



ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

72.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 20-28 DE MAYO DE 2019

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

**GINEBRA
2019**

SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

| | |
|---------|---|
| ACNUR | - Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina) |
| ASEAN | - Asociación de Naciones de Asia Sudoriental |
| CIIC | - Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer |
| FAO | - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura |
| FIDA | - Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola |
| FMI | - Fondo Monetario Internacional |
| JIFE | - Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes |
| OACI | - Organización de Aviación Civil Internacional |
| OCDE | - Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos |
| OIE | - Organización Mundial de Sanidad Animal |
| OIEA | - Organismo Internacional de Energía Atómica |
| OIM | - Organización Internacional para las Migraciones |
| OIT | - Organización (Oficina) Internacional del Trabajo |
| OMC | - Organización Mundial del Comercio |
| OMI | - Organización Marítima Internacional |
| OMM | - Organización Meteorológica Mundial |
| OMPI | - Organización Mundial de la Propiedad Intelectual |
| ONUDI | - Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial |
| ONUSIDA | - Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA |
| OOPS | - Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente |
| OPS | - Organización Panamericana de la Salud |
| PMA | - Programa Mundial de Alimentos |
| PNUD | - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PNUMA | - Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente |
| UIT | - Unión Internacional de Telecomunicaciones |
| UNCTAD | - Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo |
| UNESCO | - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| UNFPA | - Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| UNODC | - Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito |

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 20 al 28 de mayo de 2019, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 143.^a reunión.¹

¹ Decisión EB143(5) (2018).

ÍNDICE

| | Página |
|---|---------------|
| Introducción | iii |
| Orden del día | ix |
| Lista de documentos | xv |
| Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones | xxiii |

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

| | | |
|----------|---|----|
| WHA72.1 | Presupuesto por programas 2020-2021 | 3 |
| WHA72.2 | Atención primaria de salud | 6 |
| WHA72.3 | Prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos | 7 |
| WHA72.4 | Preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal | 12 |
| WHA72.5 | Resistencia a los antimicrobianos | 17 |
| WHA72.6 | Acción mundial en pro de la seguridad del paciente | 21 |
| WHA72.7 | Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios | 26 |
| WHA72.8 | Mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios | 31 |
| WHA72.9 | Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución | 34 |
| WHA72.10 | Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: República Centroafricana | 35 |

| | | |
|----------|---|----|
| WHA72.11 | Nombramiento de Comisario de Cuentas | 36 |
| WHA72.12 | Escala de contribuciones para 2020-2021 | 36 |
| WHA72.13 | Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General | 41 |
| WHA72.14 | Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: República Bolivariana de Venezuela..... | 42 |
| WHA72.15 | Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades..... | 43 |
| WHA72.16 | Sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos..... | 45 |

Decisiones

| | | |
|-----------|---|----|
| WHA72(1) | Composición de la Comisión de Credenciales | 51 |
| WHA72(2) | Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud | 51 |
| WHA72(3) | Elección de la Mesa de las comisiones principales | 51 |
| WHA72(4) | Constitución de la Mesa de la Asamblea | 52 |
| WHA72(5) | Adopción del orden del día | 52 |
| WHA72(6) | Verificación de credenciales..... | 52 |
| WHA72(7) | Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo | 53 |
| WHA72(8) | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado | 53 |
| WHA72(9) | Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables..... | 54 |
| WHA72(10) | Plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo | 54 |
| WHA72(11) | Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles..... | 54 |
| WHA72(12) | Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica..... | 57 |
| WHA72(13) | Implicaciones para la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya..... | 58 |

| | | |
|-----------|---|----|
| WHA72(14) | Promoción de la salud de refugiados y migrantes | 58 |
| WHA72(15) | Informe del Comisario de Cuentas | 59 |
| WHA72(16) | Informes programático y financiero de la OMS para 2018-2019, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2018..... | 59 |
| WHA72(17) | Recursos humanos: informe anual..... | 59 |
| WHA72(18) | Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal | 60 |
| WHA72(19) | 2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería..... | 60 |
| WHA72(20) | Día Mundial de la Enfermedad de Chagas | 60 |
| WHA72(21) | Reforma de la OMS: modificaciones del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud..... | 60 |
| WHA72(22) | Reforma de la OMS: modificaciones del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud..... | 61 |
| WHA72(23) | Reforma de la OMS: modificaciones del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud..... | 62 |
| WHA72(24) | Elección del país en que ha de reunirse la 73. ^a Asamblea Mundial de la Salud..... | 62 |

ANEXOS

| | | |
|----|--|-----|
| 1. | Declaración de Astaná..... | 65 |
| 2. | Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables..... | 70 |
| 3. | Plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo | 94 |
| 4. | Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica: recomendaciones del Grupo Asesor y enmienda de la nota a pie de página del anexo 2 ... | 101 |
| 5. | Plan de acción mundial sobre la promoción de la salud de refugiados y migrantes, 2019-2023 | 111 |
| 6. | Contrato modificado del Director General..... | 122 |
| 7. | Ejemplos de uso de terminología que comporta una consideración de sexo en la versión en inglés del reglamento interior de la Asamblea Mundial de la Salud y modificaciones propuestas | 125 |
| 8. | Texto del Reglamento Interior modificado de la Asamblea Mundial de la Salud | 127 |
| 9. | Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud..... | 132 |

ORDEN DEL DÍA¹

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea de la Salud
 - 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales
 - 1.2 Elección de Presidente
 - 1.3 Elección de cinco Vicepresidentes y de Presidentes de las comisiones principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea
 - 1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales
2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 143.^a y 144.^a reuniones
3. Alocución del Director General, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
4. [eliminado]
5. [eliminado]
6. Consejo Ejecutivo: elección
7. Premios
8. Informes de las comisiones principales
9. Clausura de la Asamblea de la Salud

COMISIÓN A

10. Apertura de la Comisión²
11. Asuntos estratégicos prioritarios
 - 11.1 Proyecto de presupuesto por programas 2020-2021
 - 11.2 Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública
 - Informe del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
 - Labor de la OMS en emergencias sanitarias

¹ Adoptado en la segunda sesión plenaria.

² Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- Reglamento Sanitario Internacional (2005)

11.3 Poliomielitis

- Erradicación
- Transición

11.4 Aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

11.5 Cobertura sanitaria universal

- Atención primaria de salud hacia la cobertura sanitaria universal
- Prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos
- Preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal

11.6 Salud, medio ambiente y cambio climático

11.7 Acceso a medicamentos y vacunas

11.8 Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud

- Resistencia a los antimicrobianos
- Prevención y control de las enfermedades no transmisibles
- Poner fin a la tuberculosis

12. Otros asuntos técnicos

12.1 Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica

12.2 Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados

12.3 [transferido a la Comisión B]

12.4 Promoción de la salud de refugiados y migrantes

12.5 Seguridad del paciente

- Acción mundial en pro de la seguridad del paciente
- Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios

- 12.6 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
- 12.7 [transferido a la Comisión B]
- 12.8 [transferido a la Comisión B]
- 12.9 [transferido a la Comisión B]
- 12.10 [transferido a la Comisión B]

COMISIÓN B

- 13. Apertura de la Comisión¹
- 14. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
- 15. Asuntos financieros
 - 15.1 Resumen de la situación financiera: Presupuesto por programas 2018-2019
 - 15.2 Informes programático y financiero de la OMS para 2018-2019, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2018
 - 15.3 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
 - 15.4 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos
 - 15.5 Escala de contribuciones
 - 15.6 [eliminado]
 - 15.7 [eliminado]
- 16. Asuntos de auditoría y supervisión
 - 16.1 Informe del Comisario de Cuentas
 - 16.2 Informe del Auditor Interno
 - 16.3 Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación
 - 16.4 Nombramiento de Comisario de Cuentas

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

17. Asuntos de personal
 - 17.1 Recursos humanos: informe anual
 - 17.2 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
 - 17.3 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
 - 17.4 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal
 - 17.5 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
18. Asuntos de gestión, administrativos y de gobernanza
 - 18.1 Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo
 - 18.2 Multilingüismo
 - 18.3 [eliminado]
19. Otros asuntos remitidos por el Consejo Ejecutivo a la Asamblea de la Salud
20. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
21. Asuntos para información
 - 21.1 Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - 21.2 Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición
 - 21.3 Informes sobre los progresos realizados
- A. Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030 (resolución WHA68.2 (2015))
- B. Reducción de la carga de micetoma (resolución WHA69.21 (2016))
- C. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16 (2011))
- D. Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA60.21 (2007))
- E. Prevención de la sordera y la pérdida de audición (resolución WHA70.13 (2017))
- F. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25 (2007))
- G. Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores (decisión WHA70(23) (2017))

- H. Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos (resolución WHA67.20 (2014))
- I. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16 (2007))
- J. Medicina tradicional (resolución WHA67.18 (2014))
- 12. Otros asuntos técnicos
 - 12.3 Recursos humanos para la salud
 - 12.7 Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
 - 12.8 Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030)
 - 12.9 Atención de urgencia y traumatológica
 - 12.10 Implicaciones para la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya

LISTA DE DOCUMENTOS

| | |
|--------------|--|
| A72/1 Rev.1 | Orden del día ¹ |
| A72/1 Add.1 | Propuesta de inclusión de un punto suplementario en el orden del día |
| A72/2 | Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 143. ^a y 144. ^a reuniones |
| A72/3 | Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General |
| A72/4 | Anteproyecto de presupuesto por programas 2020-2021 |
| A72/5 | Proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 Marco de Impacto de la OMS |
| A72/6 | Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública Informe del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS |
| A72/7 | Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública Labor de la OMS en emergencias sanitarias |
| A72/8 | Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública Reglamento Sanitario Internacional (2005) Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) |
| A72/9 | Poliomielitis Erradicación |
| A72/10 | Poliomielitis Transición |
| A72/11 Rev.1 | Aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible |
| A72/12 | Cobertura sanitaria universal Atención primaria de salud hacia la cobertura sanitaria universal ² |
| A72/13 | Cobertura sanitaria universal Prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos |
| A72/14 | Cobertura sanitaria universal Preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal |

¹ Véase la página ix.

² Véase el anexo I.

| | |
|-------------------------|---|
| A72/15 | Salud, medio ambiente y cambio climático Proyecto de estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables ¹ |
| A72/16 | Salud, medio ambiente y cambio climático Proyecto de plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo ² |
| A72/17 | Acceso a medicamentos y vacunas |
| A72/18 | Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud Resistencia a los antimicrobianos |
| A72/19 | Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud Prevención y control de las enfermedades no transmisibles |
| A72/20 | Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud Poner fin a la tuberculosis |
| A72/21 y A72/21Add.1 | Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica Aplicación de la decisión WHA71(11) (2018) ³ |
| A72/22 | Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados |
| A72/23 | Recursos humanos para la salud Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud: tercera ronda de presentación de informes nacionales |
| A72/24 | Recursos humanos para la salud Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 |
| A72/25 Rev.1 | Promoción de la salud de refugiados y migrantes Proyecto de plan de acción mundial, 2019-2023 ⁴ |

¹ Véase el anexo 2.

² Véase el anexo 3.

³ Véase el anexo 4.

⁴ Véase el anexo 5.

LISTA DE DOCUMENTOS

| | |
|--------------------------|---|
| A72/26 | Seguridad del paciente Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente |
| A72/27 | Seguridad del paciente Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios |
| A72/28 | Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico |
| A72/29 y A72/29/Add.1 | Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades |
| A72/30 | Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) |
| A72/31 | Atención de urgencia y traumatológica Sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos |
| A72/32 | Implicaciones para la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya |
| A72/33 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado |
| A72/34 | Resumen de la situación financiera: Presupuesto por programas 2018-2019 |
| A72/35 | Informe sobre los resultados de la OMS Presupuesto por programas 2018-2019 Examen de mitad de periodo |
| A72/36 | Estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2018 |
| A72/37 | Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución |
| A72/38 | Escala de contribuciones para 2020-2021 |
| A72/39 | Informe del Comisario de Cuentas |
| A72/40 | Informe del Auditor Interno |
| A72/41 | Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación |
| A72/42 | Nombramiento de Comisario de Cuentas |

| | |
|--------------------|--|
| A72/43 | Recursos humanos: informe anual ¹ |
| A72/44 | Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional |
| A72/45 | Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal |
| A72/46 | Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS |
| A72/47 | Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas |
| A72/48 | Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo Agenda de transformación de la OMS |
| A72/49 | Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo |
| A72/50 | Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo ² |
| A72/51 | Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo Informe de la Presidencia del Consejo Ejecutivo en relación con los resultados de la consulta oficiosa sobre la reforma de la gobernanza ³ |
| A72/52 | Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo Reforma de la OMS: gobernanza ³ |
| A72/53 | Multilingüismo |
| A72/54 Rev.1 | 2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería |
| A72/54 Rev.1 Add.1 | Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ⁴ |

¹ Véase el anexo 6.

