

Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
A. Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (resolución WHA61.1).....	2
B. Lucha contra la oncocercosis mediante la distribución de ivermectina (resolución WHA47.32)	4
C. Cambio climático y salud (resolución WHA61.19 y resolución EB124.R5)	6
D. Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso (resolución WHA63.26)	8
E. Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional (resolución WHA63.25)	9
F. Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31)	11
G. Mutilación genital femenina (resolución WHA61.16)	13
H. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25)	15
I. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16) ...	17
J. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de sida (resolución WHA59.12)	19

A. POLIOMIELITIS: MECANISMO DE GESTIÓN DE LOS RIESGOS POTENCIALES PARA LA ERRADICACIÓN (resolución WHA61.1)

1. En su resolución WHA61.1, adoptada en 2008, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General que preparase una nueva estrategia de lucha renovada para erradicar la poliomielitis de los países aún afectados. Con el fin de sentar las bases de la nueva estrategia, se elaboró el Programa de Trabajo 2009, un programa especial de un año, en el marco de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. En él se preveía la evaluación de innovaciones tácticas, la realización de ensayos clínicos de nuevas presentaciones de la vacuna antipoliomielítica oral (por ejemplo, de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente) y la facilitación de un estudio independiente de los principales factores que dificultan la interrupción de la transmisión del poliovirus. La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota de los progresos realizados y respaldó el marco de un nuevo plan estratégico para 2010-2012,¹ que se ultimó y puso en marcha en junio de 2010.

2. El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, consideró una versión precedente del presente informe, observó las repercusiones del nuevo Plan Estratégico 2010-2012, en particular los importantes progresos realizados por la India y Nigeria, y expresó su inquietud por el restablecimiento de la transmisión de algunos poliovirus, la persistencia de la propagación internacional de poliovirus salvaje, y, en particular, el déficit de financiación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, que amenaza con socavar los progresos realizados recientemente. Además, el Consejo acogió con beneplácito el establecimiento de la Junta de Seguimiento Independiente, que celebró su reunión inaugural los días 21 y 22 de diciembre de 2010 y se reunirá trimestralmente para hacer un seguimiento de la aplicación y las repercusiones del nuevo Plan Estratégico 2010-2012 respecto de los principales hitos e indicadores del proceso establecidos con ese fin, y asesorar a los países y los organismos asociados acerca de las medidas correctivas que haya que adoptar, según proceda.² El Consejo observó que la Junta de Seguimiento Independiente introducía una nueva dinámica en la erradicación de la poliomielitis y exhortó a los Estados Miembros a que comprometieran recursos adicionales para velar por el cumplimiento pleno del Plan Estratégico 2010-2012.

3. Al 1 de marzo de 2011, la situación de los tres principales hitos del Plan Estratégico 2010-2012 era la siguiente:

i) Países con nuevos brotes de poliomielitis causados por poliovirus importados:³ desde mediados de 2010 no se habían detectado casos de poliomielitis debidos a la importación original en ninguno de los 15 países que habían notificado nuevos brotes en 2009. En los 11 países donde se habían producido nuevos brotes en 2010, ningún brote duró más de seis meses.

ii) Países en los que se ha restablecido la transmisión de poliovirus:⁴ desde el 27 de junio de 2009 no se había detectado el poliovirus de tipo 1 que había restablecido la transmisión en el sur del Sudán. Los países donde se consideraba que persistía la transmisión del poliovirus restable-

¹ Documento WHA63/2010/REC/3, acta resumida de la octava sesión de la Comisión B, sección 2A.

² Documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la undécima sesión, sección 3.

³ Países con respecto a los cuales se había fijado como hito, para mediados de 2010, el cese de todos los brotes de poliomielitis iniciados en 2009. El plazo fijado para detener cualquier nuevo brote (esto es, los iniciados en 2010, 2011 o 2012) es de seis meses a partir de la confirmación del caso índice.

⁴ Países con respecto a los cuales se ha fijado como hito, para finales de 2010, el cese de toda transmisión restablecida de poliovirus.

cido eran Chad (caso más reciente: 23 de diciembre de 2010), República Democrática del Congo (27 de diciembre de 2010), y Angola (7 de enero de 2011).

iii) Países en los que la transmisión de poliovirus es endémica:¹ en términos generales, en los cuatro países en que la transmisión de poliovirus aún es endémica, los casos de poliomielitis disminuyeron un 82% en 2010 con respecto al mismo periodo de 2009 (232 casos en 2010 frente a 1256 casos en 2009, al 1 de marzo de 2011).² En la India, el número de casos había descendido un 95% (42 casos frente a 740 casos), en Nigeria un 95% (21 casos frente a 388 casos), y en el Afganistán, un 35% (25 casos frente a 38 casos). En el Pakistán, el número de casos registró un aumento del 61% (144 casos en 2010 frente a 89 casos en 2009).

4. Aunque se habían hecho importantes progresos de cara al logro de los hitos primero y tercero del Plan Estratégico, quedan grandes obstáculos por salvar. En particular, el segundo hito, fijado para finales de 2010 y consistente en el cese de la transmisión de poliovirus restablecido, no se había logrado en Angola, y había un riesgo alto de que tampoco se lograra en el Chad y en la República Democrática del Congo. En Angola, más del 25% de los niños no participaron en las actividades de inmunización suplementaria en algunas zonas del país, lo que contribuyó a la persistencia de la transmisión del virus restablecido, al brote de 2010 y a la propagación transfronteriza al Congo y a la República Democrática del Congo. Además, en la República Democrática del Congo se aisló en la provincia oriental de Katanga, en junio de 2010, persistiendo por lo menos hasta diciembre, una cepa de virus que no se había detectado desde 2008, lo que hace pensar que ha habido fallos tanto en las actividades de vigilancia como en las de inmunización suplementaria en la zona. El logro del tercer hito, fijado para finales de 2011 y consistente en el cese de la transmisión de poliovirus en los países en que el virus es endémico, puede verse en peligro en el Pakistán debido a la persistencia de las dificultades operacionales para optimizar la calidad de las actividades de inmunización suplementaria en las zonas que siguen siendo reservorios de poliovirus en el país. Esos problemas se han visto agravados por la situación de inseguridad y los conflictos en las zonas tribales bajo administración federal y por las graves inundaciones registradas en el país a mediados de 2010. Consciente de esos riesgos, y en cumplimiento de las disposiciones del Plan Estratégico 2010-2012, Angola, el Pakistán y la República Democrática del Congo establecieron planes de emergencia, o actualizaron los existentes, para intensificar las actividades de erradicación, bajo la autoridad de sus respectivos jefes de Estado. Los planes fueron presentados a la Junta de Supervisión Independiente los días 21 y 22 de diciembre de 2010, y la aplicación empezó en enero de 2011. Se invitó al Chad a que presentara su plan de emergencia a la Junta de Supervisión Independiente durante la reunión programada para finales de marzo de 2011.

5. La propagación internacional de poliovirus salvajes sigue entrañando un importante riesgo para la consecución de un mundo exento de poliomielitis. Los 11 nuevos brotes registrados en 2010 han sido frenados en el plazo de seis meses, o están en vías de serlo dentro de ese plazo. Sin embargo, la naturaleza explosiva de los brotes del Congo y de Tayikistán, ambos asociados con una propagación internacional adicional de poliovirus salvaje, muestra claramente el riesgo actual. A fecha de marzo de 2011, las prioridades más altas para detener los brotes asociados con importaciones nuevas y recientes eran las siguientes: Congo; Gabón; la zona fronteriza entre Uganda y Kenya; la Federación de Rusia; y, especialmente, el Chad, que ha sido reinfectado debido a una nueva importación de poliovirus salvaje de tipo 1 en septiembre de 2010.

¹ Países con respecto a los cuales se ha fijado como hito, para finales de 2011, el cese de toda transmisión de poliovirus en al menos dos de los cuatro países donde la enfermedad es endémica.

