% o más. Sin embargo, se estima que 19,9 millones de niños menores de un año no recibieron la vacuna DTP3 en 2017. Al final de 2017, el 85% de los niños habían recibido una dosis de vacuna contra el sarampión antes de cumplir los dos años; 167 países habían incluido una segunda dosis como parte de la vacunación sistemática, y el 67% de los niños recibieron dos dosis de vacuna contra el sarampión de acuerdo con los calendarios de vacunación nacionales. Los niveles mundiales de cobertura de las vacunas recomendadas más recientemente, como la vacuna contra el rotavirus y la vacuna antineumocócica conjugada, aún eran inferiores al 50%. Al final de 2017, la vacuna contra el virus del papiloma humano se había introducido en 80 países, sin contar cuatro países en los que solo se había introducido parcialmente.

32. Todos los años se dedican miles de millones de dólares a la investigación y el desarrollo de productos y procesos sanitarios nuevos o mejorados, que van desde medicamentos hasta vacunas o productos para el diagnóstico. Pero, muchas veces, el modo en que se distribuyen y gastan estos fondos no se corresponde adecuadamente con las necesidades mundiales de salud pública. Países con niveles comparables de ingresos y necesidades sanitarias reciben diferentes niveles de ayuda oficial al desarrollo para

investigación médica y sectores sanitarios básicos. En 2015, los países de ingresos bajos solo recibieron el 0,3% de las ayudas directas para investigación sanitaria.

33. Se estima que solo aproximadamente la mitad de los 194 Estados Miembros registran al menos el 80% de los fallecimientos de sus habitantes mayores de 15 años indicando la correspondiente causa de muerte. Además, los problemas de calidad de los datos limitan adicionalmente el uso de este tipo de información.

Riesgos ambientales

34. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen varias metas relacionadas con la sostenibilidad ambiental y la salud humana, entre ellas algunas de las correspondientes a los Objetivos 3, 6, 7, 9, 11, 12 y 13.

35. El acceso a combustibles y tecnologías limpios para cocinar ha mejorado marginalmente, y en 2016 alcanzó un 59% en todo el mundo, lo que supone un aumento de 10 puntos porcentuales respecto al año 2000. No obstante, el nivel de cobertura varía mucho de unos países a otros, y el crecimiento de la población sigue yendo por delante de la transición a combustibles y tecnologías limpios, lo que hace que más de 3000 millones de personas aún cocinen con combinaciones contaminantes de combustibles y cocinas. Mientras que más del 90% de la población de la Región de las Américas (92%) y de la Región de Europa (>95%) usaba combustibles y tecnologías limpias para cocinar, esta proporción era inferior a una quinta parte (17%) en la Región de África. Se estima que, en 2016, la contaminación del aire en los hogares derivada de ello causó 3,8 millones de muertes por enfermedades no transmisibles (como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer) e infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores.

36. En 2016, el 91% de la población mundial no respiraba aire limpio, y más de la mitad de la población urbana mundial estaba expuesta a niveles de contaminación del aire exterior superiores en al menos 2,5 veces al nivel seguro de referencia establecido por la OMS. En algunos países de las regiones del Mediterráneo Oriental y de África, como consecuencia de la presencia de otras fuentes naturales de contaminación atmosférica, como el polvo, los contaminantes del aire ambiente pueden alcanzar niveles más de ocho veces superiores a los niveles de seguridad recomendados por la OMS. Se estima que, en 2016, la contaminación del aire exterior en ciudades y zonas rurales provocó 4,2 millones de fallecimientos en todo el mundo, mientras que la contaminación del aire en interiores provocó otros 2,8 millones de fallecimientos: un total de 7 millones de fallecimientos, o uno de cada ocho, en el ámbito mundial. Además de los combustibles utilizados como medio de calefacción y en la preparación de alimentos, las condiciones de habitabilidad de las viviendas son de gran importancia para la salud pública. En las directrices de la OMS sobre vivienda y salud se señala que «la mejora de las condiciones de habitabilidad puede salvar vidas, prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida, reducir la pobreza, ayudar a mitigar el cambio climático y contribuir al logro de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos los relativos a la salud (ODS 3) y las ciudades sostenibles (ODS 11). Por tanto, la habitabilidad de las viviendas es un importante punto de entrada para programas de salud pública intersectoriales y la prevención primaria».[1]

37. El consumo de agua insalubre, el saneamiento inadecuado y la falta de higiene también siguen constituyendo importantes causas de mortalidad, estimándose que provocaron 870 000 muertes en 2016. La Región de África se vio desproporcionadamente afectada por la mortalidad debida a estas causas, con una tasa de mortalidad cuatro veces superior a la tasa mundial. Los datos disponibles, correspondientes a menos de 100 países, indican que en 2015 solo 5200 millones de personas (el 71% de la población mundial) disfrutaban de servicios de abastecimiento seguro de agua potable —esto es, servicios que suministran agua no contaminada en el mismo lugar de su consumo y están disponibles cuando se