² Véase el anexo 7.

³ Véase el anexo 8.

⁴ Véase el anexo 9.

LISTA DE DOCUMENTOS

| | |
|--------------------|--|
| A72/55 Rev.1 | Día Mundial de la Enfermedad de Chagas |
| A72/55 Rev.1 Add.1 | Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud ¹ |
| A72/57 | Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco |
| A72/58 | Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición |
| A72/59 | Informes sobre los progresos realizados |
| A72/60 Rev.1 | Arreglos especiales para la liquidación de atrasos República Bolivariana de Venezuela |
| A72/61 | Arreglos especiales para la liquidación de atrasos República Centroafricana |
| A72/62 | Resumen de la situación financiera: Presupuesto por programas 2018-2019 Informes programático y financiero de la OMS para 2018-2019, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2018 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A72/63 | Proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A72/64 | Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A72/65 | Recursos humanos: informe anual Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A72/66 | Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución Arreglos especiales para la liquidación de atrasos Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud |

¹ Véase el anexo 9.

| | |
|--------|---|
| A72/67 | Informe del Comisario de Cuentas Informe del Auditor Interno Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A72/68 | Comisión de Credenciales |
| A72/69 | Primer informe de la Comisión A |
| A72/70 | Segundo informe de la Comisión A |
| A72/71 | Primer informe de la Comisión B |
| A72/72 | Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo |
| A72/73 | Segundo informe de la Comisión B |
| A72/74 | Tercer informe de la Comisión A |
| A72/75 | Tercer informe de la Comisión B |
| A72/76 | Cuarto informe de la Comisión A |
| A72/77 | Cuarto informe de la Comisión B |
| A72/78 | Quinto informe de la Comisión A |
| A72/79 | Sexto informe de la Comisión A |
| A72/80 | Séptimo informe de la Comisión A |

Documentos de información

| | |
|------------|--|
| A72/INF./1 | Premios |
| A72/INF./2 | Proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 Puesta en práctica del proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 |
| A72/INF./3 | Proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 Aspectos presupuestarios de la erradicación de la poliomielitis y la transición conexas |

LISTA DE DOCUMENTOS

A72/INF./4 Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación,
y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para
el desarrollo
Presencia de la OMS en los países, territorios y zonas

A72/INF./5 Contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, 2018

Documentos varios

A72/DIV./1 Rev.1 List of delegates and other participants
Liste des delegues et autres participants

A72/DIV./2 Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud

A72/DIV./3 Lista de decisiones y resoluciones

A72/DIV./4 Lista de documentos

MESA DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD Y COMPOSICIÓN DE SUS COMISIONES ¹

Presidente

Dr. Bounkong SYHAVONG
(República Democrática Popular Lao)

Vicepresidentes

Excma. Sra. Socorro Flores LIERA (México)
Sr. Abdoulaye Diouf SARR (Senegal)
Dr. Hussein Abdul Rahman AL RAND
(Emiratos Árabes Unidos)
Dr. Alisher SHADMANOV (Uzbekistán)
Sra. Dechen WANGMO (Bhután)

Secretario

Dr. Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Director General

Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahrein, Camboya, Eritrea, Eslovaquia, Indonesia, Islas Marshall, Liberia, Montenegro, Polonia, República Dominicana, Seychelles y Suriname.

Presidente: Dr. Acep SOMANTRI (Indonesia)

Vicepresidente: Sr. Berhane GHEBRETINSAE
(Eritrea)

Secretaria: Sra. Françoise MOURAIN-SCHUT, Asesora Jurídica Superior

Mesa de la Asamblea

La Mesa de la Asamblea estuvo integrada por el Presidente y los Vicepresidentes de la Asamblea de la Salud, los Presidentes de las comisiones principales y delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahamas, China, Congo, Cuba, Djibouti, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Honduras,

Mongolia, Myanmar, Níger, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo, Rumania, Somalia, Sudáfrica.

Presidente: Dr. Bounkong SYHAVONG
(República Democrática Popular Lao)

Secretario: Dr. Tedros Adhanom
GHEBREYESUS, Director General

COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 33 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales

Comisión A

Presidenta: Dra. Silvia Paula Valentim
LUTUCUTA (Angola)

Vicepresidentes: Dr. Yasuhiro SUZUKI (Japón)
y Dr. Mohammad Assai ARDAKANI
(República Islámica del Irán)

Relator: Sra. Laura BORDÓN (Paraguay)

Secretario: Sr. Ian ROBERTS, Coordinator,
Biblioteca y Redes de Información para el
Conocimiento

Comisión B

Presidente: Sr. Herbert BARNARD (Países
Bajos)

Vicepresidentes: Dra. Karen GORDON-
CAMPBELL (Guyana) y Sr. Abdulla AMEEN
(Maldivas)

Relator: Dr. Ahmad Jan NAEEM (Afganistán)

Secretario: Dr. Clive ONDARI, Coordinador,
Seguridad y Vigilancia

REPRESENTANTES DEL CONSEJO EJECUTIVO

Sra. Maria Nazareth Farani AZEVÊDO (Brasil)
Dra. Päivi SILLANAUKKEE (Finlandia)
Dr. Simon Mfanzile ZWANE (Eswatini)
Sra. Glenys BEAUCHAMP (Australia)

¹ Además, en el documento A72/DIV./1 Rev.1 figura la lista de delegados y otros participantes.

RESOLUCIONES Y DECISIONES

RESOLUCIONES

WHA72.1 Presupuesto por programas 2020-2021

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

Tomando nota de que el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 es el primer presupuesto por programas que se prepara en consonancia con el 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 y el enfoque estratégico prioritario de los tres mil millones que ha adoptado la OMS;

Haciendo hincapié en la importancia del fortalecimiento de las funciones normativas de la Organización y acogiendo con agrado el énfasis puesto en el impacto, la capacidad y los sistemas integrados a nivel de los países;

Recordando que la asignación de recursos financieros debe acompañarse de un seguimiento y de resultados que sean medibles;

Acogiendo con agrado la incorporación al proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 de una línea presupuestaria para operaciones y llamamientos de emergencia;

Acogiendo con agrado también la labor que se está llevando a cabo para determinar oportunidades de mejorar la eficiencia en el conjunto de la Organización y reafirmando al mismo tiempo la necesidad de que las funciones instrumentales tengan suficiente financiación en todos los niveles;

Afirmando el liderazgo de la OMS respecto de una agenda de transformación que ayude a los países en sus esfuerzos por alcanzar todas las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud;

Reconociendo el pleno compromiso de la OMS con la ejecución de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo y su implicación en ella;

Reconociendo que el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 presenta un nuevo marco de resultados con una tarjeta de puntuación equilibrada que evaluará los productos de la Secretaría en los tres niveles de la Organización tomando en consideración seis dimensiones —liderazgo, bienes mundiales, apoyo a los países, igualdad de género, equidad y derechos, buen aprovechamiento de los recursos e indicadores guía— y que mediante el nuevo Marco de Impacto de la OMS se evaluarán los resultados del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 en su totalidad y su impacto en la salud mundial;

¹ Documento A72/4.