² Datos disponibles en <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>.

6. Dada la actual disminución de la incidencia del poliovirus salvaje en el mundo entero, los Estados Miembros están adoptando medidas adicionales para reducir el riesgo de nuevos brotes provocado por la propagación internacional de poliovirus salvajes o la aparición de poliovirus circulantes de origen vacunal. Entre esas medidas figura llevar a cabo actividades de inmunización suplementaria y sistemática destinadas a subsanar deficiencias en la inmunidad de la población y vacunar a las personas que viajan desde o hacia zonas afectadas por la poliomielitis. Asimismo, a medida que se avanza hacia la erradicación del poliovirus salvaje, es cada vez más importante aportar una respuesta puntual con vacunas a los poliovirus circulantes de origen vacunal. En 2010 se han registrado brotes originados por poliovirus circulantes de origen vacunal en el Afganistán, Etiopía, la India, Nigeria y la República Democrática del Congo.

7. En la presentación del Plan Estratégico 2010-2012 se dieron a conocer los resultados de un nuevo estudio sobre los aspectos económicos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Según esos resultados, los beneficios netos incrementales que se derivarían de la erradicación completa de la poliomielitis, agregados durante el periodo 1988-2035, ascenderían al menos a US\$ 42 000 millones.¹ Sin embargo, la falta de fondos para la Iniciativa ha seguido provocando una reducción de las actividades de inmunización suplementaria y vigilancia en algunas zonas, a retrasos en la ejecución de las actividades de respuesta a brotes en otras, y a la disminución de la asistencia técnica a largo plazo prestada por la Secretaría a algunos Estados Miembros. A fecha de marzo de 2011, seguía sin financiarse el 38% del presupuesto para 2011-2012, que asciende a US\$ 1860 millones.

B. LUCHA CONTRA LA ONCOCERCOSIS MEDIANTE LA DISTRIBUCIÓN DE IVERMECTINA (resolución WHA47.32)

8. La oncocercosis (ceguera de los ríos) es hoy una enfermedad endémica en 30 países, principalmente del África subsahariana,² pero también en seis países de América Latina³ y en el Yemen.

África

9. En 1974 se estableció el Programa de Lucha contra la Oncocercosis en 11 países de África occidental con el objetivo de eliminar la oncocercosis como enfermedad de importancia para la salud pública y como obstáculo para el desarrollo socioeconómico. La estrategia principal del Programa era la lucha antivectorial, combinada a partir de 1989 con el tratamiento masivo con ivermectina. Aunque el Programa terminó en 2002, habiendo logrado su principal objetivo en todos esos países excepto en Sierra Leona, se decidió proseguir las actividades regulares de vigilancia y el tratamiento masivo con ivermectina en todos los países a fin de salvaguardar los logros.

10. En 1994, la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA47.32 sobre la lucha contra la oncocercosis mediante la distribución de ivermectina, en la que se señalaba en particular que era posible controlar la enfermedad mediante ese medicamento, suministrado gratuitamente por el fabricante.

¹ Thompson K., Pallansch M.A., Cochi S.L. et al., Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative. *Vaccine*, 29 (2011) 334-343.

² Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Gabón, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Liberia, Malawi, Malí, Mozambique, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Sudán, Togo y Uganda.

³ Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela (República Bolivariana de).

11. En 1995 se puso en marcha el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis para controlar la enfermedad en los otros 19 países africanos en que es endémica, con el objetivo de establecer el tratamiento sostenible con ivermectina dirigido por la comunidad y, en su caso, erradicar el vector en determinados focos empleando métodos sin riesgo ambiental.
12. De acuerdo con la petición hecha a los Estados Miembros en la resolución WHA47.32 de que preparasen **planes nacionales**, la estrategia de tratamiento con ivermectina dirigido por la comunidad está siendo aplicada a través del grupo de trabajo sobre oncocercosis en 15¹ de los 19 países que participan en el Programa. El tratamiento ambulatorio con ivermectina se está implementando en algunos de los países donde la enfermedad sigue siendo endémica.
13. Los resultados de una **rápida cartografía epidemiológica de la oncocercosis**, llevada a cabo en más de 13 000 aldeas de los 19 países participantes en el Programa, ayudaron a seleccionar las áreas prioritarias para administrar el tratamiento masivo con ivermectina a unos 120 millones de personas en riesgo de contraer la infección.
14. El Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis está **fortaleciendo la atención primaria**, potenciando para ello la capacidad de las comunidades y el personal sanitario de primera línea. La decisión de hacer participar a las comunidades en las actividades de control ha habilitado a éstas para asumir la responsabilidad del suministro de la ivermectina; decidir cómo, cuándo y por quién es administrado el tratamiento, y supervisar la aplicación de la estrategia de tratamiento con ivermectina dirigido por la comunidad. En 2009, más de 507 000 distribuidores formados al efecto y dirigidos por la comunidad y casi 37 000 agentes de salud de 15 países administraron ivermectina a 66 millones de personas.
15. El tratamiento con ivermectina dirigido por la comunidad ofrece además un punto de acceso efectivo para otras intervenciones sanitarias. Varios de los proyectos del Programa informaron de la distribución de casi 26 millones de tratamientos o productos contra otras enfermedades en 2009. Se está procediendo ya a expandir la distribución de ivermectina junto con otras intervenciones sanitarias, lo que favorece la administración de quimioterapia preventiva contra las enfermedades tropicales desatendidas.
16. El Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis asegura la **coordinación** entre las partes interesadas (gobiernos, organismos patrocinadores, donantes, organizaciones no gubernamentales y la compañía fabricante de la ivermectina), así como la monitorización de los progresos.
17. Sobre la base de las evaluaciones epidemiológicas realizadas recientemente por el Programa, 20 países² de África tienen la posibilidad de eliminar la infección e interrumpir su transmisión en la mayoría de los focos.
18. Sin embargo, sigue habiendo problemas para garantizar la sostenibilidad de los programas nacionales una vez que llegue a su fin el Programa en 2015, sobre todo en lo que respecta a la prestación de apoyo a los siete países que han vivido conflictos para que puedan ampliar la cobertura geográfica y terapéutica de sus programas.

¹ Angola, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malawi, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Sudán y Uganda.

² Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Etiopía, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Malawi, Malí, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Senegal, Togo y Uganda.

Las Américas

19. El Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas comenzó en 1992 y en la actualidad se lleva a cabo en virtud de la resolución OPS/OMS CD48.12, de 2008, en la que se insta a eliminar la morbilidad ocular e interrumpir la transmisión del parásito en toda la Región para el año 2012. El objetivo operacional del Programa es eliminar la oncocercosis humana mediante la administración de ivermectina por lo menos dos veces al año, logrando una cobertura mínima del 85% de la población que cumpla los criterios correspondientes en todas las comunidades donde la enfermedad es endémica. La coordinación entre los interesados está a cargo del Programa, en el que participan los gobiernos de los países endémicos, la Oficina Regional para las Américas y varios asociados internacionales.

20. Al igual que ocurre en África (véase *supra*), los países de las Américas que son objeto del Programa de Lucha contra la Oncocercosis han establecido programas nacionales de lucha contra la enfermedad dependientes de sus ministerios de salud. En los 13 focos registrados en las Américas se lograron coberturas superiores al 85% en 2006, y se interrumpió la transmisión del parásito en siete de ellos en 2010, por lo cual en ellos se ha dejado de distribuir ivermectina. No se ha notificado ningún caso de ceguera atribuible a la oncocercosis en la Región durante más de 10 años. En 2011, Colombia podría convertirse en el primer país que solicite la certificación de la eliminación, una vez concluido el periodo de tres años de vigilancia postratamiento. El Ecuador podría hacer lo propio en 2013. Se considera que la zona de los yanomami que comparten el Brasil y Venezuela (República Bolivariana de) supone el mayor obstáculo para que se logre ultimar la interrupción regional de la transmisión para el 2012. Los recientes acuerdos de cooperación suscritos entre los dos países ofrecen la posibilidad de que las actividades programáticas que se llevan a cabo en esa zona de difícil acceso realicen grandes progresos.