[1] Housing and health guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018, p. vii. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf?ua=1), consultado el 12 de diciembre de 2018.

necesitan—, mientras que solo 2900 millones de personas (el 39% de la población mundial) disponían de servicios de saneamiento seguros, con eliminación segura de la orina y las heces *in situ* o tratamiento de estos en otro lugar. Las aguas residuales domésticas sin tratar contaminan las fuentes de agua para el consumo, lo que plantea riesgos para la salud pública y el medio ambiente. Estimaciones preliminares correspondientes a 79 países (que dejan fuera a gran parte de África y Asia) muestran que, en 22 países, menos del 50% de todos los flujos de aguas residuales domésticas son objeto de un tratamiento seguro. Garantizar el agua potable y el saneamiento para todos requiere recursos financieros y capacidad técnica para respaldar y mantener las inversiones en infraestructuras. Mientras que el total de la asistencia oficial al desarrollo comprometida y desembolsada en todos los sectores aumentó de forma continuada entre 2011 y 2016, la proporción de estos compromisos dedicada a actividades relacionadas con el agua descendió. Una encuesta de 2017 halló que más del 80% de los países refería no contar con financiación suficiente para cumplir los objetivos nacionales en materia de agua potable, saneamiento e higiene.

38. Las intoxicaciones accidentales causaron más de 100 000 muertes en 2016. Aunque el número de fallecimientos por intoxicación accidental viene disminuyendo de forma continuada desde el año 2000, las tasas de mortalidad por esta causa siguen siendo relativamente elevadas en los países de ingresos bajos. Las intoxicaciones accidentales pueden estar causadas por productos químicos de uso doméstico, plaguicidas, keroseno, monóxido de carbono o medicamentos, o deberse a la contaminación ambiental o la exposición laboral a productos químicos.

Riesgos para la salud y brotes epidémicos

39. La principal meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionada con los riesgos para la salud y los brotes epidémicos es la meta 3.d. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) establece que todos los Estados Partes deben tener o desarrollar unas capacidades básicas de salud pública mínimas para aplicar eficazmente el Reglamento. En 2017, 167 Estados Partes (el 85%) respondieron al cuestionario de seguimiento, lo que supone un aumento respecto a los 129 Estados Partes (el 66%) de 2016. Los 196 Estados Partes han respondido al cuestionario de seguimiento al menos una vez desde 2010. En 2017, la puntuación media en materia de capacidades básicas de todos los países que respondieron fue del 71%.

II. PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN WHA69.11

Promoción de un enfoque multisectorial y coordinado para la aplicación de la Agenda 2030

40. El 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 de la OMS reconoce la necesidad de aplicar enfoques multisectoriales para actuar sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud. La OMS respalda enfoques que abarquen todos los niveles de gobierno y a toda la sociedad y que promuevan la incorporación de la salud a todas las políticas con el fin de abordar integralmente todos los determinantes de la salud.

41. La OMS ha participado en varias iniciativas intersectoriales para abordar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (el Objetivo relacionado con la salud). La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) abarca 11 Objetivos de Desarrollo Sostenible: incluye todas las metas correspondientes al Objetivo 3 y distintas metas correspondientes a otros 10 Objetivos (1-7, 9, 10, 16 y 17). El *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil* (2017) expone las medidas fiscales y legislativas necesarias en ese sentido. El marco de cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia, elaborado junto con el UNICEF, el Banco Mundial, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y la Red de Acción por el Desarrollo de la Primera Infancia (ECDAN), fija pautas estratégicas para inspirar la actuación en múltiples sectores desde el embarazo

hasta los tres años de edad. Durante la tercera Conferencia Mundial sobre Salud y Clima (2018) se puso en marcha formalmente la Iniciativa Especial sobre el Cambio Climático y la Salud en los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, desarrollada por la OMS en colaboración con la secretaría de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y con el Gobierno de Fiji en una reunión de la Conferencia de las Partes en la Convención. En consonancia con la resolución WHA70.15 (2017), la OMS efectuó una petición mundial en línea solicitando datos probatorios sobre las prácticas empleadas para abordar la migración y la salud, y recibió respuestas de 52 Estados Miembros y asociados internacionales. En una histórica declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas con el título «Unidos para poner fin a la tuberculosis: una respuesta mundial urgente a una epidemia mundial», aprobada el 26 de septiembre de 2018, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a ejercer liderazgo y aumentar la financiación anual hasta los US$ 13 000 millones de aquí a 2022 para tratar a todas las personas (40 millones) que requieren cuidados. En la tercera Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada el 27 de septiembre de 2018, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron con medidas fiscales, informativas y legislativas recomendadas por la OMS, referidas entre otros aspectos a la restricción de la publicidad de bebidas alcohólicas, al etiquetado nutricional y la publicidad de alimentos, a la prohibición de fumar, a los impuestos a las bebidas azucaradas, a la educación pública, a las vacunas, al tratamiento de la hipertensión y la diabetes, a la promoción del ejercicio físico habitual, a la reducción de la contaminación del aire y a la mejora de la salud y el bienestar mentales.