² Documento A72/63.

Destacando que los aumentos propuestos por encima del nivel del proyecto de presupuesto por programas 2020-2021 solo deberían solicitarse cuando sean necesarios para los fines de las actividades encomendadas a la Organización y después de que se hayan adoptado todas las medidas posibles para financiar esos aumentos mediante el aumento de la eficiencia y el establecimiento de prioridades,

1. APRUEBA el programa de trabajo consignado en el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021, así como sus prioridades estratégicas y otras áreas, tomando nota también de la información básica sobre su puesta en práctica;
2. APRUEBA el presupuesto para el ejercicio 2020-2021 con cargo a fondos de todas las procedencias, a saber, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, por un valor de US\$ 5840,4 millones;
3. DISTRIBUYE el presupuesto para el ejercicio 2020-2021 entre las siguientes prioridades estratégicas y otras áreas:

Prioridades estratégicas

1. Cobertura sanitaria universal para mil millones más de personas: US\$ 1358,8 millones;
2. Mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas: US\$ 888,8 millones;
3. Mejor salud y bienestar para mil millones más de personas: US\$ 431,1 millones;
4. Una OMS más eficaz y eficiente que presta mejor apoyo a los países: US\$ 1090,0 millones (incluida la financiación del sistema de coordinadores residentes de las Naciones Unidas, de conformidad con las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas);

Otras áreas

- Erradicación de la poliomielitis (US\$ 863,0 millones) y programas especiales (US\$ 208,7 millones), por un total de US\$ 1071,7 millones;
 - Operaciones y llamamientos de emergencia (US\$ 1000,0 millones), área para la que las necesidades presupuestarias, dado el carácter coyuntural de las actividades conexas, es una cifra estimada basada en la experiencia reciente, que puede ser objeto de incrementos de ser necesario;
4. RESUELVE que el presupuesto se financiará del siguiente modo:
 - mediante las contribuciones netas de los Estados Miembros ajustadas en función de los ingresos no señalados estimados procedentes de los Estados Miembros, por un total de US\$ 956,9 millones;
 - mediante contribuciones voluntarias, por un total de US\$ 4883,5 millones;
 5. RESUELVE ADEMÁS que del monto bruto de la contribución señalada para cada Estado Miembro se deducirán las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguala de Impuestos; que esa deducción se ajustará en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, impuestos que la Organización reembolsa a ese personal; y que el monto total de esos reembolsos se estima en US\$ 21,0 millones, lo que eleva las contribuciones de los Miembros a un total de US\$ 977,9 millones;

6. DECIDE que el Fondo de Operaciones se mantenga en su actual nivel de US\$ 31,0 millones;
7. AUTORIZA al Director General a utilizar las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, con sujeción a la disponibilidad de recursos, para financiar el presupuesto según se ha distribuido en el párrafo 3, sin exceder las cantidades aprobadas;
8. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a efectuar transferencias, cuando sea necesario, entre las cuatro prioridades estratégicas, hasta por un monto que no supere el 5% de la cantidad asignada a la prioridad estratégica desde la que se haga la transferencia. Todas esas transferencias se consignarán, acompañadas de una explicación, en los informes reglamentarios a los órganos deliberantes correspondientes;
9. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a realizar gastos adicionales, cuando sea necesario, con cargo al área de operaciones y llamamientos de emergencia, con sujeción a la disponibilidad de recursos;
10. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a realizar gastos adicionales, cuando sea necesario, con cargo a los componentes presupuestarios de los programas especiales por encima del monto asignado a dichos componentes, como resultado de otros mecanismos de gobernanza y de movilización de recursos, así como de su ciclo presupuestario, que orientan los presupuestos anuales y/o bienales de esos programas especiales, con sujeción a la disponibilidad de recursos;
11. PIDE al Director General que:
 - 1) siga elaborando el marco de resultados en consulta con los Estados Miembros, en particular por conducto de los comités regionales, y lo presente al Consejo Ejecutivo en su 146.^a reunión;
 - 2) presente una estrategia de movilización de recursos al Consejo Ejecutivo en su 146.^a reunión;
 - 3) presente a los Estados Miembros informes periódicos sobre el estado de la financiación y ejecución del presupuesto por programas, incluido un informe sobre los resultados a mitad de periodo que se presente a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración;
 - 4) presente a la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2022 un informe sobre la ejecución de la totalidad del presupuesto por programas durante el periodo 2020-2021 y sobre los productos por oficinas principales y países, en particular tal como se hayan medido a través de tarjetas de puntuación equilibrada, y, según proceda, por indicadores de efectos;
 - 5) controle los costos y se asegure de encontrar formas de aumentar la eficiencia en el conjunto de la Organización, y presente un informe a la Asamblea de la Salud con información detallada sobre los ahorros y el aumento de la eficiencia, por conducto del Consejo Ejecutivo y su Comité de Programa, Presupuesto y Administración.