Yemen

21. Durante la última década se ha llevado a cabo con éxito en el Yemen el tratamiento ambulatorio con ivermectina de las lesiones cutáneas graves (sowda). En 2010 se elaboró un plan de acción nacional orientado a eliminar la oncocercosis en el país para 2015 mediante la distribución masiva de ivermectina y la lucha antivectorial.

C. CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD (resolución WHA61.19 y resolución EB124.R5)

22. El presente informe responde a la solicitud formulada en la resolución WHA61.19 y en la resolución EB124.R5 de que se informara sobre los progresos en la aplicación de la resolución y el plan de trabajo. El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, en enero de 2011, tomó nota de una versión precedente del presente informe.¹

23. **Actividades de promoción y sensibilización.** La Secretaría ha trabajado con los Estados Miembros en la organización de una serie de conferencias de alto nivel relacionadas específicamente con el cambio climático y la salud (por ejemplo, en la Región de Asia Sudoriental, reuniones de parlamentarios (Thimphu, 5 a 7 de octubre de 2010) y de ministros (Dhaka, 19 a 21 de octubre de 2010)) o en las que los vínculos entre el cambio climático y la salud eran un componente importante (Quinta Conferencia Ministerial sobre Medio Ambiente y Salud en Europa, Parma (Italia), 10 a 12 de marzo

¹ Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión, sección 4.

de 2010, y Segunda Conferencia Interministerial sobre Salud y Medio Ambiente en África, Luanda, 23 a 26 de noviembre de 2010). Además, la Secretaría está respaldando la coordinación entre las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones de profesionales interesadas, cada vez más numerosas, a fin de generar y difundir información para la promoción de la salud.

24. Alianza con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras partes. La OMS aporta la perspectiva de la salud a los debates de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación y el Comité de Alto Nivel sobre Programas, y organiza conjuntamente un nuevo grupo de trabajo de las Naciones Unidas sobre las dimensiones sociales del cambio climático. La OMS también ha organizado dos eventos relacionados con la salud durante las sesiones preparatorias de la 16.^a Conferencia de las Partes en la Convención Marco (Cancún (México), 29 de noviembre a 10 de diciembre de 2010), y tres eventos paralelos durante la celebración de ésta. La Organización participa activamente en foros regionales sobre el cambio climático; por ejemplo, junto con la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental representa los intereses de la salud en el foro regional de la Arab Climate Resilience Initiative (iniciativa árabe sobre la resiliencia al cambio climático) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Gracias a esa labor, los intereses de la salud se tienen más en cuenta en los diversos mecanismos del sistema de las Naciones Unidas y en los textos de negociación de la Convención Marco.

25. Promoción y respaldo de la generación de pruebas científicas. La Secretaría ha concluido un examen sistemático de la medida en que las recientes investigaciones sobre el cambio climático y la salud responden a determinadas prioridades, como las establecidas en la resolución WHA61.19 de la Asamblea de la Salud. Sigue en curso la evaluación de la carga mundial de morbilidad atribuible al cambio climático, y las estimaciones finales al respecto se publicarán a comienzos de 2011. La Secretaría está determinando los probables beneficios para la salud de las estrategias de mitigación de los efectos del cambio climático propuestas por el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático en sus informes sobre agricultura, transporte, consumo de energía doméstica y vivienda. La Secretaría está redactando documentos informativos sobre la manera en que las actividades de mitigación en esos sectores pueden mejorar también la salud. Además, está contribuyendo a la elaboración del Informe Especial del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático acerca de los fenómenos extremos, y la Oficina Regional para Europa ha proporcionado orientación técnica en relación con los sistemas de alarma sanitaria por olas de calor que se ha preparado junto con la Organización Meteorológica Mundial (OMM).

26. Fortalecimiento de los sistemas de salud para proteger a las poblaciones de los efectos adversos del cambio climático en la salud. Se preparó un proyecto de directrices sobre la vulnerabilidad sanitaria y la adaptación al cambio climático, tras lo cual la Organización Panamericana de la Salud (OPS) organizó una reunión mundial (San José, 20 a 23 de julio de 2010) para recabar la opinión de 16 países al respecto y tenerla en cuenta en el texto definitivo, publicado a comienzos de 2011. La Oficina Regional para África examinó la medida en que se tenía presente la salud en los programas nacionales de adaptación de los países menos adelantados, y detectó importantes deficiencias. Posteriormente se celebró una consulta sobre un conjunto de medidas esenciales de salud pública para aumentar la resiliencia al cambio climático en los países en desarrollo (Ginebra, 6 y 7 de septiembre de 2010). A nivel nacional, la Secretaría ha respaldado la realización de evaluaciones sobre la vulnerabilidad y la adaptación en más de 30 países, por ejemplo, por medio de una iniciativa de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental que abarca a 15 países, 11 de ellos Estados insulares del Pacífico, y de iniciativas de la Oficina Regional para Europa en 13 países europeos. La Organización está ejecutando ahora proyectos sobre la protección de la salud contra el cambio climático en 16 países de todas las regiones, y respaldando una nueva iniciativa sobre hospitales ecológicos y seguros en China. Además, se está elaborando una nueva iniciativa regional para fortalecer la protección de la salud frente al cambio climático en toda África.

D. MEJORA DE LA SALUD MEDIANTE LA GESTIÓN RACIONAL DE LOS PLAGUICIDAS Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS EN DESUSO (resolución WHA63.26)

27. El Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional establece las coordenadas de trabajo para una gestión racional de las sustancias químicas.¹ La Secretaría sigue contribuyendo a poner en práctica el Enfoque estratégico. En el presente informe se exponen los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA63.26. El Consejo Ejecutivo examinó una versión precedente del informe en su 128.^a reunión, en enero de 2011.²

28. La Secretaría proporciona a las instancias decisorias datos científicos contrastados sobre los efectos sanitarios de una serie de plaguicidas obsoletos y otras sustancias químicas en desuso, comparte información sobre medidas que hayan resultado fructíferas y facilita acciones nacionales y estrategias para gestionar otros productos químicos de importancia. Por ejemplo, el uso en los hospitales de termómetros y dispositivos con mercurio para medir la tensión arterial ha quedado obsoleto, pues existen medios alternativos, validados y rentables que no contienen mercurio. La Secretaría colabora con asociados del sector de la salud para eliminar progresivamente todos estos dispositivos. Ahora mismo está trabajando con Indonesia y Tailandia para reforzar la capacidad de ambos países de gestión racional de las sustancias carcinógenas industriales más importantes, en particular el amianto. Junto con el PNUMA, la OMS encabeza una iniciativa mundial para eliminar progresivamente las pinturas con plomo, que siguen dando lugar a concentraciones excesivas de ese elemento en la sangre de los niños.

29. En 2010 se publicó una edición actualizada de *WHO recommended classification of pesticides by hazard* [clasificación recomendada por la OMS de los plaguicidas según su peligro], elaborada bajo los auspicios del Programa Interinstitucional para la Gestión Racional de las Sustancias Químicas.³ En esta obra se relacionan los plaguicidas que están obsoletos, en desuso o se consideran peligrosos. Ello facilita una juiciosa selección de los plaguicidas, lo que a su vez evita la acumulación de existencias.