42. Las oficinas regionales de la OMS han elaborado planes para ayudar a los países a emprender actuaciones multisectoriales. Por ejemplo, en la Región de Europa se adoptó[1] la hoja de ruta para aplicar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, inspirada en Salud 2020, el marco normativo europeo para la salud y el bienestar, con el objetivo de poner de relieve cinco prioridades estratégicas (gobernanza, determinantes de la salud, lugares saludables, no dejar a nadie atrás y atención sanitaria universal) y cuatro medidas instrumentales. 20 Estados Miembros de la Región de Europa se han apoyado en la hoja de ruta para aplicar la Agenda 2030. Mediante una de las medidas instrumentales, a saber, la cooperación multipartita, la Oficina Regional para Europa hace un llamamiento a la Coalición Temática sobre Salud y Bienestar (una alianza de múltiples organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales y partes interesadas, dirigida por la Oficina Regional de la OMS para Europa) para la aplicación conjunta de las metas relacionadas con la salud. Uno de los primeros logros se registró cuando 14 organismos regionales de las Naciones Unidas unieron fuerzas para poner fin a la infección por VIH, la tuberculosis y las hepatitis víricas mediante enfoque coordinados. En 2018, el Comité Regional para Europa decidió[1] adoptar una serie de indicadores para el marco[2] de seguimiento conjunto para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Salud 2020 y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ese mismo año, los miembros de la Red Europea de Ciudades Sanas de la OMS adoptaron la Carta de Belfast por las Ciudades Sanas, que define nuevas y audaces funciones en materia de salud para los alcaldes y los gobiernos locales. En 2012, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental estableció la Red Regional de Ciudades Sanas, que actualmente integra 67 ciudades sanas situadas en 14 Estados Miembros. El programa «Ciudades Sanas» de la Región del Mediterráneo Oriental orienta a las autoridades locales del ámbito municipal para abordar los determinantes de la salud y el bienestar, por medio de un conjunto de criterios e indicadores elaborados por la Oficina Regional. En la Región del Pacífico Occidental, el Foro Parlamentario de Asia y el Pacífico sobre la Salud Mundial está trabajando para mejorar la legislación en materia de salud pública. La OMS en la Región de África y la Comisión de la Unión Africana han reafirmado su compromiso de reforzar su colaboración y poner en práctica un plan de trabajo conjunto para 2019-2020, así como protocolos para la interacción entre la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África. Varias regiones están actuando de una forma cada vez más activa con respecto

[1] Resolución EUR/RC67/R3 (2017).

[2] Adoptado por el Comité Regional en la resolución EUR/RC67/R3 (2017).

a la sostenibilidad ambiental a través de foros multisectoriales como los siguientes: la Conferencia Interministerial Africana sobre Medio Ambiente y Salud; el Foro Regional de Asia y el Pacífico sobre Medio Ambiente y Salud; el Proceso Europeo de Salud y Medio Ambiente; el Consejo de Ministros Árabes de Salud y el Consejo de Ministros Árabes Responsables del Medio Ambiente; y las redes de ciudades que la Organización Panamericana de la Salud está promoviendo para mejorar la salud ambiental y fortalecer la promoción de la salud.

43. La OMS también ha colaborado con otros asociados en cuestiones relacionadas con la salud no abarcadas por el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Ha reforzado sus vínculos con la FAO y otros asociados en torno a un ambicioso programa de trabajo basado en seis ejes[1] destinado a acabar con el hambre (Objetivo de Desarrollo Sostenible 2) y también ha identificado compromisos específicos, mensurables, alcanzables, pertinentes y sujetos a plazos (SMART por las iniciales en inglés) para los Estados Miembros.[2] En la esfera de la educación (Objetivo 4), la OMS, la OIT y la OCDE han lanzado un Plan de Acción Quinquenal para el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico Inclusivo (2017-2021)[3] y creado el Working for Health Multi-Partner Trust Fund (Fondo Fiduciario Multipartito de Trabajo para la Salud), que ayudará a los asociados a invertir en personal de salud, salud ambiental y servicios sociales. En 2018, la OMS publicó sus primeras directrices mundiales sobre saneamiento y salud, que ayudarán a los países a invertir en saneamiento seguro y adecuado desde el punto de vista cultural y de género (Objetivo 6). La OMS y la OIT han establecido una coalición mundial en materia de seguridad y salud laborales para promover la salud y el bienestar en el entorno de trabajo (Objetivo 8). La OMS y la OIT están elaborando su primera metodología conjunta para estimar la carga de enfermedades y lesiones laborales, y elaborarán estimaciones conjuntas en ese sentido. La OMS continúa participando en varias redes y comités interinstitucionales sobre igualdad de género y derechos humanos (Objetivos 5, 10 y 16). En relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible referidos a la energía, las ciudades y comunidades sostenibles, y la acción por el clima (Objetivos 7, 11 y 13), los días 31 de octubre al 1 de noviembre de 2018 se celebró en Ginebra la primera Conferencia Mundial de la OMS sobre contaminación del aire y salud para abordar los siete millones de muertes prematuras relacionadas con la contaminación del aire. La nueva coalición mundial sobre la salud, el medio ambiente y el cambio climático lanzada en 2018 por la OMS, el PNUMA y la OMM, impulsará los compromisos para abordar la contaminación del aire; también acelerará el plan de acción en materia de salud y clima y coordinará los esfuerzos de mitigación de la contaminación del aire y el cambio climático. En cuanto al consumo y la producción responsables (Objetivo 12) y el agua potable (Objetivo 6), la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la hoja de ruta para fortalecer la participación del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores. Conforme a lo establecido, la OMS ha creado una red mundial sobre productos químicos y salud para facilitar la aplicación.