(Sexta sesión plenaria, 24 de mayo de 2019 –
Comisión A, primer informe)

WHA72.2 Atención primaria de salud¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la atención primaria de salud hacia la cobertura sanitaria universal;²

Recordando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada en 2015, en particular el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, en el que se insta a las partes interesadas a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades;

Reafirmando la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata (1978) en pro de la salud para todos;

Acogiendo con beneplácito la celebración de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Astaná, Kazajstán, días 25 y 26 de octubre de 2018), en la cual los Estados Miembros renovaron su compromiso con la atención primaria de la salud a través de un enfoque que abarque al conjunto de la sociedad en torno a la atención primaria de la salud como piedra angular de un sistema de salud sostenible en pro de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, en particular su meta 3.8, centrada en el logro de la cobertura sanitaria universal;

Recordando el enfoque relativo a la atención primaria de la salud y la cobertura sanitaria universal recogido en la resolución WHA69.11 (2016) sobre la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,

1. ACOGE CON BENEPLÁCITO la Declaración de Astaná adoptada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud el 25 de octubre de 2018;³
2. INSTA a los Estados Miembros⁴ a adoptar medidas para compartir y aplicar la visión y los compromisos de la Declaración de Astaná según los contextos nacionales;
3. HACE UN LLAMAMIENTO a todas las partes interesadas pertinentes para que:
 - 1) alineen sus medidas y su apoyo con las políticas, estrategias y planes nacionales en un espíritu de colaboración y cooperación eficaz para el desarrollo en la aplicación de la visión y los compromisos de la Declaración de Astaná;
 - 2) presten apoyo a los Estados Miembros en la movilización de recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información para ayudar a crear una atención primaria de la salud sólida y sostenible, tal como se prevé en la Declaración de Astaná;
4. PIDE al Director General que:
 - 1) apoye a los Estados Miembros, según proceda, en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, especialmente en la aplicación de la visión y los compromisos de la Declaración de Astaná, en coordinación con todas las partes interesadas pertinentes;

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

² Documento A72/12.

³ Véase el anexo 1.

⁴ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 2) elabore, en consulta con los Estados Miembros y con su participación, y a tiempo para su consideración por la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud, un marco operacional para la atención primaria de la salud, que se habrá de tener plenamente en consideración en los programas generales de trabajo y los presupuestos por programas de la OMS con objeto de fortalecer los sistemas de salud y apoyar a los países en la intensificación de los esfuerzos nacionales para asegurar la atención primaria de la salud;
- 3) se asegure de que la OMS promueve la visión y los compromisos de la Declaración de Astaná en su labor y en sus esfuerzos institucionales generales, y aumenta la capacidad institucional y el liderazgo en todos los niveles de la Organización, incluidas las oficinas regionales y en los países, para apoyar a los Estados Miembros en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud;
- 4) informe periódicamente a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, de los progresos realizados en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, en particular en la aplicación de la visión y los compromisos de la Declaración de Astaná, en el marco de toda presentación de informes sobre los progresos realizados para alcanzar la cobertura sanitaria universal de aquí a 2030.

(Sexta sesión plenaria, 24 de mayo de 2019 –
Comisión A, segundo informe)

WHA72.3 Prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos² y el texto conexo de las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios;³

Inspirada por el ideal de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con su compromiso de no dejar a nadie atrás, sus 17 objetivos integrados e indivisibles y sus 169 metas;

Reconociendo que la cobertura sanitaria universal es fundamental para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y que un sector sólido de atención primaria de salud es una de las piedras angulares de un sistema de salud sostenible;

Subrayando que los trabajadores sanitarios son indispensables para la construcción de sistemas de salud sólidos, resilientes y seguros que contribuyan al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas relativas a la nutrición, la educación, la salud, la igualdad de género, el empleo y la reducción de las desigualdades;

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

² Documento A72/13.

³ Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios, Organización Mundial de la Salud, 2019 (disponible en <https://www.who.int/hrh/resources/health-policy-system-support-hw-programmes/en/>), consultado el 28 de mayo de 2019.

Tomando nota en particular de que, para lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 («Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades») y las metas que lo integran, se necesitarán inversiones sustantivas y estratégicas en el personal sanitario mundial y un cambio sustancial en la planificación, la educación, la distribución, la fidelización, la gestión y la remuneración del personal sanitario, con el apoyo de sistemas sólidos que capaciten y empoderen al personal sanitario para ofrecer a todas las personas una atención segura y de gran calidad;

Reconociendo la necesidad de partir de enfoques más coherentes e inclusivos para salvaguardar y ampliar la atención primaria de salud como pilar de la cobertura sanitaria universal en emergencias, velando por la continuidad y prestación de los servicios de salud esenciales y las funciones de salud pública, en consonancia con los principios humanitarios;

Preocupada por las amenazas al personal humanitario y los trabajadores sanitarios, los hospitales y las ambulancias, que restringen drásticamente la prestación de asistencia vital y perturban la protección de poblaciones en situación de riesgo;

Manifestando su profunda inquietud por los considerables riesgos de seguridad a los que se enfrentan el personal humanitario y sanitario, el personal de las Naciones Unidas y otro personal conexo, que deben llevar a cabo sus tareas en entornos de riesgo cada vez más alto;

Tomando nota además de la importancia del personal sanitario para el logro de las tres prioridades estratégicas interconectadas del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS, 2019-2023, a saber: lograr la cobertura sanitaria universal, abordar las emergencias sanitarias y promover poblaciones más sanas;

Reafirmando la resolución WHA69.19 (2016), por la que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia mundial de la OMS sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, en la que se señala la oportunidad, entre otras cosas, de optimizar el desempeño, calidad e impacto de los agentes de salud comunitarios para el logro de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

Reafirmando también la resolución WHA70.6 (2017) sobre recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, y en particular su llamamiento a la colaboración para «estimular las inversiones en la creación de empleos sanitarios y sociales decentes, con las competencias adecuadas, en número apropiado y en los lugares pertinentes, en particular en los países que afrontan los mayores problemas en la consecución de la cobertura sanitaria universal», y «reforzar el desarrollo progresivo y la aplicación de cuentas nacionales del personal de salud»;

Recordando la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Declaración de Astaná, derivada de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Astaná, Kazajstán, 25 y 26 de octubre de 2018), en la que los gobiernos participantes reafirmaron sus compromisos ante los servicios de atención de salud centrados en las personas, reconocieron que los recursos humanos para la salud son un componente crucial para una atención primaria de salud eficaz y se comprometieron a «crear trabajo decente y establecer una remuneración adecuada para los profesionales de la salud y demás personal sanitario que trabajen en el nivel de la atención primaria de la salud para responder eficazmente a las necesidades de salud de las personas en un contexto multidisciplinario»;

Subrayando también que las inversiones en la cobertura sanitaria universal, en particular las inversiones en educación, empleo y fidelización del personal sanitario, son un motor fundamental de crecimiento económico;

Reconociendo que deben corregirse en los sistemas de salud las carencias en recursos humanos y en personal de salud comunitario, especialmente a través de un enfoque multisectorial y centrado en la comunidad, con el fin de garantizar que la cobertura sanitaria universal y los servicios de salud integrales lleguen a zonas de difícil acceso y a poblaciones vulnerables;