30. A través del Plan OMS de evaluación de plaguicidas (WHOPES), y en estrecha colaboración con la FAO y el PNUMA, la Secretaría ha prestado apoyo a los Estados Miembros para la gestión de los plaguicidas utilizados en salud pública en todas las etapas de su ciclo de vida, centrándose básicamente en la elaboración de políticas, estrategias, directrices y normas y en la ejecución de proyectos en determinados países. Se ha elaborado un conjunto de herramientas de gestión de plaguicidas que sirven para ayudar a los Estados Miembros a gestionar racionalmente los plaguicidas utilizados en salud pública, para lo cual se abordan, entre otros temas, cuestiones de registro, distribución y comercialización, utilización y aplicación de plaguicidas, así como la eliminación de los residuos que generan. Dichas herramientas tocan también cuestiones de formación, sensibilización y aplicación de los reglamentos en materia de plaguicidas.⁴

31. Se ha prestado apoyo a 13 países de distintas regiones, otorgando prioridad a los africanos, sobre temas que van desde el análisis de la situación y la evaluación de las necesidades hasta la elaboración de planes nacionales de acción mediante un planteamiento multisectorial y multipartito. Como

¹ Véase el documento A63/21.

² Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión, sección 4.

³ Organización Mundial de la Salud. *The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁴ Para más información, véase http://www.who.int/whopes/recommendations/who_fao_guidelines/en/index.html (consultado el 1 de marzo de 2011).

parte de ese apoyo se ha evaluado la capacidad de los laboratorios nacionales para controlar la calidad de los plaguicidas y se ha impartido formación para definir los requisitos que deben reunir esos controles de calidad. El hecho de garantizar la calidad de los plaguicidas evita que los compradores acaben desentendiéndose de ellos y se acumulen así existencias de productos indeseados.

32. En 2010, el Plan OMS de evaluación de plaguicidas llevó a cabo un estudio mundial en cerca de 140 países afectados por enfermedades endémicas que se transmiten por vectores, con el fin de repertoriar y documentar prácticas de registro y gestión de plaguicidas utilizados en salud pública. La información así obtenida permitirá sentar bases más sólidas para elaborar planes de optimización y armonización de los procedimientos de registro y los reglamentos «posregistro» que se apliquen a plaguicidas utilizados en salud pública. También ayudará a definir estrategias y planes de acción para dotar a los Estados Miembros de una mayor capacidad de gestión racional de los plaguicidas empleados en salud pública y como medida preventiva para evitar la acumulación de plaguicidas en desuso. Uno de los problemas recurrentes que se desprendía de las conclusiones del estudio era que los recursos de los Estados Miembros para instaurar una gestión racional de los plaguicidas utilizados en salud pública seguían siendo, por regla general, muy insuficientes.

E. MEJORA DE LA SALUD MEDIANTE UNA GESTIÓN DE DESECHOS SEGURA Y ECOLÓGICAMENTE RACIONAL (resolución WHA63.25)

33. **Proyecto respaldado por el Fondo para el Medio Ambiente Mundial.** En la resolución WHA63.25 se pedía a la Directora General, entre otras cosas, que siguiera apoyando la prevención de los riesgos para la salud que lleva asociados la exposición a desechos procedentes de la atención sanitaria y promoviendo una gestión ecológicamente racional de esos desechos. La Secretaría, actuando en consecuencia, ha llevado adelante este proyecto cuatrienal que arrancó a mediados de 2008 con el objetivo de contrastar y promover técnicas y prácticas óptimas para reducir al mínimo, o eliminar por completo, la liberación al medio de mercurio y de contaminantes orgánicos persistentes. Participan en el proyecto la Argentina, Filipinas, la India, Letonia, el Líbano, el Senegal y Viet Nam, así como otras partes interesadas en cada uno de esos países. Además, el College of Engineering and Technology de la Universidad de Dar es Salam (República Unida de Tanzania) está poniendo a punto y ensayando tecnologías asequibles para tratar los desechos de la atención sanitaria sin necesidad de incineración, con la idea de aplicar esos procesos en instalaciones de tratamiento que se puedan construir y mantener en países del África subsahariana, utilizando materiales y personal disponibles a nivel local.

34. **Apoyo de la Alianza GAVI.** En lo tocante a los desechos de la atención sanitaria, además, la Alianza GAVI ha prestado apoyo financiero a los 72 países que podían optar a él para que se doten de medios de acción y elaboren planes, políticas y reglamentos en la materia, así como estrategias de aplicación, de ámbito nacional. La OMS ha participado prestando apoyo técnico. La mayoría de los países en cuestión disponen ahora de planes sobre el tema y los están poniendo en práctica.

35. **Declaración de Libreville sobre Salud y Medio Ambiente en África (2008).** La Declaración de Libreville fue el corolario de la primera Conferencia Interministerial sobre Salud y Medio Ambiente en África (Libreville, 26 a 29 de agosto de 2008), que acogió el Gobierno de Gabón y organizaron conjuntamente la OMS y el PNUMA. En la Declaración, los países africanos se comprometieron a establecer alianzas estratégicas en materia de salud y medio ambiente para poner las bases de planes de acción conjuntos.

36. **Utilización de mercurio en la atención de salud.** En julio de 2008, «Salud sin Daño» y la OMS pusieron en marcha, como parte de la Global Mercury Partnership (alianza mundial sobre productos con mercurio) del PNUMA, una iniciativa mundial para sustituir los dispositivos médicos a

base de mercurio por aparatos alternativos más seguros, a la par que precisos y asequibles. La OMS presta asesoramiento técnico sobre la forma de evaluar termómetros y esfigmomanómetros exentos de mercurio. En 2010, el Ministerio de Salud de Argentina hizo pública una resolución en la que se prohibía la producción, importación, comercialización o cesión gratuita de esfigmomanómetros de columna de mercurio destinados al gran público o a la profesión médica o veterinaria.¹ A partir de ahí se interrumpió de inmediato la importación de esos artículos y se fijaron seis meses de plazo para poner fin a su comercialización. Países como el Brasil, México, Nepal o la República Unida de Tanzania están dando pasos hacia un objetivo similar.

37. **Promoción.** La OMS viene realizando una labor de promoción para que se adopten una serie de principios básicos sobre los desechos de la atención sanitaria, conforme a los cuales todas las instancias que de un modo u otro sufraguen o respalden las actividades de atención sanitaria deben tener en cuenta los costos derivados del tratamiento de los consiguientes desechos. Aunque no faltan resultados alentadores, es preciso hacer mayor hincapié en esta cuestión.

38. **Tratamiento de los desechos de la atención sanitaria en las emergencias.** En el marco del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas, la OMS, entre otras actividades, ha proporcionado asesoramiento y adoptado medidas inmediatas para responder a las necesidades que en relación con los desechos de la atención sanitaria surgieron a raíz de las situaciones de emergencia vividas en Haití y el Pakistán.

39. **Actividades para generar pruebas científicas.** En la Región de Europa, tras una evaluación de las desigualdades sanitarias en relación con la exposición del medio a los desechos, se presentó un informe a la quinta Conferencia Ministerial sobre Medio Ambiente y Salud, celebrada en Parma (Italia) del 10 al 12 de marzo de 2010, como parte de un documento de reflexión sobre las desigualdades ligadas al medio ambiente y la salud.² También se han examinado directrices de evaluación del impacto sanitario de diversos tipos de vertederos especializados (por ejemplo, sitios militares y depósitos de combustible).

40. **Responsabilización.** Se han organizado varios talleres regionales sobre el tratamiento de los desechos de la atención sanitaria y se ha distribuido y utilizado con profusión material didáctico sobre el tema. En 2011 estará disponible la segunda edición del manual de referencia de la OMS: *Safe management of wastes from health-care activities*. También se han traducido documentos, directrices y documentos sobre políticas, a los que se ha dado gran difusión en los países. Se hace todo lo posible para que las páginas del sitio web de la OMS dedicadas a los desechos de la atención sanitaria estén siempre al día y resulten de fácil consulta para el usuario. Las páginas en cuestión son objeto de un gran número de consultas.

41. **Mejora del tratamiento de los desechos de la atención sanitaria.** En este terreno se ha trabajado principalmente con Estados Miembros de la Región de Europa. En Azerbaiyán, por ejemplo, se ha prestado apoyo técnico para evaluar la situación actual y, a partir de los resultados obtenidos, elaborar una política nacional y preparar una estimación presupuestaria y una hoja de ruta para ponerla en práctica. Los documentos se están examinando a escala nacional y están pendientes de aprobación.

