Organización Mundial de la Salud

63.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A63/7
Punto 11.4 del orden del día provisional 1 de abril de 2010

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

Informe de la Secretaría

1. A tan sólo cinco años de 2015, hay indicios de progresos en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud en numerosos países. En otros, los avances han sido limitados, debido a situaciones de conflicto, a una mala gobernanza, a crisis económicas o humanitarias y a la falta de recursos. Los efectos sobre la salud de las crisis alimentaria, energética, financiera y económica mundiales se están haciendo sentir aún, pero es preciso adoptar medidas para proteger el gasto sanitario de los gobiernos y los donantes.

SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS

2. La **desnutrición** es una de las causas subyacentes de más de un tercio de las defunciones infantiles. Las subidas recientes de los precios de los alimentos, unidas a la disminución de los ingresos, hicieron que aumentara el riesgo de malnutrición, sobre todo entre los niños. Aunque la proporción de niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal (por comparación con los patrones de crecimiento infantil de la OMS) descendió de un 25% en 1990 a un 18% en 2005, los progresos ulteriores han sido desiguales. La prevalencia de la desnutrición ha aumentado en algunos países, y, a nivel mundial, aproximadamente 186 millones de niños menores de cinco años siguen padeciendo retraso del crecimiento.

3. A nivel mundial, la **mortalidad en la niñez** continúa descendiendo. En 2008, el número anual total de defunciones de niños menores de cinco años cayó a 8,8 millones, lo que supone una disminución del 30% con respecto a los 12,4 millones calculados para 1990. Se estima que la tasa de mortalidad de los menores de cinco años correspondiente a 2008 fue de 65 por cada 1000 nacidos vivos. Pese a estas tendencias alentadoras, deben proseguir los esfuerzos concertados por alcanzar para 2015 la meta de reducir los niveles de mortalidad registrados en 1990 en dos tercios, sobre todo en los países que se enfrentan a dificultades económicas o conflictos armados. La reducción de la mortalidad en la niñez depende cada vez en mayor medida de la capacidad para combatir la mortalidad neonatal; a nivel mundial, se calcula que cerca del 40% de las defunciones de niños menores de cinco años se produce en el primer mes de vida, y sobre todo en la primera semana. Las medias regionales y nacionales ocultan desigualdades considerables, pues las disminuciones más importantes de la mortalidad en la niñez se han registrado entre las familias más ricas y en las zonas urbanas.

4. Se han registrado aumentos en la cobertura de **intervenciones de salud del niño** relativamente nuevas, como son el uso de mosquiteros tratados con insecticidas para prevenir el paludismo, los esfuerzos para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo y la vacunación contra la hepatitis B y las infecciones por *H. influenzae* de tipo b. También se han constatado adelantos graduales de varias

intervenciones establecidas como la administración suplementaria de nutrientes y la cobertura mundial de la vacunación antisarampionosa aumentó de 73% a 83% entre 1990 y 2008. A pesar de estos logros, sigue siendo insuficiente la cobertura de intervenciones de importancia decisiva como la terapia de rehidratación oral en las enfermedades diarreicas y el tratamiento con antibióticos de las infecciones respiratorias agudas. Como resultado, las enfermedades diarreicas y la neumonía aún causan la muerte anual de casi tres millones de niños menores de cinco años, particularmente en los países de ingresos bajos. La mayoría de las defunciones de menores de cinco años causadas por la neumonía podrían evitarse si se aplicaran intervenciones eficaces a gran escala y estas llegaran a los grupos de población más vulnerables. En los países en desarrollo, actualmente solo 54% de los niños aquejados de neumonía son atendidos por un proveedor calificado de asistencia sanitaria. A pesar del papel esencial de los antibióticos para reducir el número de defunciones de menores de cinco años por neumonía, tan solo 19% de los niños de esta edad que presentan signos clínicos de neumonía reciben antibióticos.

