

Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Informe del Director General

1. Los órganos deliberantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) pidieron al Director General que presentara información al Consejo Ejecutivo, en su 150.^a reunión, sobre las siguientes medidas solicitadas. Véase el cuadro 1.

Cuadro 1. Medidas solicitadas al Director General en las decisiones o resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas

Decisión o resolución	Medida	Localización en el presente documento
WHA74(10) (2021)	Presentar un proyecto de hoja de ruta 2023-2030 para la aplicación del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030	Anexo 1
WHA74.4	Elaborar recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, y en particular examinar la posibilidad de establecer metas al respecto	Anexo 2
WHA74.5	Elaborar un proyecto de estrategia mundial sobre salud bucodental	Anexo 3
Resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2018) ¹	Elaborar recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente para fomentar la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria	Anexo 4
WHA73.10 (2020)	Elaborar un plan de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos en apoyo a la cobertura sanitaria universal	Anexo 7
EB146(14) (2020)	Elaborar un proyecto de plan de acción (2022-2030) para aplicar eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como prioridad de salud pública	Anexo 8 ²

¹ En respuesta al párrafo 40 de la resolución 73/2 de la Asamblea General y como seguimiento del anexo 9 del documento EB148/7.

² El proyecto de plan de acción figura en el apéndice del anexo 8 del documento EB150/7 Add.1.

WHA74.4	Elaborar recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, y en particular examinar la posibilidad de establecer metas al respecto	Anexo 9
WHA74(11)	Elaborar un plan de trabajo para el Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles	Anexo 10

2. El informe también se presenta en respuesta a la decisión WHA72(11) (2019), en que la Asamblea de la Salud pide al Director General «que consolide la presentación de informes sobre los progresos alcanzados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental con un informe anual que se someterá a la consideración de la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo, entre 2021 y 2031, al cual se adjuntarán informes sobre la aplicación de las resoluciones, planes de acción y estrategias pertinentes, en consonancia con los mandatos y calendarios existentes para la presentación de informes». En el cuadro 2 se exponen los elementos correspondientes de este informe.

Cuadro 2. Mandatos derivados del párrafo 3 e) de la decisión WHA72(11) para la presentación de informes sobre los progresos en el presente documento

Progresos alcanzados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental, con indicación de los temas y la resolución o decisión donde figura el mandato correspondiente:	Localización en el presente documento
<ul style="list-style-type: none"> • resolución WHA73.2 (2020) sobre la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030 	Anexo 5
<ul style="list-style-type: none"> • resolución WHA66.10 (2013) sobre el seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles • decisión WHA72(11) (2019) sobre el seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 	Anexo 6

CONTEXTO

3. Las medidas recomendadas que figuran en los anexos del presente informe deben llevarse a cabo en el contexto de los compromisos contraídos por los Estados Miembros en la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la orientación proporcionada por la Asamblea Mundial de la Salud para el cumplimiento de esos compromisos.

4. En la Asamblea General de las Naciones Unidas, los Estados Miembros se han comprometido, entre otras cosas, a estudiar la posibilidad de:

- establecer metas nacionales para 2025 e indicadores de proceso para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) sobre la base de la situación de los países, teniendo en cuenta las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para las ENT;
- elaborar o fortalecer políticas y planes nacionales multisectoriales para lograr las metas nacionales en 2025, teniendo en cuenta el ampliado Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 (PAM-ENT) de la OMS;

- desarrollar respuestas nacionales ambiciosas y viables para la implementación general de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluida la meta 3.4 (De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otras metas de los ODS relacionadas con las ENT;
- intensificar los esfuerzos por hacer frente a las ENT, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, como parte de la cobertura sanitaria universal (CSU);
- promover y aplicar medidas de políticas, legislación y regulación, incluidas medidas fiscales cuando proceda, con miras a reducir al mínimo los efectos de los principales factores de riesgo para las ENT.

5. Con este fin, los Estados Miembros confirmaron en la Asamblea Mundial de la Salud los objetivos del ampliado PAM-ENT y del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 con el fin de poner en práctica los compromisos asumidos y contribuir al logro de los objetivos y metas relacionados con las ENT de la Agenda 2030.

6. El proyecto de hoja de ruta para la aplicación 2023-2030 del PAM-ENT (anexo 1) incluido en el presente informe guiará y apoyará a los Estados Miembros a tomar medidas urgentes, en 2023 y posteriormente, para acelerar el progreso y reorientar y acelerar sus planes de acción nacionales con miras a colocarse en una vía sostenible para alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria sobre las ENT y la meta 3.4 de los ODS medida con el indicador 3.4.1 (De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar). El proyecto de recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes (anexo 2) y las recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, y en particular la consideración de un posible establecimiento de metas al respecto (anexo 9), ayudarán a los Estados Miembros a tratar las carencias que han perjudicado los avances. El proyecto de plan de acción (2022-2030) para aplicar eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como prioridad de salud pública (anexo 8) ayudará a los Estados Miembros a tomar medidas sobre un factor de riesgo en el que los avances se han ralentizado en los últimos años. El proyecto de plan de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos 2022-2031 (anexo 7) y la estrategia mundial sobre salud bucodental (anexo 3) ayudarán a los Estados Miembros a tomar medidas en ámbitos en los que la carga es grande y creciente y está subestimada. El proyecto de recomendaciones sobre cómo tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria (anexo 4) apoyará a los Estados Miembros y ayudará a lograr que no se interrumpan ni la prestación de los servicios de salud esenciales ni las funciones de salud pública, con arreglo a los principios humanitarios. El proyecto de plan de trabajo para el Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (anexo 10) fomentará la creación y el intercambio de conocimientos y dará resonancia a las voces de las personas que viven con esas enfermedades y que se ven afectadas por ellas y creará conciencia sobre esas personas.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

7. Se invita al Consejo a examinar el siguiente proyecto de decisión:

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe sobre la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no

transmisibles,¹ decidió recomendar a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud que tome nota del informe y de sus anexos y que adopte:

- la hoja de ruta 2023-2030 para la aplicación del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030;²
- las recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, incluyendo posibles metas;³
- la estrategia mundial sobre salud bucodental;⁴
- las recomendaciones sobre cómo fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente para fomentar la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria;⁵
- el proyecto de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos 2022-2031;⁶
- el plan de acción (2022-2030) para aplicar eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como prioridad de salud pública;⁷
- las recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, y en particular la consideración de un posible establecimiento de metas al respecto;⁸ y
- el plan de trabajo para el Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2022-2025.⁹

¹ Documento EB150/7.

² Véase el documento EB150/7, anexo 1.

³ Véase el documento EB150/7, anexo 2.

⁴ Véase el documento EB150/7, anexo 3.

⁵ Véase el documento EB150/7, anexo 4.

⁶ Véase el documento EB150/7, anexo 7.

⁷ Véase el documento EB150/7, anexo 8; véase también el documento EB150/7 Add.1, que contiene el apéndice al anexo 8.

⁸ Véase el documento EB150/7, anexo 9.

⁹ Véase el documento EB150/7, anexo 10.

ANEXO 1

PROYECTO DE HOJA DE RUTA 2023-2030 PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2030**Mandato**

1. En la decisión WHA74(10) se pidió al Director General que presentara «una hoja de ruta para aplicar, en el periodo 2023-2030, el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 150.^a reunión, y a través de consultas posteriores con los Estados Miembros¹ y con las partes interesadas pertinentes, para su examen por la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud».

Alcance, propósito y modalidades

2. La atención mundial prestada a las ENT en las últimas dos décadas ha sido insuficiente para reducir su carga de acuerdo con las nueve metas de aplicación voluntaria del PAM-ENT y la meta 3.4 de los ODS medida con el indicador 3.4.1. Durante la última década tampoco ha habido un cambio significativo en las tendencias de los factores de riesgo de las ENT, excepto el tabaco, en ninguna de las regiones de la OMS.² La capacidad de los sistemas de salud no se ha mantenido a la altura de las necesidades de las ENT y se refleja en la falta de avances en relación con la cobertura de servicios para ENT del informe de seguimiento mundial de la CSU.

3. La heterogeneidad en la epidemiología de las ENT entre países y regiones, así como en función de los contextos socioculturales, económicos y políticos locales, implica que los países deban tomar rutas nacionales diferentes hacia el cumplimiento de la meta 3.4 de los ODS y las metas del PAM-ENT. Los análisis de las trayectorias muestran que todos los países siguen teniendo opciones de alcanzar las metas mundiales relativas a las ENT.³ La combinación de intervenciones prioritarias para factores de riesgo y enfermedades propios del contexto nacional, junto con la capacidad de los países para lograr que se tomen medidas en todos los sectores gubernamentales, pueden ayudar a acelerar la respuesta contra las ENT.^{4,5}

4. El propósito de la hoja de ruta para la aplicación es guiar y apoyar a los Estados Miembros para que tomen medidas urgentes, en 2023 y posteriormente, para acelerar el progreso y reorientar y acelerar sus planes de acción nacionales con miras a colocarse en una vía sostenible para alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria sobre las ENT y la meta 3.4 de los ODS.

5. El PAM-ENT, con sus seis objetivos, será la guía para el desarrollo y fortalecimiento de los planes nacionales de respuesta frente a las ENT. Las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria del Marco Mundial de Vigilancia de las ENT para 2025 no se modificarán: la meta de mortalidad prematura seguirá

¹ Y, cuando procediera, con las organizaciones de integración económica regional.

² *World Health Statistics 2020. A visual summary*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ NCD Countdown Collaborators. *NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4*. The Lancet. 2020; 396:918–934. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31761-X.

⁴ En consonancia con la resolución 68/300, párrafo 30 a) vii) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁵ En consonancia con la resolución 68/300, párrafo 30 a) viii) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

alineada con la meta 3.4 de los ODS y la meta para reducir la inactividad física será la actualizada por la Asamblea de la Salud en 2021.¹ La meta de reducir el uso nocivo del alcohol se está examinando y el resultado se utilizará para la hoja de ruta.

6. La hoja de ruta para la aplicación, aunque según el mandato se centre en la «agenda 4x4 para las ENT» (consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, dieta malsana, inactividad física, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), deberá aplicarse en plena consonancia con los compromisos de reducir la contaminación atmosférica y promover la salud mental y el bienestar (la «agenda 5x5 para las ENT»²).

7. La elaboración de la hoja de ruta se completará antes de finales de 2022 como un producto técnico que integrará todos los conjuntos de instrumentos técnicos e intervenciones para la prevención y el control de las ENT recomendados por la OMS. Además, impulsará la acción en otras esferas de trabajo contra las ENT, como la atención oftalmológica, otológica y a la audición. Se espera que la hoja sirva de guía general para que las regiones y los países, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los agentes no estatales aceleren las respuestas nacionales en curso en materia de ENT, entre otras cosas mediante: el fortalecimiento y la reorientación de los planes de acción multisectoriales; la ampliación de la capacidad del sistema de salud para las ENT a través de la atención primaria de salud (APS) y la CSU, y el fortalecimiento de la capacidad, el liderazgo, la gobernanza y las asociaciones nacionales para el periodo 2023-2030, teniendo en cuenta los nuevos acontecimientos desde 2013.

Direcciones estratégicas para la aplicación del PAM-ENT

Dirección estratégica 1: acelerar la respuesta nacional sobre la base de la comprensión de la epidemiología y los factores de riesgo de las ENT y los factores limitantes y facilitadores reconocidos en los países

1.1 EVALUAR LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL LOGRO DE LAS METAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENT

8. La OMS ha actualizado los datos sobre la mortalidad por causas específicas para caracterizar el riesgo y las tendencias de esta como consecuencia de las ENT en cada país y ha evaluado combinaciones de estas enfermedades que determinan en parte la mortalidad prematura. En el sitio web de la OMS se han publicado matrices cromáticas de cada país para indicar la probabilidad de muerte prematura por ENT.³

1.2 ESTABLECER CUÁLES SON LOS OBSTÁCULOS A LA APLICACIÓN DE INTERVENCIONES COSTOEFICACES EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENT

9. En el informe del Secretario General de las Naciones Unidas a la Asamblea General en 2017 se señalaron una serie de dificultades nacionales comunes en la aplicación de las mejores intervenciones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las ENT.⁴ Con todo, los países

¹ Véase la resolución WHA 71.6 (2018).

² Véase el documento A72/19.

³ *Implementation road map 2023-2030 for the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2030*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

⁴ Véase el documento A71/14.

deberían complementar y contextualizar los obstáculos y factores facilitadores específicos pertinentes en sus contextos nacionales.

10. Utilizando la orientación y los instrumentos de la OMS, los países deberían examinar sistemáticamente sus progresos en la asimilación de: directrices, protocolos y normas nacionales basados en datos probatorios para la prevención y el tratamiento de las ENT, entre otras cosas para fortalecer sus sistemas de salud en la APS y para incluir las ENT en la CSU; políticas para que las ENT se tengan en cuenta en emergencias en entornos humanitarios¹ y de migrantes, entre otros grupos vulnerables, y políticas para la investigación de materia de ENT. Reducir la inequidad es fundamental para lograr los resultados deseados.

11. La actual pandemia de COVID-19 plantea nuevos retos para crear y mantener entornos saludables. Además, las personas con ENT corren un mayor riesgo de enfermedad grave y muerte debido a esta enfermedad. Las ENT deben formar parte de los planes nacionales de preparación y respuesta. Es probable que los efectos económicos de la pandemia tengan consecuencias a largo plazo en la prevención y el control de las ENT.

Dirección estratégica 2: priorizar y ampliar la aplicación de las intervenciones de mayor repercusión y más viables en el contexto nacional

2.1 PARTICIPAR

12. Los países deberían acelerar su capacidad de colaboración entre sectores y partes interesadas a nivel nacional y subnacional, entre otras cosas aprovechando oportunidades adicionales en las que agentes no estatales puedan contribuir a fortalecer la respuesta nacional a las ENT.

13. Los Jefes de Estado y de gobierno pueden proporcionar liderazgo estratégico para la prevención y el control de las ENT promoviendo la coherencia y la coordinación de las políticas mediante enfoques pangubernamentales y que incorporen la salud en todas ellas, y fomentando la participación de partes interesadas, cuando sea apropiado y teniendo debidamente en cuenta sus posibles conflictos de intereses con los objetivos de salud pública.^{2,3}

14. El Mecanismo de Coordinación Mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles de la OMS (GCM/NCD) facilitará la colaboración multisectorial y la participación de diversas partes interesadas con miras a fortalecer las respuestas nacionales frente a las ENT y mantener la participación significativa de las personas que viven con ellas, en apoyo de políticas, programas y servicios nacionales eficaces, equitativos e inclusivos para luchar contra esas enfermedades.

15. La provechosa participación de personas con experiencia en ENT en la concepción y el diseño conjuntos de intervenciones, su aplicación y rendición de cuentas conexas, será un elemento fundamental en la aplicación de medidas centradas en las personas.⁴ Ese tipo de colaboración pueden fomentarla organizaciones de la sociedad civil, muchas de las cuales están formadas y son apoyadas por pacientes y sus familiares.

¹ *Integrating NCD care in humanitarian settings. An operational guide*. Ginebra, ACNUR, 2020 (<https://www.unhcr.org/5fb537094.pdf>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Resolución 73/2, párrafo 17, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁴ *Nothing for Us Without Us*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

16. Los asociados internacionales pueden apoyar y fortalecer la investigación y la innovación trabajando con asociados académicos e instituciones de investigación en los países.

17. Los países pueden estudiar la posibilidad de optimizar los conocimientos especializados y los recursos complementarios de los agentes del sector privado en los sistemas de atención de la salud, la disponibilidad de medicamentos, la prestación de servicios y la supervisión, teniendo debidamente en cuenta la gestión de los conflictos de intereses¹ y velando por que esa colaboración contribuya directamente a la aplicación de respuestas nacionales en materia de ENT para alcanzar objetivos de salud específicos.² La OMS elaborará un instrumento para ayudar a los gobiernos de los países a evaluar la situación y a colaborar de manera significativa con el sector privado en la prevención y el control de las ENT.

18. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles velará por que la hoja de ruta reciba el pleno apoyo del sistema de las Naciones Unidas en su conjunto, de conformidad con las prioridades estratégicas de ese equipo, que son: *i*) apoyar a los países para que adopten medidas multisectoriales con miras a alcanzar las metas de los ODS relacionadas con las ENT; *ii*) movilizar recursos para apoyar el desarrollo de respuestas nacionales; y *iii*) armonizar medidas y forjar alianzas. El nuevo Fondo Fiduciario Multipartito de las Naciones Unidas para Catalizar la Adopción de Medidas en los Países en las Esferas de las ENT y la Salud Mental, que ha sido establecido por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ayudarán a que se aplique la hoja de ruta.

2.2 ACELERAR

2.2.1 Acelerar la aplicación de las intervenciones de ENT más costoeficaces y viables en el contexto nacional

19. Las mejores intervenciones de la OMS y aquellas otras recomendadas por la Organización³ constituyen un conjunto de intervenciones costoeficaces y viables para su aplicación en todos los entornos, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos. La OMS propondrá actualizaciones del conjunto de intervenciones a la Asamblea Mundial de la Salud en 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo.⁴ El conjunto actualizado de intervenciones costoeficaces para la prevención y el tratamiento de las ENT se convertirá en una guía para seleccionar intervenciones localmente relevantes y ampliables.

20. A nivel nacional, la Estrategia Mundial para Acelerar el Control del Tabaco: Promover el Desarrollo Sostenible mediante la Aplicación del CMCT de la OMS 2019-2025,⁵ la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol y su plan de acción mundial, el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030⁶ y las directrices e instrumentos de la OMS para promover una dieta saludable⁷ deberían implementarse a gran escala, fomentando la coherencia entre sectores y también haciéndoles partícipes de una buena gobernanza en todos los países.

¹ En consonancia con la resolución 73/2, párrafo 43, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

² En consonancia con la resolución 73/2, párrafo 44, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Actualización del apéndice 3 del PAM-ENT. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

⁴ De conformidad con el párrafo 3 *a*) de la decisión WHA72(11).

⁵ Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

⁶ Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

⁷ Alimentación sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

21. Los países pueden aplicar medidas fiscales, según proceda, para minimizar las consecuencias de los principales factores de riesgo de las ENT.¹ Por tanto, los países pueden incluir impuestos para la salud en sus programas de ingresos y vincularlos a la prevención y el control de las ENT. Dentro de los paquetes de medidas recomendadas para reducir el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol, el aumento de los impuestos especiales sobre ambos productos se encuentra entre las medidas más eficaces y costoeficaces.

22. La OMS, con el apoyo de sus asociados, ha elaborado iniciativas especiales y conjuntos de instrumentos técnicos para reducir los factores de riesgo de las ENT, controlar las cuatro principales enfermedades no transmisibles y rehabilitar a las personas que sufren alguna discapacidad, con miras a que los países puedan aplicar intervenciones de base científica. Los conjuntos de medidas incluyen instrumentos para apoyar la adaptación y aplicación local. En el sitio web figuran descripciones detalladas de los conjuntos de medidas e iniciativas.²

2.2.2 Instrumento web de simulación para que los países puedan dar prioridad a determinadas intervenciones contra las ENT

23. En 2022 se elaborará un instrumento de simulación web para ayudar a los países a dar prioridad a determinadas intervenciones y ampliarlas. El instrumento utilizará modelos matemáticos para calcular el efecto en la salud de las intervenciones recomendadas a nivel nacional en el periodo hasta 2030 y posteriormente. Una representación visual de la escala a la que puede aplicarse la intervención y de las repercusiones correspondientes en la mortalidad prematura ayudará a los países a seleccionar un conjunto de aceleradores clave adaptados a su situación epidemiológica específica. El instrumento desarrollado por la Universidad de Washington para las enfermedades cardiovasculares es un prototipo del instrumento propuesto.³

2.2.3 Fortalecer la prevención y el control de las ENT en la APS para promover el acceso equitativo y la calidad de la atención

24. En muchos países, la prevención y el control de las ENT en la APS no son suficientemente robustos. El fortalecimiento y la ampliación de las intervenciones contra las ENT en la APS ayudarán a mejorar el acceso y la cobertura equitativa. La atención primaria constituye la primera línea de respuesta y defensa frente a las ENT. El diagnóstico precoz y el buen control de las ENT y sus factores de riesgo en la atención primaria reducirán las complicaciones de un tipo de enfermedad que está provocando una catástrofe de gastos de salud y muertes prematuras. El Marco Operacional para la Atención Primaria de Salud⁴ proporciona a los países orientaciones para fortalecer los sistemas de APS a través de acciones intersectoriales y el empoderamiento de personas y comunidades. La aplicación del paquete de intervenciones esenciales contra las ENT de la OMS constituye un paquete de atención primaria que sirve de solución digital de fácil acceso.⁵ La derivación de pacientes también es fundamental para controlar las complicaciones de las ENT.

¹ En consonancia con la resolución 73/2, párrafo 21, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

² *Governance of WHO's leadership and coordination role in promoting and monitoring global action against non-communicable diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

³ *Calculating lives saved by cardiovascular health interventions*. Universidad de Washington (<https://dcp-uw.shinyapps.io/RTSL2/>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ Organización Mundial de la Salud y Fondo de los Naciones Unidas para la Infancia, 2020.

⁵ *WHO Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

2.2.4 Lograr la inclusión de la prevención y el control de las ENT en los conjuntos de prestaciones de la CSU

25. El avance progresivo hacia la CSU puede contribuir a que el derecho a la salud se materialice. Tener en cuenta el valor positivo de la protección contra el riesgo financiero es especialmente pertinente para establecer prioridades contra las ENT, dados los costos a largo plazo para el paciente y su familia. El Informe sobre el Seguimiento Mundial 2019 indica que no ha habido un progreso pronunciado en el componente de ENT desde 2000, y esta situación deberá tratarse en todos los países.¹

26. El Compendio de la OMS para la CSU ofrece un conjunto de intervenciones para las ENT y sus factores de riesgo que pueden incluirse en conjuntos nacionales de prestaciones de esa cobertura. La CSU no es universal ni completa a menos que se incluyan y amplíen conjuntos de instrumentos y servicios contra las ENT.

27. Los países deberán equilibrar las demandas de respuesta directa a la pandemia de COVID-19 con la preparación ante otras emergencias de salud, y mantener al mismo tiempo la planificación estratégica y la acción coordinada para seguir prestando servicios de salud esenciales, especialmente para luchar contra las ENT.²

2.2.5 Financiación sostenible

28. Se necesita financiación sostenible para que los países apoyen las intervenciones para las poblaciones y reduzcan las necesidades insatisfechas de servicios y las dificultades financieras derivadas de pagos directos. Los países deberían aumentar gradualmente la asignación para la salud y, dentro de ella, para las ENT. Eso también implica mejorar la eficacia del apoyo a la financiación catalizadora. Los gastos directos solo pueden reducirse cuando las ENT están bien cubiertas por los planes de protección financiera en los países.

2.2.6 Reconstruir para mejorar con investigación sobre la aplicación, innovación y soluciones digitales

29. El cumplimiento de los objetivos y metas del PAM-ENT y la meta 3.4 de los ODS en un mundo post-COVID-19 requiere una respuesta concertada y la integración del programa relativo a las ENT en las actividades mundiales y nacionales existentes para reconstruir sistemas de salud resilientes.

30. Mediante la investigación sobre la aplicación puede conocerse cómo poner en marcha políticas e intervenciones en contextos en los que las poblaciones y/o los recursos pueden diferir de los contextos para los que estas se formularon y evaluaron inicialmente. También pueden descubrirse las razones por las que los programas no tienen efecto suficiente.³

31. Las nuevas tecnologías, incluidas las intervenciones digitales, pueden aprovecharse para ampliar el cribado de toda la población y el diagnóstico precoz, y para apoyar la autoasistencia y el tratamiento de las personas con ENT.

¹ *Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

² *COVID-19 Partners Platform. Pillar 9.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

³ *A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

32. Será necesario revisar y reorientar los modelos de prestación de servicios para contar con pruebas diagnósticas, tecnología y medicamentos básicos, así como con una fuerza de trabajo capacitada y suficiente, con miras a llevar a cabo las intervenciones relativas a las ENT.

2.3 ARMONIZAR

33. El Plan de Acción Mundial a favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos¹ reúne a partes interesadas para acelerar el progreso hacia el logro de los ODS relacionados con la salud, incluidos los objetivos y metas relacionados con las ENT. A medida que los países avanzan hacia el logro de múltiples metas de los ODS, este alineamiento ayudará a integrar la prevención y la gestión de las ENT dentro de la Agenda para el Desarrollo Sostenible más amplia.

34. En la hoja de ruta para aplicar el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles se reconoce que los trastornos mentales y otras afecciones de salud mental contribuyen a la carga mundial de las ENT. Los esfuerzos para cumplir con los objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 se alinean con la expansión de la «agenda 4x4 para las ENT» a la «agenda 5x5 para las ENT» a fin de incluir la salud mental y la contaminación del aire, así como la sinergia con el indicador 3.4.2 de los ODS (Tasa de mortalidad por suicidio). El conjunto de intervenciones costoeficaces para la salud mental de la OMS² y las directrices de la Organización sobre la calidad del aire³ pueden considerarse junto con otras intervenciones en materia de ENT, según corresponda al contexto local.

35. La promoción de la salud y la alfabetización en materia de salud son factores facilitadores para gestionar la prevención y el control de las ENT, disminuir la carga de esas enfermedades y garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Los planteamientos basados en entornos, especialmente entornos saludables, pueden ayudar a amplificar las intervenciones en materia de ENT, incluidas las medidas para hacer frente a determinantes socioeconómicos y comerciales.

Dirección estratégica 3: garantizar datos nacionales oportunos, fiables y sostenidos sobre los factores de riesgo, las enfermedades y la mortalidad de las ENT para la toma de medidas basadas en datos y el fortalecimiento de la rendición de cuentas

3.1 RENDIR CUENTAS

36. Invertir en vigilancia y monitoreo es esencial para obtener datos fiables y oportunos en el ámbito nacional y subnacional con miras a priorizar las intervenciones, evaluar la aplicación y conocer los efectos de la prevención y el control de las ENT. Las encuestas periódicas sobre los factores de riesgo de las ENT, las evaluaciones de la capacidad de los países, los registros de enfermedades, los datos de los establecimientos de salud, según proceda, y un registro civil fiable son fundamentales para priorizar y seleccionar las intervenciones más apropiadas y costoeficaces para la prevención y el control de las ENT.

37. La OMS actualizará la situación de la prevención y el control de las ENT a través de un portal web para reunir datos de diferentes fuentes y hacerlos comparables con miras a permitir el seguimiento de los progresos mundiales, regionales y entre países. Los países deberían poder hacer un seguimiento

¹ *Stronger Collaboration, Better Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

² *WHO menu of cost-effective interventions for mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

³ *WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

en el portal web de sus progresos en relación con todo el Marco Mundial de Vigilancia Integral de las ENT. La OMS trabajará para que en el desempeño de los sistemas de salud y el acceso a sistemas de medición de la atención de salud se tengan en cuenta los indicadores relacionados con las ENT.

38. Las mediciones relativas a las ENT deberían incluirse como componentes integrales de los sistemas nacionales y subnacionales de información de salud alineados con el paquete SCORE de la OMS¹.

MEDIDAS RECOMENDADAS

Entre las medidas que se recomienda adoptar a los Estados Miembros en 2022 se incluye la siguiente:

39. Evaluar el estado actual de la respuesta nacional a las ENT basándose en las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria en materia de ENT y la meta de los ODS sobre las ENT y descubrir cuáles son los obstáculos y oportunidades para ampliar la respuesta nacional a este tipo de enfermedades, entre otras cosas:

- a) fortaleciendo la capacidad nacional para la gobernanza, colaboración intersectorial y alianzas significativas y eficaces de múltiples partes interesadas;
- b) fortaleciendo los sistemas nacionales de monitoreo y vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo para obtener datos fiables y oportunos; y
- c) otorgando prioridad a la investigación para comprender mejor la epidemiología de las ENT y sus factores de riesgo, sus determinantes sociales, económicos y comerciales y la gobernanza multinivel y multisectorial, e invirtiendo en investigación práctica y sobre la aplicación para avanzar en la prevención y el control de las ENT.

Entre las medidas que se recomienda adoptar a los asociados internacionales en 2022 se incluye la siguiente:

40. Prestar asistencia y apoyo en la elaboración de la hoja de ruta de aplicación a través de las direcciones y medidas estratégicas a nivel mundial, regional, nacional y local.

Entre las medidas que se recomienda adoptar a la Secretaría en 2022 se incluye la siguiente:

41. Completar el desarrollo de la hoja de ruta de aplicación 2023-2030 para el PAM-ENT y publicarla (como un producto técnico – bien de salud pública de la OMS), entre otras cosas:

- a) elaborando un portal de datos sobre las ENT a fin de proporcionar un resumen visual de todos los indicadores en la materia y facilitar a los países el seguimiento de sus progresos;
- b) elaborando matrices cromáticas para que los países tengan conocimiento de determinadas ENT y de su contribución a la mortalidad prematura;

¹ SCORE for Health Data Technical Package. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/score>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

- c)* proponiendo actualizaciones centradas en la prevención y el tratamiento de las ENT del apéndice 3 del PAM-ENT 2013-2030,¹ en consulta con Estados Miembros, organizaciones de las Naciones Unidas y agentes no estatales, para ser sometidas a la consideración de los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en 2023, por conducto del Consejo Ejecutivo;
- d)* elaborando una web de simulación en la que se utilicen las intervenciones para las ENT actualizadas con los datos más recientes y alineadas con los marcos de la APS y la CSU, con miras a ayudar a los países a definir intervenciones prioritarias con arreglo a su contexto nacional;
- e)* elaborando orientaciones para promover la coherencia de políticas relativas a las ENT y factores de riesgo entre todos los sectores gubernamentales pertinentes y con la participación de partes interesadas relevantes, mediante el establecimiento o el fortalecimiento de mecanismos nacionales de gobernanza que puedan orientar respuestas integrales, coordinadas y coherentes en materia de ENT;
- f)* elaborando orientaciones para ayudar a los Estados Miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre la búsqueda de una colaboración significativa de múltiples partes interesadas, entre otras el sector privado y la sociedad civil, que se alineen con respuestas nacionales a las ENT, a las cuales promuevan todavía más;
- g)* el Marco de Ampliación de la Innovación de la OMS ayudará a ampliar la prevención y el control de las ENT aprovechando la investigación, la innovación y las soluciones digitales; y
- h)* elaborando orientaciones para que participen de forma significativa personas que viven con ENT y con trastornos mentales con el fin de apoyar a la OMS y a los Estados Miembros en el codesarrollo y codiseño de principios, políticas, programas y servicios en materia de ENT.

¹ Actualización del apéndice 3 del PAM-ENT. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

ANEXO 2

**PROYECTO DE RECOMENDACIONES PARA FORTALECER Y MONITOREAR
LAS RESPUESTAS A LA DIABETES EN EL SENO DE LOS PROGRAMAS
NACIONALES CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES,
INCLUYENDO POSIBLES METAS****DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES**

1. Nunca antes nuestro conocimiento ha sido tan profundo ni las modalidades han sido tan buenas para prevenir la diabetes y tratar a todas las personas con esta enfermedad. Con todo, muchas personas y comunidades que necesitan una prevención eficaz de la diabetes o un tratamiento de la enfermedad que permita mejorar la calidad de vida y salvar vidas no los reciben.

a) La prevalencia mundial de la diabetes ajustada en función de la edad entre los adultos mayores de 18 años aumentó de un 4,7% en 1980 a un 8,5% en 2014.¹ En la actualidad hay en el mundo más de 420 millones de personas con diabetes. Se calcula que esa cifra aumentará hasta 578 millones en 2030 y hasta 700 millones en 2045.² Uno de cada dos adultos con diabetes desconoce tener la enfermedad.

b) La diabetes es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y amputaciones de miembros inferiores, especialmente en personas que desconocen tener esta afección o cuando esta no se trata debidamente.

c) Las personas con diabetes tipo 1 necesitan insulina para vivir. Hoy en día se registra una alta prevalencia de cetoacidosis diabética en los puntos de diagnóstico en todo el mundo. Los esfuerzos para mejorar el diagnóstico temprano de la diabetes son fundamentales para la diabetes tipo 1, y el inicio del tratamiento con insulina para prevenir muertes.³

d) Aunque el número total de muertes por diabetes aumentó notablemente de 2000 a 2019, la proporción de muertes por diabetes que ocurren antes de los 70 años ha disminuido en un 2%.⁴

e) La creciente prevalencia de la diabetes tipo 2 se debe en gran medida a la prevalencia cada vez mayor de la obesidad y la inactividad física concomitante. La prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad entre los niños y adolescentes de 5 a 19 años ha aumentado drásticamente del 4% en 1975 a más del 18% en 2016.⁵ En 2019, solo el 40% de los países tienen una política operacional en la

¹ Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

² Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. IDF Diabetes Atlas Committee. *Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas*, 9.ª edición. *Diabetes Res Clin Pract* 2019;157:107843. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107843.

³ Cherubini, V, Grimsman, JM, Åkesson, K, Birkebæk, NH, Cinek, O, Dovč, K, et al. *Temporal trends in diabetic ketoacidosis at diagnosis of paediatric type 1 diabetes between 2006 and 2016: results from 13 countries in three continents*. *Diabetologia*, 63(8), 1530–1541. doi: 10.1007/s00125-020-05152-1.

⁴ *Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁵ Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

que se tiene en cuenta el sobrepeso y la obesidad.¹ Los fumadores de tabaco tienen entre un 30 y un 40% más de probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2 que los no fumadores.²

f) Se ha calculado que el costo mundial de la diabetes en 2015 fue de entre US\$ 1 billón y US\$ 31 billones, esto es, entre el 1% y el 8% del producto interno bruto (PIB) mundial. Si bien los principales factores que aumentan el costo son la atención intrahospitalaria y ambulatoria, los costos indirectos representaron el 34,7% de la carga total, lo cual es atribuible más que nada a las pérdidas de producción debido a la deserción de la fuerza de trabajo y la mortalidad prematura.³

g) Aproximadamente un 27% de los países no cuentan con una política, estrategia o plan de acción en funcionamiento sobre la diabetes, mientras que un 20% no tienen ninguno para reducir la dieta malsana y la inactividad física.¹

h) Se han visto pocos avances en la prevención y tratamiento de la diabetes como parte de las medidas para lograr la meta 3.8 de los ODS (Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos). En el Informe sobre el Seguimiento Mundial de 2019 llama la atención la falta de progresos realizados en los servicios de salud para la diabetes como parte de la CSU, en comparación con los avances en los servicios para las enfermedades transmisibles.⁴ Solo dos tercios de los países informan tener metas sobre ENT con plazos determinados, que pueden incluir metas de no aumento de la diabetes ni de la obesidad y un mejor acceso a medicamentos y tecnologías, en consonancia con las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria del Marco Mundial de la Vigilancia Integral de la OMS. Un examen recientemente realizado por la Secretaría sobre los progresos obtenidos con respecto a la meta de detener el aumento de la diabetes en comparación con los niveles de referencia de 2010 mostró que solo 14 países estaban en camino de lograr esa meta para 2025, y que ningún otro país la lograría para 2030.

i) En general, los centros de atención primaria de la salud en los países de ingresos bajos no cuentan con las tecnologías básicas necesarias para diagnosticar y tratar la diabetes.¹ En el mundo, los medicamentos esenciales para la diabetes están generalmente disponibles en aproximadamente el 80% de los centros del sector de la sanidad pública.¹ Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos bajos, solo están disponibles en aproximadamente la mitad de dichos centros.

j) La insulina y los productos de tecnología sanitaria conexos siguen siendo inasequibles en muchos países, en particular para los pacientes que pagan de su bolsillo o para los sistemas de salud de muchos países de ingresos bajos y medianos que no pueden ofrecer una cobertura ininterrumpida y equitativa a todas las personas con diabetes debido a los altos precios de dichos productos. Para formular políticas públicas eficaces que permitan aumentar el acceso a

¹ *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

² *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Executive Summary*. Rockville, MD, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 2014 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

³ Bommer C, Heesemann E, Sagalova E, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. *The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study*. *Lancet Diabetes and Endocrinology* 2017; 5: 423–30. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30097-9.

⁴ *Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

medicamentos y productos sanitarios asequibles es necesario usar pruebas procedentes de análisis precisos de datos fiables y transparentes sobre los precios y la disponibilidad.^{1,2}

k) La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragilidad de los sistemas de atención de salud sobrecargados. Según una encuesta realizada por la OMS en 2020, la mitad de los países encuestados habían interrumpido parcial o totalmente los servicios de diagnóstico y tratamiento de la diabetes y las complicaciones relacionadas con esta enfermedad. La tercera parte de los países no habían tenido en cuenta la diabetes en sus planes de preparación frente a emergencias.³

l) En la mayoría de los países, los datos sobre la diabetes derivados de los sistemas de seguimiento y vigilancia son escasos e inadecuados. Solo el 56% han realizado una encuesta de prevalencia de la diabetes en los últimos cinco años. Si bien el 50%, en su mayoría de ingresos altos, comunican que tienen registros de diabetes, su naturaleza predominantemente hospitalaria y su cobertura limitada no aportan información suficiente sobre los resultados obtenidos en relación con la enfermedad.⁴ Dos tercios de los países no cuentan con sistemas de registro civil para recoger información sobre las causas de muerte. Por lo tanto, la fiabilidad de la información sobre la mortalidad relacionada con la diabetes es dudosa.

m) En 2019, solo un tercio de los países informan tener una política o un plan de investigación en materia de ENT, y la investigación se encuentra entre las esferas clave menos financiadas del PAM-ENT.

2. Hay opciones para facilitar la aplicación de soluciones a estos problemas. Las principales son:

a) **Seguimiento de todas las ENT:** la gestión óptima de la diabetes requiere aportes coordinados de diversos profesionales de la salud, el acceso a tecnologías y medicamentos esenciales y un sistema que apoye el empoderamiento del paciente. Esto reviste importancia más allá de la diabetes, la cual podría servir como enfermedad de seguimiento para lograr integridad y dinamismo en las respuestas nacionales frente a las ENT.

b) **Una base sólida para la ampliación:** en 2019, el 85% de los países informan tener personal dedicado a la diabetes en su unidad/sección/departamento de ENT, mientras que el 73% informan tener una política, estrategia o plan de acción en marcha sobre la diabetes, lo que supone un aumento del 45% en relación con 2010. Además, el 80% de los países informan aplicar políticas o estrategias para reducir las dietas malsanas y la inactividad física y el 84% informan tener directrices nacionales de control de la diabetes que se utilizan en al menos el 50% de los centros de salud.⁵ Aunque varios países han informado aplicar políticas y programas para la prevención y el control de la diabetes, no existe un marco de seguimiento claro ni metas ni indicadores

¹ Babar ZUD, Ramzan S, El-Dahiyat F, Tachmazidis I, Adebisi A, Hasan SS. *The availability, pricing, and affordability of essential diabetes medicines in 17 low-, middle- and high-income countries. Frontiers in pharmacology* 2019;10:1375. Doi: 10.3389/fphar.2019.01375.

² WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.

³ *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁴ *Informe mundial sobre la diabetes.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

⁵ *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey.* 2020. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

acordados a nivel nacional para evaluar su efecto. El establecimiento de metas e indicadores podría fomentar la aplicación eficaz de esas políticas y programas.

c) **Hacia la cobertura sanitaria universal:** los compromisos políticos hacia la CSU para alcanzar la meta 3.8 de los ODS suponen una oportunidad para incluir la prevención y el control de la diabetes en los paquetes de prestaciones sanitarias y luchar contra esta enfermedad de manera más eficaz y equitativa, así como para lograr la protección financiera de los más vulnerables.

d) **Una nueva perspectiva sobre las ENT:** la pandemia de COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a las personas con diabetes y esto puede estimular una mejor integración de la enfermedad en la preparación y respuesta ante otras pandemias y emergencias.

e) **Conmemoración de los 100 años del descubrimiento de la insulina:** el establecimiento del Pacto Mundial contra la Diabetes brinda una oportunidad para que la comunidad mundial de la diabetes se reúna a fin de reflexionar sobre cómo superar los obstáculos al acceso a la insulina y las tecnologías sanitarias conexas, entre otras cosas promoviendo la convergencia y armonización de los requisitos reglamentarios para la insulina y otros medicamentos y productos sanitarios para el tratamiento de la enfermedad, así como evaluando la viabilidad y la posible utilidad de establecer una herramienta en línea destinada a intercambiar información pertinente para la transparencia de los mercados de medicamentos y productos de salud contra la diabetes.

f) **Aprovechar las tecnologías digitales:** aumentar el uso de las tecnologías digitales y mejorar la alfabetización digital podría mejorar la educación y la autoasistencia de los pacientes, aumentar la capacidad de evaluar los factores de riesgo y la disponibilidad y la necesidad real de medicamentos esenciales, y de emitir informes al respecto, así como contribuir a una mejor atención y resultados de la diabetes. Iniciativas como «Be Healthy Be Mobile», aplicadas al tratamiento de la diabetes, proporcionan orientación y recursos para ayudar a los países y gobiernos a introducir y ampliar soluciones digitales para esta enfermedad.¹

g) **Promoción de la inclusividad:** con la participación de las personas que viven con diabetes y de quienes los atienden se obtienen conocimientos especializados esenciales para influir de forma positiva en el diseño de políticas, así como descripciones elocuentes para concienciar al público sobre la enfermedad y fomentar el compromiso de los encargados de formular políticas. La implicación y participación activa de las personas con diabetes en el Pacto Mundial contra la Diabetes sirven como plataforma y modelo para su participación significativa en la creación mancomunada de soluciones.

ESTABLECIMIENTO DE METAS DE COBERTURA DE LA DIABETES

3. La Secretaría, con el apoyo de un grupo académico, elaboró una estrategia para el establecimiento de metas de cobertura de la diabetes sobre la base de una propuesta.² A continuación se examinó el proyecto de metas de cobertura propuestas en una consulta técnica celebrada del 28 al 29 de julio de 2021 para solicitar asesoramiento adicional de expertos sobre el perfeccionamiento de los métodos y

¹ *Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

² Gregg E, Buckley J, Ali MK, Davies J, Flood D, Griffiths B, et al. *Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030:* (datos no publicados). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-outcomes-of-people-with-diabetes-mellitus>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

la estrategia de selección. El documento de antecedentes técnico utilizado para elaborar las metas propuestas está disponible en el sitio web de la OMS junto con el documento de debate actual.¹

4. El proceso de selección y priorización de las cinco metas propuestas para la cobertura mundial de la diabetes cuenta con los siguientes pasos:

- a) el examen y la elaboración de una taxonomía de posibles medidas para metas organizadas en cuatro ámbitos (factores a nivel de política o de sistema, procesos de atención, resultados intermedios y resultados de salud a largo plazo) y niveles de riesgo (diabetes diagnosticada, alto riesgo y toda la población);
- b) la priorización de un subconjunto de medidas, basándose en cuatro criterios:
 - importancia para la salud o indicios fundados para la predicción o el beneficio con respecto a resultados de salud importantes;
 - modificables y factibles a través de intervenciones ampliables en diversos entornos;
 - disponibilidad de datos a nivel mundial y facilidad de medición, gracias a que las medidas están disponibles actualmente o se puede acceder a ellas fácilmente ampliando los enfoques prácticos de vigilancia; y
 - lagunas y desigualdades a nivel internacional: una gran proporción de la población afectada y grandes variaciones en el mundo en términos de logro de objetivos;
- c) la revisión de la situación mundial actual de las cinco medidas priorizadas en términos de variación, niveles, tendencias y cobertura (esta evaluación sirvió de base para tomar la decisión de establecer los niveles de las metas propuestas); y
- d) la estimación del resultado proyectado en la salud asociado con el cumplimiento frente al no cumplimiento de las metas de cobertura propuestas.

5. Tras este proceso, la Secretaría recomienda que se establezcan cinco metas voluntarias de cobertura mundial de la diabetes que deben alcanzarse, a más tardar, en 2030:

- que el 80% de las personas con diabetes sean diagnosticadas;¹
- que el 80% de las personas diagnosticadas con diabetes tengan un buen control de la glucemia;
- que el 80% de las personas diagnosticadas con diabetes tengan un buen control de la presión arterial;
- que el 60% de las personas con diabetes de 40 años o más reciben estatinas; y

¹ El término «personas con diabetes» incluye a las personas con todos los tipos de diabetes. Debido a las consecuencias potencialmente fatales de los diagnósticos tardíos y a la alta prevalencia de cetoacidosis diabética en el momento del diagnóstico, deberían promoverse más esfuerzos para la realización de diagnósticos más tempranos de personas con diabetes tipo 1 en todo el mundo.