Reconociendo que en todo el mundo siete de cada diez empleos en los sectores sanitario y social están ocupados por mujeres y que acelerar las inversiones en la creación de empleo y trabajo decente en la atención primaria de salud tendrá repercusiones positivas para las mujeres y los jóvenes, lo que a su vez contribuye al logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas) y el Objetivo 8 (Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos);

Tomando nota de la puesta en marcha en 2018 del proyecto «Capital Humano» del Grupo del Banco Mundial, en el que se piden mayores y mejores inversiones en educación, salud y competencias de las personas y, de ese modo, acelera los progresos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como su potencial para fomentar nuevas inversiones en los trabajadores sanitarios que prestan servicios de atención primaria de salud;

Teniendo en cuenta los datos científicos publicados y las directrices existentes de la OMS, consolidadas en las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios, en relación con la función, eficacia y costoeficacia de los agentes de salud comunitarios;

Poniendo de relieve la función de los agentes de salud comunitarios en la promoción de acceso equitativo a servicios de salud integrales y seguros en zonas urbanas y rurales y en la reducción de las desigualdades, en particular con respecto a la residencia, la igualdad de género, la educación y la posición socioeconómica, así como su labor para colaborar con las comunidades a las que prestan servicio y ganarse su confianza;

Tomando nota con preocupación de la desigual integración de los agentes de salud comunitarios en los sistemas de salud, así como el uso limitado de políticas basadas en datos probatorios, normas internacionales de trabajo y prácticas óptimas para orientar la educación, la distribución, la fidelización, la gestión y la remuneración de los agentes de salud comunitarios, y observando las repercusiones que ello puede tener en el acceso a los servicios sanitarios y en su calidad, y en la seguridad del paciente;

Reafirmando el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, en el que se hace un llamamiento a los Estados Miembros para que ofrezcan los mismos derechos y condiciones de empleo y de trabajo a los trabajadores sanitarios del país y a los trabajadores sanitarios migrantes;

Observando que los agentes de salud comunitarios son parte integral de la respuesta sanitaria de emergencia en todas sus fases (prevención, detección y respuesta) en sus propias comunidades y que son indispensables por contribuir a la continuidad de los servicios de atención primaria de salud durante las emergencias,

1. TOMA NOTA de las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios;¹
2. INSTA a todos los Estados Miembros,² según proceda en función de los contextos nacional y local y con el objetivo de garantizar la eficacia en la atención primaria de salud y el logro de la cobertura sanitaria universal:
 - 1) a alinear el concepto, aplicación, desempeño y evaluación de los programas para los agentes de salud comunitarios, en particular a través de un mayor uso de la tecnología digital, con los datos probatorios consolidados presentados en las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios, prestando una atención especial a la aplicación de dichos programas con el fin de capacitar a los agentes de salud comunitarios para prestar una atención segura y de calidad;
 - 2) a adaptar, según proceda, y apoyar la aplicación de las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios en el ámbito nacional como parte de las estrategias para el personal sanitario nacional y el sector de la salud en general, el empleo y el desarrollo económico, en consonancia con las prioridades, recursos y características específicas del país;
 - 3) a reforzar la pertinencia, eficacia y aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, así como la cooperación con ministerios de salud, comisiones de administración pública y empleadores, para ofrecer condiciones justas al personal sanitario y un entorno positivo para el ejercicio profesional que permita distribuirlo de manera efectiva, y fidelizarlo y motivarlo debidamente para que preste una atención de gran calidad y establezca una relación positiva con los pacientes;
 - 4) a asignar, como parte de estrategias más amplias sobre el personal sanitario y su financiación, recursos suficientes con cargo a los presupuestos nacionales y varias otras fuentes, según proceda, a los gastos recurrentes y de capital necesarios para la aplicación satisfactoria de los programas para los agentes de salud comunitarios y para su integración en el personal de salud en el contexto de las inversiones en atención primaria de salud, sistemas de salud y estrategias de creación de empleo, según proceda;
 - 5) a mejorar y mantener la calidad de los servicios de salud prestados por los agentes de salud comunitarios en consonancia con los datos probatorios consolidados presentados en las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios, incluidas una selección y formación apropiadas antes de la contratación, la certificación basada en competencias y la supervisión de apoyo;
 - 6) a reforzar la compilación e intercambio voluntarios de datos, con arreglo a la legislación nacional, sobre los agentes de salud comunitarios y sobre los programas conexos, a través de la utilización de las cuentas nacionales del personal de salud, según proceda, lo que permitirá a los países la presentación de informes sobre el indicador 3.c.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en relación con la densidad y distribución de su personal sanitario;

¹ Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios, Organización Mundial de la Salud, 2019 (disponible en <https://www.who.int/hrh/resources/health-policy-system-support-hw-programmes/en/>), consultado el 20 de septiembre de 2019.

² Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 7) a garantizar el respeto y la protección de todo el personal médico y el personal humanitario dedicados exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, así como los hospitales y otros establecimientos sanitarios;
3. INVITA a los socios internacionales, regionales, nacionales y locales a apoyar la aplicación de las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios, teniendo en cuenta el contexto nacional, y a contribuir al monitoreo y evaluación de la aplicación;
 4. INVITA TAMBIÉN a las iniciativas sanitarias mundiales, los organismos de financiación bilateral y multilateral y los bancos de desarrollo a apoyar los programas nacionales para los agentes de salud comunitarios, en consonancia con el enfoque de las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios, poniendo en marcha programas y decisiones de financiación para el fomento del capital humano y del personal sanitario, según proceda en función del contexto nacional y los recursos del país;
 5. PIDE al Director General:
 - 1) que siga compilando y evaluando datos sobre el desempeño y la aportación de los agentes de salud comunitarios, a fin garantizar que se dispone de una sólida base de datos científicos para su promoción, especialmente en el contexto de los países de ingresos bajos y medianos;
 - 2) que integre y monitoree la aplicación de las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios en las actividades normativas y de cooperación técnica de la Organización en apoyo de la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud, los sistemas de salud y las prioridades en materia de enfermedades y salud de la población, en particular la seguridad del paciente, según sea pertinente en relación con el 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023;
 - 3) que preste apoyo a los Estados Miembros, previa solicitud, con respecto a la aplicación de las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios en consonancia con los mercados laborales nacionales del sector de la salud y las prioridades de atención sanitaria;
 - 4) que apoye el intercambio de información, la cooperación técnica entre los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes (en particular la cooperación Sur-Sur) y la investigación sobre la aplicación en relación con los agentes de salud comunitarios, los equipos de atención primaria de salud y la supervisión de apoyo, realizada, entre otros, por agentes de salud comunitarios superiores y otros profesionales de la salud (por ejemplo, clínicos, personal de partería y enfermería, farmacéuticos y médicos);
 - 5) que reconozca la función de los agentes de salud comunitarios en las emergencias, y apoye a los Estados Miembros a integrarlos en una respuesta de emergencia, según proceda en función del contexto nacional y local y los recursos del país;
 - 6) que refuerce la capacidad y liderazgo de la OMS en materia de recursos humanos para la salud a todos los niveles de la Organización mediante la colaboración con todas las partes interesadas pertinentes y la prestación de asistencia técnica oportuna y de gran calidad a nivel mundial, regional y nacional para acelerar la aplicación de la resolución WHA69.19 (2016) sobre la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud; la resolución WHA70.6 (2017) sobre recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, por la que la Asamblea de la Salud adoptó