¹ Resolución 274/2010.

² *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, 2010.

42. En 2009 se celebró en Kazajstán un taller de tres días de duración sobre estrategias nacionales en materia de desechos de la atención sanitaria. Los delegados de los 10 países que tomaron parte en él (ocho que cumplen los requisitos para recibir apoyo de la Alianza GAVI más Bosnia y Herzegovina y Kazajstán) trabajaron sobre la forma de abordar la concepción de sus estrategias nacionales.

43. El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, en enero de 2011, tomó nota de este informe sobre los progresos realizados.¹

F. HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN LAS INTERVENCIONES DE SALUD MATERNA, DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO (resolución WHA58.31)

44. Se estima que el número mundial de defunciones infantiles en 2009 ascendió a 8,1 millones, lo que representa una disminución respecto a los 9,0 millones de 2005.² Entre 1990 y 2009, los mayores avances se registraron en la Región de Europa, donde se observó una tasa media anual de reducción de la mortalidad de menores de cinco años del 5,1%, y en la Región de las Américas, donde la tasa fue del 4,3%. Los progresos fueron mucho más discretos en la Región de África, donde la tasa fue del 1,8%, y en la Región del Mediterráneo Oriental, con una tasa del 1,9%. Existe una disparidad considerable entre esas tasas y la reducción del 4% anual requerida para alcanzar la meta del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (Reducir la mortalidad infantil).³ Entre los 68 países con una alta carga de mortalidad de menores de cinco años, según el *Informe del Decenio* (2000-2010) sobre la *Cuenta Regresiva 2015*,⁴ 19 están bien encaminados para lograr esa meta, y 17 de estos han reducido la mortalidad por lo menos a la mitad. En 47 países se registró un aumento de la tasa media anual de reducción de la mortalidad de menores de cinco años durante el periodo 2000-2008 en comparación con el periodo 1990-2000.

45. Se estima que en 2008 la cifra mundial de defunciones maternas fue de 358 000, en comparación con 546 000 en 1990, lo que representa una reducción del 34%.⁵ Los mayores avances se dieron en las Regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental, con una reducción media anual del 5,0% de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2008. Hubo menos progresos en la Región de África, donde la disminución media anual fue del 1,7%, y en la Región del Mediterráneo Oriental, donde la reducción media anual fue del 1,5%. Una vez más, se observa una marcada diferencia entre dichas tasas y la reducción del 5,5% necesaria para alcanzar esa importante meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio⁶ (Mejorar la salud materna). Sin embargo, países como Egipto, el Irán (República Islámica del), Marruecos y Nepal han demostrado que es posible reducir la mortalidad materna mediante estrategias focalizadas.

¹ Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión, sección 4.

² UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and trends in child mortality: report 2010*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2010.

³ La meta del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio es «Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años».

⁴ *Informe del Decenio* (2000-2010) sobre la *Cuenta Regresiva 2015: Seguimiento del progreso en supervivencia materna, neonatal e infantil*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2010.

⁵ *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁶ La meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio es «Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes».

46. La cobertura de intervenciones eficaces en pro de la salud reproductiva y de la madre, el recién nacido y el niño ha seguido siendo desigual. El informe de la *Cuenta Regresiva* mostró que, en 68 países, la mediana de la cobertura fue elevada en las intervenciones sujetas a plazos, como la inmunización (superior al 80%) y la administración de suplementos de vitamina A (85%). Sin embargo, la cobertura mediana se mantuvo baja en las intervenciones dependientes de la demanda, como el tratamiento de la diarrea (41%) y la neumonía (27%), la asistencia especializada durante el parto (54%), la planificación familiar (31%) y las cesáreas (menos del 5%). La escasa cobertura de la planificación familiar (mediana: 24%) siguió viéndose reflejada en un alto número de embarazos no deseados. La reducción del número de estos embarazos, especialmente entre las adolescentes, sigue siendo una prioridad. Es posible ampliar rápidamente la cobertura de las intervenciones, como ha quedado demostrado en dos casos: un aumento espectacular de la cobertura con mosquiteros tratados con insecticida y la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño en varios países. En las dos últimas décadas, doce países han logrado aumentar al menos en un 20% la prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre los lactantes menores de seis meses.

47. La escasa calidad de los servicios sigue siendo motivo de preocupación en muchos casos. Por ejemplo, es evidente que existe una brecha de calidad de la atención si comparamos la proporción de mujeres que buscan servicios de atención prenatal y el porcentaje que se beneficia de intervenciones eficaces en el curso de esas visitas prenatales. Del mismo modo, la calidad de la atención en el momento del parto es muy desigual. Por ejemplo, las mujeres que intentan ser atendidas por personal cualificado durante el parto, aunque efectivamente sean atendidas, consiguen muchas veces una atención que no está al nivel de lo que se entiende por «atención especializada», lo que aboca a complicaciones médicas y, en el peor de los casos, la defunción. En general, es preciso fortalecer los indicadores utilizados para evaluar la calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como de los servicios proporcionados a los recién nacidos y los niños.

48. También hay lagunas en la continuidad de la atención, sobre todo durante el puerperio, periodo con alto riesgo de mortalidad para la madre y el recién nacido. Solo seis países recopilaban datos sobre la atención posnatal de los niños nacidos en el hogar (es decir, sin los servicios de un centro de salud), pero la información reunida muestra una cobertura mediana muy baja de la prestación de atención durante los dos primeros días de vida, un 4%.

49. A menudo los datos nacionales sobre los niveles de cobertura esconden disparidades importantes entre subgrupos de población, como los resultantes de considerar el sexo, la residencia urbana o rural, los ingresos o el origen étnico. Países con niveles similares de cobertura de las intervenciones en el plano nacional pueden diferir sustancialmente en lo referente a la equidad de esa cobertura entre grupos de población. En general, la cobertura de las intervenciones es considerablemente mayor entre los hogares con ingresos más altos. Entre los países que están reduciendo esa brecha de equidad cabe citar a Bangladesh, el Brasil, Egipto, Swazilandia y Zambia.

50. Son muy pocos los países que han adoptado políticas basadas en evidencia reciente para mejorar el acceso a intervenciones esenciales de salud reproductiva y de salud materna, del recién nacido y del niño. La mejora del acceso a esas intervenciones de salud se ha visto comprometida por la limitada responsabilidad de los trabajadores sanitarios en algunos países. Considerando los 68 «países de la cuenta regresiva» (es decir, los que soportan la mayor carga), por ejemplo, solo en 26 de ellos había parteras que realizasen siete tareas salvavidas y solo en 29 países había agentes de salud comunitarios que identificaran y trataran a los niños que presentaban signos de neumonía. Veintidós países habían

adoptado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna,¹ y 41 países informaron de que tenían un plan nacional que incluía el cálculo de los costos de la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Estos datos resaltan la necesidad de fortalecer las políticas y programas nacionales a fin de acelerar las medidas en pro de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

51. La *Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño* del Secretario General de las Naciones Unidas,² aprobada por los dirigentes mundiales en septiembre de 2010, brinda una plataforma de acción conjunta para hacer realidad la continuidad de la atención de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. La estrategia destaca diversos aspectos relevantes de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Reconoce la especial vulnerabilidad de las mujeres embarazadas, los recién nacidos y los adolescentes, e insta a adoptar una postura unitaria de apoyo a los planes de salud dirigidos por los países para aumentar las inversiones y lograr una mayor eficiencia. La rendición de cuentas es un aspecto importante de la estrategia en el que todos los asociados tienen un papel que desempeñar.