- que el 100% de las personas con diabetes de tipo 1 tengan acceso a un tratamiento de insulina asequible¹ y a medidas de autovigilancia de la glucemia.
6. Las metas de cobertura propuestas no constituyen metas de orientación para el tratamiento a nivel individual sino metas de cobertura mundial, que reflejan esferas de oportunidades perdidas (es decir, carencias mundiales en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes), cuyas acciones serán claramente medibles e influirán fuertemente en los resultados de salud. Las metas propuestas son ambiciosas pero alcanzables y tendrían un efecto en la salud mundial de muchos países.
7. A ese respecto, las proyecciones de los modelos realizados han demostrado que:
- si se alcanzan los niveles establecidos de diagnóstico, tratamiento y control de tres metas (glucemia, tensión arterial y uso de estatinas) en, al menos, el 60%, aumentará la mediana de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en 38 por 1000 personas durante 10 años, mientras que si se llega a una meta del 80%, se incrementará la mediana de AVAD en 64 por 1000 personas durante 10 años;² y
 - en la mayoría de las regiones, mejorar el tratamiento y el control sin cribado reduce el número de muertes atribuibles a enfermedades cardiovasculares entre un 25% y un 35%, mientras que mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el control reduce la causa más común de muertes (muertes atribuibles a enfermedades cardiovasculares) en más del 40%.²
8. Alcanzar las cinco metas mundiales propuestas de cobertura para la diabetes contribuirá al logro de la meta 3.4 de los ODS. Su logro también está alineado con el PAM-ENT, con la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y con el fortalecimiento de los sistemas de salud para la protección social y la CSU, como se dispone en la resolución 72/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Alineación con el Marco Mundial de Vigilancia Integral de las ENT e implicaciones relativas al monitoreo

9. Las metas de cobertura mundial propuestas complementan la meta actual del Marco Mundial de Vigilancia Integral de las ENT de detener el aumento de la diabetes, proporcionando un conjunto adicional de metas específicas y medibles relacionadas con la atención de esa enfermedad. Se espera que la medición de las metas propuestas se realice principalmente mediante encuestas de población, lo que permitirá a la mayoría de los países presentar informes sin crear una carga adicional de recopilación de datos. A ese respecto, tres de las cinco metas propuestas ya se ven reflejadas en los instrumentos utilizados para informar sobre los indicadores existentes del Marco Mundial de Vigilancia Integral.
10. Las recomendaciones comprenden un conjunto de acciones que, cuando las realicen colectivamente los Estados Miembros y los asociados internacionales, servirán para hacer frente a la creciente carga de salud pública impuesta por la diabetes y contribuirán a alcanzar las metas propuestas.

¹ Incluidos dispositivos para la administración de insulina, como jeringas y agujas.

² Documento de debate de la OMS con fecha 9 de agosto de 2021 titulado *Proyecto de recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, incluyendo posibles metas* <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/diabetestargets>.

RECOMENDACIÓN PARA FORTALECER Y MONITOREAR LAS RESPUESTAS A LA DIABETES

11. Acciones recomendadas para los **Estados Miembros**:

a) Fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de la diabetes:

- fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para ejercer un liderazgo estratégico y una función coordinadora en la formulación de políticas en materia de diabetes que hagan participar a las partes interesadas de todo el gobierno, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil, las personas con diabetes y el sector privado, velando por que las cuestiones relativas a la prevención y control de la enfermedad reciban una respuesta coordinada, integral y unificada;
- ofrecer una asignación presupuestaria nacional suficiente a la prevención y el control de la diabetes, y establecer mecanismos de financiación para reducir los gastos por cuenta propia;
- fortalecer el diseño y la aplicación de políticas en materia de diabetes asegurando que los actuales paquetes nacionales de prestaciones de CSU y la estrategia/política/planes de acción multisectoriales sobre ENT contengan las disposiciones necesarias para prevenir y gestionar la enfermedad;
- considerar la posibilidad de establecer metas nacionales de cobertura de la diabetes, basándose en las orientaciones impartidas por la OMS, para incrementar progresivamente la cobertura de la atención de calidad para personas con la enfermedad, aumentar la rendición de cuentas y evaluar periódicamente la capacidad nacional de prevenir y controlar la diabetes.

b) Reducir los factores de riesgo modificables de la diabetes y los determinantes sociales subyacentes:

- acelerar la aplicación de políticas y estrategias para reducir los factores de riesgo de la diabetes y sus complicaciones, entre otras cosas estableciendo sinergias a partir de las recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad;¹
- promover la alfabetización sanitaria y fortalecer la participación constructiva de las personas con diabetes en la toma de decisiones clínicas haciendo hincapié en la educación y la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario;
- estudiar las cargas desproporcionadas de diabetes en las subpoblaciones y hacer frente a los determinantes sociales subyacentes que exponen a esas poblaciones a un mayor riesgo de contraer la enfermedad y de sufrir complicaciones conexas, una atención deficiente o la falta de acceso a medicamentos esenciales.

¹ *Documento de debate de la OMS: Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://www.who.int/es/publications/m/item/who-discussion-paper-draft-recommendations-for-the-prevention-and-management-of-obesity-over-the-life-course-including-potential-targets>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

c) Fortalecer y orientar los sistemas de salud para gestionar la prevención y el control de la diabetes mediante una APS centrada en las personas y la CSU:

- ampliar la prestación de APS y priorizarla como piedra angular de una atención de la diabetes sostenible, centrada en las personas, comunitaria y coordinada;
- establecer normas mínimas para la detección temprana y el tratamiento de la diabetes en todo el proceso continuo de atención, haciendo hincapié en la APS, sin dejar de fortalecer los sistemas de derivación entre los niveles de atención de ese tipo y otros niveles;
- estudiar la posibilidad de adoptar las metas de cobertura mundial propuestas que deberían alcanzarse, a más tardar, en 2030, con miras a estimular la detección precoz y la mejora del tratamiento, y la posibilidad de adaptar dichas metas a las circunstancias locales;
- fortalecer la capacidad del personal sanitario y las instituciones para la detección precoz y el tratamiento de la diabetes, lo que incluye el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones relacionadas con la enfermedad, la educación del paciente, la atención para la salud mental y el apoyo psicosocial, la promoción de la autoasistencia y la dispensación de cuidados paliativos y de rehabilitación;
- garantizar la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos esenciales y los dispositivos prioritarios integrando los medicamentos y dispositivos de administración de la insulina y de control de la glucemia en los paquetes de prestaciones a nivel nacional;
- asegurar un tratamiento ininterrumpido a personas con diabetes durante las emergencias humanitarias;
- evaluar el efecto de las soluciones innovadoras de salud digital;
- incluir a personas que viven con diabetes en los procesos de toma de decisiones sobre políticas, estrategias y aplicación de medidas de prevención y control de la enfermedad.

d) Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación, innovación y desarrollo de gran calidad en relación con la prevención y el control de la diabetes.

e) Seguir de cerca las tendencias y los determinantes de la diabetes y evaluar los progresos hacia su prevención y control:

- desarrollar y fortalecer los sistemas de vigilancia y seguimiento de la diabetes y de factores de riesgo conexos de las ENT, guiándose por el marco de la OMS sobre la vigilancia de las ENT;
- desarrollar y fortalecer sistemas de seguimiento para evaluar las carencias terapéuticas, los resultados clínicos (morbilidad y mortalidad) y el desempeño del sistema de salud (capacidad e intervenciones) a través de la recopilación sistemática de indicadores normalizados de atención de la diabetes basados en establecimientos ordinarios.

12. Acciones recomendadas para los **asociados internacionales**, incluido el sector privado:

a) Fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de la diabetes:

- mantener la visibilidad de la diabetes en la agenda mundial de salud y desarrollo;
- armonizar la cooperación internacional sobre la diabetes con los planes nacionales sobre las ENT, a fin de fortalecer la eficacia de la ayuda y el efecto en el desarrollo de recursos externos en apoyo de la diabetes;
- la sociedad civil fomentará la rendición de cuentas y ayudará a los países a revisar periódicamente el avance en las hojas de ruta nacionales sobre la diabetes, con miras a que se alcancen las metas relativas a la enfermedad.

b) Reducir los factores de riesgo modificables de la diabetes y los determinantes sociales subyacentes:

- preconizar y respaldar políticas con un enfoque poblacional, incluidas políticas en materia de alimentación y nutrición, actividades de promoción de la salud y campañas de alfabetización sanitaria;
- preconizar y apoyar la implementación y evaluación de iniciativas comunitarias de prevención y control de la diabetes.

c) Fortalecer y orientar los sistemas de salud para gestionar la prevención y el control de la diabetes mediante una APS centrada en las personas y la CSU:

- comprometerse a apoyar las actividades que mejoren la asequibilidad y disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías básicas para el diagnóstico, el tratamiento y la autoasistencia de las personas con diabetes;
- apoyar y ampliar la implementación de soluciones de salud digital basándose en las evaluaciones de las necesidades de los países;
- al mismo tiempo, informar y participar en el mecanismo de presentación de informes que la OMS utilizará para registrar y publicar sus contribuciones,¹ en el que se podrían incluir datos o mecanismos existentes;
- promover alianzas para acelerar la aplicación ambiciosa de medidas destinadas a aumentar el acceso a soluciones y la atención para luchar contra la diabetes, con miras a lograr la realización de la visión del Pacto Mundial contra la Diabetes y promover las contribuciones del sector privado.

d) Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación, innovación y desarrollo de gran calidad en relación con la prevención y el control de la diabetes:

- invertir en la capacidad nacional de investigación sobre la prevención y el control de la diabetes para guiar la formulación y aplicación de las políticas nacionales.

¹ Véase la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

e) Seguir de cerca las tendencias y los determinantes de la diabetes y evaluar los progresos hacia su prevención y control:

- apoyar el desarrollo y mantenimiento de sistemas de vigilancia y promover el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones;
- invertir en sistemas de información que vinculen diversas fuentes de datos sobre gestión y resultados.

13. Acciones recomendadas para la OMS:

a) Fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de la diabetes:

- convocar y liderar socios a través del Pacto Mundial contra la Diabetes para fomentar una mayor conciencia, crear sinergias para la acción y aprovechar la capacidad colectiva de los actores mundiales, regionales y nacionales que trabajan para mejorar la prevención y el control de la diabetes;
- respaldar las actividades en los países para incluir la diabetes en la CSU y elaborar recomendaciones para la financiación adecuada, previsible y sostenida de la prevención y el control de la enfermedad, especialmente en entornos con escasos recursos, y atender las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y marginadas;
- aumentar la participación significativa de las personas con diabetes en el diseño, la implementación y la evaluación de programas y servicios para la diabetes.

b) Reducir los factores de riesgo modificables de la diabetes y los determinantes sociales subyacentes:

- impartir orientación sobre la prevención de la diabetes de tipo 2 ofreciendo las mejores estrategias, promoción de la salud y alfabetización sanitaria.

c) Fortalecer y orientar los sistemas de salud para gestionar la prevención y el control de la diabetes mediante una APS centrada en las personas y la CSU:

- ayudar a los países a adaptar y aplicar las directrices de la OMS sobre el tratamiento de la diabetes;
- desarrollar productos técnicos y normativos para cubrir todo el espectro de la atención de la diabetes y facilitar la aplicación de soluciones digitales basadas en datos probatorios;
- hacer participar al sector privado en el fortalecimiento de los compromisos y las contribuciones a fin de aumentar el acceso a medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias para la diabetes, incluida la precalificación de la insulina, la adquisición mancomunada de medicamentos y la armonización de los requisitos reglamentarios, teniendo debidamente en cuenta la gestión de los conflictos de intereses;
- invitar al sector privado a que refuerce su compromiso con la prevención y el tratamiento de la diabetes, y su contribución en ambos ámbitos, participando en el grupo especial dirigido

por la OMS,^{1,2} en los programas de precalificación de insulina y dispositivos de autovigilancia y en los mecanismos internacionales de adquisición mancomunada de medicamentos para la diabetes (una vez establecidos) dirigidos por las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales y mecanismos internacionales de financiación, prestando la debida atención a la gestión de los conflictos de intereses;

- elaborar orientaciones y prestar asistencia técnica a los países para facilitar el tratamiento ininterrumpido de la diabetes durante las emergencias humanitarias;
- estimar el costo de alcanzar las metas propuestas de cobertura mundial.

d) Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación, innovación y desarrollo de gran calidad en relación con la prevención y el control de la diabetes:

- elaborar un plan para apoyar la investigación nacional sobre prevención y control de la diabetes y sus complicaciones;
- apoyar la priorización de la investigación para la prevención y el control de la diabetes y promover la investigación sobre la aplicación para evaluar la eficacia de las intervenciones particulares y de toda la población destinadas a prevenir y controlar la diabetes y la obesidad;
- ayudar a los países a elaborar políticas o planes de investigación relacionados con la diabetes que incluyan la investigación comunitaria y una evaluación del efecto de las intervenciones y políticas.

e) Medidas recomendadas para seguir de cerca las tendencias y los determinantes de la diabetes y evaluar los progresos hacia su prevención y control:

- continuar haciendo un seguimiento de la dinámica de los factores de riesgo de las ENT y la capacidad de los países para prevenir y controlar las ENT, como la diabetes;
- crear un marco de seguimiento y una herramienta para seguir de cerca el desempeño del sistema de atención de salud vigilando los procesos de atención y los resultados de los establecimientos de salud;
- apoyar el desarrollo y el mantenimiento de los sistemas de vigilancia y promover el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones.

¹ *Dialogue with the private sector on medicines and technologies for diabetes care, September 2021*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/01/default-calendar/dialogue-with-the-private-sector-on-medicines-and-technologies-for-diabetes-care>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Véase el documento EB144/20.

ANEXO 3

**ELABORAR UN PROYECTO DE ESTRATEGIA MUNDIAL
SOBRE SALUD BUCODENTAL****ANTECEDENTES**

1. En reconocimiento de la importancia que tienen las principales enfermedades y afecciones bucodentales para la salud pública mundial, en mayo de 2021 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA74.5 sobre salud bucodental, y solicitó al Director General que elaborara, en consulta con los Estados Miembros, un proyecto de estrategia mundial para abordar ese tipo de enfermedades. La estrategia servirá de base para elaborar un plan de acción mundial sobre salud bucodental que incluya un marco de seguimiento de los progresos realizados, con metas claras y cuantificables que deberán alcanzarse para 2030.

2. La resolución sobre salud bucodental y el proyecto de estrategia mundial resultante se basan en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y en su meta 3.8 consistente en lograr la cobertura sanitaria universal. Estos documentos están en consonancia con el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023; la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2019; el Marco Operacional para la Atención Primaria de Salud de 2020; la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 de 2016; el PAM-ENT; el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco adoptado en 2003; la resolución WHA74.16 sobre determinantes sociales de la salud; la decisión WHA73(12) (2020) sobre el Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030, y la resolución WHA67.11 (2014) (Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata).

PANORAMA GENERAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN EL ÁMBITO MUNDIAL

3. La salud bucodental es la salud de la boca y de los dientes. Permite a las personas realizar funciones básicas, como comer, respirar y hablar, y afecta a dimensiones psicosociales, como la confianza en uno mismo, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad ni vergüenza. La salud bucodental varía a lo largo de la vida, desde la temprana edad hasta la vejez, es parte integral de la salud general y ayuda a las personas a participar en la sociedad y alcanzar su potencial.

Carga de morbilidad bucodental

4. Se calcula que en todo el mundo existen más de 3500 millones de casos de enfermedades bucodentales y otras afecciones de esta naturaleza, la mayoría de las cuales son prevenibles.¹ Durante las últimas tres décadas, la prevalencia mundial combinada de caries dentales, periodontopatías (encías) y pérdida de dientes se ha mantenido en el 45%, lo que supone una prevalencia superior a la de cualquier otra ENT.

¹ Bernabe GE, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study *J Dent Res.* 2020;99(4):362-373. doi: 10.1177/0022034520908533.

5. De forma conjunta, los cánceres de labio y de cavidad bucal representan el 16.º tipo de cáncer más frecuente en todo el mundo, con más de 375 000 nuevos casos y casi 180 000 muertes en 2020.¹ La noma es una enfermedad gangrenosa no transmisible que generalmente padecen los niños pequeños que viven en situaciones de pobreza extrema. Comienza como una lesión de las encías y destruye los tejidos blandos y duros de la boca y la cara; es mortal para hasta el 90% de los niños afectados.² El labio leporino y el paladar hendido, las anomalías congénitas craneofaciales más comunes, tienen una prevalencia mundial de aproximadamente uno de cada 1500 nacimientos.^{3,4} Se calcula que las lesiones dentales traumáticas tienen una prevalencia mundial del 23% en el caso de la dentición primaria y del 15% en el de la dentición permanente, y afectan a más de 1000 millones de personas.⁵

6. Las enfermedades bucodentales a menudo tienen comorbilidad con otras ENT. Está comprobado que existe una asociación entre las enfermedades bucodentales, particularmente las periodontopatías, y un conjunto de otras ENT, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Consecuencias sociales, económicas y ambientales de una mala salud bucodental

7. Las consecuencias personales de las enfermedades y afecciones bucodentales no tratadas (como síntomas físicos, limitaciones funcionales, estigmatización y repercusiones perjudiciales en el bienestar emocional, económico y social) son graves y pueden afectar a familias, comunidades y a todo el sistema de atención de salud. El tratamiento de estas enfermedades y afecciones puede acarrear unos costos elevados y suponer una importante carga económica.

8. Los elevados pagos directos y los catastróficos gastos de sanidad asociados con la atención de la salud bucodental llevan a menudo a las personas a no solicitar atención cuando la necesitan. Se calcula que en 2015, en todo el mundo, las enfermedades y afecciones bucodentales representaron US\$ 357 000 millones en costos directos (como gastos de tratamiento) y US\$ 188 000 millones en costos indirectos (como pérdidas de productividad debido a la ausencia del trabajo o la escuela); se registraron importantes diferencias entre los países de ingresos altos, medios y bajos.⁶

¹ *Lip, oral cavity*. Nota descriptiva del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² *Information brochure for early detection and management of noma*. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para África. 2017.

³ *Vigilancia de anomalías congénitas: manual para gestores de programas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁴ Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokae S, Darvishi F, Mohammadi M. *Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis*. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2021;S2468-7855(21)00118X. doi:10.1016/j.jormas.2021.05.008.

⁵ Petti S, Glendor U, Andersson L. *World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis—One billion living people have had traumatic dental injuries*. *Dent Traumatol*. 2018 Apr;34(2):71-86. doi: 10.1111/edt.12389.

⁶ Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. *Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015*. *J Dent Res*. 2018;97(5):501-507. doi: 10.1177/0022034517750572.

9. Existe una relación fuerte y coherente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades y afecciones bucodentales.^{1,2} A lo largo del curso de la vida, las enfermedades y afecciones bucodentales afectan desproporcionadamente a las personas pobres y vulnerables de la sociedad, entre las que normalmente se incluyen: aquellas con ingresos bajos; personas con discapacidades; personas mayores que viven solas o en residencias; personas refugiadas, en dependencias carcelarias o que viven en comunidades remotas y rurales, y personas de minorías y/u otros grupos socialmente marginados.

10. Los efectos ambientales relacionados con el sistema de atención para la salud bucodental suponen una gran preocupación, como se muestra en el Convenio de Minamata sobre el Mercurio, un tratado mundial que obliga a las partes a aplicar medidas para reducir gradualmente el uso de la amalgama dental, que contiene un 50% de mercurio. Otras cuestiones problemáticas para el medio ambiente relacionadas con el cuidado de la salud bucodental son: el uso de recursos naturales, como agua y energía; el uso de material dental y productos para el cuidado bucodental seguros y respetuosos con el medio ambiente, y la gestión sostenible de residuos.

Determinantes sociales y comerciales y factores de riesgo de la salud bucodental

11. Las enfermedades y afecciones bucodentales y las desigualdades en materia de salud bucodental están directamente influenciadas por determinantes sociales y comerciales. Los determinantes sociales son factores estructurales, sociales, económicos y políticos que generan enfermedades y afecciones bucodentales. Los determinantes comerciales de la salud bucodental son las estrategias utilizadas por algunos agentes del sector privado para promocionar productos y opciones perjudiciales para la salud.

12. Las enfermedades y afecciones bucodentales comparten factores de riesgo modificables comunes a las principales enfermedades no transmisibles, es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y los trastornos mentales. Esos factores de riesgo incluyen el hábito de fumar y el consumo de tabaco sin humo, el consumo nocivo de alcohol, la ingesta elevada de azúcares y la ausencia de lactancia materna, así como el virus del papiloma humano en el caso del cáncer orofaríngeo.

13. Algunos factores de riesgo modificables del labio leporino y el paladar hendido son el tabaquismo materno activo o pasivo, y de las lesiones dentales traumáticas, el consumo de alcohol, los accidentes de tráfico y las lesiones deportivas. La etiología de la noma es desconocida pero algunos factores de riesgo son la desnutrición, coinfecciones, enfermedades prevenibles mediante vacunación, una higiene personal pobre y malas condiciones de vida, como carencias en los servicios de agua, saneamiento e higiene.

Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales

14. Han sido pocas las ocasiones en que las medidas de promoción de la salud bucodental y de prevención de las enfermedades bucodentales han tenido como objetivo los determinantes sociales y comerciales de esa salud a nivel de población. Además, normalmente la promoción de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades en esa esfera no están integradas en otros programas de enfermedades no transmisibles que comparten los principales factores de riesgo comunes y determinantes sociales. En 2015, en las directrices de la OMS sobre la ingesta de azúcares en adultos y niños, se formuló la firme recomendación de reducir la ingesta de esos azúcares a lo largo de la vida, basándose en datos

¹ Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly D, Venturelli R, Mathur MR, et al. *Oral diseases: a global public health challenge*. The Lancet. 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

² Matsuyama Y, Jürges H, Listl S. *The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms*. Am J Epidemiol. 2019;188(1):87-95. doi: 10.1093/aje/kwy205.

empíricos que avalan las asociaciones directas existentes entre esa ingesta y el peso corporal y la caries dental. A pesar de ello, se están llevando a cabo pocas iniciativas de salud pública dental destinadas a reducir el consumo de azúcar.

15. Las iniciativas para hacer frente a determinantes estructurales de la salud pueden ser costoeficaces y ofrecer buenos resultados para amplios sectores de la población. Algunas estrategias centradas en esos determinantes cuyo objetivo es reducir la ingesta de azúcares libres y el consumo de tabaco y alcohol son las políticas, los impuestos y/o la regulación del precio, la venta y la publicidad de productos no saludables. Las intervenciones de políticas de nivel medio incluyen la creación de más condiciones de apoyo en entornos clave, como entornos educativos, escuelas, lugares de trabajo y residencias.

16. Hay millones de personas que no tienen acceso a programas de promoción de la salud bucodental y de prevención de las enfermedades bucodentales.¹ El uso de fluoruros para la prevención de la caries dental es limitado. Con frecuencia no hay disponibles, o no son asequibles, métodos de prevención esenciales, como la fluoración del agua corriente y otros métodos aplicables en la comunidad, las aplicaciones de fluoruro tópico o el uso de un dentífrico fluorado de calidad.

Sistemas de atención de salud bucodental

17. Es habitual que los ministerios de salud tengan un escaso compromiso político con los sistemas de atención de salud bucodental y les dediquen pocos recursos. Normalmente, esos sistemas reciben una financiación insuficiente de agentes independientes del sector privado, son muy especializados y están al margen del sistema general de atención de salud. En la mayoría de los países, los paquetes de prestaciones de la cobertura sanitaria universal y las intervenciones en materia de enfermedades no transmisibles no incluyen la atención esencial de salud bucodental.

18. La atención esencial de salud bucodental cubre un conjunto definido de intervenciones seguras y costoeficaces a nivel individual y comunitario para promover esa salud y para prevenir y tratar las enfermedades y afecciones bucodentales más prevalentes y/o graves. En ese conjunto figuran servicios de rehabilitación y derivación pertinentes. Normalmente, los centros de atención primaria no ofrecen atención bucodental, y la cobertura de la salud bucodental de los planes de seguros privados y/o públicos varía mucho entre países y dentro de ellos.

19. En muchos países no se presta suficiente atención a la planificación del personal de salud para poder atender las necesidades en materia de salud bucodental de la población. La capacitación en salud bucodental rara vez se integra en los sistemas generales de educación para la salud. Por lo general, la capacitación se centra en educar a dentistas altamente especializados en lugar de a trabajadores de la salud bucodental comunitarios de nivel medio o de optimizar el papel de los equipos sanitarios más generales.

20. En la mayoría de los países, la pandemia de COVID-19 ha afectado de forma negativa a los programas de salud pública y a la prestación de atención esencial de salud bucodental, ya que ha provocado retrasos en los tratamientos, aumentado el consumo de antibióticos e incrementado las desigualdades en materia de salud bucodental. Esta pandemia debería entenderse como una oportunidad para reforzar la integración de la atención bucodental en los sistemas generales de salud en el marco de las iniciativas orientadas a lograr la cobertura sanitaria universal.

¹ Petersen PE, Baez RJ, Ogawa H. *Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health*. Community Dent Oral Epidemiol. 2020;48:338–348. doi: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12538>.

VISIÓN, OBJETIVO Y PRINCIPIOS RECTORES

Visión

21. La visión de esta estrategia es la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de todas las personas y comunidades para 2030, lo que les permitirá disfrutar de la mejor salud posible en ese ámbito y contribuirá a que tengan unas vidas sanas y productivas.

22. El concepto de cobertura universal de salud bucodental significa que cualquier persona o comunidad tenga acceso a unos servicios sanitarios esenciales y de calidad que respondan a sus necesidades y cuyo uso no les cause dificultades económicas. Entre esos servicios figuran la promoción de la salud bucodental y las intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación relacionadas con las enfermedades y afecciones bucodentales a lo largo del curso de la vida. Además, se necesitan intervenciones de ámbito estructural para fortalecer la prevención de las enfermedades bucodentales y para reducir las desigualdades en materia de salud bucodental. Alcanzar el más alto nivel posible de salud bucodental es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Objetivo

23. El objetivo de la estrategia es orientar a los Estados Miembros para que: *a)* elaboren respuestas nacionales ambiciosas de promoción de la salud bucodental; *b)* reduzcan las enfermedades, afecciones y desigualdades en el ámbito de la salud bucodental; *c)* redoblen sus esfuerzos para hacer frente a las enfermedades y afecciones bucodentales como parte de la cobertura universal de salud; y *d)* estudien la posibilidad de elaborar metas e indicadores, basados en contextos nacionales y subnacionales, sobre la base de la orientación que proporcionará el plan de acción mundial de la OMS sobre salud bucodental, a fin de dar prioridad a los esfuerzos y evaluar los progresos realizados para 2030.

Principios rectores

Principio 1: Un enfoque de salud pública para la salud bucodental

24. La aplicación de un enfoque de salud pública para la salud bucodental consiste en tratar de ofrecer los mejores resultados posibles en materia de salud bucodental para el mayor número de personas posible, prestando especial atención a las enfermedades y afecciones bucodentales con mayor prevalencia y/o más graves. Para lograr este objetivo es necesario integrar los programas de salud bucodental en iniciativas coordinadas de salud pública más amplias. La aplicación de un enfoque de salud pública para la salud bucodental exige intensificar y ampliar las medidas centradas en los determinantes estructurales sociales y comerciales de la salud bucodental, mediante la participación de una gran variedad de partes interesadas pertenecientes a los sectores social, económico, educativo, medioambiental y a otros ámbitos pertinentes.

Principio 2: Integración de la salud bucodental en la atención primaria de salud

25. La atención primaria de salud es la piedra angular del fortalecimiento de los sistemas de salud, ya que incrementa su rendimiento y en consecuencia mejora los resultados sanitarios. La integración de la atención esencial de la salud bucodental en otros servicios relativos a las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud es un componente esencial de la cobertura sanitaria universal. Esa integración puede ofrecer muchos beneficios, entre ellos incrementar las posibilidades de prevención, detección temprana y control de problemas conexos y comorbilidades, así como hacer más equitativo el acceso a una atención de salud integral y de calidad.

Principio 3: Modelos innovadores de personal para responder a las necesidades de la población en salud bucodental

26. En los modelos de planificación de recursos y personal debe alinearse mejor la educación y capacitación de los trabajadores de la salud con las metas de salud pública y las necesidades de la población en salud bucodental, particularmente para las poblaciones desatendidas. La CSU solo puede lograrse reformando los sistemas de salud, educación y planificación de recursos para que el personal de salud tenga las competencias necesarias con las que ofrecer servicios esenciales de atención de salud bucodental en el conjunto del proceso de atención. Eso podría requerir reevaluar las funciones y cometidos de los agentes de salud comunitarios y de nivel medio y de otros profesionales de la salud relevantes pertenecientes al sector de la salud bucodental. El nuevo Marco de Competencias Mundial para la Cobertura Sanitaria Universal de la OMS debería servir de guía para el desarrollo de modelos de personal de salud bucodental.

Principio 4: Atención de salud bucodental centrada en la persona

27. En la atención de salud bucodental centrada en la persona se analizan e incorporan de manera consciente los puntos de vista de las personas, las familias y las comunidades, incluidas aquellas con una mala salud bucodental. Con arreglo a ese enfoque, se interpreta que las personas son participantes y beneficiarias de unos sistemas de salud que generan confianza y que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística. La atención centrada en las personas fomenta un enfoque más holístico de la evaluación de las necesidades, una toma de decisiones compartida, la alfabetización en materia de salud bucodental y el autocuidado. Este proceso ofrece a las personas la oportunidad, las competencias y los recursos necesarios para ser unos usuarios y unas partes interesadas de los servicios de salud bucodental con buena capacidad de expresión, comprometidos y empoderados.

Principio 5: Intervenciones de salud bucodental adaptadas a todas las etapas de la vida

28. Las personas se ven afectadas por enfermedades y afecciones bucodentales, y sus factores de riesgo y determinantes sociales y comerciales, desde la vida temprana hasta la vejez. Sus efectos pueden variar y acumularse a lo largo del tiempo, y pueden tener consecuencias complejas en etapas posteriores de la vida, especialmente en relación con otras enfermedades no transmisibles. Las estrategias de salud bucodental adaptadas y apropiadas a la edad, en las que se incluye la atención bucodental básica, deben integrarse en los programas de salud pertinentes a lo largo del curso de la vida, incluidos los programas prenatales, para lactantes, niños, adolescentes, adultos trabajadores y adultos mayores. Estos pueden consistir en intervenciones apropiadas a la edad y basadas en pruebas que se centren en promover una alimentación más saludable, el abandono del tabaco, la reducción del consumo de alcohol y la autoasistencia.

Principio 6: Optimización de las tecnologías digitales aplicadas a la salud bucodental

29. La inteligencia artificial, los dispositivos móviles y otras tecnologías digitales pueden aplicarse estratégicamente a la salud bucodental en diferentes niveles, entre ellos la mejora de la alfabetización en salud bucodental, la puesta en práctica de formación electrónica en salud bucodental y telesalud de proveedor a proveedor, y la mejora de la detección temprana, la vigilancia y la derivación referentes a enfermedades y afecciones bucodentales dentro de la atención primaria. Paralelamente, es fundamental establecer y/o reforzar la gobernanza de la salud digital y definir normas y criterios aplicables a la salud bucodental digital basados en las mejores prácticas y en pruebas científicas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo estratégico 1: Gobernanza de la salud bucodental – Incrementar el compromiso político y en materia de recursos con la salud bucodental, reforzar el liderazgo y crear asociaciones beneficiosas para todos dentro y fuera del sector sanitario

30. El objetivo estratégico 1 consiste en lograr el reconocimiento y la integración de la salud bucodental en todas las políticas y programas de salud pública pertinentes en el marco de las agendas nacionales más amplias sobre enfermedades no transmisibles y sobre la cobertura sanitaria universal. Es fundamental lograr un mayor compromiso político y en materia de recursos con la salud bucodental, tanto a nivel nacional como subnacional, como también lo es reformar los sistemas de salud y educación. Idealmente, esto implicaría destinar de forma exclusiva una parte mínima garantizada del presupuesto para salud pública a los programas nacionales de salud bucodental.

31. Un elemento crucial de ese proceso consiste en crear una unidad nacional de salud bucodental, o bien en reforzar su capacidad, con profesionales formados en salud pública. Es necesario crear o mejorar el funcionamiento de una unidad dedicada específicamente a la salud bucodental, cualificada, funcional, dotada de recursos suficientes y que rinda cuentas de su funcionamiento dentro de las estructuras orientadas a las enfermedades no transmisibles y de otros servicios de salud pública pertinentes.

32. La creación de alianzas sostenibles dentro y fuera del sector de la salud, así como la participación de las comunidades, la sociedad civil y el sector privado, son elementos esenciales para movilizar recursos, hacer frente a los determinantes sociales y comerciales de la salud bucodental y aplicar reformas. Por ejemplo, la colaboración entre los ministerios de salud y de medio ambiente es fundamental para trabajar en la sostenibilidad ambiental relacionada con la atención de la salud bucodental, como se hace al aplicar el Convenio de Minamata sobre el Mercurio y los problemas relacionados con la gestión de productos químicos y desechos (incluido el mercurio).

Objetivo estratégico 2: Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales – Posibilitar que todas las personas alcancen la mejor salud bucodental posible, y abordar y reducir los determinantes sociales y comerciales y los factores de riesgo de las enfermedades y afecciones bucodentales

33. A través del objetivo estratégico 2 se insta a realizar intervenciones costoeficaces, sostenibles y basadas en datos probatorios, para promocionar la salud bucodental y prevenir enfermedades y afecciones bucodentales. En el nivel de actuación más concreto, la promoción de la salud bucodental ayuda a desarrollar las capacidades personales, sociales y políticas que permiten a todas las personas aprovechar al máximo sus posibilidades de autoasistencia en ese ámbito. En el nivel más estructural y general, la promoción de la salud bucodental prevé establecer políticas públicas e impulsar iniciativas comunitarias a fin de que las personas puedan controlar mejor su salud bucodental y de promover la equidad en ese ámbito.

34. Las medidas de prevención están orientadas a los factores de riesgo y a los determinantes sociales y comerciales clave de las enfermedades bucodentales y de otras afecciones de esta naturaleza. Estas iniciativas deberían estar plenamente integradas y reforzarse mutuamente con otras estrategias pertinentes de prevención de enfermedades no transmisibles y con las políticas de reglamentación sobre el tabaco, el consumo nocivo de alcohol y la limitación de la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la energía total y de manera ideal a menos del 5%. Entre los esfuerzos de prevención también deberían figurar métodos comunitarios seguros y costoeficaces para prevenir la caries dental, como la fluoración

del agua corriente, cuando corresponda, la aplicación de fluoruro tópico y el uso de un dentífrico fluorado de calidad.

Objetivo estratégico 3: Personal de salud – Desarrollar modelos innovadores de personal de salud y revisar y ampliar la educación basada en competencias para responder a las necesidades de salud bucodental de la población

35. Mediante el objetivo estratégico 3 se pretende lograr que haya un número, una disponibilidad y una distribución adecuados de trabajadores de la salud cualificados para prestar un conjunto de servicios esenciales de salud bucodental que satisfagan las necesidades de la población. Eso requiere incluir explícitamente la planificación y priorización de servicios de salud bucodental en todas las estrategias y planes de inversión presupuestados del personal de salud.

36. Para que los modelos de personal laboral sean más eficaces probablemente tengan que contar con una nueva combinación de dentistas, proveedores de atención de salud bucodental de nivel medio (como asistentes, personal de enfermería, técnicos, terapeutas e higienistas en ese tipo de atención), trabajadores de la salud comunitarios y otros profesionales de la salud relevantes que tradicionalmente no participaban en la atención de la salud bucodental, como por ejemplo los médicos de atención primaria y el personal de enfermería. La aplicación de esos modelos puede requerir reevaluar y actualizar políticas legislativas y reglamentarias nacionales para la concesión de licencias y la acreditación del personal de salud. Los educadores sanitarios serán partes interesadas clave en el establecimiento de estándares de competencia y profesionalidad en salud bucodental destinados a guiar y evaluar la educación, capacitación y práctica de un personal de salud innovador.

37. Los planes de estudio y los programas de capacitación deben preparar adecuadamente al personal de salud en la gestión y respuesta ante cuestiones de salud pública de la salud bucodental y en la lucha contra los efectos ambientales de los servicios de esa salud en la salud planetaria. La educación profesional en salud bucodental debe ir más allá del desarrollo de un conjunto de habilidades clínicas, para incluir una sólida capacitación en promoción de la salud y prevención de enfermedades, y competencias clave como la toma de decisiones basada en pruebas, el aprendizaje reflexivo sobre la calidad de la atención de la salud bucodental, la comunicación interprofesional y la prestación de atención médica centrada en las personas. La educación intra e interprofesional y la práctica colaborativa también serán importantes para permitir la plena integración de los servicios de salud bucodental en los sistemas de salud y en el nivel de atención primaria.

Objetivo estratégico 4: Atención de la salud bucodental – Integrar la atención esencial de salud bucodental y garantizar la protección financiera y los suministros esenciales en la APS

38. El objetivo estratégico 4 tiene como finalidad incrementar el acceso de toda la población a una atención esencial de salud bucodental segura, eficaz y asequible como parte del paquete de prestaciones de la cobertura sanitaria universal. Los trabajadores de la salud que brindan servicios de salud bucodental deberían ser miembros activos del equipo de atención primaria de salud y trabajar de forma colaborativa, incluso en otros niveles de atención, para luchar contra las enfermedades y afecciones bucodentales, así como otras enfermedades no transmisibles, con un enfoque centrado en hacer frente a factores de riesgo comunes y en apoyar la celebración de consultas de salud general.

39. La protección financiera a través de la ampliación de pólizas y programas de seguros privados y públicos, incluida la cobertura de los servicios de salud bucodental, es una de las piedras angulares de la cobertura sanitaria universal. Para poder tratar las enfermedades y afecciones bucodentales en la atención primaria de salud y en los servicios de derivación también es importante garantizar la disponibilidad

y distribución fiables de los artículos médicos fungibles esenciales, los medicamentos genéricos y otros suministros dentales.

40. Debería examinarse la tecnología de salud digital ya que podría tener un papel en la prestación de una atención esencial de salud bucodental accesible y eficaz. Esto podría incluir el desarrollo de políticas, normas e infraestructuras para ampliar el uso de tecnologías de salud digital, como teléfonos móviles, cámaras intraorales y otras tecnologías digitales, con miras a apoyar el acceso remoto y la consulta para la detección temprana y la derivación a servicios, a fin de tratar enfermedades y afecciones bucodentales.

Objetivo estratégico 5: Sistemas de información sobre salud bucodental – Mejorar los sistemas de vigilancia e información para que las instancias decisorias reciban observaciones relevantes de manera oportuna sobre salud bucodental que les sirvan para formular políticas con base empírica

41. El objetivo estratégico 5 se refiere al desarrollo de unos sistemas de información coordinados más eficientes, eficaces e inclusivos en materia de salud bucodental que sirvan para la planificación, la gestión y la formulación de políticas. A nivel nacional y subnacional, el fortalecimiento de los sistemas de información debería incluir la recopilación sistemática de datos sobre el estado de la salud bucodental, determinantes sociales y comerciales, factores de riesgo, personal laboral, preparación de los servicios de salud bucodental y gasto en recursos.

42. En esos sistemas mejorados pueden utilizarse soluciones de información sistemática de salud, encuestas demográficas y de salud y tecnologías digitales prometedoras, y debería garantizarse la protección de los datos de los pacientes. También deberían servir para supervisar patrones y tendencias de desigualdades en materia de salud bucodental y para hacer un seguimiento de la aplicación y el efecto de las políticas y programas existentes relacionados con esa salud.

43. Existen nuevos métodos epidemiológicos sobre salud bucodental, por ejemplo videos de alta resolución, obtención de imágenes multispectrales y tecnologías móviles, que tienen el potencial de mejorar la calidad de los datos de salud bucodental de la población al tiempo que reducen los costos y la complejidad. La guía de aplicación de nuevas tecnologías móviles para la salud bucodental de la OMS, por ejemplo, proporciona orientación sobre el uso de tecnologías móviles en la vigilancia de la prestación de servicios de salud para la población.

Objetivo estratégico 6: Agendas de investigación en salud bucodental – Crear y actualizar continuamente investigación específica del contexto y de las necesidades para centrarse en los aspectos de salud pública relativos a la salud bucodental

44. Mediante el objetivo estratégico 6 se pretende crear y aplicar nuevas agendas de investigación en salud bucodental orientadas hacia programas de salud pública e intervenciones en la población. En ellas deben figurar investigaciones sobre sistemas de salud de aprendizaje, ciencias de aplicación, modelos de personal laboral, tecnologías digitales y aspectos de salud pública de las enfermedades y afecciones bucodentales.

45. Otras prioridades en la investigación son el estudio de: intervenciones estructurales de amplio espectro; intervenciones de atención primaria de salud; materiales de restauración dental sin mercurio; obstáculos al acceso a la atención de salud bucodental; desigualdades en materia de salud bucodental; promoción de la salud bucodental en entornos clave como escuelas; prácticas ambientalmente sostenibles, y análisis económicos para establecer intervenciones costoeficaces.

46. La traducción de los resultados de la investigación en la práctica es igualmente importante y debería incluir el desarrollo de guías de práctica clínica específicas de la región y basadas en pruebas. Los investigadores tienen un papel importante en el apoyo al desarrollo y la evaluación de las políticas de salud bucodental de la población y en la evaluación y aplicación de las pruebas obtenidas al aplicar las nuevas intervenciones de salud pública.

FUNCIÓN DE LA OMS, LOS ESTADOS MIEMBROS Y LOS ASOCIADOS

OMS

47. La OMS desempeñará una función de liderazgo y coordinación en la promoción y el seguimiento de la acción mundial en materia de salud bucodental, también en relación con la labor de otros organismos de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y otras organizaciones regionales e internacionales competentes. La Organización definirá la dirección general y las prioridades de la promoción de la salud bucodental a nivel mundial, las asociaciones y la creación de redes; articulará las opciones políticas basadas en datos probatorios, y proporcionará apoyo técnico y estratégico a los Estados Miembros.

48. La OMS seguirá colaborando con los asociados en materia de salud pública mundial, incluidos los centros colaboradores de la Organización, a fin de: establecer redes para el fomento de la capacidad en la atención, la investigación y la formación en salud bucodental; movilizar las aportaciones de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, y facilitar la ejecución colaborativa de la estrategia, sobre todo en relación con las necesidades de los países de ingresos bajos y medianos. La OMS también colaborará con los Estados Miembros para que, a nivel nacional, hagan suya la estrategia, y rindan cuentas al respecto, en particular en los planes estratégicos y políticas nacionales de salud.

49. Para 2023, la OMS traducirá esta estrategia en un plan de acción mundial sobre salud bucodental que incluirá un marco de seguimiento de los progresos realizados, con metas claras y cuantificables que deberán alcanzarse para 2030. Para 2024, la OMS recomendará intervenciones de salud bucodental costoeficaces y basadas en pruebas como parte del apéndice 3 actualizado del PAM-ENT y el Compendio de la OMS para la CSU.

50. La OMS seguirá actualizando orientaciones técnicas para garantizar la prestación ininterrumpida de atención segura odontológica, incluso durante la pandemia de COVID-19, tras su finalización y en otras circunstancias de emergencia sanitaria. En colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), la OMS elaborará orientaciones técnicas sobre la atención de la salud bucodental, sostenible desde un punto de vista medioambiental, por ejemplo con relación a productos sin mercurio y procedimientos menos invasivos. Además, la OMS estudiará la posibilidad de clasificar la noma dentro de la Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030.

51. La OMS ayudará a ampliar y mantener el proceso de innovación para mejorar los resultados de la salud bucodental de acuerdo con su marco de ampliación de la innovación, incluyendo las innovaciones en los ámbitos social, de prestación de servicios, de productos sanitarios, de modelos empresariales, digital y financiero.

52. La OMS creará una plataforma de datos sobre salud bucodental dentro de su repositorio de datos destinados a elaborar estadísticas referentes a la salud. Asimismo, reforzará los sistemas integrados de información sobre salud bucodental y las actividades de vigilancia mediante la elaboración de nuevos métodos y tecnologías estandarizados de recopilación de datos, así como indicadores de salud bucodental para las encuestas sobre la salud de la población. Además, promoverá y respaldará la investigación en sectores preferentes para mejorar la aplicación, el seguimiento y la evaluación del programa de salud bucodental.

Estados Miembros

53. Los Estados Miembros son quienes ostentan el papel principal en la respuesta al desafío que suponen las enfermedades y afecciones bucodentales para su población. Los gobiernos tienen la responsabilidad de hacer participar a todos los sectores de la sociedad a fin de generar respuestas eficaces para prevenir y controlar las enfermedades y afecciones bucodentales, promocionar la salud bucodental y reducir las desigualdades en esta materia. Deberían garantizar que los presupuestos destinados a la salud bucodental se ajustan a los cálculos de los costos de las intervenciones y a los argumentos de inversión con el fin de lograr la cobertura universal de salud bucodental.

54. Los Estados Miembros deberían velar por que la salud bucodental fuese una parte sólida, robusta e integral de las políticas nacionales y subnacionales de salud y por que las unidades nacionales de salud bucodental contasen con la capacidad y los recursos necesarios para ejercer, de forma solvente, un liderazgo, una coordinación y una gestión responsables en esa materia.