44. Como parte de la contribución de la OMS al logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y a la promoción de un enfoque multisectorial coordinado para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en consonancia con la resolución WHA69.11), la Secretaría acogió favorablemente la petición de los Jefes de Estado de Alemania, Ghana y Noruega al Director General para que colabore con los asociados mundiales en el ámbito de la salud en la elaboración de un plan de acción

[1] Los ejes son los siguientes: sistemas alimentarios; medidas de nutrición esenciales; protección social; comercio e inversión; ambientes propicios; y fortalecimiento de la gobernanza.

[2] Para un examen de los compromisos SMART de los países con el marco de aplicación de la Declaración de Roma sobre la Nutrición, véase *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2018* (https://data.unicef.org/resources/sofi-2018/) y *Strengthening nutrition action: a resource guide for countries based on the policy recommendations of the Second International Conference on Nutrition (ICN2)* (http://www.who.int/nutrition/publications/strengthening-nutrition-action/en/).

[3] Véase http://www.who.int/hrh/com-heeg/action-plan-annexes/en/ y *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* (http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/).

mundial en pro de la vida sana y el bienestar para todos, concebido para apoyar a los países a lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud.

45. Los resultados de la primera fase de esta labor, que plasman la visión conjunta y el compromiso histórico de 11 organizaciones sanitarias de ámbito mundial (Alianza Gavi para las Vacunas; el Fondo Mundial; el Grupo del Banco Mundial; el Mecanismo de Financiación Mundial; OMS; ONU-Mujeres; ONUSIDA; PNUD; UNFPA; UNICEF y Unitaid) se presentaron a la Cumbre Mundial de la Salud (Berlín, Alemania) y a la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (Astana, Kazajstán) en octubre de 2018.

46. Esta primera fase de elaboración del plan permitió unir a las organizaciones en torno a un objetivo común y establecer un marco de acción conjunta («Alinear, Acelerar, Rendir cuentas») con el objetivo de partir de iniciativas de coordinación existentes y de la colaboración en los países, y seguir aprovechando las capacidades del sistema multilateral en su conjunto para prestar apoyo a los países. La primera fase establece los cimientos para un compromiso mayor entre los asociados con objeto de: alinear políticas, enfoques y metodologías que permitan mejorar la eficiencia y la eficacia; acelerar los progresos en ámbitos transversales que puedan repercutir considerablemente en los logros de las diferentes metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud; y rendir cuentas de las mayores inversiones, a fin de garantizar un buen uso de ellas y resultados sostenibles que favorezcan a las personas.

47. En la fase siguiente de la labor se tomará como punto de partida el compromiso creciente de los agentes pertinentes mundiales en el ámbito de la salud, con el objetivo de mejorar y fortalecer el plan mediante consultas y la participación de las partes interesadas en el ámbito nacional, regional y mundial. Para la elaboración del plan propuesto se partirá de estrategias institucionales, como el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS, y se hará todo lo posible por lograr la alineación con otros procesos e iniciativas, como la reforma del Secretario General. Se prevé que el plan esté finalizado para septiembre de 2019.

Participación en la planificación estratégica, la ejecución y la presentación de informes en el conjunto del sistema de las Naciones Unidas

48. La OMS es un miembro activo del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Comité Permanente entre Organismos. El Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo reúne a las entidades del sistema de las Naciones Unidas que contribuyen a cumplir la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible a nivel de los países. La OMS también ha participado en consultas de equipos de trabajo, dedicados entre otros a datos e informes de ámbito nacional, a no dejar a nadie atrás y al apoyo a políticas integradas. La OMS también contribuye a la elaboración de informes sobre los progresos en la consecución de 27 metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para lo cual colabora con otros organismos en la elaboración de informes sobre 13 indicadores correspondientes a los Objetivos y actúa como organismo único para otros 13 indicadores.