5. **Mortalidad materna.** Según cálculos correspondientes a 2005, cada año medio millón de mujeres mueren - principalmente en los países en desarrollo - por complicaciones del embarazo o el parto; a escala mundial, esta situación casi no ha cambiado desde 1990. El riesgo alcanzó su nivel más alto en la Región de África, donde se registraron 900 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, por comparación con 27 por cada 100 000 en la Región de Europa. La mitad de las defunciones maternas ocurrieron en la Región de África y un tercio en la Región de Asia Sudoriental. Un análisis más a fondo revela que entre 1990 y 2005 ninguna región de la OMS alcanzó la baja anual de 5,5% de la mortalidad materna que se necesita para cumplir la meta 5.A[1] del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. La mortalidad materna es el indicador sanitario que muestra el mayor rezago de los pobres con relación a los ricos entre los países y dentro de estos.

6. Las intervenciones para reducir la mortalidad materna abarcan la prestación a todas las embarazadas de servicios de planificación de la familia y atención calificada durante el embarazo, el parto y el puerperio así como atención obstétrica de urgencia para tratar las complicaciones. En todo el mundo ha aumentado la proporción de partos asistidos por personal sanitario calificado. No obstante, en la Región de África y la Región de Asia Sudoriental menos del 50% de las embarazadas reciben atención calificada durante el parto. La atención prenatal brinda muchas oportunidades de mejorar la salud de las mujeres mediante la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y el paludismo, la detección y el tratamiento de la eclampsia y la administración de suplementos de hierro y folato, medida esta última que reviste particular importancia en los países de ingresos bajos y medianos donde las carencias de micronutrientes son comunes. Aun así, menos de la mitad de las embarazadas en el mundo reciben las cuatro consultas de atención prenatal que es el mínimo recomendado por la OMS.

7. La **prevalencia del uso de anticonceptivos**[2] en los países en desarrollo aumentó del 50% en 1990 al 62% en 2005. A pesar de este aumento, persisten las necesidades insatisfechas de servicios de planificación de la familia. A escala mundial, en el periodo 2000-2007 hubo en promedio 47 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 19 años de edad. Entre los factores que contribuyen a que no se hayan satisfecho las necesidades de servicios de planificación de la familia sobresalen la carencia de poder de decisión por parte de las mujeres y la escasez de servicios sanitarios adecuados, especialmente para las adolescentes.

---

[1] Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, meta 5.A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.

[2] Es la proporción de mujeres, casadas o que viven en pareja, de entre 15 y 49 años de edad que utilizan cualquier método de anticoncepción.

8. **Paludismo.** Se calcula que en 2008 había 243 millones de casos de paludismo que causaron unas 863 000 defunciones, principalmente de niños menores de cinco años. A pesar del aumento de la oferta de mosquiteros impregnados de insecticida, ese año estuvo por debajo de las necesidades en casi todas partes. La compra de medicamentos antipalúdicos por los servicios de salud pública aumentó, pero el acceso al tratamiento (especialmente a la combinación a base de artemisinina) era insuficiente en todos los países examinados en 2007 y 2008. Con todo, hay indicios de que nueve países africanos y 29 países de otras regiones están en camino de cumplir la meta 6.C[1] del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, consistente en reducir la carga de paludismo en 2010.

9. **Tuberculosis.** Los cálculos más recientes indican que la tasa de incidencia de la tuberculosis ha seguido descendiendo lentamente hasta alcanzar 140 casos por cada 100 000 habitantes en 2008. En todas las regiones de la OMS están disminuyendo la prevalencia de todas las formas de tuberculosis y la tasa de mortalidad de los casos de tuberculosis VIH-negativos. A escala mundial, se calcula que la tasa de detección de nuevos casos bacilíferos de tuberculosis aumentó del 40% en 2000 a 62% en 2008. Aunque se han registrado algunos adelantos en la Región de África, en 2008 se notificaron allí menos del 50% de los casos de tuberculosis. Los datos sobre la tasa de éxito del tratamiento de los nuevos casos bacilíferos indican una mejora sostenida, y la tasa mundial pasó del 69% en 2000 al 86% en 2007. Sin embargo, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada con infección por el VIH plantean problemas considerables. Se calcula que en 2007 se produjeron en el mundo 500 000 casos nuevos de tuberculosis multirresistente y el 85% se concentraba en 27 países.