55. Para reforzar las capacidades del sistema de atención de salud bucodental los Estados Miembros pueden llevar a cabo las siguientes actuaciones: integrar la salud bucodental en la atención primaria de salud como parte de paquetes de prestaciones de la cobertura sanitaria universal; garantizar la asequibilidad de los medicamentos y artículos fungibles esenciales de salud bucodental, así como de otros equipos o suministros necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y afecciones bucodentales, y dar prioridad a una salud bucodental menos invasiva y sostenible desde un punto de vista medioambiental.

56. Los Estados Miembros también deberían evaluar y reorientar el personal sanitario según fuera necesario para satisfacer las necesidades de salud bucodental de la población ajustando los efectos de los programas educativos a los servicios de salud bucodental que deben prestarse. Eso requeriría facilitar una educación interprofesional y una práctica colaborativa en la que participasen trabajadores de la salud comunitarios y de nivel medio. Deberían también revisar críticamente y actualizar continuamente su contenido de educación sobre salud bucodental en todos los programas y currículos de capacitación de trabajadores de la salud, otorgando prioridad a un enfoque de salud pública bucodental que permitiese a los trabajadores de la salud desarrollar competencias esenciales, como la resolución reflexiva de problemas y habilidades de liderazgo.

57. Los Estados Miembros pueden hacer frente a los determinantes de la salud bucodental y a los factores de riesgo de las enfermedades y afecciones bucodentales abogando por medidas reglamentarias, basadas en pruebas, centradas en determinantes subyacentes que aumentan o reducen los riesgos, y trabajando con entidades comerciales para alentarlas a que reduzcan el tamaño de las porciones y los niveles de azúcares de sus productos y alentando a los consumidores a que, en el momento de realizar sus compras, opten por productos con menor contenido de azúcares. Los Estados Miembros también pueden centrarse en los determinantes reforzando las condiciones de promoción de la salud en entornos clave; aplicando en la comunidad métodos para prevenir la caries dental; brindando respaldo a la legislación orientada a mejorar la asequibilidad de los dentífricos fluorados de calidad, y abogando por su reconocimiento como producto de salud dentro de la lista nacional de medicamentos esenciales.

58. Los Estados Miembros deberían mejorar la vigilancia, la recopilación de datos y el seguimiento de la salud bucodental para fundamentar la toma de decisiones y las campañas de sensibilización. Para ello deberían desarrollar y normalizar métodos y tecnologías actualizados destinados a la recopilación de datos epidemiológicos de salud bucodental, utilizar registros dentales y médicos electrónicos y fortalecer la vigilancia integrada de enfermedades y afecciones bucodentales. También deberían analizar datos de políticas y sistemas de salud bucodental, llevar a cabo investigaciones operacionales y evaluar las intervenciones y programas de salud bucodental.

Asociados internacionales

59. El UNICEF, el PNUMA, la Unión Internacional de Telecomunicaciones y otros organismos de las Naciones Unidas, así como bancos de desarrollo y otros asociados internacionales, tienen un papel valioso que desempeñar en el logro de las metas y objetivos de la estrategia en los planos mundial, regional y nacional; entre otras cosas, la adopción de iniciativas en materia de sensibilización, movilización de recursos, intercambio de información, intercambio de enseñanzas extraídas, creación de capacidad e investigación, y el desarrollo de metas e indicadores para una colaboración mundial racionalizada.

60. Debe existir coordinación entre los asociados internacionales, incluidas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, órganos intergubernamentales, agentes no estatales, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, organizaciones de jóvenes y estudiantes, grupos de pacientes, el sector académico e instituciones de investigación. Crear una coalición internacional sobre salud bucodental, y trabajar eficazmente como tal, servirá para apoyar mejor a los países en su aplicación de la estrategia.

Sociedad civil

61. La sociedad civil es una parte interesada clave en el establecimiento de prioridades para los servicios de salud bucodental y la salud pública. Tiene un papel que desempeñar para alentar a los gobiernos a que elaboren respuestas nacionales y subnacionales ambiciosas en materia de salud bucodental y contribuir a su aplicación. La sociedad civil puede forjar alianzas y asociaciones de múltiples interesados que generen y compartan conocimientos, evalúen los progresos realizados, presten servicios y den resonancia a las voces de las personas que viven con, y se ven afectadas por, enfermedades y afecciones bucodentales. Participar activamente en una asociación útil con organizaciones civiles y comunitarias, así como codiseñar/coproducir enfoques innovadores para el cuidado de la salud bucodental, brinda la oportunidad de desarrollar modelos de atención más sostenibles y con mejor capacidad de respuesta.

62. La sociedad civil puede apoyar a los consumidores y liderar la sensibilización y la movilización de base para que en la agenda pública se dé un mayor protagonismo a la promoción de la salud bucodental y a la prevención y el control de las enfermedades y afecciones de esta naturaleza. La sociedad civil y los consumidores pueden abogar junto con los gobiernos y algunos sectores a que se inste a la industria de alimentos y bebidas a ofrecer productos saludables; respaldar a los gobiernos en la aplicación de sus programas de control del tabaco, y crear redes y grupos de acción destinados a promover la disponibilidad de alimentos y bebidas bajos en azúcares libres y de dentífricos fluorados de calidad, incluso mediante la aplicación de subvenciones o reducciones de impuestos.

Sector privado

63. El sector privado puede reforzar su compromiso y su contribución a las respuestas nacionales y subnacionales sobre la salud bucodental mediante la aplicación de medidas laborales en esa materia, incluso a través de la introducción de buenas prácticas empresariales, programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y planes de seguro médico.

64. El sector privado debería tomar medidas concretas para reducir la comercialización, publicidad y venta de productos que causan enfermedades y afecciones bucodentales, como los productos de tabaco y los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares libres. El aumento de la transparencia y la rendición de cuentas del sector privado es un componente clave de esas medidas.

65. El sector privado debería tratar de hacer más accesibles y asequibles equipos odontológicos, dispositivos y productos de higiene bucodental seguros, eficaces y de calidad. Debería impulsar la

investigación para producir equipos y materiales asequibles, seguros y ambientalmente idóneos destinados a la atención de salud bucodental.

66. Las asociaciones nacionales y otras organizaciones de profesionales de salud bucodental tienen la responsabilidad de apoyar esa salud en sus comunidades. Estas pueden colaborar con los gobiernos nacionales y subnacionales, y respaldarlos, en la aplicación de la estrategia mediante la prestación de atención esencial en salud bucodental, ayudando a planificar y aplicar medidas de prevención orientadas al conjunto de la población y participando en la vigilancia y recopilación de datos sobre salud bucodental.

ANEXO 4

RECOMENDACIONES SOBRE CÓMO FORTALECER LA FORMULACIÓN Y LA APLICACIÓN DE POLÍTICAS, ESPECIALMENTE PARA FOMENTAR LA RESILIENCIA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LOS SERVICIOS E INFRAESTRUCTURAS DE SALUD PARA TRATAR A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y PREVENIR Y CONTROLAR SUS FACTORES DE RIESGO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA HUMANITARIA

1. En los párrafos 31, 46 y 48 del PAM-ENT se hace un llamamiento a garantizar la continuidad de los servicios esenciales contra las ENT, incluida la disponibilidad de tecnologías que salvan vidas y de medicamentos esenciales, en situaciones de emergencia humanitaria. Asimismo, en el párrafo 40 de la resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de «fortalecer la formulación y la aplicación de políticas, especialmente para fomentar la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria, en particular antes, durante y después de los desastres naturales, con especial atención a los países más vulnerables a los efectos del cambio climático y los fenómenos meteorológicos extremos».
2. Con el fin de brindar unas primeras orientaciones a los Estados Miembros, la Secretaría presentó el anexo 9 del documento EB148/7, en el que se describe el proceso emprendido por la Secretaría para ayudar a los Estados Miembros en su compromiso de reforzar las políticas que permiten tratar a las personas que viven con ENT y prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria.
3. Tomando como punto de partida esas primeras orientaciones, en el presente anexo se proponen recomendaciones dirigidas a los Estados Miembros, los asociados internacionales y la OMS para garantizar la prestación de servicios esenciales a las personas con ENT en situaciones de emergencia humanitaria mediante la inversión y el fomento de las respuestas y la preparación a largo plazo ante emergencias en relación con las ENT durante la pandemia de COVID-19 y posteriormente, como parte del objetivo de «reconstruir para mejorar» a través de un enfoque multisectorial que abarque todos los peligros.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES**LA PANDEMIA DE COVID-19: INTERACCIÓN MORTAL PERSISTENTE CON LA EPIDEMIA DE ENT**

4. En diciembre de 2020, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución, «observando con preocupación que las enfermedades no transmisibles, en particular las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, así como los trastornos mentales, otras afecciones de salud mental y los trastornos neurológicos, son las principales causas de muerte prematura y discapacidad en todo el mundo, en particular en los países de ingreso bajo y mediano, y que las personas que las padecen corren más riesgo de presentar síntomas graves de COVID-19 y se encuentran entre las más afectadas por la pandemia, y reconociendo que las actividades que son necesarias para prevenirlas y controlarlas se ven obstaculizadas, por ejemplo, por la falta de acceso universal a los servicios de salud, los medicamentos, los medios de diagnóstico y las tecnologías sanitarias esenciales de calidad, inocuos, eficaces y asequibles, así como por la escasez mundial de personal sanitario cualificado».

5. La falta de sistemas de registro civil y de estadísticas demográficas que funcionen correctamente, así como los diferentes procesos para realizar pruebas de la COVID-19 y notificar las muertes por esa enfermedad dificultan la recopilación de datos exactos, completos y oportunos sobre las causas de muerte y las comorbilidades, en particular por la COVID entre personas con ENT o en riesgo de contraer alguna de esas enfermedades.

6. El virus y la pandemia afectan a las personas con ENT o en riesgo de contraer alguna de esas enfermedades por diferentes vías, incluidas las siguientes:

- a) mayor susceptibilidad a la infección por el virus de la COVID-19 y mayor gravedad y tasas de letalidad entre las personas con ENT;
- b) la demora en el diagnóstico de las ENT, que da pie a que las enfermedades pasen a fases más avanzadas;
- c) tratamientos de las ENT que se retrasan, no se completan o se interrumpen; y
- d) incrementos en los factores de riesgo conductuales para las ENT, como la inactividad física, mayor consumo nocivo de alcohol, consumo de tabaco y dietas malsanas.

7. La COVID-19 ha afectado de forma desproporcionada a las personas con ENT o en riesgo de contraer alguna de esas enfermedades, en particular los grupos económicamente desfavorecidos, como los trabajadores migrantes, los adultos mayores, o las poblaciones en desplazamiento forzoso y refugiadas en contextos humanitarios. Por tanto, la pandemia ha magnificado y puesto de relieve todavía más las desigualdades persistentes en los resultados sanitarios y en los determinantes de la salud, incluidos los factores de riesgo para las ENT, los determinantes sociales y el acceso a los servicios de salud, tanto dentro de los países como entre países. Trabajar a largo plazo y reconocer que la COVID-19 y las ENT son afecciones entrelazadas sindérmicamente^{1,2} podrían ser los primeros pasos para elaborar los planteamientos matizados que se necesitan para proteger de forma más completa a las poblaciones vulnerables de la sociedad.

8. Las interrupciones en los servicios de salud esenciales contra las ENT debido a la COVID-19 han sido generalizadas debido a la escasez de medicamentos, personal, medios diagnósticos y servicios de transporte público, entre otras limitaciones. El estudio rápido de evaluación de los efectos de la pandemia de COVID-19 en los recursos y servicios contra las ENT,³ que el Departamento de NCD de la OMS llevó a cabo en mayo de 2020 y al que respondieron 163 Estados Miembros (84%), reveló perturbaciones generalizadas totales o parciales en varios servicios contra las ENT en diferentes países. Aproximadamente el 59% de los países señalaron que había algún tipo de restricción en el acceso a servicios esenciales contra las ENT para pacientes ambulatorios, mientras que el 35% declaró que los servicios de ENT para pacientes hospitalizados estaban abiertos solo para urgencias. En torno a la mitad de los países señalaron interrupciones totales o parciales en los servicios de gestión de la hipertensión (53%) o de la diabetes y en los servicios de gestión de complicaciones diabéticas (49%). Por lo que respecta a la interrupción de actividades, el 77% de los países notificaron algún tipo de interrupción en las actividades

¹ Horton, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.

² Nassereddine, G, Habli, S, Slama, S, Sen, K, Rizk, A, Sibai, AM. COVID-19 and noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and health care delivery. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006189. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006189.

³ *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

contra las ENT previstas por el ministerio de salud para 2020, como los programas de cribado, las campañas de concienciación, las encuestas poblacionales (STEPS)¹ o cursos de capacitación y la aplicación de los módulos técnicos² de la OMS, como PEN³ y HEARTS.⁴

9. La pandemia de COVID-19 también ha incrementado las necesidades de rehabilitación en las personas afectadas por el virus y se prevé un alza secundaria en las necesidades a medida que la pandemia se estabilice, debido a la interrupción de los servicios ordinarios de salud y rehabilitación, así como a los posibles efectos y secuelas a largo plazo entre las personas con ENT y otras personas infectadas por el virus.

10. Las dos rondas siguientes de encuestas de toda la OMS para evaluar la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19 (encuestas para «tomar el pulso») revelaron una interrupción de servicios menos grave pero persistente, en particular de los servicios contra las ENT.⁵ Casi dos años después del inicio de la pandemia, el Departamento de NCD de la OMS ha invitado además a los países a rellenar un módulo relacionado con la COVID-19 como parte de la evaluación periódica de la capacidad nacional para la prevención y el control de las ENT que se publicará a finales de este año.

11. La falta de conocimientos sobre la interacción entre el virus y las ENT en las primeras etapas de la pandemia de COVID-19, y la poca atención prestada al asunto, obstaculizó la inclusión de las ENT en los planes estratégicos de preparación y respuesta de los países. Un examen efectuado en octubre de 2020 por la OMS de 87 planes y 121 documentos desde la perspectiva de las enfermedades no transmisibles reveló que solo 33 países habían incluido dichas enfermedades como parte de los servicios de salud esenciales que debían mantenerse durante la pandemia, solo 16 países habían incluido la gestión de las ENT y solo tres países tenían una línea presupuestaria específica para dichas enfermedades. Profundamente preocupada por este vacío, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 74/306 exhortó a los Estados Miembros a «que sigan intensificando los esfuerzos por hacer frente a las enfermedades no transmisibles como parte de la cobertura sanitaria universal, reconociendo que las personas que viven con enfermedades no transmisibles son más susceptibles al riesgo de desarrollar síntomas graves de COVID-19 y se encuentran entre las más afectadas por la pandemia». Asimismo, en la resolución 75/130, titulada «Salud mundial y política exterior: fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud proporcionando atención médica asequible a todas las personas», adoptada en diciembre de 2020, la Asamblea General observó con preocupación los efectos graves de la COVID-19 en las personas con ENT, destacando la importancia de dar seguimiento a los efectos indirectos de la pandemia de COVID-19 en la prestación de servicios integrados, así como de mantener la parte esencial de la prestación de servicios de salud y de las cadenas mundiales de suministro durante la pandemia, en particular para las ENT, y exhortó a los gobiernos a reafirmar los compromisos contraídos en virtud de la declaración política de la tercera reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la

¹ *Método progresivo para la vigilancia de los factores de riesgo de las ENT (STEPS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² *Noncommunicable diseases: About us*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/about>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

³ *Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud ([https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care)), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ *HEARTS Paquete técnico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/hearts-technical-package>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁵ *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*. Enero-marzo de 2021. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

prevención y el control de las ENT para acelerar la aplicación de las respuestas nacionales a las ENT como parte de la Agenda de 2030.

12. Con objeto de ayudar a los países a mitigar la interrupción de los servicios de salud esenciales, la OMS publicó en marzo de 2020, y posteriormente actualizó, orientaciones operativas sobre el mantenimiento de los servicios esenciales durante el brote, en las que se describían los principios básicos y recomendaciones prácticas en los que se fundamenta la toma de decisiones para garantizar la continuidad de determinados servicios de salud esenciales, destacando las medidas clave que los países deben plantearse, en particular contra las ENT. En enero de 2021 se publicaron otras orientaciones para apoyar a los países en el análisis y uso de datos sistemáticos para el seguimiento de los efectos de la COVID-19 en los servicios de salud esenciales.¹

13. El Departamento de ENT de la OMS contribuyó a esta labor normativa con la elaboración de reseñas científicas en las que se resumen las últimas evidencias sobre la susceptibilidad y/o los efectos negativos en el desenlace de la COVID-19 a partir de la presencia de determinadas enfermedades no transmisibles, así como con la elaboración de estudios de modelización con opciones normativas para modelizar los posibles cambios en el modelo de prestación de servicios, los parámetros económicos asociados con tales cambios y los efectos en el ámbito de la salud a medio y largo plazo, en particular en el cumplimiento de la meta 3.4 de los ODS. La labor se complementó con numerosos estudios monográficos en los que se documentaba de qué modo los países mitigaban las interrupciones en los servicios contra las ENT, mediante innovadoras soluciones sanitarias digitales (como el uso de tecnologías de salud móvil en apoyo de las personas con ENT o de la telemedicina para garantizar la continuidad de la atención).²

14. Con la introducción de las vacunas anticovidicas en un intento de controlar la epidemia, que ha entrado en una nueva fase, el examen de la situación de las ENT durante la pandemia ha demostrado que la preparación y respuesta frente a las ENT debe formar parte de la preparación y respuesta frente a cualquier pandemia en los ámbitos mundial, regional y nacional. La recuperación y reconstrucción para mejorar deben ir de la mano de medidas contra las ENT. La prevención, cribado, diagnóstico temprano y el tratamiento de la hipertensión, la diabetes, el cáncer y otras ENT no pueden postergarse, ya que la epidemia de ENT no se ha detenido. Hacer frente a las ENT y a la COVID-19 simultáneamente y a escala adecuada requiere una respuesta más robusta de la ofrecida hasta ahora para salvaguardar vidas y medios de subsistencia. Además, las enseñanzas derivadas de la pandemia de COVID-19 ofrecen oportunidades para fortalecer la preparación y las respuestas ante emergencias más allá de las pandemias.

15. Además de la pandemia de COVID-19, al 8 de diciembre de 2021 la OMS tenía conocimiento de 73 emergencias activas clasificadas con arreglo al Marco de Respuesta a Emergencias de la OMS, y estaba en proceso de responder a ellas.

DE LA COVID-19 A UN ENFOQUE DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS PARA LAS ENT QUE TENGA EN CUENTA TODOS LOS PELIGROS

16. El número de personas afectadas actualmente por situaciones de emergencia humanitaria no tiene precedentes. La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas ha estimado que 235 millones de personas necesitarán asistencia humanitaria y protección en 2021. En respuesta a estas emergencias, las Naciones Unidas y las organizaciones asociadas se han marcado el objetivo de prestar asistencia a los 160 millones de personas más necesitadas en 56 países, para lo que requerirán

¹ *Análisis y uso de datos sistemáticos para el seguimiento de los efectos de la COVID-19 en los servicios de salud esenciales: Guía práctica para los responsables nacionales y subnacionales.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

un total de US\$ 35 000.¹ Como consecuencia del cambio climático, el crecimiento demográfico, la urbanización no planificada, la inseguridad alimentaria y los movimientos masivos de personas, las emergencias son cada vez más complejas, prolongadas y vinculadas entre sí.

17. Si bien la pandemia de COVID-19 ha desviado la atención hacia la preparación y respuesta ante emergencias derivadas de pandemias, la naturaleza y frecuencia de las emergencias requieren que la comunidad mundial del sector de la salud adopte un enfoque más amplio para evaluar, prever y responder mejor a todos los tipos de peligros. La reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud de finales de este año para examinar la posibilidad de elaborar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre la preparación y respuesta frente a las pandemias ofrece una oportunidad excepcional para abordar mejor las necesidades de las personas con ENT en situaciones de emergencia humanitaria y contribuir a la asignación, recogida en la resolución WHA74.7, de fortalecer a los asociados internacionales y en los países, así como la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias, mediante un enfoque multisectorial que abarque todos los peligros.²

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y OPORTUNIDADES

18. Debido al crecimiento y envejecimiento de la población, entre otros factores, la carga de ENT entre las poblaciones afectadas por desastres naturales y antropogénicos está aumentando y requerirá además una mejor inclusión de un componente contra las ENT en la preparación y respuesta frente a las emergencias. El decenio de conflictos prolongados en el Oriente Medio, la evolución del perfil de salud y las necesidades detectadas en las poblaciones que han sido desplazadas por la fuerza del Afganistán, Etiopía, Myanmar, Sudán del Sur o la República Bolivariana de Venezuela constituyen pruebas sólidas de la necesidad de fortalecer el componente de preparación y respuesta ante emergencias en relación con las ENT. La experiencia adquirida por la OMS y sus asociados humanitarios en la prestación de asistencia técnica en los países durante emergencias debe analizarse más a fondo y aprovecharse.

19. Las siguientes situaciones representan oportunidades para que la comunidad mundial del sector de la salud establezca una mejor respuesta para las personas con ENT como parte de la preparación y respuesta frente a emergencias.

a) La pandemia actual ha generado una atención renovada a las consideraciones específicas que conlleva planificar y mantener los servicios de salud esenciales, en particular en entornos humanitarios.^{3,4,5} La gestión de la epidemia de COVID-19 en Estados frágiles y poblaciones afectadas por crisis constituye un desafío para los países y los agentes humanitarios, dadas las enormes necesidades en competencia entre población y recursos limitados, si no es posible prestar los servicios de salud esenciales o no puede accederse a ellos de manera segura y si los servicios precrisis que deben mantenerse, adaptarse o suspenderse no tienen prioridad ni se ofrecen ampliamente y se subvencionan como parte de los conjuntos nacionales de prestaciones de salud.

¹ *Panorama global humanitario 2021*. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, 2021.

² Véase el documento A74/A/CONF./2.

³ Blanchet K, Alwan A, Antoine C, Cros MJ, Feroz, F, Guracha TA, et al. Protecting essential health services in low-income and middle-income countries and humanitarian settings while responding to the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020;5(10):e003675. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003675.

⁴ Singh L, Singh NS, Maldonado BN, Tweed S, Blanchet K, Graham WJ. What does 'leave no one behind' mean for humanitarian crises-affected populations in the COVID-19 pandemic? *BMJ Glob Health*. 2020; 5(4): e002540. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002540.

⁵ Garry S, Abdelmagid N, Baxter L, Roberts N, de Waroux OLP, Ismail S, et al. Considerations for planning COVID-19 treatment services in humanitarian responses. *Confl Health*. 2020;14(1):80. doi:10.1186/s13031-020-00325-6.

b) Como complemento de las orientaciones provisionales sobre los servicios de salud esenciales durante un brote, el Grupo de Tareas sobre la COVID-19 del Grupo de Acción Sanitaria Mundial de la OMS elaboró una nota de orientación sobre cómo priorizar y planificar los servicios de salud esenciales durante la respuesta a la COVID-19 en entornos humanitarios.¹ Más recientemente, se están llevando a cabo iniciativas en el marco del Equipo de Tareas y del Programa de Emergencias de la OMS para definir un conjunto mínimo de servicios basados en la evidencia (conjunto de servicios de salud de alta prioridad en entornos humanitarios) que sean pertinentes y factibles desde el punto de vista operacional en entornos humanitarios para que los grupos de salud y sus asociados los promuevan, utilicen y garanticen progresivamente. Tomando como referencia los conjuntos existentes procedentes de entornos frágiles y afectados por conflictos en los que actúa el grupo, el conjunto de servicios de salud de alta prioridad previsto se basará en las intervenciones y acciones recomendadas elaboradas en el marco del Compendio de la OMS para la CSU.

c) La confección y distribución del botiquín de la OMS contra las ENT desde 2017 en más de 20 países y centros de asistencia humanitaria de todo el mundo, en particular durante la pandemia de COVID-19,² contribuyó a subsanar parte de las necesidades desatendidas de medicamentos y suministros esenciales contra las ENT durante las emergencias. Con la adquisición de más de 7500 botiquines modulares desde 2017, a un valor anual de US\$ 3,6 millones, el botiquín contra las ENT ha llenado un vacío crítico, al pasar a ser uno de los botiquines médicos de emergencia estándar de la OMS más adquiridos. Los recientes exámenes de la experiencia adquirida en el uso del botiquín contra las ENT orientaron su revisión en 2021, lo que ha permitido también poner de relieve las medidas que deben adoptarse para mejorar su planificación y distribución, así como el apoyo que debe ofrecerse para potenciar la capacidad de los equipos de respuesta humanitaria y de atención primaria.

d) La atención a las ENT en los entornos humanitarios, así como la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas, los equipos de respuesta humanitaria y los donantes, sigue aumentando y mejorando. El Grupo de Trabajo Interinstitucional Oficioso sobre las ENT en Entornos Humanitarios, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial en el que se integra la OMS y la Alianza Internacional para la Acción contra la Diabetes³ no solo proporcionan plataformas para el intercambio de información y prácticas, sino que contribuyen cada vez más a la creación conjunta de soluciones para mejorar la gestión de las ENT en la práctica.

e) Las poblaciones afectadas por crisis, como las personas en desplazamiento forzoso y los refugiados, pueden aportar reflexiones críticas sobre los efectos de las emergencias en sus vidas y contribuir a dar forma al diseño de políticas y a los programas de prestación de servicios destinados a atender sus necesidades. La encuesta *ApartTogether* sobre los efectos de la COVID-19 declarados por los propios refugiados y migrantes que participaron en ella, o la serie de consultas organizadas por los capítulos regionales de la Alianza de ENT, como las «Voces de las personas con ENT en crisis humanitarias»,⁴ constituyen ejemplos positivos de inclusión, y complementan

¹ *Essential Health Services: A guidance note. How to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

² WHO Provides NCD Kits to Timor-Leste to Prevent Risk of Comorbidity Amidst COVID-19 Pandemic. Comunicado de prensa (en inglés). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/who-provides-ncd-kits-to-timor-leste-to-prevent-risk-to-comorbidity-amidst-covid-19-pandemic>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

³ Véase el sitio web de la Alianza Internacional para la Acción contra la Diabetes (<https://www.iadadiabetes.org/>).

⁴ Intensificando las voces y perspectivas de las personas que viven con ENT en la Región Oriental del Mediterráneo. Alianza de ENT, 2020 (<https://ncdalliance.org/es/news-events/news/intensificando-las-vozes-y-perspectivas-de-las-personas-que-viven-con-ent-en-la-regi%C3%B3n-oriental-del-mediterr%C3%A1neo#>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

los esfuerzos de la OMS y los asociados de la sociedad civil en la promoción de la participación constructiva de las personas con ENT.

f) Los resultados de las investigaciones sobre las ENT y la COVID-19 y, más en general, sobre las ENT en entornos humanitarios aumentan en alcance y calidad, y ofrecen una base de evidencia más sólida para orientar la formulación de políticas y programas. A partir de los estudios epidemiológicos descriptivos que ofrecen información sobre la carga de las ENT entre la población afectada por la COVID-19 u otras crisis, se ha hecho mucho más hincapié en el acceso a los servicios de ENT y a los modelos de atención de las ENT adaptados a los entornos humanitarios.¹ Recientemente se han puesto en marcha varias iniciativas y plataformas que complementan los esfuerzos de la OMS para dar forma a las actividades de investigación.²

RECOMENDACIONES

20. Acciones recomendadas para los **Estados Miembros**:

a) **En relación con la COVID-19:**

- fortalecer las políticas, programas y servicios para tratar a las personas con ENT y prevenir y controlar sus factores de riesgo e incorporarlos en los planes nacionales de respuesta y recuperación ante la COVID-19, en consonancia con los planes integrales de las Naciones Unidas;
- recopilar datos y utilizarlos para evaluar los efectos de la COVID-19 en personas con ENT y dar seguimiento a los efectos de la pandemia en la interrupción de los servicios contra las ENT, y la morbilidad y mortalidad conexas;
- mantener, restablecer y ampliar a la mayor brevedad posible la prevención, el diagnóstico precoz y la prestación de atención para las personas con ENT o en riesgo alto de contraer alguna de esas enfermedades y asegurar que estén protegidas contra la exposición a la COVID-19 y sean tenidas en cuenta en lo relativo a la salud y la protección social;
- movilizar y utilizar la financiación para la COVID-19 y otra financiación de emergencia para apoyar la prestación y continuidad de los servicios esenciales, garantizando el acceso a medicamentos y suministros para las ENT esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces, en particular para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo modificables;
- garantizar la participación constructiva de la sociedad civil, los profesionales de la salud y las personas con ENT en la planificación, ejecución y evaluación de los planes nacionales de preparación y respuesta ante la COVID-19;
- dar prioridad a las personas con ENT en el despliegue e introducción de las vacunas contra la COVID-19 en los países; y

¹ Jaung MS, Willis R, Sharma P, Aebischer Perone S, Frederiksen S, Truppa C, et al. Models of care for patients with hypertension and diabetes in humanitarian crises: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2021;36(4):509-532. doi: 10.1093/heapol/czab007.

² NCDs in Humanitarian Settings. Un centro de intercambio de conocimientos que presenta recursos clave contra las ENT en entornos humanitarios de manera accesible en un solo lugar. Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (<https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/humanitarian-ncd>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

- concienciar sobre los vínculos entre la COVID-19 y las ENT, sobre cómo las personas con ENT pueden protegerse y proteger a sus familias y comunidades contra la COVID-19 y cómo pueden lograr y mantener la continuidad segura de la atención para su afección;

b) Aparte de la COVID-19 (todos los peligros):

- trabajar para lograr sistemas de salud robustos y resilientes con la CSU y la APS, en tanto que cimiento esencial para la preparación y respuesta efectivas ante emergencias de salud pública:
 - incluir políticas, programas y servicios para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo modificables como parte de los esfuerzos nacionales y subnacionales por fortalecer los sistemas de salud con el fin de prepararse mejor para las emergencias sanitarias, responder a ellas y recuperarse, a través de un enfoque multisectorial que abarque todos los peligros;
 - hacer partícipes de forma constructiva a las personas con ENT, las comunidades afectadas y las personas en situación vulnerable, incluidas las poblaciones en desplazamiento forzoso y los refugiados, con el fin de entender mejor sus necesidades en materia de salud, fomentar su preparación personal ante emergencias y dar forma a las políticas, programas y servicios de salud contra las ENT;
 - tomar medidas para velar por que las poblaciones afectadas dispongan de un conjunto mínimo de servicios de calidad para las ENT, como parte de un conjunto de medidas esenciales prioritarias contra las ENT que estén garantizadas durante cualquier emergencia sanitaria, a diferentes niveles de atención, teniendo en cuenta los contextos nacionales humanitarios y de los sistemas de salud;
 - acelerar la aplicación de hojas de ruta nacionales contra las ENT, velando por que los conjuntos de prestaciones a nivel nacional incluyan una combinación de servicios para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo, con mecanismos de prepago suficientes para reducir al mínimo las dificultades económicas de las personas con ENT;
 - elaborar estrategias y herramientas dirigidas a fortalecer las capacidades básicas en materia de salud pública y el personal para la prestación de servicios contra las ENT en entornos humanitarios, en particular a través de soluciones digitales para la salud;
 - garantizar el acceso a medicamentos y suministros esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces contra las ENT en los planes de preparación y respuesta ante emergencias y como parte de las adquisiciones, la distribución previa y los despliegues en emergencias, guiándose por el botiquín estándar de la OMS para las ENT y otros artículos esenciales a granel, y teniendo en cuenta debidamente los medicamentos sensibles a la ruptura de la cadena de frío, como la insulina; y
 - documentar las experiencias de los países y promover la investigación sobre las ENT en los entornos humanitarios.

21. Acciones recomendadas para **los asociados internacionales, los asociados humanitarios, la sociedad civil y el sector privado:**

- promover la inclusión de programas y servicios para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo modificables como parte de un enfoque multisectorial que abarque todos

los peligros para la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, en particular en los actuales planes estratégicos nacionales de preparación y respuesta frente a la COVID-19;

- fortalecer las alianzas, la coordinación mundial y la cooperación entre los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones humanitarias, la sociedad civil, las personas con ENT y el sector privado para apoyar a todos los países que lo soliciten en la aplicación de sus planes de acción nacionales multisectoriales, a fin de fortalecer la respuesta de sus sistemas de salud a las emergencias sanitarias, y en particular para mantener la prestación segura de servicios de ENT durante dichas emergencias;
- apoyar la elaboración, aplicación y continuidad de un conjunto de medidas de salud prioritarias esenciales contra las ENT que deben garantizarse en emergencias sanitarias, en los distintos niveles de atención, teniendo en cuenta los contextos humanitarios y de los sistemas de salud nacionales y subnacionales;
- apoyar a los países en el fomento de la capacidad de su fuerza de trabajo y salud pública para la atención integrada en entornos humanitarios, con capacidades reforzadas para trabajar contra diferentes ENT y otras enfermedades/afecciones;
- apoyar a los países para que fortalezcan la inversión en investigación, generación de evidencia, mejora de directrices, evaluación y seguimiento para apoyar la aplicación contextual y garantizar la calidad y la rendición de cuentas;
- apoyar a los países en la adquisición y despliegue de medicamentos y suministros esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces contra las ENT, en particular los botiquines estándar de la OMS para las ENT u otros artículos esenciales a granel, teniendo en cuenta debidamente los medicamentos sensibles a la ruptura de la cadena de frío, como la insulina;
- promover y apoyar la investigación sobre las ENT en entornos humanitarios; y
- apoyar y promover que las personas con ENT sean consultadas de manera constructiva y participen en la formulación, aplicación y evaluación de las políticas, programas y servicios contra las ENT en entornos humanitarios.

22. Acciones recomendadas para la OMS:

- Como parte de los esfuerzos en curso por fortalecer la preparación y respuesta de la OMS frente a las emergencias sanitarias y reforzar su liderazgo y la coordinación del Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos y su complementariedad con otros agentes humanitarios:
 - examinar las respuestas actuales de la OMS en relación con las ENT en los países con emergencias y proponer un enfoque estratégico para mejorar la asistencia técnica de la OMS a los países en el marco de la preparación, respuesta y recuperación, aprovechando las crisis como punto de partida con el fin de reconstruir para mejorar los sistemas de salud mediante la puesta en marcha de servicios sostenibles contra las ENT;
 - fortalecer la colaboración y la comunicación en la OMS, en particular con el Grupo de Acción Sanitaria Mundial y otros asociados humanitarios, como el Grupo Interinstitucional Oficioso sobre las ENT en Entornos Humanitarios, a fin de promover el liderazgo y las funciones normativas de la OMS y prestar una mejor asistencia a los países en las emergencias;

- en colaboración con el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial y otros asociados humanitarios y académicos, elaborar un conjunto de medidas de salud prioritarias esenciales contra las ENT que deben garantizarse en emergencias sanitarias, en diversos niveles de atención, teniendo en cuenta los contextos humanitarios y de los sistemas nacionales de salud, tomando como punto de partida el Compendio de la OMS para la CSU;
- apoyar a los países en la priorización, adquisición y despliegue de medicamentos y suministros esenciales, seguros, asequibles, de calidad y eficaces contra las ENT, en particular los botiquines estándar de la OMS para las ENT y artículos esenciales a granel, teniendo en cuenta debidamente los medicamentos sensibles a la ruptura de la cadena de frío, como la insulina;
- apoyar a los países en el fomento de la capacidad de su fuerza de trabajo y salud pública para la atención integrada en entornos humanitarios, con capacidades reforzadas para trabajar contra diferentes ENT y otras enfermedades/afecciones;
- fortalecer la función normativa y la capacidad técnica de la OMS para elaborar y difundir productos normativos, orientaciones técnicas, herramientas, datos y evidencia científica a fin de ayudar a los países a elaborar y aplicar planes nacionales de respuesta a las emergencias sanitarias, con las disposiciones necesarias para tratar a personas con ENT y para prevenir y controlar sus factores de riesgo en situaciones de emergencia humanitaria;
- seguir promoviendo entre los donantes la importancia de dar prioridad a la construcción de puentes con miras a priorizar las ENT en situaciones de emergencia humanitaria en los sectores de la salud, el desarrollo y la consolidación de la paz;
- fortalecer las capacidades y competencias mundiales, regionales y nacionales de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias mejorando la participación constructiva de las personas con ENT en la planificación, aplicación y evaluación de los planes nacionales de preparación y respuesta; y
- hacer partícipes a los grupos consultivos técnicos de la OMS sobre las ENT y otros asociados académicos para dar forma a los programas de investigación y documentar las experiencias de los países con el fin de orientar las políticas para fortalecer la preparación y la respuesta frente a emergencias relacionadas con las ENT.

ANEXO 5

PROGRESOS REALIZADOS PARA APLICAR LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y SUS OBJETIVOS Y METAS CONEXOS PARA EL PERIODO 2020-2030

1. En el presente anexo se explican los progresos realizados para aplicar la resolución WHA73.2 relativa a la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030.

Contexto

2. El 17 de noviembre de 2020, la Secretaría puso en marcha la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública (en adelante, «la Estrategia»). Los gobiernos, la sociedad civil y los asociados de países de todas las regiones organizaron campañas, sesiones de formación para trabajadores de la salud y eventos promocionales para marcar el inicio de la Estrategia con medidas encaminadas a empezar a aplicarla.

3. En la Estrategia se definen tres pasos clave (vacunación, detección y tratamiento) cuya aplicación exitosa permitiría reducir en más del 40% la cifra de nuevos casos de la enfermedad y evitar 5 millones de defunciones asociadas a ella de aquí a 2050. De acuerdo con los datos correspondientes a 2020, las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino normalizada por edades varía desde 84 casos por cada 100 000 mujeres en los países de riesgo más elevado hasta menos de 10 por cada 100 000 mujeres en aquellos donde el riesgo es más bajo.¹

4. Para eliminar el cáncer de cuello uterino, todos los países deben alcanzar y mantener una tasa de incidencia inferior a cuatro casos por cada 100 000 mujeres. Concretamente:

a) el logro de ese objetivo se basa en tres pilares clave y sus correspondientes metas:

i) vacunación: administrar la pauta completa de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) al 90% de las niñas antes de que cumplan 15 años;

ii) detección: someter al 70% de las mujeres a una prueba de detección de alta precisión antes de los 35 años y, de nuevo, a los 45 años; y

iii) tratamiento: tratar al 90% de las mujeres con lesiones precancerosas y al 90% de las que tienen cáncer invasivo; y

b) todos los países deben cumplir con las metas «90-70-90» de aquí a 2030 para acercarse a la eliminación del cáncer de cuello uterino en el presente siglo.

¹ Véase: Observatorio Mundial del Cáncer. Organización Mundial de la Salud/Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (<http://gco.iarc.fr/>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

5. A pesar de las perturbaciones causadas por la pandemia de COVID-19, la OMS continúa respondiendo a las peticiones de ayuda y asistencia técnica de los Estados Miembros que priorizan la eliminación de esta enfermedad.

Orientaciones e instrumentos de la OMS

6. La OMS ha publicado diversos productos normativos para ayudar a los países a aplicar las intervenciones recomendadas en la Estrategia.

7. **Vacunación contra el virus del papiloma humano.** A fecha de julio de 2021, 111 países habían introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en sus programas nacionales de inmunización y se espera que, a finales de ese año, lo hayan hecho 120 países. Además, 40 países ofrecen esta vacunación también a los niños varones. Sin embargo, el nivel de cobertura de esta vacuna continúa siendo insuficiente, dado que pocos países han alcanzado la meta del 90%. Por primera vez, se ha reducido la cobertura mundial de la vacunación contra el VPH, desde el 15% de 2019 al 13% en 2020, a causa de la pandemia de COVID-19. Concretamente, este descenso se ha atribuido a la reducción de la cobertura en los países de ingresos medianos y bajos. A finales de 2020, los países trataron de vacunar a las niñas a quienes no se había vacunado, pero será necesario seguir esforzándose para mejorar la cobertura. La OMS ha precalificado una cuarta vacuna contra el VPH.¹

8. La Secretaría publicó una guía para ayudar hacer un seguimiento de la cobertura de la vacunación contra el VPH en los países² y una actualización del estudio de mercado mundial sobre estas vacunas,³ y ha adoptado medidas para seguir atenuando los problemas de suministro.

9. **Detección y tratamiento de lesiones precancerosas.** En julio de 2021 se publicó la segunda edición de las Directrices de la OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer de cuello uterino, que atienden a las necesidades de la población general de mujeres y a las de aquellas que viven con el VIH y que incorporan recomendaciones nuevas y actualizadas y declaraciones de prácticas correctas para estas últimas. Además, hacen hincapié en que los países tienen que pasar a utilizar pruebas de detección del VPH de alta precisión, como las pruebas moleculares.⁴ Asimismo, la OMS ha publicado nuevas directrices sobre la introducción y la ampliación de las pruebas de detección de este virus como parte de un programa integral de prevención y control del cáncer de cuello uterino.⁵ A fin de ayudar a los países a aplicar estas directrices, la OMS ha publicado un documento sobre la importancia la investigación enfocada en la aplicación para introducir nuevas intervenciones basadas en la evidencia.

¹ Cervical Cancer Country Profiles. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/cervical-cancer-profiles>), consultado el 10 de diciembre de 2021.

² OMS. Human papillomavirus (HPV) vaccine coverage monitoring manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ Global market study. HPV vaccines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

⁴ Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino, 2.ª Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁵ Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer: a step-by-step guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

10. **Mujeres que viven con el VIH.** De acuerdo con las estimaciones iniciales de la OMS¹ sobre el porcentaje de la carga mundial de cáncer de cuello uterino que cabe atribuir al VIH, las mujeres que viven con este virus corren un riesgo seis veces mayor de presentarlo que las que no están infectadas. La Secretaría de la OMS ha publicado un resumen normativo para ayudar a los países a ampliar el acceso y la utilización de las pruebas de detección y el tratamiento de este cáncer entre las mujeres que viven con el VIH, mediante tecnologías modernas y de calidad,² así como una actualización de las directrices unificadas sobre la prevención, la detección, el tratamiento, la prestación de servicios y el seguimiento en relación con el VIH que incluye un capítulo dedicado a la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres que viven con este virus.³ Por otro lado, en el sistema anual de presentación de informes que se lleva a cabo para el Monitoreo Global del Sida se incluirán nuevos indicadores que midan los progresos realizados en la detección y el tratamiento del cáncer y las lesiones precancerosas en el cuello uterino.

11. **Tratamiento y cuidados paliativos del cáncer invasivo.** El marco de la OMS para fortalecer y ampliar los servicios de tratamiento del cáncer invasivo de cuello uterino⁴ sirvió para sustentar el tercer pilar de la Estrategia y para ayudar a los países alcanzar la meta de tratar al 90% de las mujeres con un diagnóstico de cáncer invasivo. En colaboración con el Organismo Internacional de Energía Atómica, la OMS ha publicado unas orientaciones interinstitucionales⁵ para mejorar la eficacia de la adquisición de los equipos utilizados para tratar este cáncer. Asimismo, se actualizó la sección relativa al tratamiento del cáncer invasivo de cuello uterino en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales.

12. Gracias a los estudios encargados por la OMS, se ha demostrado la elevada prevalencia del sufrimiento físico, psicológico, emocional y social, en ocasiones intenso y multiforme, que padecen las mujeres con cáncer cervicouterino. Para hacer frente a este problema, se han propuesto conjuntos de intervenciones básicas ampliadas sobre los cuidados paliativos de estas mujeres.^{6,7,8}

13. **Vigilancia poscomercialización de los dispositivos médicos.** La OMS ha publicado un resumen normativo sobre la vigilancia poscomercialización en los programas de control del cáncer cervicouterino

¹ Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano J, Shah ASV, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021; 9: e161–69. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30459-9.

² New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV: policy brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

³ Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁴ WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁵ Technical specifications of radiotherapy equipment for cancer treatment. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁶ Krakauer EL, Kwete X, Kane K., Afshan G, Bazzett-Matabel L, Bien-Aimé, et al. Cervical Cancer-Associated Suffering: Estimating the Palliative Care Needs of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol*. 2021;7:862–872. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁷ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, et al. Essential Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to the Suffering of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol*. 2021;7:862-872. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁸ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, et al. Augmented Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to Refractory Suffering. *JCO Glob Oncol*. 2021;7:886-895. doi: 10.1200/GO.21.00027.

con el fin de ayudar a que los aparatos empleados se utilicen sin riesgos a medida que se amplía el alcance de dichos programas.¹

14. **Cálculo de los costos de los programas nacionales contra el cáncer de cuello uterino.** La OMS ha ayudado a varios Estados Miembros a estimar los costos de aplicar sus planes nacionales de eliminación del cáncer de cuello uterino. Los planes sobre el cálculo de costos se publicaron para que pudieran hacer uso de ellos otros Estados Miembros en sus procesos de planificación.²

15. **Vigilancia, seguimiento y evaluación.** La OMS, en colaboración con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, ha elaborado un proyecto de marco para hacer un seguimiento de la aplicación de la Estrategia. Además, está preparando una primera serie de estimaciones de la cobertura nacional, regional y mundial de las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino con el fin de establecer valores de referencia que permitan hacer un seguimiento en el futuro. Otro de los recursos que se encuentra en fase de desarrollo son los perfiles nacionales relativos a este cáncer, que proporcionan una visión general de los planes específicos de cada país y vincular los indicadores específicos del cáncer de cuello uterino con las intervenciones prioritarias de la Estrategia. Todos estos instrumentos se publicarán más adelante, durante 2021. Se ha puesto en marcha un portal para acceder a los datos de la OMS sobre la introducción de las vacunas contra el VPH en los países y sobre las tendencias relativas a la cobertura vacunal en los programas de lucha contra este virus, con el fin de hacer un seguimiento de los progresos realizados para alcanzar las metas fijadas de aquí a 2030.³

16. **Investigación e innovación.** La OMS ha estado desarrollando un marco para obtener evidencias sobre la formación, la validación y la evaluación en relación con los dispositivos médicos basados en la inteligencia artificial, que incluye capítulos específicos relativos a la detección del cáncer de cuello uterino como una de las principales aplicaciones de la inteligencia artificial.