49. Según se establece en el 13.º Programa General de Trabajo, la OMS se compromete a apoyar la propuesta del Secretario General de las Naciones Unidas de trabajar como «una sola ONU» para mejorar la eficiencia y eficacia de las actividades operacionales en los países con el fin de ayudar a estos últimos a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La OMS participa en los equipos de las Naciones Unidas en los países en el marco del sistema de coordinadores residentes y aspira a reforzar su capacidad en el ámbito de la salud, reconociendo al mismo tiempo su mandato constitucional de actuar como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria internacional. Siempre que los progresos sean satisfactorios, la OMS reconoce la opción de prorrogar en 2023 el 13.º Programa General de Trabajo hasta 2025 con el fin de alinear el ciclo de planificación estratégica de la OMS con el de la familia más amplia de las Naciones Unidas.

50. La OMS ha contribuido activamente a una serie de informes sobre los progresos realizados en la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a la presentación de informes conjuntos interinstitucionales.

Elaboración de un plan a largo plazo para maximizar el efecto de las contribuciones de la OMS

51. El 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 establece el rumbo estratégico de la OMS, esboza el modo en que la Organización procederá a su aplicación y proporciona un marco para medir los progresos realizados en ese sentido. El programa orientará la elaboración de los planes de aplicación, el presupuesto por programas, los marcos de resultados y los planes operacionales. En él se han tenido en cuenta los planes estratégicos de las oficinas regionales de la OMS, habiéndose elaborado en colaboración con los Directores Regionales.

52. Un cambio importante consistirá en crear una Organización integrada donde las personas estén principalmente vinculadas a la OMS y no a su propio programa concreto. Los tres niveles de la Organización colaborarán estrechamente, poniendo un énfasis claro en el efecto en los países, los resultados y la rendición de cuentas. Habrá una mayor armonización entre la visión y la estrategia de la OMS y sus actividades diarias.

Colaboración con el Grupo Interinstitucional de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

53. La OMS ha asesorado al Grupo Interinstitucional de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (IAEG-SDG). Sus contribuciones más recientes abarcan el perfeccionamiento de los indicadores 3.b.1 y 3.8.1 y la reclasificación de los indicadores 3.b.3 y 3.5.1. Se prevé que en 2020 tenga lugar una revisión completa de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la base de los criterios establecidos en el informe más reciente del IAEG-SDG a la Comisión Estadística.[1]

Apoyo a la formulación de planes nacionales de salud exhaustivos e integrados

54. Todas las oficinas regionales han elaborado estrategias para impulsar la cobertura sanitaria universal. En la Región de las Américas, 26 países están preparando políticas, estrategias y planes nacionales de salud de carácter integrado en el contexto de la estrategia regional. En los países del Caribe están en marcha procesos de reforma integral. Además, 13 países han puesto en práctica un marco de seguimiento en materia de cobertura sanitaria universal. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha promovido un marco de actuación en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible destinado a movilizar a los parlamentarios y los centros colaboradores de la OMS. La Oficina Regional para África también ha elaborado un plan de acción y proporcionado apoyo técnico a 23 países para elaborar planes estratégicos nacionales de salud de carácter integral. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental sigue aplicando el Marco de acción para la promoción de la cobertura sanitaria universal en la Región del Mediterráneo Oriental; en septiembre de 2018 los ministerios de salud y jefes de delegaciones de la Región firmaron el Pacto mundial de CSU2030 para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y adoptaron la Declaración de Salalah, con el objetivo de garantizar que al menos 100 millones más de personas disfruten de cobertura sanitaria universal en la región para 2023.

55. Las oficinas de la OMS en los países están apoyando a los Gobiernos y los asociados en la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, lo cual incluye asesoramiento, facilitación y coordinación en el establecimiento de metas e indicadores nacionales (130 oficinas en los países), promoción

[1] Documento E/CN.3/2017/2.

de la integración de los Objetivos en los planes nacionales (139 oficinas), apoyo técnico para integrar los Objetivos en los planes nacionales (133), apoyo a la medición y elaboración de informes (104), promoción de la creación de alianzas y de los enfoques multisectoriales (110), apoyo a la movilización de recursos (76) y creación de capacidad para un enfoque multisectorial (110).

Apoyo a los Estados Miembros para que refuercen la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías y herramientas

56. En la revisión de 2018 del Proyecto de la OMS de Investigación y Desarrollo de medidas para prevenir las epidemias se identificó la necesidad urgente de acelerar la investigación y desarrollo en relación con nueve enfermedades. La aplicación de dicho Proyecto al virus de Zika ha permitido que el desarrollo de una vacuna progrese con una rapidez sin precedentes. En relación con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio, La OMS ha elaborado una hoja de ruta mundial de investigación y desarrollo, así como perfiles objetivo de productos vacunales.

57. La OMS ha colaborado en numerosas asociaciones para el desarrollo de productos. Por ejemplo, junto con la iniciativa Medicamentos para las Enfermedades Desatendidas, ha creado la Alianza Mundial para la Investigación y Desarrollo de Antibióticos con el fin de desarrollar nuevos antibióticos sin ánimo lucrativo. Han comenzado los ensayos clínicos para elaborar un nuevo tratamiento primero en su clase contra la gonorrea farmacorresistente, así como nuevos tratamientos para la septicemia neonatal.[1]

58. La OMS participa en una serie de actividades para promover la disponibilidad y transparencia de las investigaciones, tales como la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos, la publicación de una postura oficial sobre los plazos de presentación de informes, y una declaración sobre la divulgación pública de los resultados de ensayos clínicos. Con el fin de fomentar un entorno favorable a la investigación sobre vacunas, medicamentos y medios de diagnóstico para responder ante brotes epidémicos, se han creado varios instrumentos, entre los que figuran acuerdos de transferencia de material para el intercambio de muestras y un acuerdo con las partes interesadas para el intercambio rápido de datos. La OMS también presta apoyo a la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias.