«Trabajar para la salud», el plan de acción quinquenal de la OIT, la OCDE y la OMS para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021); y la futura labor sobre los programas para los agentes de salud comunitarios; y

7) que presente cada tres años a la Asamblea de la Salud un informe sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución, junto con el informe presentado periódicamente sobre los progresos en la aplicación de la resolución WHA69.19 (2016) sobre la estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030.

(Sexta sesión plenaria, 24 de mayo de 2019 –
Comisión A, segundo informe)

WHA72.4 Preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre la cobertura sanitaria universal: preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal;²

Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se reconoce que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Recordando también la resolución 70/1 (2015) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, titulada «Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible», por la que los Estados Miembros adoptaron un amplio conjunto de objetivos y metas universales y transformativos, de gran alcance y centrados en las personas para el desarrollo sostenible, de carácter integrado e indivisible, y reconociendo que el logro de la cobertura sanitaria universal contribuirá en gran medida a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades;

Reconociendo que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones —económica, social y ambiental— del desarrollo sostenible;

Reconociendo que los Objetivos de Desarrollo Sostenible tienen por objeto hacer efectivos los derechos humanos de todos, sin dejar a nadie atrás y llegando primero a los más rezagados mediante, entre otras cosas, el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas;

Reconociendo que mediante la adopción de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible el 25 de septiembre de 2015, los Jefes de Estado y de Gobierno y Altos Representantes adquirieron el firme compromiso de, entre otras cosas, lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos;

Reconociendo también que los propios Jefes de Estado y de Gobierno y Altos Representantes se comprometieron a garantizar, de aquí a 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

² Documento A72/14.

reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales;

Recordando la resolución WHA69.11 (2016) sobre la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se reconoce que la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a una serie de servicios de salud esenciales y necesarios de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y rehabilitador, que se determinará a nivel nacional, así como a vacunas y medicamentos esenciales seguros, asequibles, eficaces y de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades económicas, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población;

Recordando también la resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 12 de diciembre de 2012, titulada «Salud mundial y política exterior», en la que se insta a los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones internacionales a que colaboren y promuevan la inclusión de la cobertura sanitaria universal como elemento importante de la agenda internacional de desarrollo, y como medio de fomentar un crecimiento sostenido, inclusivo y equitativo, la cohesión social y el bienestar de la población, así como de alcanzar otros hitos en la esfera del desarrollo social;

Reconociendo la responsabilidad de los gobiernos de incrementar urgente y significativamente sus esfuerzos para acelerar la transición hacia el acceso universal a servicios de salud asequibles y de calidad, y reafirmando la responsabilidad principal de los Estados Miembros de determinar y promover su propio camino hacia el logro de la cobertura sanitaria universal;

Recordando la resolución 69/313 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, adoptada el 27 de julio de 2015, en la que se reiteraba el firme compromiso político de hacer frente al problema de la financiación y de la creación de un entorno propicio a todos los niveles para el desarrollo sostenible, en un espíritu de alianza y solidaridad mundiales, y en la que se alentaba a los países a estudiar la posibilidad de fijar metas de gasto apropiadas para cada país para realizar inversiones de calidad en el sector de la salud y alinear mejor los programas de las iniciativas sanitarias mundiales con los sistemas nacionales;

Recordando también la resolución 72/139 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 12 de diciembre de 2017, titulada «Salud mundial y política exterior: atención de la salud de los más vulnerables en pro de una sociedad inclusiva», en la que los Estados Miembros decidieron celebrar en 2019 una reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la cobertura sanitaria universal;

Recordando además la resolución 72/138 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 12 de diciembre de 2017, titulada «Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal», en la que la Asamblea General decidió proclamar el 12 de diciembre Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal;

Reafirmando el compromiso de los Estados Miembros de la OMS en consonancia con la resolución WHA71.1 (2018), sobre el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023, para apoyar la labor hacia el logro de la visión de los objetivos de los «tres mil millones», a saber, cobertura sanitaria universal para mil millones más de personas, mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas, así como seguir contribuyendo a una mejor salud y bienestar para mil millones más de personas;

Recordando la resolución 73/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 10 de octubre de 2018, sobre la Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en la que los Jefes de Estado y de Gobierno y los representantes de los Estados y Gobiernos se comprometieron, entre otras cosas, a

promover un mayor acceso a medicamentos, diagnósticos y demás tecnologías que sean asequibles, seguros, eficaces y de calidad, reafirmando el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) enmendado de la Organización Mundial del Comercio, y reafirmando también la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (2001), en que se reconoce que los derechos de propiedad intelectual deben ser interpretados y aplicados de una manera que apoye el derecho de los Estados Miembros de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos, y en la que se señala la necesidad de incentivos apropiados para el desarrollo de nuevos productos sanitarios;

Reiterando que la investigación y el desarrollo en materia de salud deben estar impulsados por las necesidades, basarse en la evidencia, guiarse por los principios básicos de asequibilidad, eficacia, eficiencia y equidad y considerarse una responsabilidad compartida;

Recordando todas las resoluciones anteriores de la Asamblea de la Salud orientadas a promover la salud y el bienestar físicos y mentales, así como a contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal;

Tomando nota con gran inquietud de que la lentitud actual de los progresos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal conlleva que muchos países no estén en vías de alcanzar la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativa al logro de la cobertura sanitaria universal;

Observando también que la salud es un importante motor de crecimiento económico;

Tomando nota asimismo de que actualmente los gastos sanitarios y los recursos para la salud de que disponen los gobiernos, especialmente en muchos países de ingresos bajos y medianos, no son adecuados para lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección de la población frente a los riesgos financieros;