17. **Banco de conocimientos.** Se ha elaborado un recurso en línea para tener acceso a orientaciones e instrumentos publicados por la OMS y por otros asociados que son pertinentes para aplicar la Estrategia.

Apoyo a los Estados Miembros, con especial atención a aquellos que sufren una carga elevada

18. Todas las regiones de la OMS han adoptado medidas para ayudar a los Estados Miembros a aplicar intervenciones de lucha contra el cáncer de cuello uterino. En el presente informe se explican algunos progresos realizados en todas ellas, si bien no se presenta una lista completa de los logros alcanzados.

19. **Región de África.** Esta región, donde se ubican 19 de los 20 Estados Miembros con mayor carga de cáncer de cuello uterino, soportó el 21% de la mortalidad mundial por esta enfermedad en 2020. Como respuesta a ello, la Oficina Regional para África ha reforzado la capacidad regional para prestar apoyo y asistencia integrada a los países que la componen. En la 71.ª reunión del Comité Regional para África se adoptó un marco regional para aplicar la Estrategia.⁴

¹ Implementation of post-market surveillance in cervical cancer programmes: policy brief for manufacturers of medical devices, including in vitro diagnostic medical devices. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² Costing the National Strategic Plan on Prevention and Control of Cervical Cancer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ Véase: <https://cceirepository.who.int/> (consultado el 10 de diciembre de 2021).

⁴ Véase el documento AFR/RC71/9.

20. Se ha proporcionado apoyo técnico y ayudas para ampliar los programas de lucha contra el cáncer de cuello uterino a Guinea, Kenya, Malawi, Nigeria, Rwanda, Togo, Uganda y Zambia, a fin de que pongan al día sus directrices y estrategias en la materia. Del mismo modo, otros países revisaron sus planes nacionales de lucha contra esta enfermedad para adaptarlos a las intervenciones prioritarias y las metas de la Estrategia. En 2020, la OMS proporcionó apoyo técnico y financiación a Cabo Verde, Camerún y Mauritania para vacunar contra el VPH y, como resultado de ello, ahora ya son 19 los países que han introducido esta intervención a nivel nacional. También se está prestando apoyo a 11 Estados Miembros (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabwe) para que utilicen técnicas de detección de alta precisión.

21. **Región de las Américas.** Se ha seguido ofreciendo a los proveedores de atención de salud un programa integral de formación sobre el cáncer de cuello uterino por medios virtuales en el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Además, se puso en marcha un programa de teleorientación sobre la eliminación de esta enfermedad, también por medios virtuales, lo que permitió organizar una comunidad de prácticas e intercambiar experiencias sobre la prevención. Otra iniciativa en marcha son las sesiones virtuales de teleorientación sobre cuidados paliativos que se celebran cada mes, algunas de las cuales se han dedicado a cuestiones específicas que afectan a las mujeres que padecen cáncer de cuello uterino.

22. Se han establecido planes nacionales de eliminación específicos del país en Chile, Honduras, Jamaica, Paraguay y Suriname. En El Salvador, se ha ampliado la detección del VPH y se han empezado a introducir las vacunas para combatirlo. Por su parte, Guatemala ha empezado a realizar pruebas de detección del VPH, con la ayuda del Unitaid y la participación de las oficinas regionales y en los países de la OMS. Chile ha emprendido campañas de concienciación para animar a las mujeres a someterse a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, mientras que Paraguay está actualizando sus directrices y está elaborando un plan nacional de formación para reforzar la capacidad de detección y de tratamiento de las lesiones precancerosas.

23. **Región del Mediterráneo Oriental.** La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental analizó la situación regional con el fin de conocer la carga actual de la enfermedad y la capacidad para alcanzar las metas mundiales; además, en colaboración con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, proporcionó asistencia técnica a la mayoría de los países a fin de mejorar su registro de tumores malignos.

24. Solo tres países de esta región están vacunando contra el VPH, mientras que nueve ofrecen servicios de detección del cáncer de cuello uterino. La Oficina Regional ayudó a Marruecos a formar a sus trabajadores de la salud para facilitar la introducción de esta vacuna y asignó ayudas específicas para elaborar programas nacionales de detección del cáncer de cuello uterino en Irán, Iraq, Jordania, Sudán, Marruecos y Arabia Saudita. También se prestó ayuda técnica y financiación a Sudán, Marruecos y Arabia Saudita para satisfacer sus necesidades en materia de evaluación y tratamiento de esta enfermedad, y se ha previsto desarrollar actividades de promoción a escala regional para facilitar la introducción de la vacuna contra el VPH en Afganistán, Djibouti y Sudán, países que cumplen los requisitos establecidos por Gavi, la Alianza para las Vacunas.

25. **Región de Europa.** La Oficina Regional para Europa está elaborando una hoja de ruta regional para eliminar el cáncer de cuello uterino. Se ha seguido prestando apoyo técnico a Kirguistán, Georgia, Belarús, Rumania y Uzbekistán en materia de detección y diagnóstico precoz de esta enfermedad, lo cual ha incluido diálogos normativos y la creación de capacidad. La Oficina Regional ha desarrollado actividades intensivas de formación y apoyo técnico a Uzbekistán para ayudar a aplicar los tres pilares de la Estrategia.

26. Uzbekistán prevé administrar vacunas de rescate contra el VPH a las niñas de 11 a 14 años en octubre de 2021. En mayo de ese año, dicho país decidió introducir la inmunización sistemática con esta vacuna de las niñas de 11 años y programó llevarla a cabo en septiembre de 2022; además, decidió administrar vacunas de rescate a las niñas menores de 14 años. Con la ayuda de la OMS y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Uzbekistán puso en marcha en junio de 2021 un programa experimental de cribado del cáncer de cuello uterino con el fin de someter a pruebas de detección del VPH a 56 000 mujeres que viven en dos regiones administrativas del país.

27. **Región de Asia Sudoriental.** En la 74.^a reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental, la Oficina Regional puso en marcha un marco para la aplicación entre 2021 y 2030 con objeto de eliminar el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. Además, se ha proporcionado a los Estados Miembros formación sobre la detección de esta enfermedad y sobre el tratamiento de las lesiones precancerosas, dentro de un conjunto de intervenciones formativas de ámbito regional,¹ así como cursos de formación en colposcopia.² Otra iniciativa lanzada en 2021 fue un video instructivo y promocional para fomentar las actividades encaminadas a eliminar esta enfermedad en la región.

28. La Oficina Regional está revisando las orientaciones nacionales en vigor relativas a la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas para armonizarlas con las recomendaciones de la OMS. Siete países han integrado la vacunación contra el VPH en sus planes nacionales de vacunación, mientras que otros cinco (Bhután, Maldivas, Myanmar, Sri Lanka y Tailandia) los han incorporado a programas de alcance nacional y otros dos (India e Indonesia) los están aplicando a nivel subnacional. A este respecto, la OMS proporcionó apoyo a Myanmar en 2020. En Tailandia se están utilizando los test de detección del VPH como pruebas principales de cribado, mientras que Myanmar ha desarrollado un proyecto experimental para introducir las pruebas de detección de alta precisión.

29. **Región del Pacífico Occidental.** Mongolia ha estado realizando pruebas de detección del VPH. Como parte del apoyo brindado a Vanuatu, la Oficina Regional ha prestado especial atención a la prevención del cáncer de cuello uterino, centrándose en la detección, el diagnóstico y el tratamiento en las mujeres que presentan la enfermedad en su fase inicial. También se están elaborando materiales de promoción y comunicación sobre esta enfermedad con los Estados Federados de Micronesia para satisfacer la demanda de servicios, y la OMS está proporcionando al Gobierno de las Islas Salomón materiales vitales para tratar las lesiones precancerosas. Además, Tuvalu introdujo la vacunación contra el VPH en septiembre de 2021.

Colaboración con asociados

30. La OMS colaboró con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en la 47.^a reunión de la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA (del 15 al 18 de diciembre de 2020), uno de cuyos segmentos temáticos se dedicó al cáncer de cuello uterino y el VIH.

31. La OMS continúa colaborando con Gavi y otros asociados técnicos para ayudar a introducir la vacunación contra el VPH, mediante iniciativas como los diálogos de alcance mundial sobre el acceso a estas vacunas, a fin de ayudar a distribuir las equitativamente. Otro proyecto colaborativo en el que la OMS sigue participando es una iniciativa de varios asociados que coordina el Unitaid y que recibe

¹ Véase: Cervical cancer screening and management of cervical pre-cancers. Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (<https://www.who.int/southeastasia/activities/cervical-cancer-screening-and-management-of-cervical-pre-cancer>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Véase: IFPC/IARC Training course in colposcopy and the prevention of cervical cancer. Organización Mundial de la Salud/Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (<https://screening.iarc.fr/elearningifcpc.php>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

apoyo del UNICEF para la adquisición; el objetivo de este proyecto es ampliar el acceso a los servicios de prevención secundaria, y se está tratando de sentar las bases que permitan ampliar los servicios nacionales y de mejorar el acceso a técnicas innovadoras.

32. También se desarrollaron otras iniciativas de alto nivel en las que participaron la Secretaría del Commonwealth y la Comisión de la Unión Africana, por ejemplo, las actividades de concienciación desarrolladas por los ministros de salud del Commonwealth para que los Estados Miembros apliquen la Estrategia.

33. Algunas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, como el UNFPA, el UNICEF y el ONUSIDA, están armonizando sus estrategias mediante la inclusión de metas relativas a la eliminación del cáncer de cuello uterino.

Vías de avance

34. **Apoyo a los países para fomentar la aplicación de la Estrategia.** La Secretaría colaborará con los gobiernos y con otros asociados para agilizar la aplicación de la Estrategia con el fin de alcanzar las metas establecidas para 2030. Asimismo, la OMS prestará apoyo a los países para reforzar la integración de la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino en la atención primaria, los servicios de salud sexual y reproductiva, los de atención a la infección por el VIH y otros servicios y programas para la comunidad. Además, se promoverán las alianzas nacionales y mundiales para obtener progresos en la eliminación de esta enfermedad, incluyendo a personas que promuevan este objetivo y a otras que hayan sobrevivido a la enfermedad.

ANEXO 6

**PROGRESOS REALIZADOS EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL
DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y
EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

1. En la decisión WHA72(11) se pidió al Director General que informara de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y la promoción de la salud mental mediante informes anuales que se someterán al examen de la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo, entre 2021 y 2031.

2. La primera parte del presente anexo es el informe sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las ENT, mientras que en la segunda parte se trata la promoción de la salud mental.

PARTE I. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENT**Situación actual**

3. Una década después de la primera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, los nuevos datos de la OMS muestran que alcanzar las metas fijadas no solo es una aspiración, sino que estamos en camino de lograrlo:

- en total, 34 países han aplicado 10 o más de los compromisos adquiridos en materia de prevención y control de las ENT en la Asamblea General de las Naciones Unidas,¹ mientras que otros 66 han aplicado menos de cinco compromisos; entre ellos, hay cuatro países que no han aplicado ninguno de ellos;
- ningún país ha avanzado al ritmo necesario para alcanzar las nueve metas mundiales voluntarias de aquí a 2025 establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013 tomando como referencia los valores de 2010; y
- de acuerdo con las mediciones realizadas del indicador 3.4.1, 14 países van en buen camino para alcanzar la meta 3.4 de los ODS en 2030 que estableció la Asamblea General de las Naciones Unidas tomando como referencia los valores de 2015.

4. Los datos indican que los países que han logrado mejores resultados en la lucha contra las ENT son aquellos que disponen de sistemas de salud sólidos e inclusivos y que aplican medidas normativas, legislativas y políticas en la materia, incluidas las de carácter fiscal. En dichos países, las personas que padecen una ENT y que se ven afectadas por ello tienen más probabilidades de acceder a servicios eficaces de atención a estas enfermedades centrados, por ejemplo, en los factores de riesgo, la realización

¹ Compromisos incluidos en las resoluciones 66/2, 68/300 y 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de los que se hace un seguimiento mediante el instrumento de la OMS para el seguimiento de los progresos realizados a nivel mundial en la esfera de las enfermedades no transmisibles («WHO Global NCD Progress Monitor»), de conformidad con la nota técnica publicada por la OMS en mayo de 2015 y actualizada en septiembre de 2017 como respuesta a la decisión EB136(13) (véase: <https://www.who.int/nmh/events/2015/Updated-WHO-Technical-Note-NCD-Progress-Monitor-September-2017.pdf>).

de pruebas de detección de la hipertensión y la diabetes, el tratamiento de estas enfermedades y un seguimiento y una atención constantes y de calidad.

Carga mundial y factores de riesgo de las ENT durante los últimos 20 años

5. Las ENT se llevan la vida de cada vez más personas, como indica el incremento en la proporción de defunciones causadas por estas enfermedades en el mundo, que pasó del 61% en 2000 al 74% en 2019.¹ En 2019, siete de las 10 causas principales de defunción en el mundo fueron ENT;² por orden de importancia, son las siguientes:

- **Primera causa de defunción:** la enfermedad que más muertes provoca en el mundo es la cardiopatía isquémica, causante del 16% del total. Desde 2000, las defunciones por esta enfermedad son las que han aumentado en mayor medida (más de 2 millones), alcanzando los 8,9 millones de fallecimientos en 2019.
- **Segunda y tercera causas de defunción:** el accidente cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son la segunda y la tercera causas de defunción y representan aproximadamente el 11% y el 6% del total de muertes, respectivamente.
- **Sexta causa de defunción:** el número de fallecimientos por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ha aumentado de 1,2 a 1,8 millones y ahora ocupa el sexto lugar entre las causas principales de defunción.
- **Séptima causa de defunción:** en 2019, la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia se situaron como la séptima causa de defunción.
- **Novena causa de defunción:** debido al importante aumento porcentual del 70% registrado desde 2000, la diabetes ha pasado a ser una de las 10 causas principales de defunción.
- **Décima causa de defunción:** las enfermedades renales, que eran la 13.^a causa de defunción en 2000, con 813 000 fallecimientos, pasó a ser la 10.^a en 2019, año en que se contabilizaron 1,3 millones de muertes por estas enfermedades.

6. Teniendo en cuenta la clasificación por grupo de ingreso establecida por el Banco Mundial, las ENT son:²

- tres de las 10 mayores causas de defunción en los países de ingreso bajo;
- cinco de las 10 mayores causas de defunción en los países de ingreso mediano bajo;
- ocho de las 10 mayores causas de defunción en los países de ingreso mediano alto; y
- nueve de las 10 mayores causas de defunción en los países de ingreso alto.

7. Las tendencias de la mortalidad por ENT en todas las edades variaron debido a cambios acaecidos en las distintas regiones en el periodo comprendido entre 2000 y 2019. En conjunto, la mayor reducción de la mortalidad correspondió a las enfermedades respiratorias crónicas (un 37% en todas las edades),

¹ Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2020. Resumen visual. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2020.

² Las 10 causas principales de defunción. Nota descriptiva. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2020.

seguidas de las enfermedades cardiovasculares (un 27%) y del cáncer (un 16%).¹ Sin embargo, los progresos realizados no se pueden comparar con los que se efectuaron para frenar las enfermedades transmisibles y presentan diferencias en función de la región y del grupo de ingreso.² Por ejemplo, la tendencia ha sido desfavorable en el caso de la diabetes, que ha aumentado en un 3%.¹

8. Las defunciones por ENT entre los 30 y los 70 años de edad (la población con mayor productividad económica), que se consideran prematuras, están aumentando con rapidez.³

Edad en el momento del fallecimiento por una ENT	2000 (M)	2010 (M)	2015 (M)	2019 (M)
> 70 años	16,8	19,9	21,8	23,8
30–70 años*	12,7	13,7	14,7	15,7
< 30 años	1,7	1,5	1,4	1,4
Total de defunciones	31,2	35,1	37,9	40,9

Personas de *30 a 70 años fallecidas por una ENT	2000 (M)	2010 (M)	2015 (M)	2019 (M)
Enfermedades cardiovasculares	5,3	5,6	5,9	6,2
Todos los tipos de cáncer	3,7	4,2	4,5	4,9
Diabetes	0,4	0,5	0,6	0,7
Enfermedades respiratorias crónicas	1,1	1,1	1,1	1,1
Trastornos mentales	0,4	0,4	0,5	0,6
Otras	1,8	2,0	2,1	2,2
Total	12,7	13,7	14,7	15,7

9. Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo las ENT que se llevan el mayor número de vidas en el grupo de edades comprendidas entre los 30 y los 70 años, y el ritmo al que se reduce la mortalidad que causan es el más lento en todos los grupos de ingreso.⁴

¹ Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2020. Resumen visual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

² World Health Statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

³ Meta 3.4 de los ODS: enfermedades no transmisibles y salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ World Health Statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

10. El 85% de las muertes prematuras por ENT registradas en 2019 ocurrieron en países de ingreso bajo o mediano bajo,¹ como consecuencia de las tendencias demográficas (principalmente, el crecimiento rápido de la proporción de la población de entre 30 y 70 años en los países de ingreso bajo debido al rápido descenso en las enfermedades transmisibles y las muertes atribuibles a estas) y de las transiciones en el ámbito de la salud en los países de ingreso bajo y mediano bajo.

11. Para conocer la proporción de las defunciones causadas por las ENT en una población es necesario medir el riesgo de fallecer por cualquier tipo de enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica (indicador 3.4.1 de los ODS con respecto al valor de referencia tomado en 2015) que presentan las personas de entre 30 y 70 años. Este valor del riesgo ha descendido en el mundo en más de una quinta parte, al pasar del 22,9% en 2000 al 17,8% en 2019.²

Riesgo de fallecer por cualquier tipo de enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica que presentan las personas de entre 30 y 70 años

Grupo de países según su ingreso	2000 (%)	2010 (%)	2015 (%)	2019 (%)
Ingreso bajo	28,3	25,7	24,5	23,9
Ingreso mediano bajo	25,8	24,2	23,1	22,4
Ingreso mediano alto	24,3	20,2	18,2	17,4
Ingreso alto	16,4	13,2	12,4	11,3
Total	22,9			17,8

12. A pesar de la reducción lograda a principios del presente siglo, los progresos no se han mantenido. De acuerdo con los datos, se está ralentizando de forma alarmante el ritmo de reducción, desde el -1,6% registrado entre 2000 y 2010 al -1,1 que se dio entre 2010 y 2016.¹ Las reducciones menos acusadas en ese periodo de 20 años ocurrieron en las regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, con alrededor de un 13%, un porcentaje inferior a la mitad del observado en las regiones de Europa (31%) y del Pacífico Occidental (27%). En las Regiones de África y de las Américas, las reducciones desde el principio del siglo han sido similares, con un 20% y un 23%, respectivamente.³

13. La mortalidad prematura por ENT puede atribuirse, en parte, a otra realidad que ha ocurrido en paralelo: los resultados insatisfactorios logrados en la lucha contra muchos de los factores de riesgo de esas enfermedades. Aunque se está reduciendo rápidamente el consumo de tabaco, la prevalencia de la obesidad está aumentando y no solo se ha producido un estancamiento en el ritmo al que disminuye el

¹ Meta 3.4 de los ODS: enfermedades no transmisibles y salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2020. Resumen visual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ World Health Statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

consumo nocivo de bebidas alcohólicas en el mundo,¹ sino que este consumo está aumentando en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental.²

Capacidad nacional de prevención y control de las ENT

14. Con respecto a la infraestructura y los recursos de que disponen las autoridades públicas de los países en la esfera de las ENT, los resultados de la encuesta de 2021 sobre la capacidad de los países en materia de prevención y control de estas enfermedades organizada por la OMS, que contestaron todos los Estados Miembros,³ indican que el 98% de los países disponían de una unidad, un departamento u otro tipo de entidad responsable de las ENT en el seno de su ministerio de salud; en la mayoría de los países, esta unidad contaba al menos con un funcionario técnico o profesional que trabajaba a tiempo completo específicamente en ese ámbito. La mayoría de los países refirieron contar con personal dedicado exclusivamente a las ENT y a los principales factores de riesgo de estas enfermedades en todos los aspectos sobre los que se encuestó; las enfermedades en las que estos profesionales eran menos frecuentes son las bucodentales y las respiratorias crónicas. Más del 80% de los países indicaron que disponen de financiación para las siguientes esferas relacionadas con las ENT: atención y tratamiento (90%), prevención primaria (85%); promoción de la salud (85%); tamizaje y detección precoz (85%); vigilancia, seguimiento y evaluación (83%) y creación de capacidad (83%). En cambio, estos porcentajes fueron ligeramente inferiores por lo que respecta a los cuidados paliativos (71%) y la investigación relacionada con estas enfermedades (65%). La encuesta reveló también que se aplicaron ampliamente impuestos al tabaco y las bebidas alcohólicas, mientras que otros incentivos fiscales como los impuestos a las bebidas azucaradas y a la presencia de cantidades elevadas de sal, azúcar y grasas en los alimentos no se imponen ampliamente.

15. Más de la mitad de los países (concretamente, en el 58%) cuentan con una comisión, un organismo o un mecanismo operativo en el que participan varios sectores del ámbito nacional para hacer un seguimiento de las actividades, la coherencia de las políticas y la rendición de cuentas en relación con las ENT por parte de sectores ajenos al de la salud. Si bien la gran mayoría de los países (el 89%) incluyó las ENT entre los productos o los resultados de sus planes nacionales de salud, menos de dos terceras partes (el 63%) habían establecido metas específicas para estas enfermedades conforme a las nueve metas mundiales de aplicación facultativa fijadas en el Marco Mundial de Vigilancia de las ENT establecido por la OMS.⁴

16. La encuesta reveló también que algo más de dos terceras partes de los países (el 70%) tenían políticas, estrategias o planes de acción operativos e integrados sobre las ENT, pero que solamente en el 53% de los casos eran multisectoriales, abarcaban los cuatro factores de riesgo de estas enfermedades e incluían la detección precoz, el tratamiento y la atención relacionadas con las cuatro ENT principales. Por lo que respecta a las cuestiones relacionadas con la nutrición, el índice de ejecución de una serie de políticas recomendadas fue en general bajo, ya que menos de la mitad de los países aplicaban políticas para contrarrestar los efectos de la promoción de alimentos malsanos dirigida a los niños o para reducir el consumo de grasas. Las políticas encaminadas a reducir el consumo de sal por la población eran un

¹ Meta 3.4 de los ODS: enfermedades no transmisibles y salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Estadísticas sanitarias mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivos de desarrollo sostenible. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ NCD country capacity survey tool. Ginebra; Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdccc>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ NCD Global Monitoring Framework. Ginebra; Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/gmf>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

poco más frecuentes, y algo más de la mitad de los países (un 51%) refirieron disponer de políticas operativas. Además, el 57% de los países habían puesto en marcha recientemente una campaña formativa sobre la actividad física.

17. En la gran mayoría de los países, la vigilancia de las ENT continuó siendo responsabilidad de uno o más departamentos dependientes del ministerio de salud. Algo más de la mitad de los países (el 54%) refirieron contar con registros de tumores malignos, mientras que un porcentaje ligeramente inferior (el 51%) tenían registros de la diabetes. Alrededor de la mitad de los países habían realizado recientemente una encuesta nacional a los adultos para preguntar sobre los principales factores de riesgo de estas enfermedades, con excepción de la ingesta de sal/sodio, de la cual menos del 40% había recogido datos recientemente a escala nacional. Con todo, más de una tercera parte de los países (el 39%) no había efectuado recientemente encuestas nacionales a los adultos para obtener datos poblacionales sobre ninguno de los factores de riesgo.

18. Más de la mitad de los países (el 59%) disponían de directrices nacionales para las cuatro ENT principales; las existentes con menor frecuencia eran las relativas a las enfermedades respiratorias crónicas. Casi tres cuartas partes de los países (el 70% y 74%, respectivamente) aplicaban programas nacionales de tamizaje del cáncer de mama y del cáncer de cuello uterino. Por lo que respecta a las seis técnicas básicas de detección precoz, diagnóstico y tratamiento de las ENT –la medición de la estatura, el peso, la glucemia, la presión arterial y el colesterol total y las tiras reactivas de orina para detectar albúmina– poco más de la mitad de los países (el 53%) refirieron que, en general, los establecimientos públicos de atención primaria disponían de todas ellas. En cuanto al resto de los países, en su mayor parte realizaban al menos cuatro de estas seis pruebas. En cambio, la disponibilidad de medicamentos esenciales para tratar las ENT fue más desigual. Aunque alrededor de la mitad de los países (el 53%) refirieron que, en general, disponían de los 11 medicamentos esenciales, más de uno de cada cinco (el 22%) mencionaron que disponían, de forma general, de seis o menos de esos medicamentos. La mayor parte de los países (el 77%) ofrecía servicios de clasificación del riesgo cardiovascular, pero solo la mitad de ellos de forma generalizada (es decir, en al menos el 50% de los establecimientos de atención de salud).

19. Entre los procedimientos utilizados para tratar las ENT, el disponible de forma más generalizada fue la diálisis (el 71% de los países refirieron que el sistema público de salud ofrecía de forma general esta técnica), seguida de la terapia trombolítica (el 62%) y la fotocoagulación de la retina (el 55%). Si bien un porcentaje ligeramente superior a la mitad de los países indicaron que, en general, ofrecían servicios de colocación de endoprótesis vasculares y de injertos de revascularización coronaria (el 55% y el 54%, respectivamente), la disponibilidad de otras técnicas, como el trasplante renal (42%) y el trasplante de médula ósea (35%), fue claramente inferior. Los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer, incluyendo en ellos la disponibilidad de centros o departamentos específicos para esta enfermedad en el nivel terciario de la atención, fueron en general más frecuentes, ya que dos terceras partes o más de los países refirieron que, por lo común, los habían ofrecido de forma generalizada, con excepción de la radioterapia, que solamente ofrecían de forma generalizada el 63% de los países. No obstante, los cuidados paliativos siguieron sin estar disponibles de forma amplia; tan solo el 40% de los países refirieron que se prestaban al menos a la mitad de los enfermos que los necesitaban.

20. La gran mayoría de los países (el 87%) indicaron que parte o todo el personal del ministerio de salud que se ocupaba de las ENT y de sus factores de riesgo estaba ayudando a hacer frente a la COVID-19 a tiempo completo o parcialmente junto a sus actividades habituales; de hecho, en el 8% de los países este personal trabajó la totalidad del tiempo para luchar contra esta enfermedad vírica. Cerca de dos terceras partes de los países (el 60%) refirieron que habían incluido la continuidad de los servicios de atención a las ENT en la lista de servicios esenciales establecida como parte del plan nacional de respuesta a la COVID-19. Por lo que respecta a la interrupción de las actividades, el 64% de los países mencionaron que, en los tres meses precedentes, las actividades que el ministerio de salud desarrollaba para luchar contra

las ENT habían sufrido algún tipo de perturbación y que los servicios más afectados habían sido las campañas de comunicación masiva y las encuestas sobre los factores de riesgo de estas enfermedades. Algo más de una tercera parte de los países dijeron que en los tres meses precedentes se habían producido afectaciones parciales o totales en la atención a las personas hipertensas (el 37%) y en los servicios prestados a las personas con diabetes o con complicaciones de esta enfermedad (también el 37%). En el 30% de los países se habían visto afectados los servicios específicos del asma, las terapias oncológicas y los servicios urgentes de odontología en los tres meses precedentes, mientras que esta afectación había afectado menos a las urgencias cardiovasculares (en el 22% de los países).

PARTE II. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

21. En la resolución WHA66.8, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. En 2019, la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, dando seguimiento a la Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobó la decisión WHA72(11) en que se amplió el periodo de vigencia del plan de acción hasta 2030. En 2021, la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud ratificó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 actualizado, incluidos las opciones y los indicadores de aplicación actualizados.

22. El Plan de Acción contiene diez metas mundiales y los correspondientes indicadores para medir su ejecución. Los datos de referencia para las metas e indicadores anteriores del plan de acción se recopilaron de los Estados Miembros mediante el Atlas de Salud Mental de 2014, y ya se han hecho dos evaluaciones a este respecto, en 2017 y 2020. Además, para el Atlas de Salud Mental de 2020 se recogieron datos de los Estados Miembros a fin de establecer nuevos indicadores y metas de cara a futuras ediciones, con objeto de hacer un seguimiento de los progresos realizados.

23. La situación mundial relativa a la salud mental continúa siendo preocupante. Cerca de 1000 millones de personas presentan un trastorno mental,¹ entre ellos uno de cada siete adolescentes (el 14%).² Más de una de cada 100 defunciones es por suicidio,³ un fenómeno que representa la cuarta causa de mortalidad en las personas de 15 a 29 años. En el cómputo mundial, la depresión y la ansiedad dan lugar cada año a la pérdida de US\$ 1 billón en términos de productividad económica.⁴ La pandemia de COVID-19 ha ocasionado adversidades y sufrimiento generalizados y ha repercutido en muchos determinantes del bienestar y la salud mental.

24. En un informe presentado a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud, la Secretaría proporcionó datos preliminares sobre los progresos realizados para alcanzar los objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 recogidos mediante la encuesta realizada para elaborar el Atlas de Salud Mental de 2020. Desde entonces se han completado la recogida y el análisis de estos datos. En total, 171 de los 194 Estados Miembros de la OMS (es decir, el 88%) respondieron a la encuesta correspondiente al Atlas de 2020. El 75% de los países refirieron disponer de una política o un plan independientes sobre

¹ Datos y cifras sobre los trastornos mentales. Ginebra; Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Datos y cifras sobre la salud mental del adolescente. Ginebra; Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

³ Datos y cifras sobre el suicidio. Ginebra; Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ Datos y cifras sobre los trastornos mentales en el lugar de trabajo. Ginebra; Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

salud mental, mientras que el 57% indicaron haber promulgado una ley específica en la materia; estos porcentajes son superiores al 68% y el 51%, respectivamente, correspondientes a 2014. Los niveles de gasto público en atención a la salud mental continuaron siendo bajos, pues ascendieron, en el promedio mundial, al 2,1% del gasto interno en atención de salud. La mayor parte de este gasto (el 66%) se destinó a hospitales psiquiátricos. La media de profesionales de la salud mental en el mundo es de 13 por cada 100 000 personas. Sin embargo, solo 49 países, que equivalen al 25% de los Estados Miembros de la OMS, indicaron que habían integrado los servicios de salud mental en la atención primaria.¹ Por primera vez se preguntó a los países acerca de la existencia de sistemas de preparación para emergencias en materia de apoyo psicosocial y a la salud mental, si bien solamente 54 de ellos (es decir, el 28% de los Estados Miembros de la OMS) indicaron que disponían de ellos.

25. Se han puesto en marcha iniciativas regionales para mejorar esta situación. En la Región de las Américas se elaboró una política sobre salud mental para los seis países andinos, con ayuda de la Secretaría, que fue aprobada por los ministros de salud de dichos países.² Además, se finalizó el informe final del Plan Regional de Acción sobre Salud Mental 2015-2020, en el que se indica que se han superado seis de las nueve metas incluidas en el Plan y que se ha logrado parcialmente dos de ellas. Por lo que respecta a la Región del Pacífico Occidental, se han elaborado y están en funcionamiento 60 programas de promoción y prevención de la salud mental, y cerca del 70% de los países han referido disponer de plataformas de coordinación multisectorial del apoyo psicosocial y a la salud mental para hacer frente a la pandemia de COVID-19. En la Región del Mediterráneo Oriental se continúa aplicando el marco regional de acción para ampliar los servicios de salud mental,³ que se evalúa regularmente, y se preparó un conjunto de recursos sobre la salud mental para las escuelas a fin de ayudar a los profesores a mejorar la salud mental de los niños.⁴ En cuanto a la Región de Asia Sudoriental, muchos países están aplicando programas de prevención del suicidio. La Región de África continúa sufriendo problemas de financiación pero, a pesar de ello, varios países disponen de nuevos planes de salud mental o han revisado leyes en la materia que habían quedado desfasadas. Además, otros muchos países han integrado la salud mental en los planes multisectoriales de lucha contra las ENT. En la Región de Europa, el Comité Regional de la OMS aprobó el Marco Europeo de Acción sobre Salud Mental 2021–2025 en su 71.^a reunión;⁵ este marco da efectividad al Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la región y articula los principales objetivos de la recientemente creada Coalición Paneuropea por la Salud Mental.⁶

26. El objetivo de la Iniciativa especial de la OMS sobre salud mental en vigor es avanzar aún más hacia el logro de los objetivos fijados en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, intentando garantizar que 100 millones más de personas tengan acceso a atención asequible y de calidad a los trastornos de la salud mental.⁷ En 2021, se pasó de la planificación a la aplicación de la Iniciativa en Bangladesh, Jordania, Paraguay, Filipinas, Ucrania y Zimbabue. Los ministros de salud adoptaron medidas para aumentar la inclusión de los servicios de salud mental en la cobertura sanitaria universal,

¹ Mental Health Atlas 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² Para más información, véase: Política Andina de Salud Mental 2020. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito UNANUE; 2019.

³ Véase: Resolución EM/RC62/R.5 del Comité Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental.

⁴ Para más información, véase: Mental health and substance use. Mental health in schools training package. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.emro.who.int/mnh/publications/mental-health-in-schools-training-package.html>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁵ Véase la resolución EUR/RC71/R5 del Comité Regional para Europa.

⁶ Para más información, véase: The Mental Health Coalition: a WHO/Europe flagship initiative. Oficina Regional de la OMS para Europa; 2020.

⁷ Para más información, véase: Iniciativa Especial de la OMS sobre Salud Mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

enfocándose especialmente en el acceso a dichos servicios desde la comunidad a través de la atención primaria. Algunas de estas medidas fueron la capacitación de profesionales de la atención primaria en el Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental¹ y el programa de ciberaprendizaje QualityRights,² que abarcan servicios basados en los derechos y orientados a la curación, la mejora de la planificación y coordinación de la atención a la salud mental (desde el nivel nacional hasta el provincial y distrital) y el establecimiento de estrategias para reforzar los sistemas de salud mental a través del liderazgo, la financiación, la formación del personal, los medicamentos esenciales y la calidad de los servicios. En 2021, la continuación de las actividades de movilización de recursos ayudó a que Nepal se uniera a la iniciativa, mientras que Ghana empezará a aplicarla en 2022.

27. La Secretaría sigue prestando apoyo técnico en todas las regiones en las esferas prioritarias definidas en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. En 2021, la Secretaría empezó a poner al día las directrices basadas en la evidencia del Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental centradas en la atención a los trastornos mentales, neurológicos y asociados al consumo de sustancias, y está ultimando las directrices sobre salud mental en el lugar de trabajo. Además, la iniciativa QualityRights de la OMS siguió prestando apoyo técnico para que los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos humanos se aplicaran a los servicios, la promoción, las políticas y el derecho relacionados con la salud mental. Gracias a la creación de capacidad conseguida mediante la iniciativa, más de 24 000 personas han asistido a cursos de formación incluidos en los programas QualityRights, tanto presenciales como por medios virtuales.

28. La base de datos en línea MiNDbank de la OMS sigue proporcionando acceso a más de 8000 recursos nacionales e internacionales, incluidas políticas, estrategias, leyes y normas sobre servicios de ámbito nacional procedentes de 192 países que tratan desde la salud mental y el consumo de sustancias adictivas hasta la discapacidad y los derechos humanos. Desde su puesta en marcha, ya han accedido a esta base de datos 223 719 nuevos usuarios.

29. Aprovechando las consultas en línea realizadas en 2020, la Secretaría está elaborando un informe mundial sobre la salud mental, cuya publicación está prevista para principios de 2022, que proporcionará información y evidencias sobre la situación de la salud mental en el mundo y explicará la necesidad y las formas de transformar y ampliar la acción en los países a este respecto.

30. La Secretaría ha promovido también progresos mediante varios productos e iniciativas. Por ejemplo, la OMS publicó unas orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental en las que se explica que estos servicios se deben centrar en las personas, orientarse a la curación, respetar los derechos humanos y actuar contra los determinantes sociales de la salud mental. Estas orientaciones se acompañan de siete módulos técnicos que se centran en categorías específicas de los servicios.³

31. Por otra parte, la Secretaría publicó en junio de 2021 una actualización del informe mundial sobre el suicidio.⁴ Según se recoge en las Estimaciones Mundiales de Salud de la OMS actualizadas, en 2019 se registraron 703 000 casos de suicidio en el mundo, lo que corresponde a una tasa normalizada según la edad de nueve suicidios por cada 100 000 personas. Para hacer frente a este problema, la Secretaría

¹ Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² QualityRights materials for training, guidance and transformation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

³ Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁴ Suicide Worldwide in 2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

publicó también una guía práctica para aplicar el enfoque LIVE LIFE que la OMS ha elaborado para ayudar a los países a prevenir el suicidio.¹ Este enfoque abarca aspectos prácticos de la ejecución de cuatro intervenciones preventivas del suicidio basadas en la evidencia y seis pilares transversales que son fundamentales para la aplicación.

32. La Secretaría continuó colaborando con el UNICEF en el Programa Conjunto sobre la Salud Mental y el Bienestar y el Desarrollo Psicosociales del Niño y el Adolescente, cuya duración es de 10 años. Además, la OMS y el UNICEF colaboraron en la elaboración de un conjunto de herramientas para ayudar a los adolescentes a prosperar, que contiene una serie de estrategias para ayudar a aplicar las directrices de la OMS sobre intervenciones preventivas y de promoción de la salud mental para los adolescentes.²

33. La Secretaría elaboró también una guía sobre la prestación de servicios centrados en las personas en la esfera de la atención a la salud mental de los afectados por enfermedades tropicales desatendidas³ y, en la actualidad, trabaja con diversos países para definir y elaborar instrumentos que ayuden a aplicarla.

34. Asimismo, la Secretaría continuó trabajando para desarrollar intervenciones de psicoterapia ampliables mediante la publicación de intervenciones grupales para personas expuestas a la adversidad, concretamente, los cursos *Self-Help Plus (SH+): A Group-Based Stress Management Course for Adults*⁴ y *Group Problem Management Plus (PM+)*.⁵ Por último, se llevó a cabo uno de los ensayos controlados con asignación aleatoria de mayores dimensiones realizados hasta el momento en el que se evaluó la intervención psicoterapéutica por medios electrónicos *Step-by-Step* («Paso a paso») de la OMS, que fomenta la activación conductual para tratar la depresión mediante sesiones efectuadas a través de teléfonos inteligentes. El ensayo incluyó a más de 1000 participantes y se efectuó en el Líbano durante la pandemia de COVID-19. En la actualidad se está preparando una versión de esta intervención que se podrá utilizar en otras partes del mundo.

35. Por lo que respecta a las emergencias humanitarias, la Secretaría continuó prestando apoyo a países con emergencias de los niveles 2 y 3 (Yemen, Sudán, Armenia, Etiopía, Ucrania y Líbano, entre otros países). La OMS ayudó también a los países afectados por emergencias mediante la puesta en marcha del primer mecanismo interinstitucional de despliegue rápido en materia de apoyo psicosocial y a la salud mental, que es de alcance mundial.⁶ En 2021, la Secretaría prestó apoyo para desplegar a 27 expertos a través de este mecanismo con el fin de ayudar en la respuesta en 25 países, incluidas 12 oficinas de la Organización en los países. Del mismo modo, la Secretaría continuó colaborando con el UNICEF, el ACNUR y el UNFPA para elaborar un conjunto de servicios mínimos en materia de apoyo psicosocial y a la salud mental que proporciona orientaciones sobre una serie de actividades de máxima prioridad (y sobre sus costos) con el fin de satisfacer las necesidades inmediatas más críticas

¹ LIVE LIFE: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² OMS y UNICEF. Helping Adolescents Thrive Toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

³ Mental health of people with neglected tropical diseases: towards a person-centred approach. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

⁴ Self-Help Plus (SH+): A group-based stress management course for adults. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁵ Group Problem Management Plus (Group PM+): Group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁶ Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias. Organismo de Servicios a las Empresas de los Países Bajos, 2020 (<https://english.rvo.nl/subsidies-programmes/mental-health-and-psychosocial-support-humanitarian-emergencies-dss-mhps>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

de los grupos poblacionales afectados por las emergencias.¹ Además, la OMS copreside el Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes del Comité Permanente entre Organismos. En el marco de este Grupo, la Secretaría y sus asociados han prestado apoyo técnico a grupos de trabajo nacionales y ha elaborado una gran variedad de recursos, que se encuentran disponibles en numerosos idiomas y formatos de fácil comprensión.²

36. La Secretaría continúa haciendo un seguimiento de las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas y los servicios psiquiátricos. En 2021 se incluyó un indicador de seguimiento del apoyo psicosocial y la salud mental en el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta contra la COVID-19. Entre junio y marzo de ese año, la Secretaría organizó la segunda encuesta a los países para conocer la situación relativa a la continuidad de los servicios básicos de salud durante la pandemia, cuyos resultados revelaron que la categoría de servicios que había sufrido perturbaciones con mayor frecuencia era la de atención a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo nocivo de sustancias, ya que casi la mitad de los países (concretamente, el 45%) notificó dichas perturbaciones.³ En general, los servicios más afectados fueron los programas de salud mental en las escuelas (en un 66%) y las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y de apoyo psicológico (en un 54%). Otros servicios vitales de emergencia que se vieron perturbados fueron los programas de prevención del suicidio (en un 44%); los de atención de urgencia a las manifestaciones de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (en un 39%); los servicios esenciales de reducción de daños (en un 39%); y los programas de prevención y tratamiento de las sobredosis (en un 34%).

37. A fin de reforzar la capacidad de la Secretaría en materia de salud mental y de su integración en la cobertura sanitaria universal, se está elaborando un curso en línea certificado sobre creación de capacidad para los coordinadores de los programas de salud pública, centrado en el apoyo psicosocial y a la salud mental en los contextos de emergencia, que se pondrá a disposición en 2021 a través de la plataforma de aprendizaje OpenWHO. Asimismo, la Academia de la OMS ofrecerá en 2022 un curso para médicos generalistas que tratará sobre la integración de la salud mental en los servicios generales de asistencia sanitaria.

38. En consonancia con los requisitos establecidos en la resolución WHA67.8 sobre el autismo, la Secretaría está prestando apoyo a las actividades desarrolladas para aumentar la capacidad los países para velar por el acceso a los servicios de atención al autismo y otras discapacidades del desarrollo basados en la evidencia, con especial atención a la formación en competencias a nivel de la atención primaria y de la atención en la comunidad mediante sesiones presenciales o por medios virtuales. Para mejorar el impacto en los países, la OMS está elaborando, en el marco del Programa Conjunto con el UNICEF y en colaboración con esta organización, un informe mundial sobre las discapacidades del desarrollo y un resumen técnico sobre el cuidado cariñoso y sensible de los niños con discapacidades en desarrollo, en el que se están recogiendo aportaciones de usuarios y de personas que promueven este tipo de cuidado. Estos productos complementarán las medidas que se aplican actualmente para supervisar a nivel de la población el desarrollo del niño en la primera infancia, brindando estrategias de mejora de los sistemas de atención y los entornos para las personas con discapacidades del desarrollo.

¹ Para más información, véase: The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package (<https://mhpsmsp.org/en>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Salud mental y apoyo psicosocial: recursos para la COVID-19. Comité Permanente entre Organismos.

³ Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

ANEXO 7

**PROYECTO DE PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL INTERSECTORIAL
SOBRE LA EPILEPSIA Y OTROS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS 2022-2031****ANTECEDENTES**

1. En noviembre de 2020, la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA73.10, en la que pedía al Director General de la OMS, entre otras cosas, que elaborase, en consulta con los Estados Miembros, un plan de acción mundial intersectorial de carácter decenal sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos con el fin de promover y secundar una respuesta global y coordinada en múltiples sectores.

2. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 apunta a mejorar el acceso a la atención y el tratamiento de las personas que padecen trastornos neurológicos, así como a prevenir estos trastornos y promover la salud y el desarrollo del cerebro en el curso de toda la vida, con el objetivo de favorecer la recuperación, el bienestar y la participación de las personas con afecciones neurológicas y, al mismo tiempo, reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad asociadas a esas afecciones, promover los derechos humanos y combatir la estigmatización y la discriminación trabajando en clave interdisciplinaria e intersectorial.

3. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 bebe de anteriores resoluciones, decisiones, informes y compromisos mundiales, en particular la resolución WHA68.20, relativa a la carga mundial de epilepsia y la necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público. La epilepsia y otros trastornos neurológicos tienen en común el hecho de apelar a un mismo conjunto de enfoques preventivos, farmacológicos y psicosociales. Esta convergencia de estrategias y enfoques (dicho de otro modo, de sinergias) puede ofrecer una interesante vía de entrada para acelerar y potenciar los servicios y el apoyo relacionados con la epilepsia y otros trastornos neurológicos.

PANORAMA DE LA SITUACIÓN MUNDIAL

4. Los trastornos del sistema nervioso son la principal causa de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y la segunda causa de muerte a escala mundial, pues provocan nueve millones de defunciones al año. En 2016, las cuatro principales causas neurológicas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad fueron los accidentes cerebrovasculares (42,2%), las jaquecas (16,3%), la demencia (10,4%) y la meningitis (7,9%).¹ Ese mismo año había en el mundo 52,9 millones de niños menores de 5 años con discapacidades del desarrollo, de los que un 95% vivía en países de ingresos bajos o medianos.²

5. La pesada carga que suponen los trastornos neurológicos se ve agravada por profundas inequidades sanitarias. Casi el 80% de los 50 millones de personas con epilepsia, por ejemplo, vive en países de

¹ *Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *Lancet Neurol*. 2019; 18(5): 459–480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X. Véase también, en las estimaciones mundiales de salud de 2020, la carga de morbilidad por países y por regiones desglosada por causa, edad y sexo, 2000–2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

² *Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet*. 2018;6(10):E100–E1121. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30309-7.

ingresos bajos o medianos, en los que el déficit de cobertura terapéutica supera el 75% (en el caso de la mayoría de los países de ingresos bajos) o el 50% (en el de la mayoría de los de ingresos medianos).¹ Las discapacidades ligadas a afecciones neurológicas afectan de manera desmesurada a las mujeres, a las personas de edad, a quienes viven en la pobreza o en zonas rurales o aisladas y a otras poblaciones vulnerables. Las mujeres también suelen verse afectadas de modo desproporcionado por trastornos neurológicos como demencia, jaqueca y esclerosis múltiple. Los niños de hogares desfavorecidos, las poblaciones indígenas, las minorías étnicas, los desplazados internos o personas apátridas, los refugiados y los migrantes también presentan un riesgo sensiblemente mayor de padecer discapacidades ligadas a afecciones neurológicas.

6. Los trastornos neurológicos entrañan un aumento de los costos para gobiernos, comunidades, familias e individuos, así como una pérdida de productividad para las economías. Se ha calculado que, en 2010, las afecciones cerebrales costaron €798 000 millones solo en Europa². Según las estimaciones, en 2019 la demencia costó a la sociedad, en todo el mundo, un total de US\$ 1,3 billones, cifra equivalente al 1,5% del PIB mundial.³

7. Muchas afecciones neurológicas son prevenibles, cifra que incluye un 25% de la carga mundial de casos de epilepsia,⁴ y se sabe igualmente que numerosos determinantes, entre ellos los factores ambientales de riesgo y de protección, influyen en el desarrollo del cerebro en los primeros años de vida y también en la salud del cerebro en el curso de toda la vida. Entre los factores que protegen el desarrollo cerebral en las etapas tempranas de la vida figuran aspectos como el acceso a la educación y a la protección social, los lazos sociales, una alimentación sana, el sueño y la actividad física.

8. En todo el mundo, las personas afectadas de trastornos neurológicos y de discapacidades conexas siguen sufriendo discriminación y violaciones de los derechos humanos. Por esta razón, el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 reposa en una lógica de derechos humanos anclada en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos que son de aplicación.

9. Para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos es especialmente importante prestar apoyo a los componentes básicos del sistema de salud que hacen al caso. Es esencial implantar regímenes normativos y legislativos adecuados, que apunten a promover una atención de calidad, ofrecer prestaciones de protección social y económica (incluida la protección contra los gastos directos) y garantizar el respeto, la protección y el disfrute efectivo de los derechos de las personas con trastornos neurológicos. Las actuaciones integrales de respuesta a estos trastornos deben estar sólidamente fundamentadas en una lógica que pase por los determinantes sociales y económicos de la salud.

10. Los sistemas de salud todavía no han respondido adecuadamente a la carga de morbilidad por trastornos neurológicos. Alrededor de un 70% de las personas que padecen estos trastornos vive en

¹ *Epilepsia: un imperativo de salud pública. Resumen*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

² J Olesen 1, A Gustavsson, M Svensson, H-U Wittchen, B Jönsson, CDBE2010 study group, *et al.* The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur. J. Neurol.* 2012, 19(1):155–162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.

³ *Global status report on the public health response to dementia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

⁴ *Epilepsia: un imperativo de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (www.who.int/publications/i/item/epilepsy-a-public-health-imperative), consultado el 1 de diciembre de 2021.

países de ingresos bajos o medianos,¹ pero sus necesidades están poco reconocidas, pues solo un 28% de los países de ingresos bajos afirma disponer de una política dedicada específicamente a estas afecciones.² Actualmente, el número de profesionales sanitarios especializados en salud neurológica es insuficiente para subsanar los déficit de cobertura terapéutica en el mundo, no en vano la mediana del personal de neurología (definido como el total de neurólogos de adultos, neurocirujanos y neurólogos infantiles) en los países de ingresos bajos es de 0,1 profesionales por cada 100 000 habitantes, cuando en los países de ingresos altos es de 7,1 por cada 100 000 habitantes.²

11. La pandemia hoy en curso de COVID-19 pone de relieve la pertinencia de la neurología para la salud pública mundial y su importancia en los procesos generales de diálogo en torno a la salud mundial. La desorganización de los servicios, la imposibilidad de procurarse medicación, la interrupción de los programas de vacunación y el aumento de los problemas de salud mental han venido a acrecentar la carga ligada a los trastornos neurológicos, sin olvidar la influencia más directa de la infección por COVID-19, cuyas manifestaciones neurológicas están presentes tanto en la fase aguda como en la afección posterior a esta. Ciertas dolencias neurológicas subyacentes constituyen un factor de riesgo de hospitalización y muerte por COVID-19, especialmente en el caso de las personas de edad.³ El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 abre una oportunidad sin precedentes para abordar el impacto de los trastornos neurológicos aportando una respuesta integral durante la pandemia y después de ella.

ALCANCE

12. La expresión «trastornos neurológicos» es utilizada para designar afecciones del sistema nervioso central o periférico como la epilepsia, las cefaleas (en particular la jaqueca), los trastornos neurodegenerativos (como demencia o la enfermedad de Parkinson), las dolencias cerebrovasculares (en particular el accidente cerebrovascular), los trastornos neuroinfecciosos o neuroinmunológicos (como meningitis, infección por el VIH, neurocisticercosis, paludismo cerebral o esclerosis múltiple), los trastornos neuromusculares (como neuropatía periférica, distrofias musculares o miastenia grave), los trastornos del desarrollo neurológico (como trastorno del espectro autista o trastornos neurológicos congénitos), los traumatismos craneoencefálicos y lesiones de la médula espinal y los cánceres del sistema nervioso. Aunque algunos trastornos neurológicos son infrecuentes, no dejan de causar niveles elevados de morbilidad y mortalidad.

13. Según los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS, se considera que el funcionamiento y la discapacidad son el resultado de las interacciones que se operan entre dolencias neurológicas y factores contextuales en el curso de toda la vida. Por ello se necesita un planteamiento holístico, que tenga en cuenta la influencia de factores médicos, individuales, sociales y ambientales.

14. Para responder a las necesidades de las personas con trastornos neurológicos hay que empezar por conocerlas y darlas a conocer mejor y por combatir la estigmatización y la discriminación, que afectan al bienestar y obstaculizan la obtención de atención sanitaria. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 no está organizado en torno a distintas dolencias específicas, sino que se estructura como un marco de referencia integrado y centrado

¹ Feigin VL, Vos T, Nichols E, Owolabi MO, Carroll WM, Dichgans M, *et al.* The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. *Lancet Neurol.* Marzo de 2020, 19(3):255-265. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30411-9.

² *ATLAS Country Resources for Neurological Disorders*, 2.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

³ Abdullahi A, Candan SA, Abba MA, *et al.* Neurological and musculoskeletal features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Front. Neurol.* 2020. 11:687. doi: 10.3389/fneur.2020.00687.

en el individuo para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de las personas que padecen trastornos neurológicos. La prevención de estos trastornos descansa en la promoción y el cultivo de un estado óptimo de salud cerebral en el curso de toda la vida. El estado de buena salud cerebral es aquel en que la persona puede aprender, desarrollar al máximo su potencial y optimizar sus respuestas cognitivas, psicológicas, neurofisiológicas y de comportamiento, adaptándose a la vez a la evolución de las circunstancias.

15. Hay otros ámbitos o aspectos de la salud pública que guardan estrecha correlación con los trastornos neurológicos e influyen en ellos, como pueden ser la salud mental, la violencia, los traumatismos, las enfermedades no transmisibles y las infecciosas o la salud ambiental, por lo que muchas afecciones neurológicas son abordadas en otras estrategias y planes de acción de la OMS o resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Además, los trastornos neurológicos tienen vínculos estratégicos con los sistemas de salud y la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el espectro completo de servicios de salud esenciales, desde los de promoción de la salud hasta los de prevención, tratamiento, rehabilitación y asistencia paliativa. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 es coherente con la Agenda 2030 y los ODS y aborda la cuestión desde una óptica que engloba todas las etapas de la vida, sabiendo que hay estrechos nexos que conectan entre sí la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, la salud reproductiva y el envejecimiento con la salud cerebral y los trastornos neurológicos.

16. El hecho de vincular el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 con otras iniciativas mundiales evidencia la voluntad de la OMS de centrarse en el impacto sobre la salud de las personas y de trabajar de forma cohesionada e integrada.

17. En el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 se establecen la aspiración y el objetivo general que animan el Plan, así como una serie de principios rectores y objetivos estratégicos con sus correspondientes esferas de actuación y metas. Se proponen en él muy diversas medidas para que las lleven adelante los Estados Miembros, la Secretaría o los asociados internacionales y nacionales de la OMS. Aunque las metas están definidas pensando en su consecución a escala mundial, cada Estado Miembro puede guiarse por ellas para fijar sus propias metas nacionales, teniendo en cuenta las circunstancias y problemáticas específicas del país.

ASPIRACIÓN

18. La ambición del Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 se plasma en la visión de un mundo en el que:

- se valore, fomente y proteja la salud cerebral en el curso de toda la vida;
- se prevengan, diagnostiquen y traten los trastornos neurológicos y se eviten la mortalidad prematura y la morbilidad;
- las personas afectadas por trastornos neurológicos, así como quienes cuidan de ellas, accedan al grado más alto posible de salud con igualdad de derechos, oportunidades, respeto y autonomía.

OBJETIVO GENERAL

19. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 responde al objetivo general de reducir la estigmatización, las repercusiones y la carga de los trastornos neurológicos, en particular la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad que traen

consigo, y de mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores y familiares.

20. Para hacer realidad esta aspiración y este objetivo general es preciso reforzar en la mayor medida posible la prevención, el tratamiento y la atención de la epilepsia y otros trastornos neurológicos, utilizando vías de entrada y sinergias que permitan obtener resultados idóneos para todos.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

21. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 se declina en los objetivos estratégicos enunciados a continuación:

- elevar el nivel de prioridad en las políticas y fortalecer la gobernanza;
- proporcionar servicios eficaces, oportunos y resolutivos de diagnóstico, tratamiento y atención;
- aplicar estrategias de promoción y prevención;
- fomentar la investigación y la innovación y potenciar los sistemas de información; y
- potenciar la respuesta a la epilepsia en clave de salud pública.

PRINCIPIOS RECTORES

22. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 reposa en los seis principios rectores enunciados a continuación.

a) Atención primaria de salud centrada en la persona y cobertura sanitaria universal

Todas las personas con trastornos neurológicos y sus familiares deben poder beneficiarse de un amplio abanico de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, asistencia paliativa y protección social y tener acceso equitativo a esos servicios, así como a medicamentos y otros productos sanitarios esenciales que sean eficaces, seguros, asequibles y de calidad, sin sufrir discriminación alguna ni correr peligro de que ello les cause dificultades económicas.

b) Concepción integrada de la atención en el curso de toda la vida

La atención integrada de los trastornos neurológicos es esencial para obtener mejores resultados en materia de promoción, prevención y tratamiento. Ello es particularmente importante teniendo en cuenta la multimorbilidad que presentan los trastornos neurológicos entre sí y con otras afecciones que, a menudo, están interconectadas por factores de riesgo comunes de carácter prevenible. La atención de los trastornos neurológicos requiere una estrecha armonización con los demás servicios y programas existentes, en consonancia con el Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona,¹ y exige también tener en cuenta las necesidades de atención sanitaria y asistencia social en todas las etapas de la vida.

¹ Véanse el documento A69/39 y también el Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

c) Políticas y prácticas científicamente contrastadas

Los datos científicos y/o las prácticas óptimas permiten definir políticas e intervenciones de salud pública que sean costoeficaces, sostenibles y asequibles para la prevención y atención integral de los trastornos neurológicos. Ello incluye tanto el conocimiento ya establecido y otros datos probatorios procedentes de la praxis en la vida real como las preferencias de las personas con trastornos neurológicos y las vivencias marcadas por la pertenencia cultural, sin olvidar la plasmación de nuevos datos científicos en políticas y prácticas que ayuden a encontrar curas o tratamientos que modifiquen el curso de la enfermedad, métodos de prevención eficaces y modelos de atención innovadores.

d) Trabajo intersectorial

Para responder de forma integral y coordinada a los trastornos neurológicos se precisan alianzas y colaboración entre todas las partes interesadas. Las condiciones necesarias para hacer realidad esa colaboración son: liderazgo a nivel gubernamental; una clara definición de las funciones y atribuciones de las distintas partes; mecanismos de coordinación innovadores, que incluyan alianzas publicoprivadas; la participación de todos los sectores interesados, como los de salud, servicios sociales, educación, medio ambiente, finanzas, empleo, justicia o vivienda; y relaciones de colaboración con la sociedad civil, el mundo académico, agentes del sector privado y asociaciones representativas de personas con trastornos neurológicos.

e) Empoderamiento y participación de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores

Es preciso promover, priorizar y amparar las necesidades sociales, económicas y educativas, así como las libertades, de las personas con trastornos neurológicos y de sus familiares y dotar de mayor capacidad de acción y decisión a esas personas y sus cuidadores, a las organizaciones que las representan y a las comunidades locales mediante mecanismos consultivos y de participación en la planificación de la atención y la prestación de servicios, así como en la elaboración de políticas y textos legislativos, la aplicación de programas y las actividades de sensibilización, investigación, seguimiento y evaluación.

f) Género, equidad y derechos humanos

Para crear sociedades inclusivas, equitativas y saludables es fundamental lograr que la perspectiva de género impregne, en el conjunto del sistema, todas las actividades de salud pública destinadas a responder a los trastornos neurológicos. Para hacer efectivos los derechos de las personas que padecen este tipo de trastornos y reducir los niveles de estigmatización y discriminación es fundamental ofrecer acceso universal a las intervenciones dirigidas a esas personas y a quienes cuidan de ellas, procurando muy especialmente llegar a los grupos de población más vulnerables, como migrantes, niños, mujeres, personas de edad y quienes viven en condiciones de pobreza o en situaciones de emergencia. Al aplicar el Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031 es imperativo abordar explícitamente las disparidades propias del contexto de cada país y reducir las desigualdades.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1. ELEVAR EL NIVEL DE PRIORIDAD EN LAS POLÍTICAS Y FORTALECER LA GOBERNANZA

23. Para mejorar la atención dispensada a las personas con trastornos neurológicos y su calidad de vida es preciso abordar la cuestión desde un planteamiento general de salud pública, anclado en los principios de la cobertura sanitaria universal y los derechos humanos. Para ello es esencial fortalecer la gobernanza en la materia, lo que pasa necesariamente por establecer y respaldar marcos normativos estratégicos, que se acompañen de mecanismos eficaces de supervisión, regulación y rendición de cuentas.

24. Es preciso responder a la falta de conocimiento y de conciencia en todos los ámbitos de la sociedad, incluidas las instancias gubernamentales, las personas con trastornos neurológicos y otras partes interesadas, con el fin de modificar las principales barreras estructurales y de actitud y poder con ello obtener resultados positivos de salud cerebral, reducir la estigmatización y la discriminación, promover los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos y mejorar la atención que se les dispensa y su calidad de vida.

25. Una eficaz labor de sensibilización puede influir en la voluntad política y facilitar la movilización de recursos para defender una mayor prioridad de los trastornos neurológicos en las políticas, entre otras cosas estableciendo interconexiones con el cumplimiento de compromisos internacionales más generales, como los que están recogidos en la Agenda 2030 y sus ODS o en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

26. Para atender las poliédricas necesidades de las personas con trastornos neurológicos es importante tener en cuenta su carácter transversal e integrar sistemáticamente estos trastornos en las políticas, disposiciones legislativas y directrices nacionales de base científica pertinentes, ya correspondan estas al sector de la salud o a otros sectores, como los de educación, protección social o empleo.

27. La financiación de la salud es una función básica de los sistemas de salud que puede propiciar el avance hacia la cobertura sanitaria universal. Esta función pasa por concebir y aplicar políticas que aseguren la eficacia de la gobernanza de los sistemas de salud y los acuerdos de servicios, en particular mediante la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y la compra de servicios (como la asignación de recursos a los proveedores de servicios de salud), con el fin de facilitar el acceso a servicios, apoyo y tratamiento oportunos, asequibles, resilientes y de calidad para los trastornos neurológicos.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 1

Meta mundial 1.1

Lograr para 2031 que un 75% de los países haya adaptado o actualizado sus políticas, estrategias, planes o marcos nacionales vigentes para que incluyan los trastornos neurológicos.

Meta mundial 1.2

Lograr para 2031 que el 100% de los países tenga en marcha al menos una campaña de sensibilización o un programa de promoción en relación con los trastornos neurológicos.

1.1 PROMOCIÓN

28. La promoción es el primer paso para que el gran público esté más sensibilizado y tenga un mejor conocimiento respecto de la salud cerebral y los trastornos neurológicos, cosa necesaria para mejorar la atención neurológica, reducir la estigmatización y la discriminación, promover los derechos humanos y evitar que estos sean conculcados. La promoción también incluye el conocimiento público y político de la carga y el impacto de los trastornos neurológicos y la divulgación de intervenciones científicamente fundamentadas, en particular de promoción de la salud cerebral y prevención y tratamiento de los trastornos neurológicos.

29. Para realizar una eficaz labor de promoción, en particular campañas de sensibilización pública, es necesario adaptar los métodos al contexto cultural y social de cada país. Además, para obtener los resultados sociales y sanitarios deseados, es preciso que las personas con trastornos neurológicos participen en todas las actividades de promoción, ocupando en ellas un lugar central. Las campañas de

sensibilización pública, que deben incluir información sobre la promoción y la prevención de los trastornos neurológicos, deben estar concebidas en beneficio de las personas que padecen este tipo de trastornos.

30. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Hacer que todas las partes interesadas pertinentes, como especialistas en promoción, profesionales de la salud y las personas con trastornos neurológicos y quienes cuidan de ellas, participen en el establecimiento de programas de sensibilización para dar mejor a conocer los trastornos neurológicos, fomentar la salud cerebral y prevenir y tratar esos trastornos en el curso de toda la vida, labor que incluye también la determinación de aquellos factores que lastran la observancia de comportamientos saludables.

b) Establecer mecanismos nacionales y regionales de colaboración y de intercambio y aplicación práctica de conocimientos para dar mejor a conocer la carga de morbilidad asociada a los trastornos neurológicos y la existencia de servicios adecuados y científicamente fundamentados de promoción, prevención, tratamiento y atención para las personas con trastornos neurológicos, así como el acceso a estos servicios.

c) Encabezar y coordinar estrategias intersectoriales de promoción para reducir los niveles de estigmatización y discriminación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos, en particular los colectivos vulnerables, en el curso de toda la vida, e integrar dichas estrategias en otros planes más generales de promoción de la salud, como los destinados a crear entornos educativos y laborales flexibles para las personas con trastornos neurológicos.

31. **Medidas para la Secretaría**

a) Tomar disposiciones para que las personas con trastornos neurológicos, así como sus cuidadores y familiares, participen en y de la adopción de decisiones sobre cuestiones que les conciernen dentro de los procesos internos de la OMS, por medio de mecanismos coherentes y estructurados.

b) Proporcionar apoyo técnico y herramientas de promoción para combatir la estigmatización, con objeto de ayudar a las instancias normativas de nivel nacional, regional y mundial a reconocer la necesidad de otorgar prioridad a los trastornos neurológicos e integrarlos en sus políticas y planes.

c) Proporcionar apoyo y orientación a los Estados Miembros para que colaboren de forma significativa con personas con trastornos neurológicos de todos los grupos de edad, poniendo a su disposición un dispositivo de participación, generando información y prácticas óptimas científicamente contrastadas y haciendo uso de ellas e integrando las vivencias de esas personas en los procesos decisorios.

32. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) En colaboración con otras partes interesadas, efectuar una labor de promoción para lograr que los trastornos neurológicos tengan mayor protagonismo en los ODS y demás compromisos suscritos mundialmente y mayor prioridad en los planes políticos, dando mejor a conocer las repercusiones sociales y económicas de los trastornos neurológicos y la necesidad de responder a ellos de forma integrada en el curso de toda la vida y desde el interior de los sistemas de atención de salud.

b) Apoyar las labores de promoción destinadas a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos, a corregir las inequidades existentes en el acceso a los servicios neurológicos de las poblaciones vulnerables y a reducir los niveles de estigmatización y discriminación. Velar por que las personas con trastornos neurológicos tomen parte en pie de igualdad en las actividades del conjunto de la comunidad con objeto de potenciar su participación cultural, social y cívica y de reforzar su autonomía.

c) Proporcionar una plataforma de diálogo entre las asociaciones y organizaciones de personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores, los trabajadores sociales y de salud, los distintos sectores gubernamentales y otras instancias pertinentes de dimensión internacional, regional y nacional, incluyendo asimismo a los jóvenes y las personas mayores y garantizando una representación equilibrada en cuanto al género. Colaborar con otros sectores, como los de transporte, educación y empleo, el judicial y el financiero, en actividades de promoción destinadas a potenciar la independencia y autonomía de las personas con trastornos neurológicos.

1.2 Políticas, planes y legislación

33. La elaboración de políticas, planes y textos legislativos integrales e intersectoriales científicamente fundamentados y acordes con las normas internacionales de derechos humanos fortalece la gobernanza en relación con los trastornos neurológicos y garantiza que se aborden en el contexto de cada país las complejas necesidades de las personas que presentan esos trastornos.

34. Para facilitar la elaboración y aplicación de políticas y planes científicamente fundamentados en todos los sectores es esencial la colaboración entre las personas con trastornos neurológicos, los especialistas técnicos que generan información científica, las instancias normativas y los directores de programas que formulan, adaptan y aplican políticas, planes directrices y disposiciones legislativas, sin olvidar a los profesionales de la salud, que prestan atención y servicios a las personas con trastornos neurológicos.

35. Teniendo en cuenta los nexos recíprocos que existen entre los trastornos neurológicos y otros ámbitos de la salud pública, hay numerosas posibilidades para integrar los trastornos neurológicos en políticas y planes tocantes a esas otras disciplinas, por ejemplo en los relativos a enfermedades no transmisibles, salud mental, salud de la madre, el niño y el adolescente, envejecimiento o discapacidad.

36. Ocurre a menudo que las disposiciones legislativas que inciden en la vida de las personas con trastornos neurológicos (como las personas con epilepsia) estén obsoletas y no amparen ni promuevan sus derechos humanos. Es esencial actualizar todas las leyes que puedan influir en las personas con trastornos neurológicos, como las relativas a educación, empleo o derechos de la mujer, y hacer lo necesario para que esos textos sean más incluyentes.

37. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Elaborar o revisar, actualizar, fortalecer y aplicar políticas, planes y disposiciones legislativas de ámbito nacional y/o subnacional referentes a los trastornos neurológicos que reposen en datos científicos específicos de cada contexto, ya sea en forma de instrumentos independientes o integrándolos, en la totalidad del proceso asistencial y para todas las edades, en otros planes de trabajo intersectorial sobre enfermedades no transmisibles, salud mental, discapacidad u otros ámbitos conexos. En consulta con las personas que padecen trastornos neurológicos, con sus cuidadores y con otras partes interesadas, formular y aplicar políticas y disposiciones legislativas nacionales encaminadas a promover y proteger los derechos de esas personas y a prevenir su estigmatización y discriminación.

- b) Establecer mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas respecto de la asignación de recursos, en particular creando un centro de coordinación, una unidad o una división funcional que tenga a su cargo los trastornos neurológicos dentro del Ministerio de Salud (o el organismo equivalente).
- c) Revisar las políticas y leyes relativas a la discapacidad u otros temas conexos para que incluyan en mayor medida a las personas con trastornos neurológicos, en particular: revisando los criterios que permiten beneficiarse de prestaciones por discapacidad; aportando financiación destinada a apoyar a las personas con discapacidad en el empleo; instaurando sistemas de cuotas para la contratación activa; haciendo más accesibles los entornos de trabajo, con reglamentaciones y leyes laborales que se apliquen a los sectores público y privado; y reforzando los mecanismos de rendición de cuentas para responder a reclamaciones y denuncias por violaciones de los derechos humanos o discriminación de las personas con trastornos neurológicos mediante procesos imparciales de recurso.

38. **Medidas para la Secretaría.** Ofrecer apoyo técnico, herramientas y orientación a los Estados Miembros y las instancias normativas para:

- a) compartir conocimientos y prácticas óptimas científicamente contrastadas que sirvan de base para la elaboración, el fortalecimiento, la aplicación y la evaluación de políticas, planes y textos legislativos nacionales o subnacionales que estén en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos y permitan ofrecer una respuesta integrada e intersectorial a los trastornos neurológicos;
- b) fortalecer los mecanismos y métodos de rendición de cuentas para resolver reclamaciones y denuncias tocantes a violaciones de los derechos humanos o discriminación de las personas con trastornos neurológicos, por ejemplo en el mundo laboral o en relación con el acceso a la educación, la conducción, la fecundidad o los derechos de la mujer;
- c) adoptar disposiciones legislativas que garanticen a las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores acceso universal a las prestaciones económicas, sociales y por discapacidad;
- d) ayudar a definir a grandes líneas mecanismos que alienten y respalden de forma dinámica la participación activa de las personas con trastornos neurológicos en todos los aspectos de la formulación de políticas, la planificación y la financiación de servicios;
- e) con ayuda de las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS, en todos los niveles, prestar a los Estados Miembros servicios continuos de seguimiento, orientación y apoyo técnico en relación con la aplicación del Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031.

39. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

- a) Hacer que interlocutores de todos los sectores contribuyan activamente a fundamentar la elaboración y aplicación de políticas, planes y disposiciones legislativas científicamente contrastadas, prestando especial atención a los derechos humanos de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y a la prevención de la estigmatización y la discriminación.
- b) Apoyar la creación de asociaciones y organizaciones que agrupen a personas con trastornos neurológicos y sus familiares y cuidadores, o el fortalecimiento de las ya existentes, y promover

su colaboración con otras organizaciones, en calidad de asociados, en la aplicación de políticas relativas a este tipo de trastornos.

c) Facilitar el intercambio de conocimientos y el diálogo entre las asociaciones de personas con trastornos neurológicos, cuidadores y familiares, así como las organizaciones que las agrupan, y los trabajadores de salud y asistencia social y las administraciones, a fin de garantizar que principios consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como los de empoderamiento, participación e inclusión, sean incorporados a la legislación con objeto de promover la salud de las personas que presentan discapacidades asociadas a trastornos neurológicos.

1.3 Financiación

40. Los trastornos neurológicos provocan un aumento de los costos para gobiernos, comunidades, familias e individuos, así como pérdidas de productividad para la economía, que en muchos casos sería posible remediar con medidas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno. Por efecto combinado de los costos de la atención sanitaria y la protección social y de la reducción o pérdida de ingresos, las personas con trastornos neurológicos y sus familiares sufren importantes dificultades económicas, situación que se ve agravada por la falta de un seguro médico universal en todos los países y la exigüidad de las inversiones y recursos destinados a hacer frente a las afecciones neurológicas.

41. Para garantizar que las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores tengan acceso a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención y para reducir las repercusiones económicas de los gastos directos en concepto de atención sanitaria y asistencia social, es preciso disponer de políticas y programas provistos de la adecuada dotación financiera, sabiendo que semejante inversión quedará compensada por la disminución de los costos de la discapacidad neurológica y que a la postre reducirá los gastos a largo plazo de los gobiernos.

42. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Atendiendo al principio de aportar una respuesta integrada a lo largo de toda la vida, apoyar una financiación sostenible de las políticas, planes y programas de prevención y tratamiento de los trastornos neurológicos mediante asignaciones presupuestarias nacionales dedicadas específicamente a la cuestión, un uso eficiente y racional de los recursos, mecanismos innovadores de financiación voluntaria y otros medios (financiación multilateral, bilateral y mancomunada, alianzas publicoprivadas, etc.).

b) Generar o utilizar los datos más recientes sobre la carga epidemiológica y económica de los trastornos neurológicos, así como el conjunto de datos económicos en que se basan las inversiones y las proyecciones relativas al costo de extender las intervenciones, con objeto de adoptar decisiones presupuestarias fundamentadas, proporcionales a la magnitud de la carga en el país, y de asignar de forma óptima los escasos recursos.

c) Instaurar mecanismos de protección social y económica que incluyan planes nacionales de seguro médico y prestaciones de seguridad social para atender los costos directos e indirectos relacionados con el acceso a la atención sanitaria (como los gastos de transporte) y favorecer una atención asequible y accesible para las personas con afecciones neurológicas y sus cuidadores y familiares.

43. Medidas para la Secretaría

- a) Promover la colaboración y el intercambio de conocimientos a escala internacional, regional y nacional para conocer más a fondo los efectos económicos que se siguen de la inversión en los trastornos neurológicos.
- b) Ofrecer a los Estados Miembros apoyo técnico, herramientas y orientaciones que les permitan dotarse de mayor capacidad nacional para llevar adelante un proceso intersectorial de planificación de los recursos, presupuestación y supervisión de los gastos relacionados con los trastornos neurológicos.
- c) Proporcionar orientación sobre planteamientos estructurados para generar inversión nacional en el ámbito de los trastornos neurológicos y de la promoción, atención y protección de la salud cerebral, en la línea de otros métodos existentes de argumentación en favor de la inversión para secundar las decisiones de los gobiernos.

44. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a) Apoyar a los Estados Miembros en la movilización de recursos financieros sostenibles y la detección de deficiencias funcionales en la asignación de recursos para respaldar la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas, programas y servicios nacionales o subnacionales referentes a los trastornos neurológicos.
- b) Apoyar la participación de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores en los procesos decisorios relacionados con mecanismos internacionales de financiación.
- c) Respalda la elaboración de modelos innovadores de financiación, como un fondo de asistencia internacional con el que subvencionar o sufragar el coste de medios de diagnóstico y tratamientos, y compensar los gastos ligados a la derivación, como los de viaje o los de servicios e intervenciones de especialistas.
- d) Apoyar la rendición de cuentas y un uso eficiente de los recursos en los sistemas de atención sanitaria con objeto de practicar una distribución idónea de los escasos recursos y lograr una mejor calidad y una mayor eficacia con un mínimo despilfarro de recursos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2. PROPORCIONAR SERVICIOS EFICACES, OPORTUNOS Y RESOLUTIVOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

45. Los trastornos neurológicos, que son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, exigen una labor intersectorial concertada para atender las necesidades de las personas que presentan o corren riesgo de presentar esos trastornos, ofreciéndoles un acceso equitativo a intervenciones y servicios eficaces e implantados a escala comunitaria tanto de atención sanitaria como sociales, profesionales, y educativos.

46. La integración de la atención de los trastornos neurológicos en la atención primaria, secundaria y terciaria y el suministro de medicamentos esenciales, medios de diagnóstico, formación y apoyo al personal de salud y a cuidadores y familiares de las personas con trastornos neurológicos son medidas coherentes con los principios de la cobertura sanitaria universal, la Agenda 2030 y los ODS.

47. Para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos y también para evitar complicaciones, reducir las hospitalizaciones y costosas intervenciones y prevenir muertes prematuras y casos de discapacidad, hace falta un sistema de salud robusto, que se rija por la lógica de atención coordinada y centrada en la persona y tenga por objetivo proporcionar durante largos periodos servicios eficaces, oportunos y resolutivos de diagnóstico, tratamiento y atención de esos trastornos.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 2

Meta mundial 2.1

Lograr para 2031 que un 75% de los países haya incluido los trastornos neurológicos en el conjunto de prestaciones de la cobertura sanitaria universal.

Meta mundial 2.2

Lograr para 2031 que un 80% de los países proporcione los medicamentos esenciales y las tecnologías básicas que se requieren para atender los trastornos neurológicos en la atención primaria.

2.1 Itinerarios asistenciales

48. Para instaurar una atención interdisciplinaria en beneficio de las personas con trastornos neurológicos se requieren directrices basadas en protocolos y prácticas científicamente contrastados. También es preciso organizar la atención por eslabones y abordarla desde un planteamiento que abarque todo el curso de la vida.

49. Los servicios y los itinerarios asistenciales, incluido el acceso a una atención de urgencia de calidad, deben responder a las necesidades de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores y familiares, ya vivan en medio urbano o en zonas rurales, e incluir a los grupos de población vulnerables, como pueden ser las personas socioeconómicamente desfavorecidas, los niños, las personas de edad, las víctimas de violencia doméstica y de género, la población reclusa, los refugiados, las poblaciones desplazadas y los migrantes, las poblaciones indígenas y otros grupos específicos del contexto de cada país.

50. Debe haber un itinerario asistencial que responda a cada etapa del curso de la vida, desde el embarazo y la primera infancia hasta la atención de las personas de edad, lo que también supone dispensar una atención continua a los niños y adolescentes con trastornos neurológicos a medida que se van adaptando a las dificultades que entraña el paso a la vida adulta.

51. Las afecciones neurológicas afectan a la capacidad funcional de las personas y a menudo merman su movilidad, sus aptitudes de comunicación, su funcionamiento cognitivo y su capacidad para cuidar de sí mismas, todo lo cual exige una labor de rehabilitación. Sin embargo, buena parte de las necesidades de rehabilitación de las personas con trastornos neurológicos no están cubiertas, pues solo un 16% de los países declara disponer de servicios especializados de rehabilitación neurológica y solo un 17% afirma contar con unidades de rehabilitación general que ofrezcan esta posibilidad.¹

52. Dado que las necesidades de las personas con trastornos neurológicos son complejas y que estas personas presentan un alto grado de dependencia y morbilidad, es esencial contar con todo un abanico de servicios coordinados de atención sanitaria y asistencia social, que incluya intervenciones como:

¹ *ATLAS Country Resources for Neurological Disorders*, 2.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

cuidados paliativos para aliviar el dolor; apoyo psicosocial, espiritual y de planificación anticipada de la atención; e intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida.

53. Cuando sea posible, los itinerarios asistenciales deben comprender instalaciones de neurocirugía que permitan practicar las intervenciones quirúrgicas necesarias para tratar afecciones neurológicas como tumores, epilepsia o accidente cerebrovascular isquémico agudo.

54. Es posible optimizar la continuidad asistencial recurriendo a soluciones de salud digital que favorezcan un mayor intercambio de información entre proveedores, personas con trastornos neurológicos y cuidadores y que posibiliten las consultas a distancia con dispositivos de telesalud.

55. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Establecer itinerarios asistenciales científicamente fundamentados para la prestación de servicios sociales y sanitarios coordinados a las personas con trastornos neurológicos en el curso de toda la vida como parte de la cobertura sanitaria universal, para que esas personas puedan acceder a una atención de calidad cuando y donde sea necesario. Ello supone la integración en múltiples niveles del sistema de atención sanitaria y asistencia social, con empleo de equipos asistenciales, directorios de servicios, historias clínicas y mecanismos de derivación de carácter interdisciplinario, lo que pasa en particular por:

- potenciar el acceso equitativo a una atención de calidad para dolencias neurológicas agudas (de urgencia) y crónicas;
- reforzar la atención en los niveles primario, secundario y terciario, lo que incluye instalaciones médicas y quirúrgicas;
- establecer servicios neurológicos de ámbito comunitario en los que participen otros proveedores de atención (como curanderos tradicionales) y se fomente la autoasistencia;
- promover la continuidad asistencial entre diferentes proveedores y niveles del sistema de salud, en particular con la derivación y el seguimiento de pacientes, velando por que los centros de atención primaria cuenten con el apoyo de servicios especializados de hospitales y servicios de salud comunitarios, con mecanismos eficaces de derivación y contraderivación.

b) Elaborar estrategias para racionalizar los recursos y potenciar la eficaz colaboración entre los agentes públicos, privados y no gubernamentales mediante:

- la aplicación de modelos asistenciales integrados, innovadores y adaptados al contexto, que abarquen desde el diagnóstico hasta el final de la vida, en los sectores sanitario y social;
- el fomento, la implantación y la aplicación a mayor escala de soluciones y tecnologías de salud digital en todos los ámbitos de la atención sanitaria y social; y
- la creación de equipos y redes interdisciplinarios de atención sanitaria y social y la capacitación de los profesionales de la salud y la asistencia social.

c) Pasar revista a los servicios conexos ya existentes, como los de salud mental, salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, inmunización u otros programas pertinentes

relativos a enfermedades transmisibles y no transmisibles, a fin de dar con posibles modos de integrar la prevención, el diagnóstico precoz y la atención integral de los trastornos neurológicos y las afecciones concomitantes no neurológicas.

d) Promover un acceso equitativo a la rehabilitación con respecto a las discapacidades asociadas a afecciones neurológicas, fortaleciendo para ello los sistemas de salud a todos los niveles, desde los centros hospitalarios especializados hasta la rehabilitación dispensada en la comunidad.

e) Establecer nuevos servicios, directrices y protocolos, o reforzarlos cuando ya existan, para promover la implantación de mecanismos de derivación y de coordinación de los cuidados paliativos tempranos, garantizando al mismo tiempo a las personas con trastornos neurológicos un acceso equitativo a la asistencia paliativa.

f) Tomar medidas activas para definir y proporcionar la atención adecuada a los grupos de población que corran especial riesgo de presentar trastornos neurológicos o que tengan un deficiente acceso a los servicios, como las personas socioeconómicamente desfavorecidas, las personas de edad y otros grupos específicos del contexto de cada país y, en el caso de adolescentes con trastornos neurológicos, promover la continuidad de la atención integrada entre los proveedores de salud pediátrica y los de salud de adultos cuando la persona pasa a la edad adulta.

g) En colaboración con interlocutores del sector humanitario, integrar las necesidades de apoyo en los planes de preparación frente a emergencias para hacer posible que todas las personas que presenten trastornos neurológicos, ya sean preexistentes o causados por una situación de emergencia, como los resultantes de lesiones por traumatismo, tengan acceso a servicios de apoyo seguros.

h) Dotar a las personas con trastornos neurológicos y a quienes cuidan de ellas de capacidad de acción y decisión para que participen en la planificación y la prestación de servicios y habilitarlos para decidir con conocimiento de causa acerca de la atención que mejor responda a sus necesidades, proporcionándoles para ello información accesible y científicamente contrastada, en particular sobre los itinerarios asistenciales que van de la detección y el diagnóstico al tratamiento (incluida la autoasistencia) y sobre el acceso a la atención.

56. Medidas para la Secretaría

a) Proporcionar orientación y apoyo técnico a los Estados Miembros para que integren en sus sistemas de salud y en el conjunto de prestaciones de la cobertura sanitaria universal intervenciones costoeficaces relativas a los trastornos neurológicos, sus factores de riesgo y sus comorbilidades.

b) Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros para ayudarlos a describir y poner en común prácticas óptimas de normas científicamente contrastadas de atención en el curso de toda la vida, referidas en particular a la prestación de servicios y la coordinación interdisciplinaria de la atención, haciendo hincapié en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para personas con afecciones neurológicas.

c) Ofrecer asistencia técnica y orientación normativa para secundar la preparación frente a emergencias y posibilitar el acceso de las personas con afecciones neurológicas a servicios de apoyo seguros.

57. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a) Colaborar activamente con todas las partes interesadas pertinentes de los distintos sectores, incluidas las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y familiares, para cimentar la instauración y la buena marcha de la coordinación intersectorial e interdisciplinaria de la atención y de itinerarios integrados de atención neurológica dentro del proceso asistencial continuo que va de la prevención a la asistencia paliativa, pasando por las labores de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- b) Facilitar el intercambio de conocimientos y el diálogo para examinar y poner al día las iniciativas de refuerzo de los servicios de salud después de situaciones de emergencia humanitaria, en colaboración con los organismos multilaterales y regionales competentes, las organizaciones que representan a las personas con trastornos neurológicos y otras entidades de la sociedad civil.
- c) Generar datos probatorios y elaborar herramientas para prestar apoyo a los programas que tienen por objetivo que las personas con trastornos neurológicos tengan acceso a una atención integrada.
- d) En asociación con las partes interesadas pertinentes, facilitar iniciativas que apoyen y alien-ten a las personas con trastornos neurológicos y sus familiares y cuidadores a acceder a la atención y los servicios neurológicos a través de herramientas de formación e información científicamente contrastadas, de fácil consulta y de base tecnológica, como iSupport,¹ o estableciendo servicios de asistencia telefónica y sitios web que ofrezcan información accesible.

2.2 Medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios

58. Para las labores de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento encaminadas a reducir la mortalidad y la morbilidad y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos neurológicos, es esencial disponer de medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios, como tecnologías de asistencia, productos biológicos y terapias celulares y génicas.

59. Los medicamentos esenciales cumplen una función básica tanto en la prevención como en el tratamiento de los trastornos neurológicos. Existen medicamentos para la esclerosis múltiple, por ejemplo, que ralentizan el avance de la enfermedad y mejoran la calidad de vida de muchas personas, pero en los países de ingresos bajos o medianos resulta difícil procurárselos y no son muy asequibles.

60. El uso de dispositivos médicos, como los de imagenología y diagnóstico *in vitro* (por ejemplo, neuroimagen, punción lumbar y microscopía), puede reducir la morbilidad gracias a la detección precoz y al hecho de retrasar la progresión de la enfermedad. Pero puede ocurrir que, aun cuando existan medios de diagnóstico eficaces, estos no sean asequibles o resulte difícil acceder a ellos por la escasez de equipo e infraestructura de laboratorio y de personal formado.

61. Las tecnologías de asistencia permiten a las personas llevar una vida sana, productiva, autónoma y digna y hacen menos necesarios los servicios oficiales de salud y apoyo, la atención a largo plazo y el trabajo de los cuidadores. Pero son pocas las personas que, aun necesiéndolos, tienen acceso a dispositivos de ayuda técnica, por su elevado costo y por falta de conocimiento, disponibilidad, personal formado, políticas al respecto y financiación. Para que quienes más los necesitan tengan mejor acceso a los

¹ *iSupport for Dementia. Training and support manual for carers of people with dementia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

dispositivos de ayuda técnica, estos deben estar disponibles en todos los niveles de los servicios de salud, en particular en la atención primaria, y formar parte de la cobertura sanitaria universal.

62. La rápida producción de nuevos medicamentos y moléculas aplicables a ciertos trastornos neurológicos constituye un modelo para otros problemas neurológicos o de salud. Es preciso identificar los factores que actualmente hacen difícil y poco asequible el acceso a los tratamientos para poder eliminar barreras y allanar el camino y lograr así que los futuros medicamentos para afecciones neurológicas estén disponibles y sean asequibles.

63. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Promover la disponibilidad de medicamentos y productos sanitarios esenciales para los trastornos neurológicos que sean eficaces, seguros, asequibles y de calidad, así como su inclusión y actualización en las listas nacionales de medicamentos esenciales, utilizando como guía la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, la lista OMS de dispositivos médicos prioritarios para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, la lista OMS de dispositivos médicos prioritarios para el tratamiento del cáncer y la lista OMS de ayudas técnicas prioritarias, a la vez que se incluye el acceso a medicamentos fiscalizados y se reduce al mínimo el riesgo de uso indebido. Determinar las principales barreras que dificultan el acceso a esos dispositivos de los distintos grupos de población (en particular en situaciones de emergencia) y definir estrategias para tenerlas sistemáticamente en cuenta.

b) Promover el uso adecuado, transparente y sostenible de los medicamentos esenciales para la prevención y la atención integral de los trastornos neurológicos, adoptando medidas como la garantía de calidad, la simplificación de los trámites de registro, la sustitución por genéricos o productos biosimilares, el uso de las denominaciones comunes internacionales o la instauración de incentivos económicos, cuando proceda. Además, optimizar la formación de los profesionales de la salud, las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores, en particular aplicando estrategias científicamente contrastadas para abordar el tratamiento de comorbilidades, eventos adversos e interacciones farmacológicas como las resultantes de la polimedición.

c) Posibilitar la disponibilidad y utilización de medios de diagnóstico pertinentes y adecuados, así como el acceso a ellos, empleando como guía la Lista Modelo de la OMS de Pruebas Diagnósticas *In Vitro* Esenciales. Se trata, por ejemplo, de dispositivos de microscopía, electrofisiología, pruebas genéticas y tecnología de neuroimagen, como la tomografía computarizada (TC) o la imagen de resonancia magnética (IRM). Mejorar la infraestructura e impartir formación a técnicos y trabajadores de atención sanitaria en el uso de estas tecnologías.

d) Establecer marcos normativos transparentes y dotarse de recursos y capacidad para garantizar que los productos de salud y medios de diagnóstico, como puedan ser productos biológicos terapéuticos, pruebas genéticas, dispositivos de ayuda técnica (audífonos, sillas de ruedas, prótesis, etc.) o pruebas genéticas previas a la implantación, cumplan las normas de calidad, seguridad y ética.

e) Mejorar la disponibilidad de medicamentos y productos de salud que salvan vidas para atender trastornos neurológicos en situaciones de emergencia humanitaria.