10. **VIH/sida.** El número de nuevas infecciones por VIH se redujo en un 16% a nivel mundial entre 2000 y 2008, debido, al menos en parte, al éxito de las medidas de prevención del VIH. En 2008, se calculó que 2,7 millones de personas se infectaron con el VIH y hubo dos millones de muertes relacionadas con el VIH/sida. La disponibilidad y la cobertura de las intervenciones prioritarias del sector de la salud para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH han seguido ampliándose. En 2008, de los 1,4 millones de embarazadas seropositivas que necesitaban tratamiento, más de 628 000 recibieron tratamiento antirretrovírico para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos; esto representa una cobertura del 45%, o sea, un aumento del 10% con respecto a 2007. Se calcula que a finales de 2008 más de cuatro millones de personas de países de ingresos bajos y medios estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico; esta cifra representa un aumento de 10 veces en cinco años. El mayor aumento tuvo lugar en el África subsahariana. Sin embargo, de los 9,5 millones de personas de países de ingresos bajos y medios que se calcula que necesitaban tratamiento antirretrovírico, más de cinco millones no tuvieron acceso a él.

11. Más de 1000 millones de personas están afectadas por **enfermedades tropicales desatendidas.** En 2008, 496 millones de personas recibieron tratamiento para la filariasis linfática, de los 695 millones que se había fijado como objetivo. En 2008, sólo se notificaron 4619 casos de dracunculosis, mientras que a mediados de la década de los ochenta la cifra estimada correspondiente era de 3,5 millones. A comienzos de 2009, se habían notificado 213 036 casos de lepra, frente a 5,2 millones en 1985.

[1] Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

12. La proporción de la población mundial con acceso a **fuentes mejoradas de agua potable**[1] creció de un 77% a un 87% entre 1990 y 2008, incremento suficiente para lograr la meta pertinente del ODM 7[2] en todo el mundo. Sin embargo, en la Región de África esa proporción aumentó de un 50% en 1990 a un 61% en 2008, pero siguió estando muy por debajo del 68% que hacía falta ese año para mantener el ritmo necesario para alcanzar la meta 7.C. En la Región del Mediterráneo Oriental el avance se ha estancado y se necesita un ritmo de aumento del 1,6% anual para alcanzar dicha meta en 2015. En 2008, 2600 millones de personas no estaban usando instalaciones de **saneamiento** mejoradas[3] y 1100 millones de esas personas no tenían otra opción que defecar en espacios abiertos, lo que provoca un alto nivel de contaminación ambiental y exposición a riesgos de helmintiasis (como la esquistosomiasis) e infecciones (como tracoma, hepatitis y cólera). La situación más grave era la de la Región de África, donde el porcentaje de la población que usaba instalaciones de saneamiento mejoradas aumentó muy lentamente, de un 30% en 1990 a un 34% en 2008.

13. Aunque casi todos los países publican una lista de **medicamentos esenciales,** los centros de salud pública a menudo disponen de pocos medicamentos. De acuerdo con las encuestas realizadas en unos 30 países de ingresos bajos, la proporción de determinados medicamentos genéricos disponibles en los centros de salud era tan sólo de un 44% en el sector público y un 66% en el sector privado. La falta de medicamentos en el sector público obliga a los pacientes a comprar los medicamentos a nivel privado. En el sector privado el precio de los medicamentos genéricos es por término medio un 630% más elevado que el precio de referencia internacional, y las marcas de origen suelen ser aún más caras. Un régimen terapéutico ordinario puede costar a un funcionario del mundo en desarrollo con un sueldo pequeño varios días de trabajo. La OMS está colaborando con asociados para supervisar los cambios en el costo y el consumo de medicamentos, como medio para llevar un seguimiento del impacto de la crisis económica.