59. La OMS proporciona apoyo técnico a los países para mejorar la supervisión de los ensayos clínicos, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, lo cual incluye facilitar la aceleración de la autorización de los ensayos clínicos y de la comercialización mediante la colaboración con los organismos reguladores nacionales y con redes de reglamentación y de otro tipo, tales como el Foro Africano de Reglamentación de Vacunas. Otras actividades regionales han sido la creación por la Oficina Regional para el Pacífico Occidental de un portal de investigación médica, registros nacionales de investigaciones médicas y ensayos clínicos, y un Comité de examen de los aspectos éticos, que evaluará desde el punto de vista ético las investigaciones en seres humanos.

60. En el marco de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual,[2] la OMS ha creado el Observatorio Mundial de la Investigación y el Desarrollo Sanitarios, una plataforma centralizada con datos de libre acceso que vigilará y analizará qué actividades de investigación y desarrollo en el ámbito de la salud se están llevando a cabo en todo el mundo, dónde, cuándo y por quién.

---

[1] Véase el sitio web de la Alianza Mundial para la Investigación y Desarrollo de Antibióticos (https://www.gardp.org/), consultado el 11 de noviembre de 2018.

[2] Véase el documento A70/21.

Apoyo a los Estados Miembros en la búsqueda de enfoques más eficaces para garantizar y proporcionar un acceso universal a los servicios sanitarios

61. Junto con otros departamentos, la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, albergada por la OMS, está trabajando para fortalecer la capacidad de los responsables de la elaboración de políticas en el ámbito de la investigación destinada a mejorar los sistemas de salud. Ha establecido un enfoque innovador de investigación integrada que ayuda a los responsables de elaboración de políticas a abordar mediante la investigación factores y retos específicos de su contexto; se ha prestado apoyo a más de 100 proyectos en todo el mundo que aplican este enfoque. La OMS también está al frente de una nueva cartera de proyectos para reforzar la capacidad institucional de investigación sobre políticas y sistemas sanitarios en seis países de ingresos bajos y medios, y ha apoyado a más de 20 responsables de elaboración de políticas procedentes de países de ingresos bajos y medios para asistir al Quinto Simposio Mundial de Investigaciones sobre Sistemas de Salud, celebrado en Liverpool (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte). Se está sometiendo a prueba un modelo innovador para integrar directamente la elaboración de exámenes rápidos en las instituciones responsables de las decisiones sanitarias en países de ingresos bajos y medios. Junto con la OPS y el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, la OMS ha ampliado en 2018 el alcance de este modelo en la Región de las Américas respaldando más de 13 proyectos en 11 países que tienen por finalidad cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Cada dos años la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental determina las deficiencias en materia de investigación sanitaria y establece las prioridades pertinentes. Basándose en ello convoca la presentación de propuestas para subsidios de investigación financiados por la OMS en la Región (como el Subsidio para investigaciones en ámbitos prioritarios de salud pública o el Programa conjunto de pequeños subsidios EMRO/TDR para la investigación aplicada a enfermedades infecciosas de la pobreza). La OMS está colaborando directamente con Etiopía, la India y Nepal para identificar prioridades de investigación sobre sistemas de salud en el marco de la labor de estos países para lograr una atención sanitaria universal.

Facilitación de una mayor cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, tanto a nivel regional como internacional

62. En todo el mundo, la mitad de las oficinas de la OMS en sus seis regiones refirió haber apoyado un total de 241 iniciativas de cooperación Sur-Sur o triangular, de las que un 68% se ocupan de enfermedades transmisibles, un 47% de sistemas de salud y cobertura sanitaria universal, un 38% de emergencias sanitarias e iniciativas internacionales de reglamentación sanitaria, un 31% de enfermedades no transmisibles, un 30% de la promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida, y un 16% de otros asuntos; por otra parte, un 76% de las iniciativas incluyen apoyo técnico, un 74% incluyen formación y creación de capacidad, un 47% establecen plataformas y redes de intercambio de información, un 32% proporcionan apoyo financiero y de equipo, y un 18% proporcionan otros servicios.

63. La Región de las Américas fue la región en la que el porcentaje de oficinas en los países que elaboraron informes en apoyo de iniciativas de cooperación Sur-Sur o triangular fue mayor (78%), seguida por la Región de Asia Sudoriental (64%), la Región del Pacífico Occidental (60%), la Región de África (55%), la Región del Mediterráneo Oriental (28%) y la Región de Europa (20%). La Región de África prestó apoyo a 80 iniciativas, la Región de las Américas a 55, la Región del Pacífico Occidental a 38, la Región de Asia Sudoriental a 35, la Región de Europa a 17, y la Región del Mediterráneo Oriental a 16.