52. El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, en enero de 2011, tomó nota de este informe sobre los progresos realizados.³

G. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (resolución WHA61.16)

53. En respuesta a la resolución WHA61.16, la Secretaría, en colaboración con asociados de dimensión internacional, regional y nacional, viene trabajando con los Estados Miembros para lograr que se acabe con la práctica de la mutilación genital femenina. En el presente informe se exponen a grandes rasgos los progresos realizados desde 2008, y el Consejo Ejecutivo tomó nota del mismo en su 128.^a reunión.³

54. La Secretaría secundó la realización de estudios en varios países⁴ sobre la práctica de la mutilación genital femenina, con el objetivo de reunir información que ayude a mejorar las actividades para eliminar esta práctica. Además, esos estudios proporcionaron información sobre la atención que se dispensa a las niñas y mujeres que han padecido la intervención. En ocho países de África y Asia se pusieron en marcha iniciativas de carácter pedagógico e informativo dirigidas a grupos especiales, tanto a nivel comunitario como a través de los medios de comunicación de masas.⁵

55. A día de hoy, noviembre de 2010, existen leyes que penalizan la práctica de la mutilación genital femenina en 20 países africanos y en diversos estados de otros dos países.⁶ Desde mayo de 2008, tres países han promulgado leyes en este sentido: Egipto (en 2008), Uganda (en 2009) y el Sudán.

¹ Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1981.

² Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, *Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño*, Nueva York, Naciones Unidas, 2010.

³ Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión, sección 4.

⁴ Burkina Faso, Egipto, Gambia, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal, Sierra Leona y Sudán.

⁵ Côte d'Ivoire, Djibouti, Eritrea, Ghana, Indonesia, Mauritania, Nigeria y Sudán.

⁶ Benin, Burkina Faso, Chad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Ghana, Guinea, Kenya, Mauritania, Níger, Nigeria (13 estados), República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Sudáfrica, Sudán (numerosos estados), Togo, Uganda y Zambia.

Egipto y Djibouti han endurecido la legislación existente, y en varios países se han llevado casos ante los tribunales.¹ Además, 13 países que acogen inmigrantes de comunidades donde se practica la mutilación genital femenina han introducido leyes que prohíben esa intervención.

56. Cuatro países de África pusieron en marcha planes nacionales de acción contra la práctica de la mutilación genital femenina. Otros gobiernos formularon declaraciones públicas y mejoraron la coordinación de las actividades frente a esta práctica. Además, nueve países europeos elaboraron planes de acción. El Parlamento Europeo tiene adoptadas cuatro resoluciones sobre la lucha contra la mutilación genital femenina, y en 2009 la Unión Europea puso en marcha una campaña para poner fin a la mutilación genital femenina.

57. En 16 países, organizaciones no gubernamentales, gobiernos y dirigentes religiosos efectuaron intervenciones en el ámbito comunitario, a resultas de las cuales cientos de comunidades declararon públicamente su intención de abandonar esta práctica.

58. Se intensificó la colaboración intersectorial. En 2008, la Oficina Regional para África hizo un balance de mitad de periodo del plan regional de acción sobre la eliminación de esta práctica (que abarca desde 1996 hasta 2015).² Se instauraron programas conjuntos y se establecieron alianzas de financiación entre las principales partes interesadas: organismos del sistema de las Naciones Unidas, ministerios centrales, organizaciones no gubernamentales, proyectos de maternidad sin riesgo, asociaciones de carácter comunitario o confesional y líderes religiosos. Se establecieron nuevas fórmulas de colaboración transversal en cuatro países: en Burkina Faso y el Sudán, el trabajo giró sobre todo en torno a cuestiones de derechos humanos, y en Etiopía y Guinea la principal línea de actuación fueron las redes regionales con administraciones locales, organizaciones no gubernamentales y entidades de la sociedad civil.

59. La Secretaría ha actualizado sus directrices en materia de atención sanitaria a las niñas y mujeres que han sufrido mutilación genital y preparado material multimedia para formar a los proveedores de atención de salud.³ Cinco países africanos han adaptado y están utilizando las directrices clínicas. Dos países africanos dieron a conocer actividades de formación en el lugar de trabajo encaminadas a acabar con esta práctica, así como la elaboración de planes de estudios de diversos profesionales de la salud acerca del papel que les incumbe al respecto.

60. En Egipto se han establecido números telefónicos de ámbito nacional que ofrecen un servicio de apoyo a niñas o mujeres que hayan sufrido mutilación genital, iniciativa que también está en curso en Djibouti.

61. Además, los datos demuestran que cada vez es mayor el porcentaje de mutilaciones genitales femeninas practicadas por personal de atención sanitaria. La familia de las Naciones Unidas, junto con organizaciones intergubernamentales y asociaciones profesionales internacionales,⁴ elaboraron

¹ Entre ellos Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Kenya, Senegal y Sierra Leona. Desde 2008 también se han llevado nuevos casos ante los tribunales en los Países Bajos y Suiza.

² Organización Mundial de la Salud, *Regional plan of action to accelerate the elimination of female genital mutilation in Africa*. Brazzaville, Oficina Regional de la OMS para África, 1997.

³ *Female genital mutilation – mapping the evidence. Guidelines for health-care providers for curative and preventive work*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.

⁴ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Internacional para las Migraciones, Asociación Internacional de Médicas, Confederación Mundial de Fisioterapia y World Medical Association.

una estrategia mundial para invertir esta tendencia,¹ estrategia que ahora se está promoviendo tanto a escala regional como en los países. Además, en cinco países se han instituido redes de médicos y asociaciones profesionales contra la mutilación genital femenina.

H. ESTRATEGIA PARA INCORPORAR EL ANÁLISIS Y LAS ACCIONES DE GÉNERO EN LAS ACTIVIDADES DE LA OMS (resolución WHA60.25)

62. En el presente informe se da respuesta a la petición formulada en la resolución WHA60.25 de que se informara sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia para integrar el análisis y las acciones de género exponiendo sucintamente las actividades realizadas por la OMS desde 2009.² El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, en enero de 2011, tomó nota de una versión prece-dente de este informe.³

63. A fin de responder a la solicitud de presentar un informe bienal sobre los progresos realizados, se elaboró un marco de seguimiento y evaluación, del que se aplicaron con éxito dos etapas, la de evaluación inicial⁴ y la de balance a mitad de periodo,⁵ en 2008-2009 y en 2010 respectivamente. En este informe se presentan los resultados de la evaluación y del balance, incluidos los logros alcanzados en cada una de las orientaciones estratégicas definidas en la estrategia.⁶

PROGRESOS REALIZADOS POR ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

Orientación estratégica 1: Desarrollo en la OMS de la capacidad de analizar y planificar las cuestiones de género

64. Por lo que respecta a la Red de Género, Mujer y Salud, se logró, entre otros avances, incrementar el número de coordinadores de cuestiones de género en todas las regiones de la OMS, hasta llegar a los 112 que hay actualmente.

65. La evaluación inicial realizada en 2008-2009 como parte de la estrategia de la OMS en materia de género llevó a la conclusión de que la mayoría (un 60%) de los miembros del personal de la Organización que participaron en la encuesta tenían un buen conocimiento de los conceptos ligados al género. En cambio, apenas un 35% aplicaban a su labor el análisis y la perspectiva de género. La OMS ha seguido trabajando para desarrollar su capacidad, entre otras cosas, con la publicación de un ma-

¹ *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010; y Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010.

² Véase el documento A62/23, sección H, para un resumen de los progresos realizados hasta 2009.

³ Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión, sección 4.

⁴ *Gender mainstreaming in WHO: where are we now? Report of the baseline assessment of the WHO strategy 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

⁵ *The mid-term review of the strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.

⁶ *Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

nual sobre la incorporación de la perspectiva de género¹ y con seminarios de formación sobre planes de acción vertebrados en torno a las cuestiones de género. Sin embargo, queda mucho por hacer para adquirir mayor capacidad y generar condiciones institucionales propicias para que los funcionarios apliquen el conocimiento del análisis por género a su quehacer cotidiano.