La transición sanitaria que se perfila

14. En 2004, **las enfermedades no transmisibles y los traumatismos** provocaron unos 33 millones de muertes en los países en desarrollo, y en el futuro representarán una proporción cada vez mayor del total de defunciones. La pérdida de salud también se deberá a afecciones crónicas prolongadas, a trastornos sensoriales y mentales y a la violencia. Para hacer frente a los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, y al impacto socioeconómico de las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, es preciso contar con servicios de atención sanitaria eficaces, pero también actuar en toda una serie de ámbitos normativos. Los países tienen que reforzar las medidas de prevención y mejorar el acceso a servicios como los de detección temprana y atención traumatológica. También es fundamental que los sistemas de vigilancia sean más eficaces. Se están haciendo esfuerzos para robustecer los sistemas de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, por ejemplo, identificando indicadores básicos y utilizando métodos normalizados de acopio de datos sobre determinantes y factores

[1] Se consideran como tales: agua entubada en la vivienda, el patio o el solar; grifo o toma de agua pública; pozo o pozo entubado; pozo excavado protegido; manantial protegido; agua de lluvia captada; y agua embotellada (si se tiene acceso a una fuente secundaria también mejorada).

[2] Objetivo de Desarrollo del Milenio 7, meta 7.C: Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

[3] Son las instalaciones que por medios higiénicos separan los excrementos humanos del contacto con las personas, a saber: inodoros con tanque de agua, inodoros en los que se vierte el agua directamente o letrinas conectados al drenaje o a una fosa séptica; letrina de pozo ventilada; letrina de pozo con una losa o plataforma que la cubra por entero con excepción del hueco de evacuación; e inodoro o letrina con pozo de preparación de abono.

de riesgo, incidencia de las enfermedades, mortalidad desglosada por causas, indicadores del sistema de salud y cobertura de las intervenciones más importantes.

APRENDER DE LOS ÉXITOS

15. Los programas de lucha contra enfermedades que tienen éxito contribuyen a lograr progresos con respecto a varios ODM. Por ejemplo, no cesa de aumentar el número de actividades de control del paludismo con resultados positivos en países de África. El control del paludismo es un componente de la reducción de la pobreza (ODM 1) y permite que mejore la salud de los niños (ODM 4) y las madres (ODM 5) y que disminuyan los casos de paludismo y las muertes por esa enfermedad (ODM 6). Del mismo modo, la ampliación del acceso de las personas que viven con el VIH/sida al tratamiento antirretrovírico está teniendo numerosos efectos benéficos.

16. Muchos países en los que se ha registrado una mejora rápida de la salud infantil son países donde las tasas de mortalidad en la niñez eran ya relativamente bajas en 2000 (inferiores a 100 por cada 1000 nacidos vivos). Sin embargo, más recientemente se han observado signos de progresos más rápidos en países con algunos de los niveles más altos de mortalidad en la niñez, como Etiopía y Liberia, en los cuales la mortalidad en la niñez cayó al menos un 20% entre 2000 y 2007.

17. Las experiencias de esos lugares pueden aportar valiosas enseñanzas y poner de relieve la importancia de que se fortalezcan los sistemas de salud para que sean capaces de ofrecer un conjunto integrado de servicios.

18. Sin un liderazgo político de alto nivel y un apoyo sostenido por parte de los asociados en el desarrollo, este tipo de enfoque integrado tiene pocas probabilidades de ponerse en práctica. Cuando esas condiciones no se reúnen, o se ven restringidas por la pobreza y dificultades económicas, conflictos armados, mala gobernanza e inequidades socioeconómicas, en particular desigualdades entre hombres y mujeres, lo más probable es que los progresos sean limitados.

19. La mejora de los indicadores sanitarios también está estrechamente relacionada con otros aspectos del desarrollo social y económico. Existen pruebas sólidas de que el aumento de la educación de niñas y mujeres está asociado con una mejora de la salud y con la disminución de la mortalidad en la niñez.