64. **Medidas para la Secretaría**

a) Acelerar el trabajo y ofrecer apoyo técnico a los Estados Miembros para que potencien un acceso más equitativo de las personas con trastornos neurológicos a medicamentos, medios de

diagnóstico y demás productos de salud, entre otras cosas estableciendo: normas y criterios a nivel mundial; orientaciones normativas científicamente fundamentadas y adaptadas a cada contexto; prácticas óptimas de fabricación y compra conforme a la normativa vigente; y capacitación técnica y en materia de legislación y reglamentación.

b) Actualizar la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales, la Lista Modelo OMS de Pruebas Diagnósticas *In Vitro* Esenciales, las listas de dispositivos médicos prioritarios y de ayudas técnicas prioritarias de la OMS y demás documentos pertinentes para garantizar que en todos los casos sean tenidas en cuenta las enfermedades neurológicas y que haya protocolos establecidos para poder implantar y utilizar oportunamente tratamientos y medios de diagnósticos eficaces.

65. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Alentar a todas las partes interesadas pertinentes a que tomen parte en actividades que promuevan el esfuerzo de mejorar el acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios (como los dispositivos de neuroimagen) asequibles, seguros, eficaces y de calidad.

b) Apoyar el fortalecimiento a escala mundial, regional, intergubernamental, nacional e infranacional de los procesos de regulación y adquisición (en particular con sistemas de adquisición mancomunada, mecanismos innovadores de financiación de la salud y la capacitación de los recursos humanos) con objeto de promover el acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios y su adecuada utilización.

c) Fomentar la participación de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores en los procesos de investigación, desarrollo e implantación de nuevos medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios.

2.3 **Creación de capacidad, formación y apoyo para el personal de salud**

66. La obtención de mejores resultados de salud pasa en gran medida por combinar una dotación suficiente de personal de neurología (neurólogos de adultos, neurólogos infantiles y neurocirujanos) con la presencia de profesionales de otras ramas de la atención sanitaria (psicólogos, psiquiatras, radiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, entre otros) y de trabajadores de salud que trabajen desde la atención primaria y cuenten con las competencias y la formación necesarias para saber reconocer y atender los trastornos neurológicos.

67. Para ayudar a que las personas con trastornos neurológicos reciban una atención centrada en el individuo y para reducir la mortalidad y morbilidad y mejorar la calidad de vida de esas personas, es necesario impartir formación y capacitación a una plantilla multidisciplinaria, que incluya a asistentes sociales, especialistas en rehabilitación con la debida formación en afecciones neurológicas, técnicos (en electrofisiología e imagenología y técnicos de laboratorio), farmacéuticos, ingenieros en biomedicina, trabajadores comunitarios de salud, familiares, cuidadores y curanderos tradicionales, cuando proceda.

68. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

- a) Reunir y aplicar datos científicos adaptados a cada contexto con el fin de establecer:
- programas y políticas que se acompañen de una dotación suficiente de recursos para atender las futuras necesidades de personal sanitario que se desprendan de las proyecciones a tenor de la evolución demográfica, el creciente envejecimiento de las

poblaciones y la prevalencia de enfermedades como la demencia, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad de Parkinson;

- sistemas adecuados de remuneración e incentivos para lograr que haya profesionales de asistencia sanitaria y social con formación en trastornos neurológicos que trabajen de forma duradera en áreas infradotadas de personal.

b) Reforzar la capacidad del personal de asistencia sanitaria y social para detectar y atender rápidamente los trastornos neurológicos, incluidas las comorbilidades tratables más comunes, como enfermedades infecciosas, lesión cerebral perinatal hipóxico-isquémica, hipotiroidismo, cataratas y enfermedades no transmisibles. Estas iniciativas deben centrarse en la capacitación del personal existente, tanto especialistas como generalistas, incluidos otros profesionales sanitarios relacionados con el tema, según corresponda a sus funciones. Ello supone:

- instituir diversos tipos de programas de formación (p.ej., el curso de ciberaprendizaje del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental [mhGAP]) dirigidos a los trabajadores de asistencia sanitaria y social, tanto generalistas como especialistas, para que dispensen a todas las personas y en el curso de toda la vida una atención neurológica científicamente fundamentada, adaptada a cada cultura y concebida en clave de derechos humanos, en la que se aborden, entre otras cosas, la estigmatización y la discriminación;
- establecer trayectorias de progresión profesional para el personal de neurología reforzando la formación de posgrado y colaborando con sociedades médicas para dar mejor a conocer el atractivo que tiene el trabajo en el ámbito de la salud cerebral;
- ampliar los planes de estudios existentes y proporcionar formación continua sobre la atención de personas con trastornos neurológicos;
- ampliar las funciones del personal de neurología para que incluyan la supervisión de los trabajadores de salud generalistas y el apoyo a estos cuando efectúen intervenciones de neurología;
- aprovechar el potencial de los trabajadores de salud comunitarios y estrechar la colaboración con proveedores de atención no oficiales, como los curanderos tradicionales, proporcionando formación, apoyo y supervisión eficaces;
- velar por que las personas con trastornos neurológicos participen, como proceda, en la planificación, elaboración y ejecución de las labores de formación.

c) Prestar apoyo a los trabajadores de asistencia sanitaria y social a la hora de prestar y extender servicios utilizando tecnologías de la información y la comunicación, como la telemedicina y las tecnologías de internet y telefonía móvil, con el fin de hacer llegar la atención neurológica a zonas aisladas y con pocos recursos y de respaldar los servicios domiciliarios.

69. Medidas para la Secretaría

a) Apoyar a los Estados Miembros proporcionándoles herramientas adecuadas para que integren las necesidades de atención neurológica en la planificación sistemática del personal sanitario, basándose para ello en la obtención y el seguimiento de los mejores datos disponibles y guiándose por los parámetros del mercado laboral del sector de la salud. A la hora de planificar hay que tener

en cuenta aspectos como la identificación de las carencias de los servicios, los requisitos de formación en atención neurológica y las competencias básicas que debe reunir el personal de asistencia sanitaria y social que trabaja sobre el terreno, así como la formación en atención neurológica avanzada.

b) Prestar apoyo a los Estados Miembros para que refuercen las capacidades del personal de asistencia sanitaria y social, incluidos los proveedores de atención no oficiales, promoviendo, fortaleciendo y elaborando orientaciones y herramientas y aplicando modelos de formación que integren las competencias necesarias para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los trastornos neurológicos.

70. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Facilitar el intercambio de información sobre prácticas óptimas y la difusión de conclusiones en materia de formación y capacitación del personal de salud, con objeto de respaldar las iniciativas de los países en materia de prevención y tratamiento de los trastornos neurológicos y atención de las personas que los presentan.

b) Apoyar la aplicación de programas de creación de capacidad, que incluyan formación teórica y práctica, para que el personal de salud, sea general o especializado, pueda detectar los trastornos neurológicos y efectuar intervenciones científicamente sólidas que promuevan el diagnóstico, el tratamiento y la atención de trastornos neurológicos.

c) Respalda a las autoridades nacionales en la creación de una infraestructura de atención sanitaria y una capacidad institucional adecuadas para impartir formación al personal de salud con el fin de reforzar los sistemas de salud y extender la prestación de servicios de calidad.

2.4 **Apoyo a los cuidadores**

71. Los trastornos neurológicos tienen profundas repercusiones en las personas, las familias y las comunidades. Dado que tienen un curso crónico, las personas que los padecen suelen necesitar atención permanente, que en gran parte dispensan cuidadores del sector informal.

72. Cabe definir a los cuidadores por su relación con la persona que presenta un trastorno neurológico y por el tipo de atención que le aportan. Muchos son parientes, pero a veces son amigos cercanos o voluntarios quienes asumen el cuidado de esas personas. Los cuidadores prestan «atención directa» y apoyo a los afectados y cumplen un importante papel en la organización de la atención dispensada a lo largo de toda la vida.

73. Los cuidadores se enfrentan a problemas como el estrés, la tensión asociada a su labor, la carga económica, el aislamiento social o el duelo, en caso de pérdida. Los cometidos y los problemas pueden variar en función de la edad del cuidador y también difieren según se atiende a niños, a adolescentes o a adultos mayores.

74. El hecho de cuidar de una persona con un trastorno neurológico puede afectar la salud, el bienestar y las relaciones sociales del cuidador. En el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia se indican una serie de medidas básicas de apoyo a los cuidadores que también son aplicables a otras afecciones neurológicas.

75. Medidas propuestas para los Estados Miembros

- a) Instituir mecanismos para que las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores participen en la planificación de la atención y la labor de análisis jurídico y formulación de políticas al respecto. En el mismo orden de ideas, eliminar las barreras que dificulten esa participación, prestando a la vez atención a los deseos y preferencias de las personas con trastornos neurológicos y sus familiares.
- b) Proporcionar información accesible y basada en datos factuales sobre los recursos disponibles en la comunidad, tales como programas de formación, asistencia de relevo, servicios de salud mental y otros recursos adaptados a las necesidades de quienes cuidan de personas con trastornos neurológicos.
- c) En el contexto de la atención neurológica de ámbito comunitario, ofrecer, en colaboración con las partes interesadas pertinentes, programas de formación dirigidos al personal de asistencia sanitaria y social para aprender a reconocer y aliviar el estrés de los cuidadores.
- d) Crear mecanismos de protección de los cuidadores, o reforzarlos cuando ya existan, que pasen por ejemplo por la instauración de prestaciones sociales y económicas (como pensiones, permisos y horarios flexibles) y por la aplicación de políticas y disposiciones legislativas destinadas a reducir la estigmatización y la discriminación y a respaldar a los cuidadores más allá de su cometido como tales.

76. Medidas para la Secretaría

- a) Apoyar a los Estados Miembros para que, aplicando una lógica intersectorial acorde con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, generen y evalúen, con criterios científicos, información, datos, programas de formación y servicios de relevo para los cuidadores de personas con trastornos neurológicos.
- b) Facilitar el acceso a recursos asequibles y científicamente contrastados para que los cuidadores de personas con trastornos neurológicos adquieran más conocimientos y aptitudes prácticas en relación con este tipo de trastornos, sufran menos estrés emocional y mejoren su capacidad de lidiar con la situación, su confianza en las propias posibilidades y su estado de salud, empleando recursos como el mhGAP de la OMS, iSupport, mDementia,¹ el módulo de formación de la OMS relativo a las aptitudes de los cuidadores de niños con trastornos o retrasos del desarrollo y otros recursos de formación teórica y práctica y de apoyo social.

77. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a) Generar mayor conciencia del impacto que tiene el hecho de cuidar de personas con trastornos neurológicos y, en particular, de la necesidad de proteger a los cuidadores de la discriminación, prestarles apoyo para que puedan seguir dispensando cuidados a medida que la enfermedad avanza y potenciar su capacidad para desenvolverse y defenderse por sí mismos.
- b) Ayudar a aplicar programas de formación para cuidadores y familiares centrados en la persona y adaptados al contexto y a las especificidades culturales, con el fin de promover su bienestar y mejorar sus conocimientos teóricos y prácticos en las sucesivas etapas de la evolución de los

¹ Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

trastornos neurológicos, empezando por recursos ya existentes como iSupport y el mhGAP de la OMS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3. APLICAR ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

78. Para promover la salud cerebral y prevenir trastornos neurológicos es necesario reducir los factores de riesgo modificables y mejorar los factores de protección, especialmente durante los periodos cruciales del desarrollo cerebral.

79. La promoción de un desarrollo óptimo del cerebro en el curso de la vida empieza antes de la concepción y prosigue durante el embarazo, la niñez y la adolescencia, guarda relación con un envejecimiento sano y debe alentar comportamientos saludables, una alimentación adecuada, el control de enfermedades infecciosas, la prevención de traumatismos craneoencefálicos y medulares y la reducción de la exposición a la violencia y a contaminantes ambientales.

80. Un componente básico para promover la salud cerebral y el bienestar es la cobertura sanitaria universal, uno de cuyos elementos importantes es el hecho de abordar los determinantes sociales y económicos por medio de una respuesta intersectorial coordinada que integre la perspectiva de género. Conviene poner en marcha iniciativas de colaboración con las poblaciones locales, incluidas las indígenas, para buscar fórmulas de prevención de los trastornos neurológicos que sean culturalmente apropiadas y respetuosas de los usos y valores locales.

81. El hecho de formular y llevar adelante programas, políticas, disposiciones legislativas e investigaciones sobre los trastornos neurológicos trabajando en clave de «Una sola salud»,¹ lo que entraña comunicación entre múltiples sectores, en especial los de salud pública, sanidad animal y vegetal y medio ambiente, contribuirá a prevenir trastornos neurológicos y, gracias a ello, a obtener mejores resultados de salud.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 3

Meta mundial 3.1

Lograr para 2031 que un 80% de los países tenga en funcionamiento al menos un programa intersectorial de promoción de la salud cerebral y prevención de los trastornos neurológicos en el curso de toda la vida.

Meta mundial 3.2

El logro de las metas mundiales relativas a la prevención de los trastornos neurológicos viene definido en los siguientes documentos:

- Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;
- Derrotar a la meningitis para 2030: hoja de ruta mundial;
- Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible.

¹ *One Health. Q&A*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

3.1 Fomento de comportamientos saludables en el curso de toda la vida

82. El objetivo de promover y hacer hincapié en la salud cerebral en el curso de toda la vida supone centrarse, entre otras cosas, en el fomento de comportamientos saludables. Hay varios trastornos neurológicos, como la demencia o el accidente cerebrovascular, que están estrechamente interconectados con enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, la obesidad y otros trastornos conexos y también con factores de riesgo de tipo comportamental como la inactividad física, la alimentación desequilibrada, el tabaquismo o el consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

83. El conocimiento de los factores de riesgo que acrecientan la carga de morbilidad por afecciones neurológicas puede cimentar la adopción de medidas preventivas y conducir a la elaboración de estrategias que tengan mayor influencia en la evolución de estas afecciones.

84. El tabaquismo es un factor de riesgo comportamental ligado a trastornos neurológicos como el accidente cerebrovascular, la demencia o la esclerosis múltiple. Según las estimaciones, el tabaquismo pasivo causó en 2010 un 4% de los accidentes cerebrovasculares.¹

85. El uso nocivo del alcohol, concretado por ejemplo en un consumo excesivo de bebidas alcohólicas, puede afectar directamente al sistema nervioso y provocar trastornos neurológicos como degeneración cerebelosa, neuropatías, miopatías, delirium tremens y una deficiencia de tiamina que cause encefalopatía de Wernicke o síndrome de Korsakoff. Además, lleva a un aumento de los accidentes de tránsito, la violencia, las caídas y las lesiones cerebrales y medulares asociadas a estas.

86. La salud y el bienestar general de niños y adultos requieren una buena higiene del sueño. Un sueño irregular puede ser un factor de riesgo de ciertos trastornos neurológicos y las personas que padecen un trastorno neurológico experimentan a menudo perturbaciones del sueño a consecuencia de este trastorno.²

87. Una modificación de los factores de riesgo comportamentales puede reforzar la capacidad de tomar decisiones más saludables y de observar conductas sanas, que favorezcan la salud del cerebro y reduzcan la carga de los trastornos neurológicos. El ejercicio y la actividad física regular, por ejemplo, traen consigo beneficios sociales y de salud mental y cerebral, así como una mejor calidad de vida y una superior capacidad funcional de las personas con afecciones neurológicas crónicas, como la enfermedad de Parkinson, asociada a una reducción de la carga que ello entraña para sus cuidadores.

88. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Prestar apoyo a medidas de probada eficacia para reducir el riesgo de trastornos neurológicos en el curso de la vida, impulsando estrategias que fomenten hábitos saludables, como las que promueven el abandono del tabaco y de un excesivo consumo de alcohol, la vacunación y el aumento de la actividad física, en consonancia con el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, las Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios y las Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Estas acciones deben llevarse a cabo en colaboración con las personas que padecen trastornos neurológicos, sus cuidadores y otras partes interesadas pertinentes.

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Organización Mundial de la Salud, 2016.

² *Worldwide Project on Sleep and Health. Project Overview*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

b) Elaborar, aplicar y supervisar estrategias que abarquen a toda la población y cuenten con una adecuada dotación de recursos para promover la alimentación y la nutrición saludables, siguiendo las pautas marcadas en el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y la Agenda 2030.

c) Alentar una planificación urbanística que mejore el acceso al deporte, la educación, los transportes y la actividad física de ocio o recreativa, con objeto de promover el ejercicio físico y de ofrecer alternativas al sedentarismo.

89. Medidas para la Secretaría

a) Proporcionar apoyo técnico y reforzar la capacidad y los medios mundiales, regionales y nacionales para:

- dar mejor a conocer los vínculos existentes entre los trastornos neurológicos y otras enfermedades no transmisibles;
- aplicar estrategias de reducción y control de los factores de riesgo modificables ligados a los trastornos neurológicos, elaborando directrices científicamente fundamentadas para efectuar intervenciones de atención sanitaria coordinadas y costoeficaces e integrando las pertinentes directrices de la OMS en los procesos de planificación sanitaria y los programas de desarrollo de los países.

b) Consolidar, compartir y difundir datos científicos que fundamenten intervenciones normativas encaminadas a reducir los factores de riesgo potencialmente modificables ligados a los trastornos neurológicos, pasando para ello por el fomento de entornos de trabajo saludables y de escuelas y otras instituciones docentes que promuevan la salud, por iniciativas en pro de ciudades sanas, por un desarrollo urbanístico que tenga en cuenta las cuestiones de salud y por medidas de protección social y ambiental.

90. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Promover e integrar estrategias de fomento de la salud cerebral de la población que incluyan a todas las clases de edad, tengan en cuenta las cuestiones de género y se basen en la equidad, a escala tanto nacional como regional e internacional, con objeto de propiciar comportamientos saludables por parte de las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y familiares.

b) Facilitar el intercambio de conocimientos sobre prácticas óptimas científicamente contrastadas para respaldar las medidas que probadamente reducen el riesgo de presentar trastornos neurológicos en el curso de la vida, en consonancia con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y otras estrategias pertinentes.

3.2 Control de las enfermedades infecciosas

91. Las consecuencias neurológicas de enfermedades infecciosas como la meningitis, la encefalitis, la neurocisticercosis, el paludismo, la infección por el VIH, la toxoplasmosis, la poliomieltis, la infección por enterovirus, la sífilis o la rabia aumentan los niveles de morbilidad y mortalidad que, en todo el mundo, presentan las poblaciones marginales más vulnerables y, además, pueden provocar secuelas irreversibles (pérdida de visión y audición, retraso del desarrollo, trastornos cognitivos o motores, etc.)

que requieren atención especializada de seguimiento, incluidos servicios de rehabilitación. Sin embargo, muchas de estas consecuencias neurológicas pueden ser prevenidas con programas de inmunización y de control de enfermedades infecciosas.

92. La aparición de infecciones zoonóticas neurótropas puede ser atribuida a diversas causas, entre ellas la intensificación insostenible de las actividades agropecuarias y la creciente utilización y explotación de la fauna salvaje.¹

93. A pesar de los avances logrados en la lucha contra las enfermedades infecciosas a escala mundial, las infecciones de carácter epidémico (como el Zika y la COVID-19) han puesto de relieve la importancia que reviste el control de estas enfermedades como medida de prevención de los trastornos neurológicos. Es previsible, por ejemplo, que la pandemia de COVID-19 repercuta en la salud del cerebro durante todo el curso vital, pues las etapas aguda y postaguda de la enfermedad pueden acompañarse de muy diversas manifestaciones neurológicas.

94. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Aplicar programas de atención integral y erradicación/eliminación/control de enfermedades infecciosas y programas de inmunización basados en pautas marcadas por la OMS, como la Hoja de Ruta para las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2021-2030, las directrices de la OMS de lucha contra la neurocisticercosis causada por *Teania solium* o la Hoja de ruta mundial Derrotar a la meningitis para 2030, sin dejar de incluir dispositivos de lucha contra otras infecciones del sistema nervioso comunes y tratables, como las encefalitis, y sus correspondientes tratamientos, actuando desde los sectores sanitario y agropecuario, como se explica en las orientaciones de la OMS sobre la higiene del entorno como medio de prevención de enfermedades.²

b) Apoyar y promover la disponibilidad de sistemas rápidos y asequibles para diagnosticar infecciones del sistema nervioso (por ejemplo, punción lumbar, microscopía, técnicas de neuroimagen).

c) Colaborar con todos los interlocutores y sectores pertinentes con el fin de reducir el riesgo de contraer enfermedades infecciosas emergentes que provocan trastornos neurológicos. Para aprovechar al máximo las sinergias se requerirá una labor estrechamente coordinada dentro del sector de la salud y también entre distintos sectores, que abarque, por ejemplo, el control de vectores, los servicios de agua y saneamiento, la salud animal y ambiental y la educación.

d) Establecer planes operativos nacionales para hacer frente a las enfermedades neurológicas de manera acorde con los principios de «Una sola salud», elaborando un plan coordinado en el que se definan a grandes líneas las responsabilidades de todas las partes interesadas en cuanto a las medidas relativas a personas, animales, alimentos y ecosistemas y tratando a los animales para evitar la transmisión de patógenos que infectan el sistema nervioso, por ejemplo con la vacunación masiva de perros para prevenir la rabia.

¹ Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente e International Livestock Research Institute. *Preventing the Next Pandemic: Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission*, Nairobi (Kenya), 2017.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud, 2016.

- e) Promover campañas de vacunación y compartir conocimientos sobre la utilidad de las vacunaciones como método para reducir las discapacidades neurológicas.

95. **Medidas para la Secretaría**

- a) Ofrecer apoyo técnico, herramientas y orientaciones a los Estados Miembros con objeto de generar mayor conciencia a escala mundial, regional y nacional de la necesidad de combatir las enfermedades infecciosas y de reducir el riesgo de que se produzcan infecciones zoonóticas y surjan resistencias a antimicrobianos e insecticidas, en particular instituyendo políticas sobre la producción y el comercio de animales o ganado.

- b) Destacar las consecuencias neurológicas de la pandemia de COVID-19 y proporcionar orientaciones para manejarlas con el fin de reforzar la respuesta de los países y mejorar la prestación de servicios en todos los niveles de los sistemas de salud.

96. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

- a) Promover la colaboración multipartita dentro y más allá del sector de la salud, trabajando en clave de «Una sola salud» y en la línea que marcan la Agenda 2030 y los ODS.

3.3 Prevención de los traumatismos craneoencefálicos y medulares y de las discapacidades conexas

97. Las lesiones traumáticas del cerebro y la médula espinal requieren una atención médica compleja y onerosa. En 2016 se registraron en el mundo 27 millones de lesiones traumáticas cerebrales y cerca de un millón de lesiones traumáticas medulares.¹ En la mayoría de los casos, las lesiones por traumatismo craneoencefálico son consecuencia de una caída o de un accidente de tránsito. Otras posibles causas, también prevenibles, son el maltrato infantil, la violencia de pareja o las lesiones deportivas.

98. Cada año se registran 37 millones de caídas que revisten gravedad suficiente como para requerir atención médica. Los afectados son principalmente adultos de 60 años o más, en especial los que presentan afecciones que dificultan la deambulación, como demencia, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple.²

99. Los principales factores de riesgo de los traumatismos causados por el tránsito son la velocidad, el consumo de alcohol o drogas, la no utilización de casco, cinturón de seguridad o dispositivo de retención infantil, la escasa visibilidad de los peatones, la distracción o fatiga del conductor y una insuficiente aplicación del código de circulación.

100. Muchos traumatismos ligados a la práctica deportiva también pueden provocar lesiones cerebrales y de la médula espinal. El hecho de sufrir repetidamente leves traumatismos craneoencefálicos está asociado a la encefalopatía traumática crónica y acrecienta el riesgo de demencia. Para prevenir ciertos casos de lesión traumática cerebral o medular se precisan medidas de sensibilización, disposiciones legislativas y políticas encaminadas a hacer pedagogía entre deportistas, progenitores y otros profesionales

¹ Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(1):56-87. doi: 10.1016/s1474-4422(18)30415-0.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación.* Organización Mundial de la Salud, 2016.

del deporte, así como la aplicación de normativas que obliguen a llevar casco y a utilizar dispositivos de protección.

101. Pese al elevado número de traumatismos craneoencefálicos y medulares en los países de ingresos bajos o medianos, siguen faltando servicios, medios y especialistas formados en neurocirugía y rehabilitación neurológica, elementos todos ellos imprescindibles para prevenir discapacidades de larga duración y prestar atención de seguimiento a quienes sobreviven a una lesión traumática del cerebro o la médula espinal.

102. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Poner en práctica las recomendaciones contenidas en el Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito y propuestas por la Comisión para la Seguridad Vial Mundial,¹ referidas a la gestión de la seguridad vial, la seguridad de las vías de tránsito y la movilidad, la seguridad de los vehículos, la seguridad de los usuarios de la vía pública, la mejora de la respuesta a las urgencias por colisión y la rehabilitación a largo plazo de las víctimas.

b) Consolidar los sistemas de información utilizados para reunir datos sobre las lesiones traumáticas cerebrales o medulares para conocer más a fondo la magnitud del problema y sus consecuencias.

c) Promover condiciones de mayor seguridad en la práctica de deportes de contacto y formular y aplicar políticas y medidas obligatorias de formación de deportistas, progenitores y entrenadores para que conozcan los riesgos ligados a las lesiones traumáticas del cerebro o la médula espinal y sus eventuales complicaciones neurológicas, como pueda ser la epilepsia.

d) Formular y aplicar políticas, normas e intervenciones eficaces para que los domicilios y lugares públicos reúnan condiciones de mayor seguridad para las personas de edad, lo que pasa por ejemplo por mejorar la iluminación, evitar que los suelos sean resbaladizos, no dejar alfombras sueltas y colocar barreras de seguridad en las camas, conforme a las indicaciones contenidas en la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud.

103. **Medidas para la Secretaría**

a) Obtener y difundir datos probatorios y prácticas óptimas para prevenir o reducir las lesiones traumáticas del cerebro o la médula espinal, en particular previniendo los accidentes de tránsito y las caídas mediante la aplicación del Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial.

b) Proporcionar orientación, prácticas científicamente contrastadas y apoyo técnico para dispensar pronto servicios de rehabilitación y apoyo a las personas que sufran consecuencias cognitivas o físicas de larga duración de una lesión traumática cerebral o medular, con objeto de reducir al mínimo sus efectos físicos y psicológicos y de proteger a esas personas de la discriminación y la estigmatización.

104. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Promover la colaboración multipartita para generar mayor conciencia de la importancia de la seguridad inherente a la red viaria y de la protección que esta ofrece a sus usuarios, sobre todo

¹ *Make Roads Safe: A New Priority for Sustainable Development*. Comisión para la Seguridad Vial Mundial, 2006.

a los más vulnerables (como peatones, ciclistas y motociclistas), con fines de prevención de lesiones traumáticas del cerebro o la médula espinal.

b) Alentar el intercambio de conocimientos y facilitar el fortalecimiento a escala mundial, regional, intergubernamental y nacional de las políticas de conducción segura y de prevención de lesiones deportivas, así como la promoción de iniciativas nacionales que fomenten un mayor uso del casco con arreglo al manual de la OMS sobre el tema: *Helmets: a road safety manual for decision-makers and practitioners*.

3.4 Reducción de los riesgos ambientales

105. La exposición a factores de riesgos ligados a las condiciones de vida y de trabajo puede influir directamente en la salud del cerebro. Se calcula, por ejemplo, que la contaminación del aire ambiente fue la causa de alrededor de un 5% de la carga mundial de morbilidad por accidentes cerebrovasculares (en AVAD) registrada en 2019.¹ En todo el mundo, las comunidades vulnerables sufren una mayor exposición a toxinas ambientales debido a sus condiciones de vida y de trabajo.

106. Las encefalopatías inducidas por toxinas, en especial por exposición a metales pesados (como plomo o mercurio) o a contaminantes ambientales (como monóxido de carbono), pueden dañar gravemente la salud en general y el sistema nervioso en particular, con independencia de la edad.^{2,3}

107. Se han observado nexos entre la enfermedad de Parkinson y la exposición ocupacional y no ocupacional a plaguicidas y al tricloroetileno, un disolvente industrial.⁴ Ciertos contaminantes ambientales, además, como la luz brillante, la mala calidad del aire o el ruido, pueden desencadenar jaquecas.⁵

108. El cambio climático es una de las varias modificaciones del entorno que, actuando conjunta y simultáneamente a escala mundial, deterioran la salud humana y provocan afecciones neurológicas, a menudo de forma interactiva. Por ejemplo, la transmisión vectorial de virus neurótrofos, como el de Zika, el de la encefalitis japonesa o el del Nilo Occidental, se ve afectada por una suma de factores como las condiciones climáticas, los desplazamientos de población, la deforestación, las modalidades de usos del suelo, las pérdidas de biodiversidad, la topología de las superficies de agua dulce y la densidad de población humana.⁶

¹ Véanse las comparaciones de carga mundial de morbilidad. Viz Hub, Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2021 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² *Eliminación mundial de la pintura con plomo: por qué y cómo los países deben adoptar medidas: informe técnico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.

³ Chemical safety. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/health-topics/chemical-safety#tab=tab_1), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ Ascherio A, Schwarzschild MA. The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. *Lancet Neurol.* 2016;15(12):1257–1272. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30230-7; Ascherio A, Chen H, Weisskopf MG, O'Reilly E, McCullough ML, Calle EE, et al. Pesticide exposure and risk for Parkinson's disease. *Ann Neurol.* 2006;60(2):197–203. doi: 10.1002/ana.20904.

⁵ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud, 2016.

⁶ Cambio climático y salud. Datos y cifras. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>), consultado el 1 de diciembre de 2021).

109. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Promover actividades conjuntas entre los ministerios competentes (medio ambiente, salud, agua, saneamiento...) para vincular la promoción de la salud cerebral y la prevención de trastornos neurológicos con estrategias centradas en fomentar condiciones saludables de vida y de trabajo y un entorno sano, en consonancia con las orientaciones de la OMS sobre la higiene del entorno como medio de prevención de enfermedades,¹ y más concretamente:

- avanzar más rápidamente hacia la eliminación progresiva en todo el mundo de las pinturas con plomo mediante medidas normativas y jurídicas;
- formular y aplicar estrategias y programas de promoción y protección de la salud en todos los sectores que apunten a limitar la exposición a plaguicidas y otras sustancias químicas muy prioritarias que, como el tricloroetileno, tienen efectos neurotóxicos;
- abordar los aspectos sanitarios de la exposición al mercurio y a compuestos mercuriales mediante una labor conjunta de las autoridades sanitarias, las de medio ambiente y las de otros sectores.

b) En colaboración con organizaciones no gubernamentales, el sector privado y otros interlocutores intersectoriales, integrar los determinantes ambientales específicamente ligados a la salud cerebral y a los trastornos neurológicos en estrategias generales de mitigación encaminadas a reducir el impacto del cambio climático, lo que incluye intervenciones y políticas que promuevan la salubridad del aire (en exteriores y en domicilios), por ejemplo reduciendo el uso de combustibles fósiles y promoviendo el uso de cocinas menos contaminantes y servicios adecuados de agua potable, saneamiento e higiene.

110. Medidas para la Secretaría

a) Prestar apoyo a los Estados Miembros en la evaluación e implantación de soluciones científicamente contrastadas y adaptadas a sus necesidades y capacidades para evaluar las repercusiones sanitarias de las políticas públicas, los datos probatorios obtenidos y las pautas marcadas en relación con riesgos ambientales como la contaminación del aire, los metales pesados, los plaguicidas y los disolventes industriales, por lo que respecta a los objetivos de optimizar la salud cerebral y prevenir trastornos neurológicos.

111. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Promover la aplicación a escala nacional, regional e internacional de las orientaciones de la OMS sobre la higiene del entorno como medio de prevención de enfermedades y resaltar la importancia del cambio climático para la salud cerebral, en consonancia con la Agenda 2030 y los ODS.

b) Colaborar con las partes interesadas para secundar la elaboración de normas internacionales sobre contaminantes ambientales (por ejemplo, emisiones, humo de tabaco ajeno y niveles de toxinas ambientales) que ayuden a orientar los textos legislativos.

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud, 2016.

- c) Respalda la investigación para determinar en qué medida los factores ambientales de riesgo contribuyen a la morbilidad y la mortalidad por trastornos neurológicos, especialmente en las zonas con pocos recursos.

3.5 Promoción de un desarrollo cerebral óptimo en niños y adolescentes

112. Las primeras etapas de la vida, con inclusión de la etapa fetal y el nacimiento, se prestan especialmente a promover la salud cerebral y prevenir trastornos neurológicos que pueden tener consecuencias de por vida, ya que es entonces cuando el cerebro del niño se desarrolla y adapta rápidamente en respuesta a las condiciones del medio, a la alimentación y a los estímulos recibidos.

113. Para que el desarrollo cerebral en las etapas formativas sea el idóneo hay que crear condiciones que propicien una atención cariñosa y sensible¹ y dispensar apoyo familiar y parental a través de políticas, programas y servicios públicos. Gracias a ello, comunidades y cuidadores podrán velar por la salud de los niños, alimentarlos bien y protegerlos de cualquier amenaza.

114. También está demostrado que la escolarización y una educación incluyente de los niños con discapacidad mejora los resultados en materia de salud cerebral. Todos los niños y adolescentes deben poder vivir, estudiar y socializar en entornos propicios, saludables y seguros, sin sufrir estigmatización, discriminación ni intimidación. Ciertas adversidades sufridas en los primeros años de vida, como malos tratos, desatención, vivencias de guerra o conflicto, insuficiente alimentación materna (por ejemplo, carencia en ácido fólico o hierro), mala salud de los cuidadores, abuso de sustancias, infecciones congénitas (como el síndrome de TORCH: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple) o las complicaciones del parto, pueden perjudicar el cerebro en desarrollo y repercutir de por vida en la salud cerebral.

115. Se sabe que determinados contaminantes ambientales afectan al desarrollo neurológico. Entre ellos se encuentran la contaminación del aire, la presencia de metales pesados en el suelo y el agua, de plomo en la pintura doméstica y de mercurio en el marisco, la exposición ocupacional y los plaguicidas.² Los niños pequeños son especialmente vulnerables a la toxicidad del plomo, por lo que incluso niveles bajos de exposición pueden mermar la capacidad de concentración y provocar problemas de comportamiento y un menor rendimiento escolar.

116. La actividad física puede ser beneficiosa para la salud de niños y adolescentes que padecen afecciones neurológicas. De ahí que se recomiende limitar hábitos sedentarios como el entretenimiento vehiculado por pantallas (de televisión u ordenador, por ejemplo) o la comunicación por medios digitales como el teléfono móvil. Además, un buen régimen de sueño optimiza los beneficios para la salud y el desarrollo del cerebro en niños y adolescentes.

117. Medidas propuestas para los Estados Miembros

- a) Elaborar, financiar y aplicar estrategias que promuevan el sano desarrollo del cerebro y prevengan trastornos neurológicos en niños y adolescentes, haciendo especial hincapié en la prontitud de las intervenciones y las labores de rehabilitación.

¹ *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF., Bos R, Neira MP. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud, 2016.

- b) Optimizar la atención sanitaria perinatal e infantil, lo que, además de las condiciones de seguridad del trabajo de parto y el parto para prevenir lesiones cerebrales hipóxico-isquémicas, incluye también los cuidados intensivos neonatales, la intervención de asistentes de partería, el contacto piel con piel (método «madre canguro»), la lactancia materna, la atención de salud mental materna, una nutrición adecuada, la inmunización y las intervenciones de desarrollo infantil en pro de una atención receptiva y del aprendizaje temprano que se indican en el Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible de la OMS. Asimismo, alentar y reforzar la evaluación del desarrollo neurológico de niños y adolescentes para un diagnóstico y una intervención precoces.
- c) En colaboración con las autoridades reguladoras nacionales competentes y con otras partes interesadas, formular, reforzar y supervisar políticas y planes de acción nacionales sobre lactancia materna y alimentos y nutrición acordes con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño y el Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.¹
- d) Agilizar la plena aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco con el fin de reducir la exposición fetal, el tabaquismo pasivo en la infancia y el tabaquismo en la adolescencia.
- e) Formular y aplicar, según proceda, políticas y programas nacionales de carácter integral e intersectorial para disminuir el uso nocivo del alcohol durante el embarazo y reducir así complicaciones como los trastornos fetales causados por el alcohol.
- f) Fomentar el acceso de los adolescentes a las intervenciones recomendadas en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, incluso en situaciones de crisis humanitaria y en entornos frágiles. Secundar las intervenciones encaminadas a promover la salud y el desarrollo cerebrales de los adolescentes y crear, según convenga, espacios que les resulten acogedores como primera medida de respuesta a su necesidad de protección, bienestar psicosocial y enseñanza no reglada.
- g) Elaborar políticas dotadas de recursos suficientes para mejorar la oferta de educación física de calidad en los medios educativos, lo que incluye la posibilidad de realizar actividades físicas antes, en el curso y después de la jornada lectiva oficial. Los parques, las zonas arboladas y los espacios verdes de los centros urbanos pueden mejorar la calidad del aire en las inmediaciones y al mismo tiempo acoger los juegos infantiles. Aplicar las Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios, incluidas las recomendaciones sobre el tiempo de ocio pasado frente a una pantalla.
- h) Reforzar los mecanismos de seguimiento de los indicadores básicos de salud y desarrollo cerebrales de los niños y adolescentes, incluidos los factores de protección y de riesgo.
- h) Reforzar los mecanismos de seguimiento de los indicadores básicos de salud y desarrollo cerebrales de los niños y adolescentes, incluidos los factores de protección y de riesgo.

¹ *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

118. Medidas para la Secretaría

- a) Ofrecer apoyo técnico, herramientas y orientaciones a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para promover un desarrollo óptimo del cerebro en los niños y adolescentes, procediendo para ello a:
- desde los ministerios de salud y de otros sectores, potenciar el liderazgo en la elaboración, el fortalecimiento y la aplicación de estrategias de ámbito nacional o infranacional científicamente fundamentadas y la consiguiente planificación de recursos intersectoriales para optimizar el desarrollo cerebral en niños y adolescentes; y
 - recopilar y difundir conocimientos y prácticas óptimas en torno a políticas existentes que aborden el desarrollo en la primera infancia y la adolescencia, lo que incluye códigos de prácticas y mecanismos de vigilancia de la protección de los derechos humanos.

119. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a) Respalda la elaboración y aplicación de políticas y programas de ámbito mundial, regional, nacional o infranacional en las que se aborden, en relación con los niños y adolescentes, los problemas de maltrato, desatención, insuficiente alimentación materna, mala salud de los cuidadores, abuso de sustancias (como bebidas alcohólicas y tabaco), infecciones congénitas, complicaciones del parto y contaminantes ambientales.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4. FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN Y POTENCIAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

120. Para fundamentar las políticas, la planificación y la programación referidas a los trastornos neurológicos es necesario generar datos probatorios mediante investigaciones de gran calidad, pues ello permite hacerse una idea clara de los servicios sanitarios, modelos asistenciales y soluciones terapéuticas que resultan eficaces y promover innovaciones y un acceso equitativo a productos, como tecnología sanitaria, que faciliten la prevención, la reducción del riesgo, el diagnóstico precoz y el tratamiento de los trastornos neurológicos y abran posibilidades para curar o atender estos trastornos.

121. La complejidad que rodea las investigaciones sobre el cerebro y en temas de neurología hace necesaria una coordinación más estrecha de las investigaciones, que deben convocar la participación de múltiples partes interesadas y de alianzas publicoprivadas y acompañarse de una suficiente dotación de recursos. En este contexto, es vital cultivar condiciones que promuevan iniciativas conjuntas de investigación, incluidos los intercambios de datos, con objeto de disminuir las redundancias, detectar los conocimientos que faltan, acelerar las innovaciones y crear capacidad en contextos de bajos ingresos.

122. Conviene dar prioridad a la investigación de aplicación, cosa que incluye la evaluación de los sistemas de salud, para aprovechar y aplicar a mayor escala las estrategias de prevención y tratamiento de los trastornos neurológicos. Procediendo de este modo será más fácil hacer un seguimiento de las intervenciones y replicar y adaptar aquellas que deparen mejores resultados.

123. Una representación más equilibrada de los países de ingresos bajos y medianos en los círculos de investigación en neurociencias también serviría para tener más en cuenta las necesidades específicas de cada lugar y país, lo que a su vez permitiría disponer de estrategias de diagnóstico y atención integral de los trastornos neurológicos adaptadas a cada contexto.

124. Uno de los principales elementos de los programas de investigación consiste en dar protagonismo a la participación de las propias personas con trastornos neurológicos y sus familiares y cuidadores, de modo que puedan apoyar y orientar mejor la investigación y el desarrollo de soluciones innovadoras para dichos trastornos.

125. El punto de partida para poder planificar eficazmente e implantar intervenciones específicas es disponer de datos sólidos, normalizados y de fácil acceso. Sin embargo, los datos sobre trastornos neurológicos presentan importantes lagunas, no solo en los países de ingresos bajos o medianos, sino también en los de ingresos altos.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 4

Meta mundial 4.1

Lograr para 2031 que un 80% de los países recopile y comunique sistemáticamente, al menos con periodicidad trienal, un conjunto básico de indicadores referidos a los trastornos neurológicos a través de sus sistemas nacionales de datos e información de salud.

Meta mundial 4.2

Lograr para 2031 que la producción de las investigaciones mundiales sobre los trastornos neurológicos se haya duplicado.

4.1 Inversión en investigación

126. Para reducir la incidencia de los trastornos neurológicos y mejorar la vida de las personas que los padecen es esencial invertir de forma sostenida en investigaciones biomédicas, clínicas, de aplicación y de transferencia que fundamenten las labores de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención y abran la posibilidad de curar más trastornos neurológicos.

127. Todas las actividades de investigación y desarrollo en el ámbito de los trastornos neurológicos deben estar asentadas en criterios de equidad, diversidad y pluralismo y acompañarse de una mayor participación de las personas que presentan esos trastornos.

128. Las inversiones en investigación en neurología deben acompañarse de una colaboración más estrecha entre los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes y privilegiar el refuerzo de la cooperación a escala mundial y regional. El hecho de facilitar un programa mundial de investigación sobre los trastornos neurológicos traerá consigo una mayor probabilidad de progresar hacia una mejor labor de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de las personas que presentan esos trastornos, al tiempo que reducirá las redundancias, la duplicación de estudios y los costos.

129. Para catalizar las actividades de investigación y desarrollo en el ámbito de la neurología, sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos, es necesario actuar de forma concertada para crear infraestructura de investigación, potenciar los recursos humanos de investigación y desarrollo e intensificar la colaboración entre los círculos de investigación, los profesionales de la salud, las personas con trastornos neurológicos y el sector privado.

130. Medidas propuestas para los Estados Miembros

- a) Aumentar las inversiones y mejorar la gobernanza en el ámbito de la investigación como componente integral de la respuesta de cada país a la carga de morbilidad por trastornos neurológicos. Facilitar la obtención de nuevos medios de diagnóstico, tratamientos, tecnología e

innovaciones en beneficio de las personas que padecen, o corren riesgo de padecer, trastornos neurológicos. Tales innovaciones incluyen, entre otras, el empleo de macrodatos, la inteligencia artificial, los medios de diagnóstico, la medicina de precisión, las herramientas de seguimiento y evaluación de enfermedades, las tecnologías de asistencia, los medicamentos y nuevos modelos asistenciales.

b) Respalidar iniciativas nacionales, regionales e internacionales de colaboración para investigar sobre los trastornos neurológicos con objeto de generar nuevos conocimientos sobre promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de estos trastornos y de plasmar en medidas prácticas los datos científicos obtenidos en la materia. Alentar el intercambio de datos de investigación y el libre acceso a ellos.

c) Dotar a las instancias decisorias de mayor conocimiento y mejores medios de acción por lo que respecta a la necesidad de innovación en materia de salud cerebral e insistir en la importancia de privilegiar la financiación de investigaciones sobre los trastornos neurológicos en las instituciones nacionales de investigación.

d) Reforzar la capacidad institucional de los países en materia de investigación e innovación, por ejemplo para obtener nuevos medicamentos para los trastornos neurológicos, en particular en beneficio de los niños, mejorando para ello la infraestructura, los equipamientos y los suministros de investigación.

e) Alentar y respaldar a las personas con trastornos neurológicos, sus cuidadores y las organizaciones que las representan para que participen activamente en el proceso de investigación, desde la fase de planificación hasta la de ejecución.