64. El objetivo principal de las iniciativas varió según las regiones. En la Región de las Américas, la mayoría de las iniciativas estuvieron relacionadas con los sistemas de salud, con la atención sanitaria universal y con enfermedades transmisibles; en la Región de África, con enfermedades transmisibles y

con emergencias sanitarias y reglamentación sanitaria internacional; en las Regiones del Pacífico Occidental, de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental, con enfermedades transmisibles; y en la Región de Europa, con enfermedades no transmisibles.

65. En las Regiones de África y las Américas, las iniciativas se centraron en el apoyo técnico, la formación y la creación de capacidad; en las Regiones del Pacífico Occidental y el Mediterráneo Oriental, en la formación y la creación de capacidad; en la Región de Asia Sudoriental, en el apoyo técnico; y en la Región de Europa, en el apoyo técnico, la formación y la creación de capacidad, y el establecimiento de plataformas y redes de intercambio de información.

66. Las oficinas de la OMS en los países han apoyado de distintos modos numerosas iniciativas y actividades de cooperación Sur-Sur o triangular de varias áreas técnicas. La cooperación Sur-Sur y triangular se ha integrado en las políticas y los programas de la Organización y se ha convertido en un medio para aplicar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Sin embargo, aún es necesario fortalecer más la cooperación Sur-Sur y triangular respondiendo a los principales retos a los que se enfrentan las oficinas en los países a la hora de promover este tipo de cooperación.

Apoyo a los exámenes temáticos de los progresos realizados respecto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

67. El foro político de alto nivel sobre desarrollo sostenible convocado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 2016 con el tema «Asegurarse de que nadie quede atrás» fue el primero desde la adopción de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En 2016, la OMS publicó el manual técnico *El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás,* inicialmente en inglés; posteriormente se ha traducido al español y al francés. El enfoque Innov8 implica un proceso de ocho pasos para examinar quién se está quedando atrás, por qué, y qué puede hacerse para responder a ello desde el sector sanitario y otros sectores. La OMS también ha aplicado experimentalmente métodos para evaluar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios sanitarios e integrar el planteamiento de «no dejar a nadie atrás» en las políticas, estrategias y planes de salud nacionales y en la correspondiente planificación subnacional. El papel de la promoción de la salud en la mejora de la equidad sanitaria se vio reforzado en la 9.ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, organizada por la OMS y la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de la República Popular de China en noviembre de 2016. En julio de 2017, la OMS lanzó tres productos de información en este ámbito: *a*) Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus), una aplicación informática que permite a los Estados Miembros evaluar las desigualdades sanitarias en el país utilizando sus propios datos; *b*) *National health inequality monitoring: a step-by-step manual*, un manual diseñado para ayudar a los países a integrar en sus sistemas de información sanitaria la vigilancia de las desigualdades sanitarias y a crear los códigos estadísticos necesarios para analizar los datos de las encuestas a los hogares a fin de revelar dónde existen desigualdades; y *c*) *AccessMod*, una herramienta para modelizar la accesibilidad física de la atención sanitaria y su cobertura geográfica. En diciembre de 2017 se publicó un informe conjunto de la OMS e Indonesia en el que se evaluaban de forma exhaustiva las desigualdades de salud en ese país. Hasta febrero de 2018 se habían facilitado datos de equidad sanitaria sobre 111 países a través de la base de datos Health Equity Monitor de la OMS.

Información a los Estados Miembros sobre los progresos mundiales y regionales

68. La OMS ha informado sobre los progresos mundiales y regionales en la consecución de las metas correspondientes a los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud en las ediciones de 2016, 2017 y 2018 de las *Estadísticas Sanitarias Mundiales*; la edición de 2019 se publicará en la primera mitad de 2019. La OMS y el Banco Mundial publicaron *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*, un informe de seguimiento en el que se resumía la situación de la

cobertura de los servicios sanitarios y la protección financiera tal como se contempla en los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El Observatorio Mundial de la Salud de la OMS permite consultar fácilmente datos correspondientes a cada uno de los Objetivos relacionados con la salud, con diferentes niveles de desglose geográfico y temporal.

Apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la capacidad estadística nacional

69. La OMS ha colaborado con los asociados en el proyecto Health Data Collaborative para elaborar un paquete técnico de normas y herramientas de información sanitaria destinado a fortalecer los sistemas de información sanitaria de los países. Esto incluye herramientas armonizadas para evaluar la calidad de los datos, una lista de referencia mundial actualizada de 100 indicadores sanitarios básicos, directrices para analizar los datos de los establecimientos sanitarios, un paquete de recursos con listas maestras de establecimientos sanitarios, un curso de aprendizaje electrónico sobre registro civil y estadísticas demográficas, directrices sobre sistemas de información de salud comunitaria, un atlas de salud digital y un manual sobre cuentas nacionales del personal de salud.