LOGROS Y DESAFÍOS: EL PROGRAMA DE AQUÍ A 2015

Mantenimiento del impulso político

20. El riesgo que se plantea durante la fase de recuperación de la actual crisis económica es que la atención del mundo se desvíe del objetivo de reducir la pobreza y alcanzar los ODM. Los países ricos se preguntarán si pueden mantener el gasto de la asistencia oficial para el desarrollo dada su deuda cada vez mayor, y los de ingresos bajos y medios tendrán problemas para afrontar la creciente demanda de atención sanitaria financiada por el sector público con unos ingresos internos menguantes.

21. La cuestión consiste en afrontar los nuevos retos sanitarios, sobre todo los planteados por la gripe pandémica (H1N1) 2009, y reconocer los crecientes problemas sanitarios relacionados con el cambio climático, y en mantener al mismo tiempo el impulso político y financiero. La atención prestada a la salud en el examen ministerial anual del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas co-

rrespondiente a 2009 fue un primer paso de vital importancia. La declaración del G20 en Pittsburgh, Pensilvania (Estados Unidos de América) en septiembre de 2009, en la que se confirmó el apoyo a los ODM y la adhesión (de los miembros del G8) a los compromisos contraídos para 2010 en la cumbre de Gleneagles en 2005, constituyen elementos alentadores en el periodo previo a la celebración de la cumbre de 2010 en que se examinarán los ODM.

Más dinero para la salud…

22. Para cumplir los compromisos contraídos en materia de gastos hacen falta medidas de ámbito nacional e internacional. Es indispensable que no se recorten los niveles de la asistencia oficial para el desarrollo en un momento en que ésta es sumamente necesaria, pero también es importante que los países respeten los objetivos acordados en materia de gastos.

23. Desde la presentación de su último informe sobre monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud presentado al Consejo Ejecutivo en su 124.ª reunión,[1] el Grupo Especial sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud ha concluido su labor. En el sexagésimo cuarto periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrado en 2009, el Grupo anunció una serie de nuevas medidas de financiación, por valor de US$ 5300 millones, con miras a salvar a millones de mujeres y niños de países en desarrollo, cuya vida se ve cada vez más amenazada por la crisis económica mundial.

24. Esos recursos hacen falta urgentemente, pues persisten los déficits de financiación, sobre todo para los programas necesarios para alcanzar el ODM 5 (Mejorar la salud materna). Según datos recientes sobre las tendencias en la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud en los 46 países de la Región de África, la financiación para el logro del ODM 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades) ha crecido considerablemente; sin embargo los recursos para otros objetivos no han variado. Además, una tercera parte de las personas que viven en la pobreza absoluta reside en los llamados Estados frágiles, que reciben hasta un 40% menos de ayuda por habitante que otros países de ingresos bajos.

… más salud por el dinero invertido

25. La OMS seguirá respaldando la aplicación de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005) en lo que respecta a apropiación, armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad, así como el Programa de Acción de Accra (2008). El apoyo de la OMS a los compromisos contraídos a nivel internacional para el fortalecimiento de los sistemas de salud - la Alianza Sanitaria Internacional y Providing for Health - promoverá la elaboración y utilización de las estrategias y los planes nacionales de salud como medio para reforzar la alineación con las prioridades nacionales y la prestación más sistemática de asesoramiento sobre las políticas nacionales de financiación.

26. La OMS ha venido trabajando también con la Alianza GAVI, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el Banco Mundial con objeto de establecer una plataforma común de financiación de los sistemas de salud, en cumplimiento de las recomendaciones formuladas por el Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud. Está previsto crear un nuevo mecanismo, que se pondrá a prueba en 2010, para tratar de redu-

[1] Véase el documento EB124/2009/REC/2, actas resumidas de la sexta sesión, sección 2, y de la séptima sesión.

cir los costos de transacción y racionalizar la financiación de las estrategias y los planes nacionales de salud.