Orientación estratégica 2: Integrar una perspectiva de género en todos los ámbitos de administración de la OMS

66. Desde 2007 se ha registrado un incremento del 5% en el número de mujeres que ocupaban puestos de la categoría profesional. La OMS está aún a cierta distancia de lograr su compromiso formulado en 1997 de que el 50% de los puestos de la categoría profesional o superiores estén ocupados por mujeres.

67. En relación con esta orientación estratégica, las conclusiones de la evaluación inicial ponen de manifiesto una cierta integración de las cuestiones de género en el proceso de planificación operativa.² Ese avance es particularmente patente en la asistencia humanitaria de emergencia, la ceguera, la inocuidad de los alimentos, el VIH, el paludismo, la salud mental, las enfermedades no transmisibles, la salud ocupacional o el del control del tabaco.

Orientación estratégica 3: Fomentar la utilización de datos desglosados por sexo y análisis por género

68. El balance a mitad de periodo de 2010 puso de manifiesto muy escasos avances. En el subsiguiente periodo de estudio, que corresponde a 2010-2011, la Secretaría, a través de la Red de Género, Mujer y Salud, redobla y seguirá redoblando esfuerzos para secundar el uso de datos desglosados por sexo y de análisis por género. En 2009 se celebró en Quito (Ecuador) un taller que tenía por objeto ayudar a Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, el Ecuador y el Perú a definir indicadores básicos en materia de género y salud.³ Para avanzar en esta labor se concibieron varias herramientas, en particular un conjunto de directrices.⁴

69. Un logro importante es la publicación, en noviembre de 2009, del informe de la OMS titulado *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*,⁵ que suscitó numerosas declaraciones de adhesión por parte de asociados fundamentales de la OMS. A finales de 2010 se celebró una reunión sobre políticas para ampliar el acervo de conocimientos sobre género, mujer y salud, que concluyó con un llamamiento a la acción respaldado por los representantes de varios Estados Miembros participan-

¹ *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

² Para cuantificar la integración de las cuestiones de género durante la evaluación inicial se realizaron entrevistas, que los 131 coordinadores participantes estructuraron basándose en cuestionarios preparados previamente.

³ «Taller de capacitación sobre indicadores de género y salud para países que participan en la recopilación de datos desglosados por sexo y análisis por género», organizado por la Oficina Regional para las Américas y celebrado en Quito (Ecuador) del 12 al 16 de octubre de 2009.

⁴ Haworth-Brockman M, Isfeld H, Prairie Women's Health Centre of Excellence, *Elementos para un análisis de género en las estadísticas de salud para la toma de decisiones*. Washington D.C., Unidad de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

⁵ *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda* (resumen analítico en español, bajo el título: *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*; informe completo sólo en inglés). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

tes en favor de que mejoraran las estadísticas sobre género y salud y a reducir las inequidades en este ámbito.¹

Orientación estratégica 4: Establecer mecanismos de responsabilización

70. La evaluación inicial dejó patente la necesidad de adoptar más medidas. En 2010, la OMS introdujo una clasificación por género en el Sistema Mundial de Gestión, por la cual se pide a los funcionarios de la OMS vinculados a la preparación de planes de trabajo que indiquen si en sus productos y servicios se tienen en cuenta las cuestiones de género. De esta manera, los funcionarios se responsabilizan y la OMS puede seguir de cerca los avances en cuanto a integración de las cuestiones de género en sus productos y servicios.

I. PROGRESOS REALIZADOS EN EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS (resolución WHA60.16)

71. La labor encaminada a promover el uso racional de los medicamentos ha supuesto diversas actividades. En la Región de África se celebraron jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre prácticas idóneas de prescripción y sobre la promoción del uso racional de los medicamentos en los establecimientos de salud en el Chad, Etiopía, Malí, la República Centroafricana, el Senegal y Zambia. En la República Unida de Tanzania se elaboró una estrategia nacional de comunicación para mejorar el uso racional en la comunidad.

72. En la Región de las Américas, en cooperación con los Estados Miembros, se elaboró una estrategia regional para promover el uso racional de los medicamentos basada en la mencionada resolución, y se han puesto en marcha iniciativas piloto en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil y Nicaragua.

73. En la Región de Asia Sudoriental se preparó una estrategia regional sobre prevención y contención de la resistencia a los antimicrobianos. Además, del 13 al 15 de julio de 2010 se celebró en Nueva Delhi una reunión interpaíses sobre el uso de los medicamentos; se recomendó una acción coordinada en los países para mejorar el uso racional, incluida la creación en los ministerios de salud de dependencias especiales, dotadas de todos los recursos necesarios.

74. En la Región de Europa se organizó un taller para que los países europeos pudieran examinar estrategias de mejoramiento de la información destinada a los pacientes acerca de los medicamentos (Ámsterdam, Países Bajos, 6-8 de octubre de 2010). A ello siguió una conferencia de dos días para examinar la reglamentación de la promoción de medicamentos. Por último, se organizó un taller para facilitar a los Estados de reciente independencia y a los países de Europa sudoriental el examen de la legislación nacional actual en materia de promoción de medicamentos (Chisinau, 12-13 de octubre de 2010).

75. En la Región del Mediterráneo Oriental, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y la Junta Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de los Estados Miembros del Consejo de Cooperación del Golfo organizaron un taller conjunto sobre el uso racional de los medicamentos, que se celebró en Mascate del 7 al 9 de noviembre de 2010. Se expuso la exitosa experiencia de la Dirección de

¹ «Global policy dialogue for better evidence to improve women's health through gender and health statistics». Washington D.C., Organización Mundial de la Salud, 25-27 de octubre de 2010.

uso racional de los medicamentos de Omán, y se transmitieron recomendaciones sobre el uso racional de los medicamentos a la Junta Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud.

76. En la Región del Pacífico Occidental se constituyó un grupo de trabajo del Pacífico en materia de selección y uso de medicamentos, encargado de elaborar un marco común para las directrices de tratamiento y una lista compartida de medicamentos. También se estableció un grupo de trabajo multidisciplinario sobre la contención de la resistencia a los antimicrobianos y se prestó apoyo técnico a los Estados Miembros sobre lo siguiente: formación para el uso racional; selección de medicamentos basada en datos objetivos, y elaboración y aplicación de directrices de tratamiento.

77. Se revisó la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales, que se publicó en abril de 2009.¹ Los países continúan revisando las listas nacionales de medicamentos esenciales, utilizando como patrón la Lista Modelo. En 2009 se publicó el formulario modelo de la OMS.² Se revisó la base de datos de la OMS sobre el uso de medicamentos en la atención primaria en los países en desarrollo y los países con economía en transición para dar cabida a los datos de las encuestas realizadas hasta 2009. Puede observarse que en el periodo 2004-2009, el 50% de las prescripciones hechas en el sector público se ajustaban a las directrices clínicas, mientras que en el sector privado con fines de lucro la conformidad de las prescripciones era del 30% durante el mismo periodo.

78. En la esfera del VIH/sida se actualizaron y publicaron en línea las directrices de la OMS para el tratamiento antirretrovírico de las mujeres embarazadas (prevención de la infección por VIH en los lactantes),³ los lactantes y los niños,⁴ y los adultos y adolescentes.⁵ Se revisaron y publicaron las directrices para el tratamiento del paludismo,⁶ junto con la cuarta edición de las directrices para el tratamiento de la tuberculosis.⁷

79. Los 80 países en los que el paludismo por *falciparum* es endémico han adoptado terapias combinadas basadas en la artemisinina y han eliminado de sus directrices para el tratamiento de la enfermedad las monoterapias basadas en la artemisinina. Se trata de importantes pasos en el uso racional de los medicamentos para tratar el paludismo.

¹ *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, March 2009 (including the 16th WHO model list of essential medicines and the 2nd WHO model list of essential medicines for children)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 958). Existe una actualización de la Lista Modelo, publicada en marzo de 2010, que puede consultarse en inglés y en francés en <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> (consultada el 2 de marzo de 2011).