70. Los países pioneros del proyecto Health Data Collaborative (Camerún, Malawi, Kenya y la República Unida de Tanzania) han adoptado el enfoque de dicho proyecto impulsando a los asociados a respaldar los planes nacionales de seguimiento y evaluación a fin de reducir el número de indicadores sanitarios, reducir las duplicaciones en la recopilación de datos sobre establecimientos sanitarios y poner coto a la proliferación de sistemas de datos digitales inconexos entre sí. Son cada vez más los países interesados en adoptar el enfoque del proyecto Health Data Collaborative. Las oficinas regionales de la OMS apoyan diferentes actividades para mejorar las estadísticas vitales, en particular las causas de muerte, así como los sistemas sistemáticos de información sanitaria. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental viene aplicando una estrategia regional para la mejora de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales 2014-2019, además de un programa regional de indicadores básicos desde 2015. Asimismo, ha llevado a cabo evaluaciones integrales de los sistemas de información sanitaria en respuesta a las solicitudes de los países.

71. Al fortalecer los sistemas de información sanitaria, Health Data Collaborative está desempeñando un papel crucial para mejorar los sistemas de planificación y seguimiento de los países en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con la salud, entre ellos la cobertura sanitaria universal.

Apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la presentación de informes sobre la Agenda 2030

72. En colaboración con los asociados del proyecto Health Data Collaborative, la OMS ha desarrollado el paquete técnico SCORE,[1] que ayuda a los países a fortalecer los sistemas de datos nacionales y su capacidad de seguimiento de los progresos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de otras prioridades y metas de salud nacionales y subnacionales. SCORE también proporciona un marco que permite a los asociados para el desarrollo coordinar mejor la financiación y el apoyo técnico a los países.

73. SCORE analiza la situación de los sistemas de datos sanitarios de los países respecto al seguimiento de las prioridades sanitarias e identifica las estrategias más eficaces para fortalecerlos. Las cinco estrategias empleadas son: *a*) estudiar las poblaciones y los riesgos para la salud con el fin de saber las causas de las enfermedades y los correspondientes riesgos; *b*) contabilizar los nacimientos, los fallecimientos y las causas de fallecimiento con el fin de obtener información sobre los nacimientos y las causas de muerte; *c*) optimizar los datos sobre servicios sanitarios con el fin de garantizar unos servicios

[1] *Survey, Count, Optimize, Review, Enable* («estudiar, contabilizar, optimizar, evaluar, facilitar»).

equitativos y de calidad para todos; *d*) evaluar los progresos y resultados con el fin de tomar decisiones fundamentadas; *e*) facilitar el uso de los datos para la elaboración de políticas y medidas con el fin de acelerar la mejora.

74. El paquete alienta a los responsables nacionales de la elaboración de políticas, a los asociados para el desarrollo, a la sociedad civil y al sector privado a invertir en un número restringido de intervenciones y herramientas que, actuando sinérgicamente, generan un impacto máximo en la calidad, la disponibilidad, el análisis, el uso y la accesibilidad de los datos nacionales. Una herramienta de encuesta estructurada respalda la evaluación de la situación inicial y el seguimiento de la aplicación de las intervenciones SCORE en los países. Una base de datos mundial basada en la web permitirá acceder fácilmente a las herramientas y recursos de SCORE.

Toma de consideración de la Agenda 2030 en la elaboración del presupuesto por programas y el programa general de trabajo

75. La OMS ha basado su 13.º Programa General de Trabajo en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las tres prioridades estratégicas del programa —cobertura sanitaria universal, seguridad sanitaria, y mejora de la salud y el bienestar— engloban todas las metas relacionadas con la salud incluidas en el Objetivo 3 y se acompañan de un marco de impacto que permitirá a la OMS medir los progresos y mantenerse centrada en los resultados y no en los productos. Si bien el Objetivo 3 está dedicado específicamente a la salud y el bienestar, la labor de la OMS influye indirectamente en otros Objetivos de Desarrollo Sostenible y a su vez es influida indirectamente por ellos.

76. El presupuesto por programas es el principal instrumento para traducir el 13.º Programa General de Trabajo en planes concretos de aplicación. El primer presupuesto por programas que articula plenamente la aplicación del 13.º Programa General de Trabajo será el correspondiente a 2020-2021. La elaboración del presupuesto por programas 2020-2021 se guiará por los siguientes principios establecidos en el 13.º Programa General de Trabajo: *a*) el presupuesto estará basado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible; *b*) la OMS medirá su impacto, especialmente con respecto a la aplicación de los Objetivos relacionados con mejoras en la salud de las personas; y *c*) la OMS establecerá prioridades en su labor para lograr el mayor impacto en cada país.

Información a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos

77. La OMS informó en 2017 a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos en la aplicación de la resolución WHA69.11.[1]

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

78. Se invita al Consejo a tomar nota de este informe.

= = =

[1] Documento A70/35.