Sistemas de salud más robustos

27. La necesidad de reforzar los sistemas de salud se ha tratado ya en anteriores informes sobre los ODM. Además de la preocupación que persiste con respecto a los recursos humanos para la salud, se plantean otras dos cuestiones prioritarias: 1) reducir la dependencia de los pagos directos en el punto de servicio y 2) sustituir ese sistema con mecanismos de pago anticipado y contribuciones mancomunadas. La actuación en estas esferas ayudaría a acelerar el avance hacia la cobertura universal. La crisis financiera y económica ha puesto de relieve la necesidad de ampliar la cobertura de la protección sanitaria social porque las personas no podrán acceder a los servicios que necesitan o seguir un tratamiento mientras continúen existiendo grandes barreras financieras. Otras de las medidas que permiten fortalecer los sistemas de salud son mejorar los servicios de diagnóstico creando redes nacionales de laboratorios, reforzar el control de las infecciones en entornos clínicos y preparar directrices para el uso racional de los medicamentos.

28. Se prevé que las tecnologías de la información y las comunicaciones incidirán de manera importante en los sistemas de salud y la vigilancia sanitaria. Los sistemas de información electrónica y las aplicaciones de cibersalud ofrecen la posibilidad de proporcionar un acceso más amplio a atención de mayor calidad mediante el uso adecuado de los registros sanitarios electrónicos y dispositivos móviles. Estas tecnologías están modificando también el modelo de información sanitaria, al fomentar el control local y el acceso a los registros de datos a todos los niveles de los sistemas de salud. La función de la OMS será fundamental para garantizar la aplicación de normas adecuadas y políticas nacionales progresivas, con el fin de que se aprovechen al máximo esas nuevas oportunidades.

Mejores sistemas de información e inteligencia

29. La capacidad de monitorear el impacto de la recesión económica en la salud se ve dificultada por la ausencia de datos periódicos y puntuales acerca de las poblaciones vulnerables. Actualmente se sacan conclusiones agrupando datos fragmentarios procedentes de fuentes administrativas y mediante evaluaciones cualitativas rápidas y encuestas de los hogares. Sin embargo, esa información es esencial, habida cuenta del creciente número de datos que demuestran que el impacto de la crisis económica es distinto para hombres y mujeres y entre los distintos grupos socioeconómicos.

30. La OMS continuará informando sobre las estimaciones más recientes de las estadísticas relacionadas con la salud en su publicación anual *Estadísticas Sanitarias Mundiales.* Sin embargo, la calidad de la información presentada depende en muy gran medida de la calidad de los sistemas nacionales de información sanitaria, que a menudo presentan deficiencias. La OMS está trabajando con sus asociados y con la red de sanimetría para ayudar a los países a reunir más y mejores datos sobre los ODM y otros indicadores.

31. En noviembre de 2009, la OMS publicó un informe sobre la mujer y la salud, en el que se presenta un panorama general de lo que se sabe acerca de la salud de las mujeres en el mundo entero y en las distintas etapas de su vida.[1] El informe, que es uno de los productos analíticos e intersectoriales del observatorio de la salud mundial de la OMS, pone de manifiesto la prioridad concedida por la Organización a la salud de la mujer. En él se establece la conclusión de que, a pesar de los importan-

[1] *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

tes progresos hechos en los dos últimos decenios, la sociedad sigue fallando a la mujer en momentos clave de su vida, y esto se hace sentir de manera especialmente grave en los países pobres, y entre las mujeres más pobres de todos los países. El informe señala cómo inciden las desigualdades de género en el aumento de la exposición y la vulnerabilidad a riesgos y prácticas nocivas, en la limitación del acceso a atención sanitaria e información y en la presencia de resultados sanitarios negativos. Este trabajo representa una contribución al ODM 3 (Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer), así como a la salud de la mujer en general y los ODM relacionados con la salud en particular.

32. En enero de 2010, el Consejo Ejecutivo, en su 126.ª reunión, examinó los progresos y los retos sobre la base de una versión anterior del presente informe[1] y adoptó la resolución EB126.R4.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

33. Se invita a la Asamblea de la Salud a adoptar la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB126.R4.

= = =

[1] Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la séptima sesión, sección 2.