131. Medidas para la Secretaría

a) Secundar las actividades destinadas a promover inversiones más cuantiosas en la investigación sobre los trastornos neurológicos, seleccionando los temas y marcando un orden de prioridades para la investigación biomédica, clínica, de aplicación y de transferencia a escala mundial, regional y nacional.

b) Hacer que los centros colaboradores de la OMS, instituciones académicas y organizaciones y alianzas de investigación participen en el esfuerzo de potenciar la capacidad de investigación sobre los trastornos neurológicos.

c) Apoyar los mecanismos de coordinación internacional para facilitar la armonización de las actividades mundiales de investigación en neurología y promover la comunicación y el intercambio de información regulares entre las partes interesadas, con el fin de establecer una comunidad de investigación mundialmente conectada.

d) Ofrecer orientaciones y apoyo técnico a los Estados Miembros para que puedan obtener nuevos medios de diagnóstico, tratamientos y tecnologías innovadoras en relación con los trastornos neurológicos e instituir mecanismos que garanticen la equidad en el acceso a esas novedades y en su aplicación, sobre todo en entornos con pocos recursos.

132. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Promover y conseguir la financiación de la investigación sobre los trastornos neurológicos, participar en procesos de definición de prioridades y ayudar a difundir los resultados de las

investigaciones, en un lenguaje llano y comprensible, entre los responsables políticos, la población en general y las personas con trastornos neurológicos y sus cuidadores y familiares.

b) Hacer participar a los investigadores, profesionales de la salud, responsables políticos y el sector privado en la promoción de procesos de innovación y desarrollo para obtener nuevas herramientas y tratamientos para los trastornos neurológicos, garantizando al mismo tiempo un acceso equitativo y asequible a estos productos en los países de ingresos bajos o medianos.

c) Respalda las iniciativas de los países para dotarse de mayor capacidad en materia de investigación, desarrollo e innovación e intercambio de conocimientos, entre otras cosas mediante el refuerzo de la capacidad institucional, iniciativas conjuntas de investigación y la creación de becas y subvenciones en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de los trastornos neurológicos.

d) Apoyar la investigación de aplicación en países de ingresos bajos y medianos con el fin de conocer mejor las barreras que dificultan la integración del tratamiento de los trastornos neurológicos en la atención clínica generalizada, así como las estrategias que resultan eficaces para superar esas barreras.

4.2 Sistemas de datos e información

133. El hecho de disponer de datos sociosanitarios sobre los trastornos neurológicos puede ser útil para detectar carencias en la prestación de servicios, mejorar la accesibilidad y la coordinación de la atención dispensada a las personas con trastornos neurológicos y entender y detectar mejor las transformaciones y tendencias que se registren en la población.

134. Los sistemas de información sobre los trastornos neurológicos son a menudo rudimentarios, cuando no inexistentes, sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos, cosa que complica la obtención de datos sobre la disponibilidad y la utilización de servicios neurológicos y sobre las necesidades de las personas que padecen dichos trastornos y sus cuidadores.

135. La integración sistematizada de la obtención de datos en los sistemas de información sanitaria ordinarios y por poblaciones, así como el seguimiento sistemático de los trastornos neurológicos atendiendo a un conjunto básico de parámetros de medición, sientan las bases para poder actuar, a partir de sólidos datos empíricos, para mejorar los servicios y medir los avances en la aplicación de los programas nacionales en materia de salud cerebral y trastornos neurológicos.

136. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Integrar el seguimiento de los trastornos neurológicos en los sistemas ordinarios de información sanitaria y en todos los niveles de atención con objeto de detectar, cotejar y comunicar sistemáticamente datos básicos desglosados por sexo, edad y otros parámetros que ayuden a medir la equidad, con objeto de mejorar las estrategias de promoción, prevención y prestación de servicios en relación con los trastornos neurológicos y de conocer más a fondo los determinantes sociales de estos trastornos.

b) Fomentar los registros de pacientes, los programas de vigilancia y el análisis y la publicación de datos sobre la disponibilidad y la evaluación del uso y la cobertura de servicios y tratamientos eficaces para los trastornos neurológicos.

- c) Apoyar la recogida de datos y su referenciación cruzada con otros mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas para evitar la duplicación de actividades a escala nacional.

137. Medidas para la Secretaría

- a) Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros para que estos:
- establezcan o perfeccionen sistemas nacionales de recogida de datos con los que reforzar la obtención de datos relativos a los trastornos neurológicos;
 - se doten de mayor capacidad y más recursos para reunir y analizar sistemáticamente datos relacionados con los trastornos neurológicos y para facilitar su utilización;
 - definan un conjunto básico de indicadores y objetivos que sean coherentes con el presente plan de acción y otros planes de acción mundiales y con los marcos de seguimiento de la OMS con el fin de seguir de cerca los resultados relacionados con los trastornos neurológicos.

138. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

- a) Prestar apoyo a los Estados Miembros para que estos instauren mecanismos de vigilancia, sistemas de información y registros que integren parámetros correspondientes a los indicadores básicos y a la evolución de los pacientes en relación con los trastornos neurológicos.
- b) Preconizar y facilitar la participación de las personas con trastornos neurológicos y de sus cuidadores y familiares en la recogida, el análisis y la utilización de datos sobre estos trastornos.
- c) Respalda la creación de plataformas de intercambio y diálogo entre países en relación con prácticas óptimas de recopilación, gestión y utilización de datos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5. POTENCIAR LA RESPUESTA A LA EPILEPSIA EN CLAVE DE SALUD PÚBLICA

139. La epilepsia afecta a personas de todas las edades, géneros, razas y niveles de ingresos, pero las poblaciones pobres y los habitantes de países de ingresos bajos o medianos soportan una carga de morbilidad desproporcionalmente elevada, lo que supone una amenaza para la salud pública y para el desarrollo económico y social.

140. En muchas partes del mundo, las personas con epilepsia y sus familiares son objeto de estigmatización y discriminación debido a la ignorancia, las ideas equivocadas y las actitudes negativas que rodean a la enfermedad. Esas personas afrontan a menudo graves dificultades por lo que respecta a la educación, el empleo, el matrimonio y la reproducción.

141. El riesgo de muerte prematura de las personas con epilepsia es tres veces superior al de la población general. Entre las causas importantes de muerte y lesiones figuran la muerte súbita e inesperada en la epilepsia, el estado epiléptico, las quemaduras, los ahogamientos y el suicidio. El exceso de mortalidad, que es superior en los países de ingresos bajos y medianos, tiene que ver con la falta de acceso a centros de salud, con los enormes déficits de cobertura terapéutica y con la incapacidad de abordar determinadas causas de epilepsia que se podrían prevenir.

142. La epilepsia suele coexistir con otras afecciones de salud concomitantes, como otros trastornos neurológicos, que pueden agravar el estado de la persona, lo que hace necesario un enfoque sinérgico para responder a esas dolencias que coexisten.

Metas mundiales correspondientes al objetivo estratégico 5

Meta mundial 5.1

Lograr para 2031 que los países hayan aumentado la cobertura de servicios para la epilepsia en un 50%, con respecto al nivel de cobertura vigente en 2021.

Meta mundial 5.2

Lograr para 2031 que un 80% de los países tenga elaboradas o actualizadas medidas legislativas destinadas a promover y amparar los derechos humanos de las personas con epilepsia.

5.1 Acceso a servicios para la epilepsia

143. La epilepsia es una afección sumamente tratable y más del 70% de las personas que la padecen podrían llevar una vida exenta de crisis epilépticas si tuvieran acceso a tratamientos anticonvulsivos adecuados, los más costoeficaces de los cuales figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales. Pese a ello, según se desprende de los cálculos, el déficit de cobertura terapéutica de la epilepsia es hoy de un 75% en los países de ingresos bajos y es considerablemente mayor en las zonas rurales que en las urbanas.¹

144. Estos grandes déficits de cobertura terapéutica pueden deberse a una combinación de factores: la escasa capacidad de los sistemas de salud; una distribución no equitativa de los recursos; y la poca prioridad que se otorga a la atención de la epilepsia. Hay otros factores que ahondan en este déficit, como la penuria de personal, un difícil acceso a medicamentos anticonvulsivos, la falta de conocimientos del personal de atención primaria y su inseguridad a la hora de atender la epilepsia, las ideas equivocadas y la estigmatización.

145. La atención primaria de salud supone una plataforma desde la cual atender las necesidades sanitarias de las personas con epilepsia aplicando un enfoque centrado en el individuo. Con voluntad política y el uso de una combinación de estrategias innovadoras es posible, incluso en entornos con pocos recursos, integrar en los servicios de atención primaria la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la epilepsia de manera costoeficaz.

146. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Concebir o reforzar modelos de atención de la epilepsia que promuevan una atención primaria de gran calidad y centrada en la persona como pilar de los servicios integrados de salud en el curso de toda la vida. Además, habría que disponer de sistemas sólidos y funcionales de derivación de pacientes, con servicios especializados, y de atención de la epilepsia refractaria. Los especialistas abogan por integrar la atención de la epilepsia en la atención primaria de salud, de manera que desde este nivel sea posible, por ejemplo, confirmar un diagnóstico de epilepsia, atender casos de epilepsia refractaria y valorar la necesidad de resección quirúrgica.

¹ *Epilepsia: un imperativo de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

- b)* Mejorar la formación y el apoyo para diagnosticar y atender casos de epilepsia que reciben los trabajadores de la atención primaria (lo que incluye al personal sanitario de establecimientos de salud, de servicios de proximidad y de servicios comunitarios), el personal escolar y el personal de atención de urgencia, así como la formación especializada que se dispensa en los niveles secundario y terciario.
- c)* Elaborar estrategias que favorezcan una participación significativa de la comunidad para que aumente la demanda de servicios para la epilepsia.
- d)* Implantar estrategias para acrecentar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los medicamentos anticonvulsivos, teniendo también en cuenta las necesidades específicas de niños, adolescentes y mujeres en edad fértil.

Entre las posibilidades estratégicas están las siguientes:

- incluir medicamentos anticonvulsivos esenciales en las listas y formularios nacionales de medicamentos esenciales;
 - fortalecer las cadenas de suministro y los sistemas de selección;
 - potenciar las adquisiciones y la distribución; y
 - mejorar el acceso a medicamentos controlados como el fenobarbital.
- e)* Mejorar la atención para prevenir las causas frecuentes de epilepsia, como lesiones perinatales (incluidas las lesiones cerebrales perinatales hipóxico-isquémicas), infecciones del sistema nervioso central, accidentes cerebrovasculares y lesiones cerebrales traumáticas, pasando para ello por la promoción de embarazos y nacimientos seguros, la prevención de traumatismos craneoencefálicos y el control de infecciones del sistema nervioso como la neurocisticercosis, la meningitis, la encefalitis o el paludismo, siguiendo la línea marcada por otras iniciativas mundiales.
- f)* Proporcionar a las personas con epilepsia información sobre su trastorno para ayudarlas a entender la importancia y los beneficios de respetar la medicación y sensibilizarlas sobre los desencadenantes y la vigilancia de las convulsiones y sobre procedimientos básicos de autogestión y autocuidado (como pueden ser, por ejemplo, un sueño adecuado y comidas regulares).
- g)* Fortalecer el seguimiento y la evaluación de los servicios dedicados a la epilepsia mediante sistemas de información sanitaria que funcionen correctamente, generen datos fiables y faciliten el uso de información para mejorar los procesos decisorios y el aprendizaje por parte de las instancias de nivel local, nacional y mundial. Conviene que los datos recopilados procedan de múltiples fuentes, como registros, sistemas de notificación de determinadas enfermedades, encuestas y paquetes de datos administrativos y clínicos.

147. **Medidas para la Secretaría**

- a)* Elaborar y difundir orientaciones técnicas para subsanar las deficiencias más importantes y reforzar las actuaciones frente a la epilepsia en los ámbitos mundial y nacional abordando los principales factores políticos o relacionados con la aplicación o la investigación.
- b)* Proporcionar orientaciones para reforzar la aplicación del capítulo sobre la epilepsia del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, con inclusión de recomendaciones

actualizadas para dispensar una atención de calidad y realizar intervenciones científicamente contrastadas pasando por la atención primaria de salud y empleando tecnología digital.

c) Ofrecer apoyo a los Estados Miembros en la labor de repertoriar y compartir prácticas óptimas en materia de coordinación de los servicios y la atención dispensados, con base científica, frente a la epilepsia.

149. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Establecer equipos comunitarios para que presten apoyo a las personas con epilepsia y sus cuidadores y familiares dentro de la comunidad y reforzar los mecanismos para colaborar con proveedores de servicios de salud complementarios y alternativos, como puedan ser los curanderos tradicionales.

b) Defender la disponibilidad de medicamentos anticonvulsivos a precios asequibles en todos los niveles del sistema de atención de salud, sobre todo en los centros de atención primaria.

c) Ayudar a las personas con epilepsia y a sus familiares y cuidadores a acceder a los servicios, por ejemplo elaborando herramientas científicamente fundamentadas y de fácil utilización en las que ofrezcan información y formación sobre la epilepsia y los servicios disponibles y/o creando sitios web de información y asesoramiento a nivel local.

d) Llevar a cabo investigaciones de aplicación en las que se analice, entre otras cosas, la diseminación de las enseñanzas extraídas para acelerar la extensión de estrategias eficaces que refuercen los servicios relativos a la epilepsia.

5.2 Participación y respaldo de las personas con epilepsia

149. En todo tipo de contextos, con independencia del nivel de recursos, las personas con epilepsia y sus familias son estigmatizadas y discriminadas como consecuencia de las ideas equivocadas y las actitudes negativas que existen en torno a la enfermedad, como la creencia de que la epilepsia es contagiosa o se debe a que la persona está poseída por espíritus malignos.

150. La estigmatización desemboca en vulneraciones de los derechos humanos y exclusión social. En ciertos contextos puede ocurrir que no se permita a los niños con epilepsia asistir a la escuela o que los adultos afectados por esta dolencia no puedan encontrar empleo adecuado ni casarse.

151. Se necesitan estrategias innovadoras que refuercen las iniciativas internacionales y el liderazgo de los países a la hora de impulsar políticas y leyes en favor de las personas con epilepsia, mejoren las actitudes públicas, reduzcan la estigmatización y, al mismo tiempo, respeten plenamente los derechos humanos de las personas con epilepsia.

152. Es preciso reforzar la capacidad de acción y decisión de las personas con epilepsia, sus cuidadores y las organizaciones que las representan para que puedan participar en las actividades de sensibilización, formulación de políticas, planificación, elaboración de textos legislativos, prestación de servicios, seguimiento e investigación en torno a la epilepsia.

153. Medidas propuestas para los Estados Miembros

a) Procurar que las opiniones y necesidades de las personas con epilepsia y sus familiares sean tenidas en cuenta en las políticas de salud que las afecten y en todas las facetas de la creación y

el fortalecimiento de servicios que promuevan su autonomía. Para emancipar a los más vulnerables es necesario prestar muy especial atención a las cuestiones de género, diversidad y equidad.

b) Elaborar o reforzar disposiciones legislativas que fomenten y amparen los derechos de las personas con epilepsia y prohíban su discriminación en ámbitos como la educación, el empleo, el matrimonio y la planificación familiar, la obtención del permiso de conducir o la práctica de actividades recreativas, entre otros. Mejorar la rendición de cuentas, estableciendo para ello mecanismos, a partir en lo posible de organismos independientes ya existentes, que permitan supervisar y evaluar la aplicación de políticas y medidas legislativas referidas a la epilepsia para garantizar que se ajusten a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

c) Facilitar iniciativas comunitarias conjuntas, que cuenten con un vigoroso liderazgo de los proveedores comunitarios y con participación de la sociedad civil, como parte de la multiplicación de iniciativas sobre la epilepsia impulsadas desde el tejido comunitario.

d) Promover el acceso a un conjunto de servicios adaptables, centrados en la persona y culturalmente apropiados, que incluyan la coordinación con organizaciones no gubernamentales locales y otros interlocutores, para facilitar a las personas con epilepsia la información que necesitan para poder elegir y decidir con conocimiento de causa sobre la atención que reciben.

154. **Medidas para la Secretaría**

a) Secundar la participación activa de las personas con epilepsia y sus familiares en la creación de productos técnicos y la definición de normas y criterios que les conciernan.

b) Ayudar a los Estados Miembros a dotarse de las capacidades básicas que necesitan para participar eficazmente en procesos participativos que cuenten con la presencia de personas con epilepsia y sus familiares y para servirse de los resultados de esos procesos para la adopción de decisiones.

155. **Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales**

a) Velar por que las personas con epilepsia tomen parte en las actividades del conjunto de la comunidad y potenciar su participación cultural, social y cívica por el expediente de reforzar su autonomía.

b) Apoyar las actividades de sensibilización y de pedagogía pública sobre la epilepsia dirigidas a trabajadores de salud comunitarios, líderes comunitarios y personas con epilepsia y sus familiares con objeto de corregir ideas equivocadas, conjurar las actitudes negativas hacia las personas que presentan esta dolencia e informar sobre la manera de ayudar a una persona cuando sufra convulsiones.

5.3 **La epilepsia como puerta de acceso a otros trastornos neurológicos**

156. La epilepsia puede deberse a factores genéticos o a otras causas a menudo desconocidas, pero también puede ser consecuencia de otros problemas neurológicos. Puede ser, por ejemplo, secuela de un accidente cerebrovascular, de una infección, de un tumor cerebral o de una lesión por traumatismo craneoencefálico. La epilepsia también puede presentarse en comorbilidad con otras afecciones neurológicas. Así, por ejemplo, alrededor de un 19% de las personas con epilepsia sufre jaquecas, mientras

que aproximadamente un 26% de los adultos y un 30% a 40% de los niños con epilepsia presentan discapacidad intelectual.¹

157. Las convulsiones también pueden ser una manifestación de otras dolencias, como infecciones, desequilibrios metabólicos, tumores cerebrales o enfermedades neurodegenerativas, o ser indicativas de empeoramiento o evolución de una afección neurológica subyacente.

158. Las tecnologías de diagnóstico y tratamiento empleadas para la epilepsia, así como las lógicas de investigación y las soluciones farmacológicas y psicosociales que se le aplican, son similares a las utilizadas para otros muchos trastornos neurológicos.

159. Un servicio de atención a las personas con epilepsia que funcione debidamente constituye pues una buena oportunidad para reforzar la atención integral de otros trastornos neurológicos. En este sentido, la epilepsia puede servir de vía de acceso para acelerar el fortalecimiento de servicios y apoyo que se destinen tanto a la epilepsia como a otros trastornos neurológicos. Al considerar el tratamiento y la atención de la epilepsia convendría tener en cuenta, simultáneamente, los de otros trastornos neurológicos elegidos en función de las prioridades nacionales, con el fin de obtener resultados óptimos para el conjunto de esas dolencias. Esta lógica puede ser aplicable en algunas partes del mundo, mientras que en otras quizá sean los accidentes cerebrovasculares, la demencia y los trastornos neurodegenerativos o la jaqueca y otras cefaleas los que sirvan de puerta de acceso a otras dolencias.

160. **Medidas propuestas para los Estados Miembros**

a) Orientar los sistemas de salud para que los servicios existentes de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la epilepsia se extiendan también a la atención integral de las comorbilidades como componente esencial de todos los niveles de la asistencia sanitaria. Cabe la posibilidad, por ejemplo, de trasladar a un buen equipo de atención interdisciplinar de la epilepsia para que se ocupe de atender otros trastornos neurológicos.

b) Fortalecer la capacidad de los trabajadores de salud de la atención primaria para que adquieran competencias que, yendo más allá de la atención de la epilepsia, abarquen otros trastornos neurológicos, incluido el tratamiento de las comorbilidades, tomando como base el Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental.²

c) Aprovechar los medios de diagnóstico de la epilepsia, como el electroencefalograma, las tecnologías de neuroimagen (como tomografía computarizada e imagen por resonancia magnética) y los servicios especializados de derivación de pacientes (p. ej. cirugía) para que incluyan instalaciones de diagnóstico y tratamiento de otros trastornos neurológicos.

d) Ampliar los sistemas ya establecidos para la compra de medicamentos anticonvulsivos con objeto de mejorar el acceso a medicamentos eficaces y de calidad para otros trastornos neurológicos.

161. **Medidas para la Secretaría**

a) Prestar apoyo a los Estados Miembros para que integren la atención de otras afecciones neurológicas en los servicios ordinarios de atención de la epilepsia establecidos en la atención

¹ *Epilepsia: un imperativo de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

² Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

primaria, aportándoles estrategias, procesos y herramientas que los países puedan utilizar para reforzar la capacidad del personal de salud.

b) Promover y facilitar un intercambio de prácticas óptimas a escala internacional, regional y nacional que sirva de base para implantar modelos de atención integrada de la epilepsia y otros trastornos neurológicos.

162. Medidas propuestas para los asociados internacionales y nacionales

a) Movilizar a los grupos de presión y las redes nacionales, así como a los responsables políticos y demás partes interesadas, para lograr que la atención de las comorbilidades (esto es, afecciones físicas y mentales) pase a formar parte integrante de los servicios de atención y tratamiento de la epilepsia.

ANEXO 8

PROYECTO DE PLAN DE ACCIÓN (2022-2030) PARA APLICAR EFICAZMENTE LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL COMO PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA¹**INTRODUCCIÓN**

1. De acuerdo con las últimas estimaciones mundiales realizadas en 2018 por la OMS, en 2016 había 2300 millones de personas de 15 años o más que tomaban bebidas alcohólicas en el mundo, mientras que 3100 millones no bebían alcohol. Según los cálculos, 283 millones de personas mayores de 15 años (237 millones de varones y 46 millones de mujeres) presentaban trastornos por consumo de bebidas alcohólicas en ese año, lo que representa el 5,1% de la población adulta mundial. La dependencia del alcohol, que es la forma más grave de estos trastornos, afectaba al 2,6% de los adultos del mundo, es decir, a 144 millones de personas.²

2. La carga total de enfermedad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas es inaceptablemente elevada. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, este consumo provocó en todo el mundo unos tres millones de defunciones en 2016 (cifra que corresponde al 5,3% del total de defunciones) y la pérdida de 132,6 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (es decir, el 5,1% del total de AVAD perdidos). La mortalidad debida al consumo de bebidas alcohólicas supera a la ocasionada por enfermedades como la tuberculosis, el VIH/sida y la diabetes. Se calcula que, en 2016, 2,3 millones de defunciones y 106,5 millones de AVAD entre los varones se pueden atribuir al consumo de estas bebidas, mientras que las cifras respectivas correspondientes a las mujeres fueron de 0,7 millones y 26,1 millones. En 2016, el alcohol causó en todo el mundo el 7,2% de las muertes prematuras (esto es, de personas de hasta 69 años). Este problema afectó de forma desproporcionada a los más jóvenes: el 13,5% de las defunciones de personas de 20 a 39 años registradas en 2016 se atribuyen al alcohol. La Región de África soportó la mayor carga de enfermedad y traumatismos atribuibles al alcohol normalizada por edades de entre las regiones de la OMS; en cambio, la proporción de defunciones y de AVAD atribuibles al consumo de alcohol más elevada se registró en la Región de Europa (el 10,1% del total de defunciones y el 10,8% del total de AVAD), seguida por la Región de las Américas (con un 5,5% y un 6,7% respectivamente). Aproximadamente el 49% de los AVAD atribuibles al consumo de alcohol se deben a enfermedades no transmisibles y trastornos mentales, mientras que el 40% son consecuencia de traumatismos. Según las estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las enfermedades y los traumatismos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en los países de la OCDE y la Unión Europea podrían hacer que la esperanza de vida se acorte en 0,9 años³ debido a que las mujeres beben más de una bebida al día y los varones, 1,5 al día.²

3. Desde que la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobara la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol en mayo de 2010 en la resolución WHA63.13, se han logrado algunos progresos para reducir el consumo mundial total de alcohol por persona. Si los niveles de consumo de las personas de 15 años o más permanecieron estables entre 2010 (6,1 litros) y 2015 (6,2 litros), las últimas

¹ Véase también el documento EB150/7 Add.1.

² Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (consultado el 5 de junio de 2021). En 2022 se elaborarán nuevas estimaciones de la OMS sobre la carga de morbilidad atribuible al alcohol correspondientes a 2019.

³ OCDE (2021). Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París (<https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>), consultado el 9 de diciembre de 2021.

estimaciones disponibles de la OMS indican que en 2019 este consumo se redujo hasta los 5,8 litros, es decir, se registró una reducción relativa cercana al 5% en todo el mundo con respecto a 2010. Los mayores niveles de consumo per cápita se observaron en los países de la Región de Europa.¹ Este consumo aumentó en las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental (3,4 y 4,3 litros). Todavía se siguen estudiando las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en los niveles y los patrones de consumo de alcohol y en los consiguientes daños que causa en todo el mundo.

4. Entre 2010 y 2019, el número de consumidores de bebidas alcohólicas descendió en todas las regiones de la OMS. En 2019 había tres Regiones de la OMS —las Américas, Europa y el Pacífico Occidental— en las que más de la mitad de la población las consumía. La prevalencia normalizada por edades del consumo masivo ocasional de alcohol (definida como la ingesta de 60 gramos de alcohol puro o más al menos una vez en un mismo mes) disminuyó en todo el mundo desde un 20,6% en 2010 hasta un 18,5% y un 18,0% de la población total, respectivamente, en 2016 y 2019, pero siguió siendo elevada entre los consumidores de alcohol, especialmente en zonas de Europa oriental y en algunos países del África subsahariana (donde superaba el 60% entre los consumidores actuales). En todas las regiones de la OMS, las tasas de consumo de alcohol y de prevalencia de bebedores actuales se asocian a la riqueza económica de los países; con todo, la prevalencia de episodios de consumo masivo de alcohol se distribuye equitativamente entre los países de ingresos altos y los de ingresos bajos en la mayoría de las regiones. Las dos excepciones a esta tendencia son la Región de África, donde la prevalencia del consumo ocasional masivo es mayor en los países de menores ingresos que en los de ingresos altos, y la Región de Europa, donde, por el contrario, dicha prevalencia es más frecuente en los países con ingresos más altos.²

5. En general, a pesar de ciertas tendencias positivas a la baja en el consumo de alcohol en algunos segmentos de la población, las tasas normalizadas por edades de defunciones y AVAD atribuibles al alcohol y los progresos realizados en relación con las políticas nacionales sobre la materia, la aplicación de la Estrategia Mundial no ha servido para reducir de forma considerable la morbilidad y mortalidad relacionadas con dicho consumo ni sus consecuencias sociales. A nivel mundial, los niveles de consumo de alcohol y daños atribuibles a este siguen siendo inaceptablemente altos.

6. En su 146.^a reunión, el Consejo Ejecutivo de la OMS examinó el informe del Director General sobre la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,³ y, en particular, su anexo 3 titulado «Aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol en el primer decenio desde su aprobación, así como sobre las próximas etapas», así como el informe sobre las conclusiones del proceso de consultas sobre la aplicación de la Estrategia Mundial y sobre las próximas etapas.⁴ En su decisión EB146(14), el Consejo pidió al Director General de la OMS que, entre otras cosas, elaborase «un plan de acción (2022-2030) con el fin de aplicar eficazmente la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol como prioridad de salud pública, en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, para su examen por la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 150.^a reunión en 2022». En esa misma decisión, el Consejo pidió también al Director General que elaborase «un informe técnico sobre el uso nocivo del alcohol en relación con la comercialización, la publicidad y las actividades de promoción transfronterizas del alcohol, incluidas las dirigidas a los

¹ World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

² Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>), consultado el 25 de noviembre de 2021. Véase también: Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

³ Documento EB146/7.

⁴ Documento EB146/7 Add.1.

jóvenes y adolescentes, antes de la 150.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que podría contribuir a la elaboración del plan de acción» y que asignase «recursos adecuados a la labor sobre el uso nocivo del alcohol»;

7. La Secretaría de la OMS elaboró el proyecto de plan de acción que se le había solicitado (véase el apéndice)¹ mediante la ejecución de las siguientes actividades:

- la redacción de un primer proyecto de documento de trabajo en el que se proponen los componentes y elementos esenciales (abril y junio de 2020);
- una reunión con expertos técnicos para tratar acerca del primer proyecto de documento de trabajo para la elaboración de un plan de acción y del contenido del informe técnico sobre el uso nocivo del alcohol en relación con las actividades transfronterizas de comercialización, publicidad y promoción del alcohol (del 10 al 12 de junio de 2020);
- la finalización del documento de trabajo y su traducción a los seis idiomas oficiales de la OMS, seguida de una consulta en línea con los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros agentes no estatales y organizaciones internacionales (del 16 de noviembre al 13 de diciembre de 2020);
- consultas técnicas a escala regional con los Estados Miembros en torno al documento de trabajo para la elaboración del plan de acción (2022–2030) en:
 - la Región del Mediterráneo Oriental (23 de febrero de 2021);
 - la Región de Asia Sudoriental (10 y 11 de marzo de 2021);
 - la Región de las Américas (16 y 17 de marzo de 2021);
 - la Región de Europa (25 y 26 de marzo de 2021);
 - la Región de África (31 de marzo y 1 de abril de 2021); y
 - la Región del Pacífico Occidental (por correspondencia) (marzo y abril de 2021);
- la elaboración del primer proyecto de plan de acción a partir de las aportaciones al documento de trabajo recibidas durante las consultas regionales (abril y junio de 2021) y traducción del primer proyecto a los seis idiomas oficiales de la OMS;
- debates sobre el primer proyecto con representantes de organizaciones de la sociedad civil, coordinadores técnicos de los Estados Miembros y representantes de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y del mundo académico en el Tercer Foro de la OMS sobre alcohol, drogas y comportamientos adictivos (25 de junio de 2021);
- un diálogo con los agentes económicos del ámbito de la producción y el comercio de bebidas alcohólicas sobre las medidas propuestas para ellos en el primer proyecto de plan de acción (29 de junio de 2021);

¹ Véase el documento EB150/7 Add.1.

- una consulta en línea sobre el primer proyecto de plan de acción con los Estados Miembros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros agentes no estatales y organizaciones internacionales (del 27 de julio al 3 de septiembre de 2021);
- consultas informales con los Estados Miembros sobre el primer proyecto de plan de acción (31 de agosto de 2021);
- la elaboración del segundo proyecto de plan de acción y consultas informales al respecto con los Estados Miembros (8 de octubre de 2021); y
- la finalización del proyecto de plan de acción, teniendo en cuenta las aportaciones de los Estados Miembros al segundo proyecto antes y después de las consultas informales celebradas el 8 de octubre de 2021.

ANEXO 9

**PROYECTO DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN
Y EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD A LO LARGO DEL CURSO
DE LA VIDA, Y EN PARTICULAR LA CONSIDERACIÓN DE
UN POSIBLE ESTABLECIMIENTO DE METAS AL RESPECTO****ANÁLISIS FUNDAMENTAL DE LA OBESIDAD**

1. La obesidad es una compleja enfermedad multifactorial que se define por una adiposidad excesiva que puede perjudicar la salud.¹ Es también uno de los principales factores de riesgo de muchas ENT, como la cardiopatía coronaria; la hipertensión y el accidente cerebrovascular; determinados tipos de cáncer; la diabetes de tipo 2; la colecistopatía; la dislipidemia; afecciones osteomusculares, como la artrosis; la gota; y las neumopatías, incluida la apnea del sueño. La obesidad es el factor de riesgo modificable más importante de la diabetes de tipo 2. Además, las personas con obesidad experimentan a menudo problemas de salud mental junto con diferentes grados de limitaciones funcionales, es decir, discapacidades relacionadas con la obesidad,² y sufren sesgos, prejuicios y discriminación social.³ La obesidad tiene una serie de impulsores y determinantes fundamentales, como la genética, la biología, el acceso a la atención de salud, la salud mental, la alimentación, la educación, los factores socioculturales, la economía, el medio ambiente y los intereses comerciales, entre otros.

2. El índice de masa corporal (IMC) es un marcador de la adiposidad que se calcula como peso dividido por estatura en metros cuadrados (kg/m^2) y se utiliza para la vigilancia poblacional de la obesidad. Las categorías del IMC para definir la obesidad varían según la edad y el sexo en lactantes, niños y adolescentes. En el caso de los adultos, la obesidad se define por un IMC mayor o igual a $30,00 \text{ kg}/\text{m}^2$. Un IMC comprendido entre $25,00$ y $29,99 \text{ kg}/\text{m}^2$ también se asocia a un mayor riesgo de enfermedad y se denomina preobesidad. Este espectro continuo de riesgo se reconoce al considerar el sobrepeso, que afecta a los adultos con un IMC superior a $25,00 \text{ kg}/\text{m}^2$. En el caso de los niños de 5 a 19 años de edad, la obesidad se define por un IMC para la edad de más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana de la referencia de crecimiento de la OMS. En el caso de los niños menores de 5 años, se utiliza como indicador el sobrepeso, que se define como un peso para la estatura de más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

¹ CIE-11 Código 5B81.

² ICF-OB: a multidisciplinary questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health to address disability in obesity. *Eur J Physical Rehab Med.* 2018; 54(1):119-21. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04836-5.

³ Obesity: preventing and managing the global epidemic. report of a who consultation. serie de informes técnicos de la Organización Mundial de la Salud, 2000; 894:I–XII, 1–253.

3. A nivel mundial, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad y el número de personas afectadas han aumentado en todos los grupos de edad y seguirán aumentando durante el próximo decenio.¹

	2000	2020	2030
Niños menores de 5 años con sobrepeso	33,3 millones	38,9 millones	39,8 millones
Niños de 5 a 19 años de edad con obesidad	52,3 millones	150 millones	254 millones
Adultos con sobrepeso	1200 millones	1900 millones	PD ²
Adultos con obesidad	300 millones	600 millones	PD

4. Las siguientes tendencias alarmantes están saliendo a la luz:

- Casi la mitad de los niños menores de 5 años afectados por sobrepeso viven en Asia y más de una cuarta parte vive en África.
- En 2016 la prevalencia de la obesidad entre los niños de 5 a 19 años era de un 20% o más en varios países del Pacífico, el Mediterráneo Oriental, el Caribe y las Américas.³ En el plano mundial el número de niños y adolescentes obesos se ha triplicado de 2000 a 2020.
- Entre los adultos, las tasas de obesidad crecen más rápidamente en los países de ingresos medianos, sobre todo en Asia Sudoriental y África. En el plano mundial se prevé que uno de cada cinco adultos tenga obesidad en 2025, y todos los países están lejos de alcanzar las metas para detener la obesidad marcadas para ese año.
- La mayor parte de la población mundial vive en países en los que el sobrepeso y la obesidad tienen mayores efectos en la carga de morbilidad que la insuficiencia ponderal.⁴

¹ Las estimaciones para los menores de 5 años pueden consultarse en las Estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil UNICEF-OMS-Banco Mundial para 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/joint-child-malnutrition-estimates-unicef-who-wb>), consultado el 1 de diciembre de 2021. Las previsiones inéditas para 2030 elaboradas por el Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos de la OMS están actualizándose. Se incluirán en la próxima versión del documento sobre las estimaciones para los niños de 5 a 19 años ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-))), consultado el 1 de diciembre de 2021. Las previsiones inéditas para 2030 proceden del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento. Véase también la página sobre prevalencia de la obesidad entre adultos, IMC \geq 30 (estimación bruta) (%) ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-(crude-estimate)-(-))), consultado el 1 de diciembre de 2021. Las previsiones para 2030 todavía no están disponibles.

² Las estimaciones están elaborándose en estos momentos.

³ NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *the Lancet* 2017;390(10113):2627–2642. doi: 10.1016/s0140-6736(17)32129-3.

⁴ Prevalence of Obesity. World Obesity (<https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

5. El sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia están asociados a consecuencias adversas para la salud y a una mayor morbilidad en etapas posteriores de la vida. La prevención y el control del exceso de adiposidad en los niños y adolescentes es importante por numerosos motivos. La pérdida de peso y el mantenimiento del peso después de una pérdida son difíciles de conseguir,¹ por lo que es probable que un exceso de peso en la infancia y la adolescencia se convierta en sobrepeso y obesidad en la edad adulta.²

- El sobrepeso en la infancia y la adolescencia puede afectar de forma inmediata a la salud de los niños y adolescentes, y está asociado a un mayor riesgo de contraer ENT y a una aparición más temprana de estas enfermedades, como la diabetes de tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares.^{3,4,5,6}
- La obesidad en la infancia y la adolescencia tiene consecuencias psicosociales adversas; afecta al rendimiento escolar y a la calidad de vida, a lo que se añaden la estigmatización, la discriminación y la intimidación.^{7,8}
- Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y además corren un mayor riesgo de que se manifiesten ENT siendo ya adultos.

6. El sobrepeso y la obesidad en la edad adulta, en particular en la población mayor, están asociados a una mayor mortalidad por todas las causas. Las personas con obesidad también corren un riesgo cuatro veces mayor de contraer una COVID-19 grave que las personas sin obesidad.⁹

7. Las personas con obesidad suelen ser objeto de estigmatización y sesgos, incluso entre los profesionales de la atención de salud, lo que puede repercutir en el acceso y la calidad de la atención y el tratamiento recibido.¹⁰ El sobrepeso y la obesidad también menoscaban el nivel de instrucción que puede

¹ MacLean P, Higgins J, Giles E, Sherk V, Jackman M. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obes Rev.* 2015;16 Suppl 1 (Suppl 1):45–54. doi: 10.1111/obr.12255.

² Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008;9(5):474–488. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x.

³ Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med.* 1992; 327(19):1350–1355. doi: 10.1056/NEJM199211053271904.

⁴ Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU, De Courten, M, Stevenson C, Walls HL, et al. The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality. *Int J Epidemiol.* 2011; 40(4):985–996. doi: 10.1093/ije/dyr018.

⁵ Park M, Falconer C, Viner R, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obes Rev.* 2012;13(11):985–1000. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01015.x.

⁶ Palma Dos Reis CR, et al. The fetal origins of disease: a prospective cohort study on the association of preeclampsia and childhood obesity. *J Dev Orig Health Dis.* 2021;1–7.

⁷ Caird J, Kavanagh J, O'Mara-Eves A. Does being overweight impede academic attainment? A systematic review. *Health Educ J.* 2014;73:497–521.

⁸ Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev.* 2017; 18(7):742–754. doi: 10.1111/obr.12535.

⁹ Cai Z, Yang Y and Zhang J. Obesity is associated with severe disease and mortality in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *BMC Public Health* 2021; 21(1):1505. doi: 10.1186/s12889-021-11546-6.

¹⁰ Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. doi: 10.1111/obr.12266.

alcanzar una persona y su acceso al mercado laboral e imponen una pesada carga sobre los sistemas de atención de salud, la familia, los empleadores y la sociedad en su conjunto.^{1,2,3}

8. Los costos de la obesidad y de las enfermedades conexas están aumentando. Se calcula que en el plano mundial el costo total para los sistemas de atención de salud del IMC excesivo que prevalece actualmente asciende a US\$ 990 000 millones al año, lo que representa más del 13% de todo el gasto en atención de salud.⁴ La obesidad también genera costos indirectos, como el deterioro de la productividad, años de vida perdidos y peor calidad de vida. En la actualidad, se calcula que los costos directos e indirectos combinados de la obesidad en la atención de salud ascienden aproximadamente a un 3,3% del PIB total en los países de la OCDE.⁵

9. En los países de ingreso alto con epidemias de obesidad declaradas, la prevalencia es mayor en los grupos de bajo nivel socioeconómico. En los países de ingreso bajo, la prevalencia de la obesidad es generalmente más alta en los grupos urbanos de alto nivel socioeconómico, pero puede expandirse posteriormente a sectores más amplios de la sociedad, tanto en zonas urbanas como rurales.⁶

LABOR REALIZADA ANTERIORMENTE POR LA OMS EN MATERIA DE OBESIDAD

10. En un informe de un proceso de consultas de expertos de 1997 se llegó a la conclusión de que las causas fundamentales de la epidemia de obesidad en todo el mundo eran los modos de vida sedentarios y las dietas de alto contenido calórico y grasas, en ambos casos debido a los cambios que se producen en la sociedad y en las pautas de comportamiento de las comunidades como consecuencia de una creciente urbanización e industrialización y de la desaparición de los estilos de vida tradicionales. En el informe se recomendaba: *a)* el uso de enfoques de salud pública para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en las poblaciones, a saber, la mejora de los conocimientos y las aptitudes de la comunidad y la reducción de la exposición de la población a un entorno que promueva la obesidad; y *b)* la adopción de un enfoque integrado de los servicios de atención de salud en entornos comunitarios para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en las personas en situación de riesgo.

11. En el informe de un proceso de consultas de expertos de 2002 se destacó la importancia de: *a)* promover la lactancia materna exclusiva y garantizar la ingesta adecuada de micronutrientes necesaria para promover el crecimiento lineal óptimo de los lactantes y los niños pequeños, y *b)* restringir la ingesta de alimentos de alto contenido calórico y bajo contenido en micronutrientes (por ejemplo, los aperitivos envasados), restringir la ingesta de bebidas azucaradas, limitar el tiempo dedicado a ver la televisión y promover un estilo de vida activo en los niños y los adolescentes, entre otras intervenciones. Además, en el informe también se destacaban otras medidas, como limitar la exposición de los niños a prácticas de comercialización intensivas, proporcionar la información y los conocimientos necesarios para elegir alimentos saludables, modificar el entorno para mejorar la actividad física en las escuelas y las

¹ Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol.* 2008;23:499–509. doi: 10.1007/s10654-008-9239-1.

² Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil. Ginebra, OMS, 2016.

³ Shekar M, Popkin B, eds. 2020. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Human Development Perspectives series. Washington D.C., Banco Mundial. doi:10.1596/978-1-4648-1491-4.

⁴ Calculating the costs of the consequences of obesity. Federación Mundial de la Obesidad, 2017.

⁵ The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Health Policy Studies. París, OCDE, 2019.

⁶ Pampel FC, Denney JT, Krueger PM. Obesity, SES, and economic development: a test of the reversal hypothesis. *Soc Sci Med.* 2012;74(7):1073-1081. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.028.

comunidades, y crear más oportunidades de interacción familiar (por ejemplo, comer en familia). En el informe se indicaba que, en los países en que la desnutrición era prevalente, los programas de nutrición concebidos para controlar o prevenir la desnutrición debían evaluar la estatura en combinación con el peso con el fin de evitar aportar un exceso de energía a los niños de bajo peso para la edad, pero de peso normal para la estatura. Estas recomendaciones se recogieron en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.¹ A raíz de la publicación del informe de 2002, han surgido pruebas adicionales sobre los complejos factores que impulsan la obesidad, incluida su función en la salud materna y fetal, la función de la salud mental, el sueño y otros factores que influyen en el riesgo de obesidad, y los efectos de los cambios metabólicos en la pérdida de peso sostenida, así como la evolución de algunas opciones terapéuticas clínicas.

12. En el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, adoptado en 2012, se estableció la meta mundial de lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez hasta 2025. Entre las principales intervenciones para reducir el riesgo de aumento de peso no saludable en la niñez cabe mencionar las siguientes: 1) abordar la exposición en etapas tempranas de la vida para mejorar el estado nutricional y los patrones de crecimiento; 2) mejorar la comprensión de la comunidad y las normas sociales; 3) abordar la exposición de los niños a la comercialización de alimentos; 4) influir en el sistema y entorno alimentarios; y 5) mejorar la nutrición en los barrios.

13. En el informe de 2016 de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil se elaboró un conjunto exhaustivo e integrado de recomendaciones para combatir la obesidad infantil, entre las que cabe mencionar: 1) aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos saludables y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños y adolescentes; 2) aplicar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan los comportamientos sedentarios en niños y adolescentes; 3) integrar y fortalecer las orientaciones para la prevención de las ENT con las pautas actuales para la atención pregestacional y prenatal a fin de reducir el riesgo de obesidad infantil; 4) ofrecer orientaciones y apoyo al establecimiento de una alimentación sana y de pautas de sueño y de actividad física durante la primera infancia a fin de que los niños crezcan de forma adecuada y adquieran hábitos saludables; 5) aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud y nutrición y actividad física en niños y adolescentes en edad escolar; y 6) ofrecer a niños y jóvenes con obesidad servicios para el control del peso corporal que reúnan diversos componentes y se centren en la familia y en la modificación del estilo de vida.

14. Esta labor, junto con las numerosas experiencias nacionales acumuladas en los dos últimos decenios, proporciona la base para los siguientes principios y recomendaciones. Se sigue trabajando para ampliar la base probatoria y elaborar otros enfoques de políticas y modelos de prestación de servicios.