² *WHO model formulary 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

³ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version*. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf. (consultado el 10 de noviembre de 2010).

⁴ *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach. 2010 revision*. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf. (consultado el 10 de noviembre de 2010).

⁵ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision*. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf. (consultado el 10 de noviembre de 2010).

⁶ *Guidelines for the treatment of malaria. 2nd edition*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁷ *Treatment of tuberculosis: guidelines. 4th edition*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

80. La tercera Conferencia Internacional sobre el Mejoramiento del Uso de los Medicamentos, que se había previsto celebrar en Alejandría (Egipto) del 10 al 14 de abril de 2011, ha sido aplazada. Sin embargo, prosiguen los preparativos y se tiene la intención de celebrarla en una fecha posterior de 2011. Esas conferencias, copatrocinadas por la OMS, constituyen una plataforma importante para establecer la agenda del próximo decenio en lo referente al uso racional.

81. La resistencia a los antimicrobianos y su propagación mundial será el tema del Día Mundial de la Salud 2011; el uso racional de los antibióticos es una parte significativa del esfuerzo por gestionar la resistencia a los antimicrobianos. Las actividades multisectoriales en que se hará hincapié en la importancia de las directrices en materia de tratamiento y antibióticos, y en las que participarán los programas de seguridad del paciente, VIH/sida, tuberculosis y paludismo, serán destacados componentes del Día Mundial de la Salud 2011.

82. Se ha preparado un manual para ayudar a los programas nacionales de lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas a mejorar la gestión de eventos adversos graves tras las intervenciones de quimioterapia preventiva en gran escala. Después de las pruebas sobre el terreno realizadas en una serie de países africanos, el manual está siendo utilizado por las autoridades nacionales, que lo están adaptando para tener en cuenta sus respectivas necesidades. Se están preparando versiones nacionales en la República Unida de Tanzania y Uganda, y están en marcha los preparativos para obtener versiones propias en la India, Malawi, Nepal, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam.

83. La 18.^a reunión del Comité de Expertos de la OMS en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales se celebrará en Accra (Ghana), del 21 al 25 de marzo de 2011, y en ella se revisará la 16.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales. El material de referencia para la reunión ha sido publicado en el sitio web de la OMS y se han recibido numerosas observaciones.

84. Estas diversas actividades reflejan la amplitud del trabajo en materia de uso racional; no obstante, la mayoría de los países aún tienen que abordar el uso racional¹ de los medicamentos en sus planes nacionales y comprometer recursos, como se recomienda en la resolución.

85. El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, en enero de 2011, tomó nota de una versión precedente del presente informe.²

J. APLICACIÓN POR LA OMS DE LAS RECOMENDACIONES DEL EQUIPO MUNDIAL DE TAREAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES MULTILATERALES Y LOS DONANTES INTERNACIONALES EN MATERIA DE SIDA (resolución WHA59.12)

86. En cumplimiento de una recomendación formulada por la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA en su 20.^a reunión (Ginebra, 25 a 27 de junio de 2007), se estableció el grupo de referencia de supervisión, encargado de vigilar los progresos e informar sobre las necesidades de las partes interesadas, en el que la OMS representa a los copatrocinadores del ONUSIDA. El grupo de referencia de supervisión presentó a la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA en su 25.^a reunión en diciembre de 2009, un informe que se examinó en relación con el informe final de la segunda evaluación in-

¹ Véase http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/18/en/index.html (consultado el 4 de marzo de 2011).

² Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la undécima sesión, sección 3.

dependiente del ONUSIDA (2002-2008).¹ En la segunda evaluación independiente se tuvo en cuenta la aplicación de todas las recomendaciones del Equipo mundial de tareas. Se acordó que la labor del grupo de referencia de supervisión había concluido y que la vigilancia futura debería incorporarse a otros procesos de gobernanza y presentación de informes del ONUSIDA.

87. La OMS ha trabajado en estrecha colaboración con el ONUSIDA, los Estados Miembros, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y otros proveedores y receptores importantes de apoyo técnico para coordinar y armonizar el apoyo técnico a los países. En respuesta a la segunda evaluación independiente, la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA recomendó que se elaborara una estrategia de apoyo técnico del ONUSIDA para clarificar las ventajas comparativas y las funciones de la secretaría del ONUSIDA, sus copatrocinadores, otras entidades de las Naciones Unidas y demás proveedores de apoyo técnico. La OMS ha contribuido a la preparación de esta estrategia y está elaborando un plan en el que se determinarán la función y las contribuciones de la Organización. En septiembre de 2009, la OMS celebró una reunión de consulta sobre la creación de redes regionales de centros colaboradores de la OMS, centros de intercambio de conocimientos y asociados técnicos que trabajan en el área del VIH, con objeto de crear capacidad regional y nacional para agenciar, gestionar y proporcionar apoyo técnico de calidad a efectos de fortalecer las respuestas del sector de la salud al VIH. La OMS preside el grupo de trabajo mixto de carácter informal sobre cuestiones relacionadas con el Fondo Mundial, integrado por representantes de los departamentos pertinentes de la OMS y las secretarías del ONUSIDA y del Fondo Mundial, y coordina la prestación de apoyo técnico a los países en relación con las donaciones del Fondo Mundial.

88. En respuesta a la recomendación formulada por la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA, se ha revisado la división del trabajo del ONUSIDA,² teniendo en cuenta las recomendaciones de la segunda evaluación independiente, que se determinen las 10 áreas de trabajo prioritarias en relación con el Marco de resultados del ONUSIDA, y que se elabore el plan estratégico del ONUSIDA para 2011-2015. Conforme a la nueva división del trabajo, la OMS continuará a la cabeza de la respuesta del sector de la salud al VIH, específicamente en lo que respecta al tratamiento y la atención del VIH, el VIH y la tuberculosis, y la prevención de la infección por VIH en los lactantes. La OMS también hará importantes contribuciones a la respuesta del ONUSIDA en materia de planificación del sector sanitario, fortalecimiento de los sistemas de salud, información estratégica sobre el VIH, prevención del VIH en el sector de la salud, y servicios de salud para los grupos de población más expuestos y vulnerables.

89. Se han hecho progresos en el establecimiento de equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el sida y de programas conjuntos de apoyo en los países, y el mejoramiento de sus resultados. A fines de 2009 se habían establecido equipos conjuntos de las Naciones Unidas en 84 países, y la OMS desempeñaba un activo papel en todos esos equipos, en particular en la programación conjunta con otros organismos y asociados de las Naciones Unidas. La plena participación de la OMS en estos equipos conjuntos, empero, depende de la presencia en los países de personal del programa de la OMS sobre el VIH.

90. En 2010 se dio a conocer una serie de cinco recomendaciones actualizadas de la OMS sobre los siguientes temas: terapia antirretroviral para la infección por VIH en adultos y adolescentes;³ terapia

¹ Documento UNAIDS/PCB(25)/09.18.

² 26.ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA, Ginebra, junio de 2010.

³ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

antirretroviral para la infección por VIH en lactantes y niños;¹ medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de mujeres embarazadas y la prevención de la infección por VIH en los lactantes;² diagnóstico de la infección por VIH en lactantes y niños;³ y alimentación de los lactantes en relación con el VIH.⁴ En 2010 se publicó el informe sobre los progresos realizados en la consecución del acceso universal,⁵ así como un examen de los aspectos más destacados del programa de la OMS sobre el VIH en 2008-2009.⁶

91. El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, en enero de 2011, tomó nota de una versión precedente del presente informe.⁷

= = =

¹ *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

² *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

³ *WHO recommendation on the diagnosis of HIV infection in infants and children.* Ginebra, OMS, 2010.

⁴ *Guidelines on HIV and infant feeding 2010.* Ginebra, OMS, 2010.

⁵ *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2010,* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁶ *HIV/AIDS programme highlights.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁷ Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la undécima sesión, sección 3.