PRINCIPIOS GENERALES

15. La prevención y el tratamiento de la obesidad requieren entornos saludables, favorables y propicios que fomenten el consumo de una alimentación sana y equilibrada en su aportación calórica y niveles de actividad física adecuados y que favorezcan la salud mental. En la Directriz de la OMS sobre la ingesta de azúcares para adultos y niños² se recomienda un nivel de consumo de azúcares libres inferior al 10% de la energía total, y de ser posible inferior al 5%. En las directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios en niños y adolescentes, adultos y adultos mayores se recomienda que los niños y adolescentes realicen al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad

¹ Véase la resolución WHA57.17.

² *Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Resumen disponible en español.

moderada a vigorosa a lo largo de la semana y que los adultos realicen al menos entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada; o bien al menos entre 75 y 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa; o bien una combinación equivalente de actividades de intensidad moderada y vigorosa a lo largo de la semana. En la población mayor puede que sea necesario adaptar la actividad física recomendada.

16. Las medidas de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad deben adoptar enfoques sistémicos a partir de esferas o acciones específicas, entre las que cabe mencionar:

- un enfoque que implique a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad;
- un enfoque basado en el curso de la vida, en el que los esfuerzos de prevención primaria probablemente tengan efectos óptimos si comienzan a realizarse en la primera infancia con la participación de los padres;¹
- servicios de salud integrados que ofrezcan continuidad asistencial, como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión.

17. Las instancias normativas deben velar por que las políticas de género tengan efecto a lo largo del curso de la vida, en todos los grupos socioeconómicos y en las poblaciones vulnerables. También deberían tenerse en consideración los determinantes medioambientales, sociales y comerciales del sobrepeso y la obesidad. Un enfoque basado en los derechos humanos es importante tanto para reforzar el fundamento lógico de la acción como para orientar las decisiones en materia de políticas.

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LOS GOBIERNOS

18. Aplicar enfoques, medidas y estrategias multisectoriales y que integren la salud en todas las políticas en los diferentes niveles de la cadena causal de la obesidad, ya que la prevención y el tratamiento de la obesidad solo pueden lograrse influyendo simultáneamente en las políticas públicas en múltiples ámbitos. Dichas políticas públicas deben abordar la salud, los sistemas alimentarios, la protección social, el entorno construido y la actividad física, la economía y el comercio, la alfabetización y educación para la salud, entre otros temas. También deberían elaborarse planes de acción nacionales integrales y de base científica para la prevención y el tratamiento de la obesidad en todos los grupos de edad y de población.

Salud

19. Ofrecer continuidad asistencial mediante la puesta en marcha de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y manejo de la obesidad, como componentes del plan nacional de CSU.

20. Incluir la prevención y el tratamiento de la obesidad en el conjunto de medidas de atención primaria. Los planes de prestaciones de atención de salud deberían incluir la cobertura de una serie de servicios para la prevención y el tratamiento de la obesidad con el fin de evitar que las poblaciones afectadas y sus familias realicen pagos directos.

¹ Wilkinson TM. Obesity, equity and choice. *J Med Ethics*. 2019 May;45(5):323–328. doi: 10.1136/medethics-2018-104848.

21. Prestar asesoramiento en materia de alimentación, peso y lactancia tanto para la madre como el niño en el marco de la atención prenatal y posnatal, junto con asesoramiento sobre actividad física y abandono del tabaco, y medir el aumento de peso durante la gestación. Promover, proteger y sostener la lactancia materna, así como la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones de seguimiento, y aplicar la Iniciativa «Hospitales amigos del niño».
22. Aplicar las directrices de la OMS para prestar apoyo a los trabajadores de la atención primaria de salud en la prevención, detección y tratamiento del sobrepeso o la obesidad infantil¹ en el contexto de las prioridades nacionales. Entre las medidas específicas se incluyen las siguientes:
- a) Medir el peso y la estatura de todos los lactantes y niños menores de 5 años que acudan a los establecimientos de atención primaria de salud con el fin de determinar su peso para la estatura y su estado nutricional de conformidad con los patrones de crecimiento infantil de la OMS.^{2,3} Comparar el peso de un niño con los patrones de su longitud/estatura es una forma eficaz de evaluar tanto la emaciación como el sobrepeso.
 - b) Prestar asesoramiento a los padres, familiares y cuidadores sobre promoción de la salud, concretamente sobre alimentación sana y actividad física, en particular promoviendo y apoyando la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses después del nacimiento y la continuación de la lactancia materna hasta los 24 meses o más después del nacimiento,⁴ y vincular dicho apoyo con un plan de nutrición adecuado.
 - c) Elaborar un plan multidisciplinario para el tratamiento de los niños con obesidad a través de un enfoque centrado en la familia. Esta tarea puede correr a cargo de un profesional de la atención de salud a nivel de la atención primaria de salud y/o a nivel comunitario si está adecuadamente capacitado, o realizarse en un dispensario u hospital local de derivación.
23. Velar por que las actividades de promoción de la salud, incluidos el seguimiento y el control del peso, se ofrezcan de forma equitativa y se presten progresivamente a personas de todas las edades, en particular en el marco de la CSU, y que las personas con obesidad tengan acceso a profesionales de la atención de salud capacitados, servicios de medición del peso y cribado, nutrición sana, actividad física, apoyo psicológico, asesoramiento, farmacoterapia y cirugía.
24. Integrar la prevención y el tratamiento de la obesidad en equipos clínicos multidisciplinarios para que las personas con obesidad reciban apoyo y tratamiento adecuados, en particular para las comorbilidades y las coafecciones (salud mental y discapacidad) de la obesidad. Promover y ofrecer acceso equitativo a una atención de calidad.

¹ Guideline: assessing and managing children at primary health facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Updates for the integrated management of childhood illness (IMCI). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

² Patrones de crecimiento infantil de la OMS para niños menores de 5 años.

³ Referencia de crecimiento infantil de la OMS para niños entre 5 y 19 años de edad.

⁴ Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

25. Garantizar un número suficiente de profesionales de la atención de salud debidamente capacitados en la prevención y el tratamiento de la obesidad a través de formación anterior y posterior al empleo.

Sistemas alimentarios

26. Mejorar la accesibilidad y asequibilidad de una alimentación saludable para toda la población mediante la adopción de las siguientes medidas.

a) Formular una política agrícola más coherente y propicia para fortalecer sistemas alimentarios sostenibles que proporcionen una alimentación inocua y saludable, con menos calorías diarias procedentes de grasas y azúcares, y un mayor número de raciones diarias de cereales integrales, leguminosas, frutos secos, verduras y frutas.¹ Ello incluye alentar a los fabricantes de alimentos a que sustituyan y/o reformulen sus productos.

b) Influir en el entorno alimentario (incluidos los entornos digitales)² mediante políticas fiscales y de precios (tributación e incentivos) que impulsen el consumo de cereales integrales, leguminosas, frutos secos, verduras y frutas, y reduzcan la demanda de productos con un contenido alto de grasas, azúcares y sal/sodio.

c) Regular la comercialización de los alimentos y bebidas con un alto contenido en grasas, azúcares y sal/sodio, así como la comercialización de sucedáneos de la leche materna y de leche de continuación para lactantes mayores, incluida la comercialización digital.

d) Establecer un etiquetado nutricional para ayudar a los consumidores a comprender el contenido de nutrientes de los alimentos, en particular mediante información de fácil comprensión en el punto de elección (por ejemplo, mediante el etiquetado nutricional en la parte delantera del envase o el etiquetado de los menús).

e) Formular políticas públicas de adquisición y servicios de alimentos que apoyen la adquisición, distribución, venta y/o los servicios de alimentos que respalden una alimentación saludable en las escuelas y otras instituciones públicas, como oficinas gubernamentales, guarderías infantiles, hogares de ancianos, hospitales, centros de salud, centros comunitarios, bases militares y establecimientos penitenciarios.³

Protección y bienestar social

27. Diseñar programas de protección social para la producción de alimentos sanos y sostenibles (incluidas transferencias de efectivo) que faciliten el acceso a una alimentación saludable y promuevan la sostenibilidad y la equidad socioeconómica. Dichos programas también pueden contribuir a reducir los desequilibrios entre los sistemas alimentarios al vincular a los pequeños productores agroecológicos y a los operadores de los sistemas alimentarios con los programas, y de ese modo promover un sistema virtuoso y equitativo entre los beneficiarios y los proveedores.

¹ Obesidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1), consultado el 1 de diciembre de 2021.

² Digital food environments. Factsheet. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.

³ Raine KD, Atkey K, Dana L, Ferdinands A, Beaulieu D, Buhler S, et al. Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2018; 38(1): 6–17. doi: 10.24095/hpcdp.38.1.03.

Entorno construido y actividad física

28. Hacer partícipes a los gobiernos municipales para que faciliten el acceso a una alimentación saludable, por ejemplo, mediante el establecimiento de mercados de alimentos frescos y a través de políticas de zonificación, y para que promuevan la actividad física, por ejemplo, a través de la movilidad activa. La mayoría de la población mundial vive en entornos en los que domina la proliferación de alimentos baratos y de alta densidad energética que están ampliamente disponibles, mientras que las oportunidades de realizar actividad física son escasas, lo que provoca un aumento de peso excesivo.

29. Adoptar y aplicar las directrices y las recomendaciones normativas de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Las directrices de la OMS proporcionan información detallada sobre el nivel de actividad física que deben realizar los diferentes grupos de edad y grupos de población específicos para gozar de buena salud.

30. Aplicar las medidas de política recomendadas que se describen en el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Actividad Física 2018-2030, en el que se formulan recomendaciones sobre la manera en que los países pueden: 1) establecer normas y actitudes sociales positivas mediante la mejora del conocimiento de los múltiples beneficios que entraña una actividad física regular, en función de la capacidad, a lo largo del curso de la vida; 2) crear medios favorables que promuevan y salvaguarden los derechos de todas las personas a tener un acceso equitativo a lugares y espacios seguros en sus ciudades y comunidades en los que puedan realizar una actividad física regular; 3) garantizar programas y servicios adecuados y apropiados en todos los entornos clave que respalden a las personas de todas las edades y capacidades para que realicen una actividad física regular, bien en solitario o con sus familias y comunidades; 4) reforzar la gobernanza, los sistemas de datos y las inversiones para la aplicación de medidas internacionales, nacionales y subnacionales eficaces y coordinadas con el fin de aumentar la actividad física y reducir los comportamientos sedentarios.

Alfabetización y educación para la salud

31. Elaborar, adaptar y aplicar directrices dietéticas basadas en los alimentos que son, entre otras cosas, herramientas para promover hábitos deseables de consumo de alimentos y mejorar el bienestar nutricional. Las directrices dietéticas basadas en los alimentos trasladan las orientaciones científicas sobre la relación entre la alimentación, la nutrición y la salud a orientaciones y mensajes basados en los alimentos que tienen en cuenta los contextos nacionales, los grupos vulnerables, el estado nutricional de las poblaciones, la disponibilidad de alimentos, los hábitos alimentarios y los contextos culturales. Esas directrices sirven también de instrumentos para la aplicación de políticas y programas nacionales de nutrición y proporcionan orientaciones para la formulación de políticas alimentarias y agrícolas.¹

32. Poner en marcha campañas para la promoción de una alimentación saludable y actividad física a fin de complementar otras medidas que configuren el entorno alimentario y orienten el estilo de vida de las personas,² como uno de los componentes de la respuesta a la epidemia de obesidad, recopilando apreciaciones comportamentales y culturales procedentes de las ciencias sociales y las humanidades en relación con la salud para contribuir a elaborar medidas que propicien cambios de comportamiento, como programas para mejorar las habilidades culinarias.

¹ Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A Global Review of FoodBased Dietary Guidelines. *Adv Nutr.* 2019;10(4):590–605. doi: 10.1093/advances/nmy130.

² Apéndice 3 actualizado del PAM-ENT. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

Seguimiento y evaluación

33. Establecer sistemas de vigilancia, en particular para hacer seguimiento del peso, la estatura, la ingesta alimentaria y los niveles de actividad física de las personas de todos los grupos de edad.
34. Hacer seguimiento y evaluación de la aplicación de las políticas y programas en diferentes sectores, en particular para evaluar el acceso a cuidados e intervenciones clínicas de calidad, la capacidad de los trabajadores de la salud, la disponibilidad de alimentos saludables y los efectos de las medidas adoptadas para la reducción de la obesidad a lo largo del curso de la vida.

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA OTROS ACTORES SOCIALES

Sociedad civil

35. Alentar a los gobiernos a que elaboren respuestas nacionales ambiciosas con el fin de incrementar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de alimentos saludables; promover la introducción de una alimentación saludable y de actividad física; y apoyar la aplicación y evaluar los progresos de las políticas conexas.
36. Garantizar que se da resonancia a las voces de las personas con obesidad o afectadas por ella, y crear conciencia sobre esas personas.
37. Movilizar a la población para aumentar la demanda popular de políticas de prevención de la obesidad, lo que incluye el perfeccionamiento y la racionalización de la información pública; el establecimiento de marcos sobre la obesidad eficaces para cada población; el fortalecimiento de la promoción en los medios de comunicación; la promoción de manifestaciones de los ciudadanos y de su participación; y el fomento de un entorno político receptivo con agentes favorables al cambio integrados en todas las organizaciones y sectores.

Comunidad académica

38. Consolidar y ampliar la base de pruebas científicas sobre las causas, los determinantes y las consecuencias de la obesidad, así como sobre las respuestas a nivel individual, comunitario y social.
39. Formular y aplicar programas de evaluación de políticas para valorar los efectos, la viabilidad y la adaptación a escala de intervenciones recomendadas junto con análisis de costo-eficacia.

Operadores económicos del sistema alimentario

40. Garantizar el acceso a una alimentación saludable, desde la producción hasta la distribución y la promoción. Los fabricantes deberían reformular sus productos, en particular los destinados a los niños (para reducir el contenido de sal y de azúcar), y reducir el tamaño de las porciones. Todas las empresas pueden ofrecer una alimentación saludable en los comedores de sus locales. Las cadenas de distribución de alimentos podrían facilitar el acceso a productos frescos, en particular frutas y verduras, y apoyar su promoción mediante una publicidad adecuada por emplazamiento. Las empresas de restauración pueden adoptar medidas para alinear sus ofertas con las directrices dietéticas nacionales basadas en los alimentos.

Operadores económicos de las industrias del deporte, el ejercicio físico y las actividades recreativas

41. Reforzar la promoción y la oferta de actividad física en el lugar de trabajo, mejorar el acceso a gimnasios, clubes y centros recreativos, así como su asequibilidad, promover las tecnologías posibles y apoyar el fortalecimiento de la oferta de educación física y deportes escolares para todos los niños.¹

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LA OMS

Elaboración de orientaciones e instrumentos

42. Ampliar la orientación que se ofrece a los profesionales de la atención de salud en materia de prevención y tratamiento de la obesidad en todos los grupos de edad, incluidas las intervenciones breves.

43. Trasladar las orientaciones normativas y técnicas a manuales e instrumentos operacionales y enfoques integrados que los Estados Miembros puedan adoptar.

44. Abogar por la aplicación universal de las orientaciones de la OMS sobre una alimentación saludable y de las políticas destinadas a configurar el entorno alimentario para que todas las personas tengan acceso a los servicios de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en todos los grupos de edad, y en particular las poblaciones vulnerables y desplazadas.

45. Documentar y difundir las buenas prácticas adoptadas por los gobiernos en la respuesta a la prevención y tratamiento de la obesidad.

46. Hacer partícipes a otros organismos de las Naciones Unidas con mandatos comunes en este ámbito, como UNICEF y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Fomento de la capacidad de los prestadores de servicios

47. Contribuir a aumentar el número de profesionales de la atención de salud capacitados en materia de nutrición y garantizar la calidad de sus competencias y de los servicios que prestan. La mayoría de los profesionales de la atención de salud no están adecuadamente capacitados para tratar cuestiones relacionadas con la alimentación, la actividad física y la nutrición, en particular la prevención y tratamiento de la obesidad, lo que influye en la calidad de la atención de las poblaciones afectadas y sus familiares y/o los cuidadores. La capacitación en nutrición y en la prevención y tratamiento de la obesidad no es un requisito obligatorio en los programas de estudios de las facultades de medicina, de enfermería y de otras escuelas profesionales en muchos países.² Un aumento en el número de profesionales de la atención de salud que han recibido capacitación en la prevención y tratamiento de la obesidad, en particular en la formación anterior al empleo, mejorará el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios prestados a las personas con obesidad.

¹ Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *The Lancet*. 2015;385(9985):2422–31. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61743-8.

² Kris-Etherton PM, Akaba SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, et al. Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm. *Adv Nutr*. 2015;6(1):83–7. doi: 10.3945/an.114.006734.

Diálogo normativo y apoyo a la aplicación

48. Participar en diálogos estratégicos y normativos con los ministerios de salud, argumentando en favor de la adopción de medidas y del uso de instrumentos normativos fundamentados en pruebas y costoeficaces de la manera más adecuada al contexto del país. La OMS centrará sus esfuerzos y recursos en una serie de países prioritarios con una elevada carga de sobrepeso y obesidad, y que demuestren estar dispuestos a actuar.

49. Supervisar la adopción de políticas y sus efectos y apoyar su aplicación en los países.

METAS PROPUESTAS

Metas de resultados

50. La Asamblea Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas han aprobado las siguientes metas e indicadores de resultados.

- a) Detener el aumento de la obesidad en los niños menores de 5 años,¹ los adolescentes y los adultos² para el año 2025 (utilizando el año 2010 como base de referencia).
- b) Poner fin a todas las formas de malnutrición para el año 2030 (utilizando el año 2015 como base de referencia).
- c) Conseguir un 3% o un porcentaje inferior en la prevalencia del sobrepeso en los niños menores de 5 años para 2030.

Metas de resultados intermedios

51. El establecimiento de metas de resultados intermedios y metas de proceso podría favorecer la ampliación de las medidas a escala. Las metas de resultados intermedios están vinculadas a medidas fundamentales en la ruta causal hacia la aparición de la obesidad. Las metas pueden estar relacionadas con la calidad de la alimentación y los niveles de actividad física. Entre las metas de resultados intermedios propuestas cabe mencionar las siguientes.

- a) Tanto en adultos como en niños, la OMS recomienda reducir la ingesta de azúcares libres a menos de un 10% de la ingesta calórica total. Esta meta se basa en una recomendación firme recogida en la directriz de la OMS sobre la ingesta de azúcares en adultos y niños publicada en 2015.³

¹ Véase la resolución WHA65.6, anexo 2.

² Véase el PAM-ENT.

³ *Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>), consultado el 1 de diciembre de 2021. Resumen disponible en español (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/154587>).

- b) Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo. Esta es una de las seis metas mundiales sobre nutrición aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud.¹
- c) Una reducción relativa del 15% en la prevalencia mundial de inactividad física en adultos y adolescentes antes de 2030.² La Asamblea Mundial de la Salud estableció esta meta en 2010 y la actualizó en el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Actividad Física 2018-2030.

Metas de proceso

52. Las metas de proceso están relacionadas con la presencia de políticas recomendadas por la OMS y la cobertura efectiva de servicios que podrían impulsar los cambios deseados en los resultados intermedios (alimentación y actividad física) y en los resultados finales (prevalencia de la obesidad). Entre las metas de proceso propuestas que deben alcanzarse antes del año 2030 se incluyen las siguientes:

- a) aumentar la cobertura de los servicios de atención primaria de salud para que incluyan la prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes;
- b) aumentar la densidad de profesionales de la nutrición hasta un nivel mínimo de 10 por 100 000 habitantes (justificación: indicador ya incluido en el Marco global de vigilancia en nutrición³ y notificado en el sistema de información sobre la situación general de la nutrición;⁴ base de referencia 2016-2017: 2,2 por 100 000 habitantes);
- c) fomentar la adopción de reglamentos para controlar la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (indicador recogido a través del examen de las políticas de nutrición a escala mundial⁵ y la encuesta sobre la capacidad de los países para hacer frente a las ENT;⁶ base de referencia: 47 países (base de datos mundial sobre la aplicación de medidas nutricionales));
- d) todos los países promueven campañas nacionales de comunicación y formación pública sobre actividad física (alineadas con el uso en el marco de seguimiento de los progresos sobre las ENT y las buenas opciones en materia de ENT recomendadas en 2018); y

¹ Véase la resolución WHA65.6, anexo 2.

² Utilizando el año 2016 como base de referencia.

³ Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025. OMS y UNICEF (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272262/9789243513607-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁴ Nutrition Landscape Information System: GNMF Profile (who.int)(NLiS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework>).

⁵ *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514873>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

⁶ NCD Country Capacity Survey. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdcs>), consultado el 1 de diciembre de 2021.

e) todos los países cuentan con un protocolo nacional para la evaluación y asesoramiento sobre la actividad física en la atención primaria (alineado con el uso en el marco de seguimiento de los progresos sobre las ENT y las buenas opciones en materia de ENT recomendadas en 2018).

ANEXO 10

PROYECTO DE PLAN DE TRABAJO PARA EL MECANISMO DE COORDINACIÓN MUNDIAL SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2022-2025

Mandato

1. Mediante la decisión WHA74(11) se prorroga el mandato¹ actual del GCM/NCD de la OMS hasta 2030 y se establece una evaluación intermedia en 2025.
2. Además, en la decisión WHA74(11) se pide al Director General que elabore, en consulta con los Estados Miembros y los agentes no estatales, un plan de trabajo para el GCM/NCD que se presentará a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del 150.^a reunión del Consejo Ejecutivo.
3. Como respuesta, la Secretaría de la OMS ha preparado un proyecto de plan de trabajo para el GCM/NCD y un proyecto de teoría del cambio y de modelo lógico asociados.² Mediante esos documentos se pretende:
 - seguir aplicando el GCM/NCD, con un enfoque más centrado en el desempeño de sus funciones y con objetivos claramente definidos e hitos prácticos y mensurables;
 - que la labor del GCM/NCD contribuya al logro de los objetivos establecidos en el PAM-ENT de la OMS,³ y
 - que el GCM/NCD lleve a cabo sus funciones integrándose en la labor en curso de la OMS sobre las ENT.

Proceso consultivo

4. El proceso de elaboración del proyecto de plan de trabajo y de la teoría del cambio y modelo lógico asociados ha sido amplio y ha necesitado de consultas con la OMS, Estados Miembros y agentes no estatales.²
5. El proceso culminó con las siguientes reuniones consultivas:
 - una reunión virtual de dos semanas sobre el borrador preliminar del plan de trabajo y el proyecto descriptivo de la teoría del cambio al que pudieron unirse Estados Miembros, organismos de las Naciones Unidas y agentes no estatales;

¹ Véase el documento A67/14 Add.1.

² Véase <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-gcm-ncd-workplan-2022-2025-consultation> (consultado el 1 de diciembre de 2021).

³ Aprobado en la resolución WHA66.10.

- una reunión virtual oficioso sobre el proyecto de plan de trabajo y el proyecto descriptivo de la teoría del cambio en el que participaron agentes no estatales del GCM/NCD;
- una reunión virtual oficioso sobre el proyecto de plan de trabajo y el proyecto descriptivo de la teoría del cambio con la participación de Estados Miembros, y
- debates y orientaciones adicionales de los coordinadores de la OMS relacionados con las ENT en la Sede, oficinas regionales y los países.

Alcance, finalidad y modalidades

6. El proyecto de plan de trabajo está organizado en torno a las esferas prioritarias de trabajo previstas para el GCM/NCD por los Estados Miembros en la decisión WHA74(11). Además, la orientación y las recomendaciones proporcionadas en las evaluaciones preliminares y finales^{1,2} del GCM/NCD y en la evaluación intermedia de la aplicación de la PAM-ENT³ de la OMS han servido de base para el proyecto de plan de trabajo y el proyecto de teoría del cambio y modelo lógico. Mediante las esferas prioritarias se logra un enfoque más centrado en la aplicación de las cinco funciones, en consonancia con el alcance y la finalidad del GCM/NCD, según lo dispuesto en su mandato, así como con los programas de la OMS relacionados con las ENT.

7. Los modelos de aplicación en todas las actividades del proyecto del plan de trabajo están diseñados para formalizar una colaboración más eficaz entre los participantes en el GCM/NCD, mejorar la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta del GCM/NCD a las necesidades de los Estados Miembros y mejorar los resultados en los países a fin de garantizar una aplicación de apoyo específica del PAM-ENT mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las asociaciones, con miras a acelerar la respuesta de los países para la prevención y el control de las ENT y reducir sus factores de riesgo.

8. Durante la aplicación del plan de trabajo, el GCM/NCD colaborará continuamente con partes interesadas pertinentes de toda la OMS, incluidas oficinas regionales y oficinas en los países, para fomentar una colaboración significativa entre la Organización, Estados Miembros y agentes no estatales, en la que se incluya a la sociedad civil, a las personas que viven con ENT o están afectadas por ellas, a entidades pertinentes del sector privado y al mundo académico. Las medidas de la ejecución servirán para hacer un seguimiento a lo largo del tiempo del progreso hacia los objetivos, y como base para una adaptación oportuna de estos.

9. Este proyecto de plan de trabajo y el proyecto de teoría del cambio y de modelo lógico asociados se perfeccionarán sobre la base de las aportaciones continuas de los Estados Miembros y del proceso de planificación estratégica en curso, y se verán reforzados por datos cualitativos y cuantitativos, estudios de casos y otras medidas de la ejecución.

¹ Véase el documento A71/14 Add.1.

² Véase el documento A74/10 Add.2.

³ Véase el documento A74/10 Add.1.

ESFERAS PRIORITARIAS, MEDIDAS Y MEDIDAS DE LA EJECUCIÓN

Esfera prioritaria 1

Eje operacional para el intercambio de conocimientos y la difusión de respuestas innovadoras de múltiples partes interesadas en los países, basándose en la concienciación y el fomento de ese intercambio entre los Estados Miembros y los agentes no estatales, y la generación conjunta, el fortalecimiento y la difusión de información basada en datos fidedignos, para respaldar a los gobiernos en la adopción de soluciones eficaces que incluyan a múltiples sectores y partes interesadas.

Medida 1.1: Mejorar y realinear el Portal de Divulgación de Conocimientos (KAP, por sus siglas en inglés) para apoyar las actividades del GCM/NCD y a sus participantes.

Actividad 1.1.1 (2022-2025): Ampliar datos e información, entre otras cosas recopilando experiencias multisectoriales y de múltiples partes interesadas a nivel mundial, regional y nacional, información sobre la colaboración y actuación de la comunidad, mejores prácticas e historias de éxito de participantes en el GCM/NCD.

Resultado previsto: se actualizará el KAP para incluir la última información pertinente sobre experiencias multisectoriales y de múltiples partes interesadas, e información sobre la colaboración y actuación de la comunidad que utilizan los países y participantes del GCM como base para la elaboración de planes nacionales y subnacionales y para fortalecer las respuestas en los países.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025, un aumento del tráfico del sitio KAP del 25% con respecto a la base de referencia de 2021 (incluidas visitas a la página, proporción de clics y tiempo en el sitio).
- Número de presentaciones de contenido realizadas por la OMS, Estados Miembros y otros participantes en el GCM/NCD de 2022 a 2025.

Actividad 1.1.2 (tercer trimestre de 2022): Adaptar el KAP para mejorar las funcionalidades y lograr una mejor colaboración relativa a los conocimientos entre los participantes del GCM/NCD en relación con todas las actividades del plan de trabajo.

Resultado previsto: los países y otras partes interesadas de la OMS utilizarán el KAP mejorado para fomentar la participación y la colaboración y para alinear los productos del GCM/NCD con las necesidades de los países.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025, un aumento en el tráfico del sitio KAP del 25% con respecto a la base de referencia de 2021 (incluidas visitas a la página, proporción de clics y tiempo en el sitio).
- Análisis de visitas únicas a páginas específicas mejoradas o añadidas al KAP desde 2021.

Medida 1.2: Proporcionar información sobre las necesidades de salud de grupos marginados y grupos de población que viven en situaciones vulnerables a fin de promover la equidad en la prevención y el control de las ENT.

Actividad 1.2.1 (2022-2025): Llevar a cabo la serie de seminarios web «NCD Voices in the Decade of Action» (Voces sobre las ENT en el decenio de acción).

Resultado previsto: las respuestas nacionales en materia de ENT se basarán en la perspectiva y las necesidades de salud de grupos marginados y poblaciones vulnerables para que los más expuestos al riesgo no se queden atrás.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025 se habrán realizado al menos 10 seminarios web.
- Análisis sobre la participación en seminarios web, y el grado de satisfacción al respecto, mediante encuestas a participantes.

Esfera prioritaria 2

Facilitador a escala mundial de la evaluación de las medidas multisectoriales adoptadas en los países y del diseño conjunto y la ampliación de enfoques, soluciones o iniciativas innovadores, con el fin de impulsar la adopción de acciones eficaces multisectoriales y de múltiples partes interesadas.

Medida 2.1: Desarrollar un registro en línea y un informe especial sobre las medidas multisectoriales eficaces de prevención y control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Actividad 2.1.1 (2022-2025): Desarrollar y gestionar un registro en línea con ejemplos de soluciones y experiencias multisectoriales nacionales o subnacionales sobre la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental, con información sobre las pruebas subyacentes o la evaluación de las soluciones.

Resultado previsto: los países utilizarán el registro para aprovechar las enseñanzas extraídas para la adopción de medidas multisectoriales eficaces en relación con las ENT y los trastornos de salud mental a nivel nacional y subnacional.

Medidas de la ejecución:

- Representación equilibrada de los Estados Miembros en el registro, en la que se prestará especial atención a las experiencias de países de ingresos bajos y medianos en todas las regiones de la OMS.
- Análisis de visitas únicas al registro y descarga de estudios de caso en el primer año después de su lanzamiento.

Actividad 2.1.2 (2023): Elaborar un informe especial sobre soluciones y experiencias multisectoriales a nivel nacional o subnacional en todas las regiones de la OMS para la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Resultado previsto: los Estados Miembros y otras partes interesadas directas utilizarán el informe especial con análisis de las mejores prácticas, experiencias y soluciones para elaborar respuestas multisectoriales nacionales y subnacionales destinadas a la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Medidas de la ejecución:

- Al menos 100 participantes en el evento de lanzamiento u otras actividades, con representación de Estados Miembros de todas las regiones de la OMS.
- Análisis de descargas únicas del informe especial en el primer año después de su lanzamiento.

Medida 2.2: Segunda reunión general del GCM/NCD de la OMS.

Actividad 2.2.1 (2023): Convocar una reunión general del GCM/NCD en la que participen personas que viven con ENT.

Resultado previsto: reunión de participantes en el GCM/NCD para intercambiar lecciones aprendidas, evaluar la aceptación y la eficacia de recursos e impulsar los compromisos y acelerar las medidas multisectoriales y de múltiples partes interesadas a nivel local, nacional, regional y mundial para cumplir las metas relativas a las ENT del PAM-ENT, así como la meta 3.4 de los ODS y otros objetivos y metas relacionados con las ENT de la Agenda 2030 (los resultados servirán de base para la adaptación que se requerirá para la siguiente fase de aplicación del GCM/NCD).

Medidas de la ejecución:

- Al menos 100 Estados Miembros y el 80% de los participantes del GCM/NCD asistirán a la reunión general, con representación de Estados Miembros de todas las regiones y entornos de ingresos de la OMS.
- Se obtendrá un informe de la reunión general del GCM/NCD, con contribuciones significativas de participantes del GCM/NCD y logros ejemplares de Estados Miembros pertenecientes a todos los entornos de ingresos y regiones de la OMS, sobre la aplicación de respuestas multisectoriales y de múltiples partes interesadas con el apoyo del GCM/NCD.

Esfera prioritaria 3

Facilitación y actualización de orientaciones dirigidas a los Estados Miembros en relación con la colaboración con los agentes no estatales, en particular en materia de prevención y gestión de riesgos potenciales

Medida 3.1: Proporcionar orientación a Estados Miembros sobre planteamientos de gestión de riesgos y beneficios para cuando estudien la posibilidad de colaborar con agentes no estatales, empezando por el sector privado, para la prevención y el control de las ENT, mediante un instrumento destinado a orientar un proceso de adopción de decisiones informadas sobre la base de la orientación, la experiencia y los conocimientos especializados de la OMS y otras partes interesadas pertinentes.

Actividad 3.1.1 (cuarto trimestre de 2022): Llevar a cabo un proceso completo de consultas con la OMS, Estados Miembros y agentes no estatales pertinentes para desarrollar un instrumento que sirva como guía en la toma de decisiones de los Estados Miembros sobre la participación del sector privado en la prevención y el control de las ENT.

Resultado previsto: los Estados Miembros recibirán apoyo para utilizar soluciones de gestión de riesgos al estudiar la posibilidad de colaborar con actores no estatales, incluido el sector privado, teniéndose en cuenta las prioridades nacionales en materia de ENT para alcanzar la meta 3.4 de los ODS y sopesándose los riesgos frente a los beneficios, entre otras cosas mediante estrategias de reducción de riesgos.

Medidas de la ejecución:

- En el desarrollo del instrumento participarán los tres niveles de la OMS, Estados Miembros y actores no estatales del GCM/NCD.
- Al menos 100 participantes en el evento de lanzamiento del instrumento, con representación de Estados Miembros de todos los entornos de ingresos y regiones de la OMS.
- Análisis de descargas únicas del instrumento en el primer año después de su lanzamiento.

Actividad 3.1.2 (2024-2025): Fomentar la capacidad de los países para contextualizar y utilizar el instrumento de la OMS con miras a apoyar la toma de decisiones basadas en el análisis de los beneficios y riesgos relacionados con una posible colaboración con el sector privado para la prevención y el control de las ENT.

Resultado previsto: capacidad de los Estados Miembros para tomar decisiones fundamentadas sobre la colaboración con el sector privado para la prevención y el control de las ENT, reforzadas por el instrumento y por el apoyo técnico de la OMS para su aplicación, a fin de responder a las prioridades nacionales y alcanzar la meta 3.4 de los ODS, teniendo debidamente en cuenta la evaluación y la gestión de los beneficios y riesgos.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025, al menos seis países habrán apoyado la aplicación del instrumento, incluidos al menos cuatro de ingresos bajos y medianos.
- Las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS adoptarán el instrumento (por ejemplo, realizarán solicitudes específicas a la Sede o llevarán a cabo adaptaciones del mismo, lo incluirán en instrumentos de la OMS y lo presentarán en sitios web institucionales).

Medida 3.2: Apoyar al Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil de la OMS para una colaboración significativa de esta en las ENT y la CSU.

Actividad 3.2.1 (2022-2025): Establecer la tercera fase del Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil de la OMS sobre las ENT.

Resultado previsto: la sociedad civil proporcionará orientación y recomendaciones al Director General de la OMS en apoyo de políticas, programas y servicios eficaces para la prevención y el control de las ENT y la OMS colaborará con la sociedad civil para luchar contra las ENT.

Medidas de la ejecución:

- El número de miembros habrá aumentado en relación con la base de referencia de 2021, con una representación equilibrada de las ENT y las esferas relacionadas con estas enfermedades, de las personas que viven con ellas y con trastornos de salud mental, y de todas las regiones y entornos de ingresos de la OMS.
- Número de declaraciones, resúmenes de políticas, seminarios web, productos de promoción y eventos paralelos que se habrán elaborado, presentado y comunicado en 2025 a través de los canales de la OMS, según el mandato del Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil, en comparación con años anteriores.
- Informe resumido de los resultados del Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil que se difundirá a través de plataformas y en el marco de diálogos del GCM/NCD.

Esfera prioritaria 4

Facilitador a escala mundial del fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros y de la sociedad civil para elaborar respuestas nacionales de múltiples partes interesadas en materia de prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Medida 4.1: Desarrollar y apoyar la aplicación de un marco de orientación para los mecanismos nacionales de coordinación multisectorial y de múltiples partes interesadas para la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental.

Actividad 4.1.1 (segundo trimestre de 2022): Desarrollar un marco de orientación de la OMS para los mecanismos nacionales de coordinación multisectorial y de múltiples partes interesadas para la prevención y el control de las ENT a través de un planteamiento de creación conjunta con los Estados Miembros, organizaciones de la sociedad civil, personas que viven con ENT y otras partes interesadas.

Resultado previsto: la OMS apoyará a los Jefes de Estado y de Gobierno en el cumplimiento de sus compromisos contraídos para ejercer un liderazgo estratégico con el que responder a las ENT, mediante la promoción de la coherencia política y la coordinación para el desarrollo de enfoques que incluyan la salud en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno, y para la colaboración de las partes interesadas en medidas que abarquen a toda la sociedad, en consonancia con los planes de acción y las metas nacionales concernientes a las ENT y los ODS, mediante el establecimiento o fortalecimiento de mecanismos nacionales multisectoriales y de múltiples partes interesadas.

Medidas de la ejecución:

- En el desarrollo del marco de orientación participarán los tres niveles de la OMS, Estados Miembros y otros participantes en el GCM/NCD.
- Al menos 100 participantes asistirán al seminario web de presentación, en el que estarán representados de forma equilibrada los Estados Miembros de todas las regiones de la OMS y donde se centrará la atención de forma especial en las experiencias de países de ingresos bajos y medianos.
- Análisis de descargas únicas del marco de orientación en el primer año después del lanzamiento.

Actividad 4.1.2 (2022-2025): Fomentar la capacidad de los países para que contextualicen y utilicen el marco de orientación de la OMS con miras a desarrollar o fortalecer mecanismos de coordinación multisectoriales y de múltiples partes interesadas adaptados a ellos.

Resultado previsto: los países utilizarán el marco de orientación y recursos en línea para establecer o fortalecer mecanismos de coordinación nacionales y subnacionales a fin de mejorar la coherencia política y la coordinación para el desarrollo de enfoques que incluyan la salud en todas las políticas y en todos los ámbitos de Gobierno, y para la colaboración de las partes interesadas en medidas que abarquen a toda la sociedad, en consonancia con los planes de acción y las metas nacionales concernientes a las ENT y la meta 3.4 de los ODS.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025 se habrá prestado apoyo técnico a, como mínimo, seis países, de entre los cuales alguno de ingresos bajos y medianos.
- Se presentará y debatirá el marco de orientación en foros internacionales y regionales pertinentes.

- Las oficinas regionales y oficinas en los países de la OMS adoptarán el marco de orientación (por ejemplo, realizarán solicitudes específicas a la Sede o llevarán a cabo adaptaciones del marco de orientación, lo incluirán en el conjunto de instrumentos de la OMS y lo presentarán en sitios web institucionales).

Medida 4.2: Fortalecer el papel de los participantes en el GCM/NCD en la aceleración de las medidas de múltiples partes interesadas para alcanzar la meta 3.4 de los ODS.

Actividad 4.2.1 (2022-2025): Desarrollar y aplicar una estrategia de colaboración con los participantes en el GCM/NCD.

Resultado previsto: el GCM/NCD dará a conocer y utilizará la estrategia de colaboración para mejorar la coordinación y la colaboración con y entre sus participantes, con miras a apoyar a la OMS y a los Estados Miembros en la mejora de las medidas de múltiples partes interesadas a nivel local, nacional, regional y mundial a fin de contribuir a la aplicación del PAM-ENT, protegiendo al mismo tiempo a la Organización y la salud pública de cualquier influencia indebida de toda forma real, posible o percibida de conflicto de intereses.

Medidas de la ejecución:

- El 80% de los participantes en el GCM/NCD tomarán parte en el desarrollo de la estrategia de colaboración mediante la representación equilibrada de sus cuatro grupos.
- Al menos el 50% de los participantes en el GCM/NCD que apoyan a la OMS y a los Estados Miembros mejorarán las medidas de múltiples partes interesadas mediante la aplicación de actividades del plan de trabajo del GCM/NCD.
- El GCM/NCD apoyará a un gran número de oficinas regionales y oficinas en los países de la OMS y de Estados Miembros de todas las regiones de la Organización.

Actividad 4.2.2 (2025): Producir estudios de casos sobre los compromisos y contribuciones de los participantes en el GCM/NCD para apoyar a los países en el avance de la aplicación del PAM-ENT y para acelerar los avances hacia el logro de la meta 3.4 de los ODS.

Resultado previsto: los Estados Miembros y los agentes no estatales utilizarán estudios de casos para fundamentar la elaboración de respuestas nacionales y subnacionales de múltiples partes interesadas más eficaces.

Medidas de la ejecución:

- Para 2025 se habrán publicado estudios de casos de cada uno de los cuatro grupos de participantes en el GCM/NCD.
- Análisis de descargas únicas de estudios de casos en el primer año después de su lanzamiento.

Esfera prioritaria 5

Coordinador de la sociedad civil, en particular de las personas con enfermedades no transmisibles, para sensibilizar y crear capacidad con miras a que participen de manera significativa en las respuestas nacionales frente a estas enfermedades.

Medida 5.1: Apoyar el desarrollo conjunto de un marco de la OMS para la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Actividad 5.1.1 (cuarto trimestre de 2022): Desarrollar un marco de la OMS sobre la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Resultado previsto: la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países y los Estados Miembros de la OMS utilizarán el marco de la Organización para lograr una colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental en el desarrollo conjunto y el diseño conjunto de principios, políticas, programas y servicios relacionados con las ENT.

Medidas de la ejecución:

- El marco de la OMS contará con una representación equilibrada de los Estados Miembros, en la que se preste especial atención a las experiencias de países de ingresos bajos y medianos en todas las regiones de la OMS.
- Análisis de descargas únicas del marco de la OMS para 2025.
- Para 2025, al menos seis países habrán apoyado la aplicación del marco, incluidos al menos cuatro de ingresos bajos y medianos.
- El marco de la OMS será presentado y debatido en foros internacionales y regionales pertinentes (por ejemplo mediante consultas oficiosas, talleres, eventos y simposios).
- Las oficinas regionales y las oficinas en los países adoptarán el marco (por ejemplo, realizarán solicitudes específicas a la Sede, llevarán a cabo adaptaciones del mismo, lo incluirán en el conjunto de instrumentos de la OMS y lo presentarán en sitios web institucionales).

Actividad 5.1.2 (tercer y cuarto trimestre de 2023): Desarrollar informes de políticas con las oficinas regionales sobre los principios, políticas, estrategias y estructuras necesarios para una colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Resultado previsto: Los Estados Miembros utilizarán informes de políticas para fundamentar la colaboración a nivel nacional con las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

Medidas de la ejecución:

- Para 2024, seis Estados Miembros, incluidos al menos cuatro países de ingresos bajos y medianos, habrán elaborado y utilizado seis informes de políticas.
- Para 2025, análisis de descargas únicas de los informes de políticas.

Actividad 5.1.2 (enero de 2023): Realizar los ciclos 2, 3 y 4 del laboratorio de las ENT (NCD Lab) para crear innovaciones que se utilizarán como base en la elaboración de programas mundiales de salud sobre ENT y esferas relacionadas con estas.

Resultado previsto: se elaborarán y darán a conocer a través de las plataformas de la OMS soluciones innovadoras, adaptadas al contexto de los países y disponibles en línea, para lograr un cambio en el ámbito de las políticas, los sistemas o las personas.

Medidas de la ejecución:

- Para 2023 se habrán realizado los ciclos 2, 3 y 4 del laboratorio para todas las esferas temáticas.
- En los próximos dos ciclos, para 2023, se habrán presentado 500 propuestas.
- Análisis de visitas únicas a páginas web del laboratorio de las ENT.

Medida 5.2: Facilitar la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental con la OMS y los Estados Miembros.

Actividad 5.2.1 (2022-2025): Establecer y prestar servicios a un simposio de la OMS sobre personas que viven con ENT y trastornos de salud mental con miras a facilitar una colaboración y diálogo significativos, apoyar un proceso de creación conjunta y movilizar a personas con experiencia en la materia para que participen en una cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en 2025.

Resultado previsto: diálogo continuo y colaboración significativa de personas que viven con ENT y aprovechamiento de su experiencia y enseñanzas extraídas para fundamentar la estrategia de la OMS destinada a cumplir sus objetivos estratégicos clave para la prevención y el control de las ENT y los trastornos de salud mental

Medidas de la ejecución:

- Participación global y diversa en un simposio de la OMS sobre personas que viven con ENT y trastornos de salud mental, con estructuras que garanticen una representación adecuada de diferentes experiencias vividas, grupos de partes interesadas, regiones geográficas y entornos de ingresos.
- Para 2025 se habrán celebrado al menos tres simposios de la OMS sobre personas que viven con ENT y trastornos de salud mental.

- Antes de la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se habrán completado diez productos y actividades de promoción.

Actividad 5.2.2 (segundo a cuarto trimestre de 2023): Desarrollar orientaciones sobre la aplicación del marco relativo a la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y trastornos de salud mental a nivel nacional y regional.

Resultado previsto: las oficinas en los países utilizarán las orientaciones, entre otras cosas para el proceso de adaptación, la conceptualización del marco de orientación, la supervisión y evaluación de la adaptación y la gobernanza de la adaptación, con miras a apoyar la colaboración significativa de las personas que viven con ENT y elaborar políticas y programas nacionales y subnacionales adaptados a los países.

Medida de la ejecución: para 2025, seis Estados Miembros, incluidos al menos cuatro países de ingresos bajos y medianos, habrán accedido a las orientaciones, y las habrán utilizado, para fundamentar sus planes nacionales.

= = =