Concedora de la importante función y la contribución necesaria de las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas, según proceda, al logro de los objetivos nacionales en materia de cobertura sanitaria universal, y de la necesidad en ese sentido de sinergias y colaboración entre todas las partes interesadas pertinentes;

Reconociendo la función de los parlamentarios en el avance de la agenda de la cobertura sanitaria universal;

Señalando que invertir es esencial para disponer de sistemas sólidos, transparentes, responsables y eficientes de prestación de servicios de salud, incluido un personal sanitario debidamente distribuido, capacitado, motivado y adaptado a las circunstancias;

Reconociendo que la aplicación eficaz y sostenible desde el punto de vista financiero de la cobertura sanitaria universal se sustenta en un sistema de salud resiliente y con capacidad de respuesta y con la capacidad necesaria para adoptar medidas amplias de salud pública, asegurar la prevención de enfermedades y la protección y promoción de la salud y tomar en consideración los determinantes de la salud mediante políticas en distintos sectores, en particular la promoción de la educación sanitaria de la población;

Observando que el creciente número de emergencias complejas está obstaculizando el logro de la cobertura sanitaria universal y que es esencial adoptar enfoques coherentes e inclusivos para salvaguardar la cobertura sanitaria universal en situaciones de emergencia, incluso mediante la cooperación internacional, de modo que se garantice la prestación continuada de los servicios esenciales de salud y el desempeño de las funciones de salud pública, de conformidad con los principios humanitarios;

Reconociendo la función fundamental de la atención primaria de la salud en el logro de la cobertura sanitaria universal y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, tal y como se prevé en la Declaración de Astaná, refrendada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (Astaná, Kazajstán, días 25 y 26 de octubre de 2018), y en la provisión de un acceso equitativo a un conjunto completo de servicios y cuidados centrados en las personas, sensibles a las cuestiones de género, de alta calidad, seguros, integrados, accesibles, disponibles y asequibles, y que contribuyan a la salud y el bienestar de todos;

Reconociendo también que la seguridad del paciente, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el acceso a servicios de calidad de carácter promocional, preventivo, curativo y rehabilitador, junto con los cuidados paliativos, son esenciales para lograr la cobertura sanitaria universal,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a acelerar los progresos hacia el cumplimiento de la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, consistente en lograr para 2030 la cobertura sanitaria universal sin dejar a nadie atrás, especialmente a las poblaciones pobres, vulnerables y marginadas;
- 2) a prestar apoyo a la preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2019 sobre la cobertura sanitaria universal, participando en ella al más alto nivel posible, preferiblemente al nivel del Jefe de Estado y de Gobierno, y a colaborar en la formulación de una declaración política consensuada orientada a la acción;
- 3) a seguir movilizando recursos suficientes y sostenibles para la cobertura sanitaria universal, así como garantizando una asignación de recursos eficaz, equitativa y transparente mediante una buena gobernanza de los sistemas de salud; y a garantizar la colaboración intersectorial, según proceda, centrándose especialmente en reducir las inequidades y desigualdades;
- 4) a apoyar una mejor priorización y toma de decisiones, en particular mediante el fortalecimiento de las capacidades institucionales y la gobernanza en materia de evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias, a fin de lograr eficiencias y tomar decisiones basadas en la evidencia respetando al mismo tiempo la privacidad de los pacientes y promoviendo la seguridad de los datos; y a fomentar una utilización mayor y más sistemática de las nuevas tecnologías y enfoques, incluidas las tecnologías digitales y los sistemas de información sanitaria integrados, como medio de promover un acceso equitativo, asequible y universal a la salud y de orientar las decisiones en materia de políticas en apoyo de la cobertura sanitaria universal;
- 5) a seguir invirtiendo en la atención primaria de salud, y fortaleciéndola, como piedra angular de un sistema de salud sostenible para lograr la cobertura sanitaria universal y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, con miras a proporcionar un conjunto completo de servicios y cuidados centrados en las personas, de alta calidad, seguros, integrados, accesibles, disponibles y asequibles, así como a desempeñar las funciones de salud pública previstas en la Declaración de Astaná derivada de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (Astaná, Kazajstán, días 25 y 26 de octubre de 2018) y a cumplir los compromisos enunciados en dicha Declaración;
- 6) a seguir invirtiendo en servicios de atención de salud sensibles a las cuestiones de género, y fortaleciendo servicios de ese tipo, que aborden los obstáculos para la salud relacionados con el género y garanticen a las mujeres y las niñas acceso equitativo a la salud, con objeto de hacer

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

efectivo el derecho al goce del grado más alto de salud que se pueda lograr para todos y lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas;

7) a invertir en personal sanitario adecuado, competente y comprometido y a promover la contratación, desarrollo, capacitación y fidelización del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, mediante la aplicación activa de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030;

8) a promover el acceso a medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y otras tecnologías sanitarias asequibles, seguros, eficaces y de calidad;

9) a apoyar la investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas para las enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluidas las enfermedades tropicales desatendidas, en particular las que afectan principalmente a los países en desarrollo;

10) a considerar la posibilidad de integrar, según proceda, servicios de medicina tradicional y complementaria seguros y basados en la evidencia, en los sistemas nacionales y/o subnacionales de salud, especialmente en el ámbito de la atención primaria de salud, con arreglo al contexto y las prioridades nacionales;

11) a promover enfoques más coherentes e inclusivos para salvaguardar la cobertura sanitaria universal en las emergencias, en particular a través de la cooperación internacional, garantizando la prestación ininterrumpida de los servicios de salud esenciales y las funciones de salud pública, en consonancia con los principios humanitarios;

12) a fomentar los conocimientos básicos sobre salud en la población, especialmente entre los grupos vulnerables, a fin de fortalecer la participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas haciendo hincapié en la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario, y a seguir invirtiendo en información sanitaria fácilmente accesible, precisa, fácil de comprender y basada en la evidencia, en particular a través de internet;

13) a seguir reforzando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud abordando los determinantes de la salud y la equidad sanitaria a través de enfoques multisectoriales en los que participen todos los sectores del gobierno y el conjunto de la sociedad, así como el sector privado;

14) a reforzar las plataformas de monitoreo y evaluación para apoyar el seguimiento periódico de los progresos logrados en la mejora del acceso equitativo a un conjunto integral de servicios y cuidados en el seno del sistema de salud y a la protección contra los riesgos financieros, y a aprovechar dichas plataformas de la mejor forma posible para las decisiones de política;

15) a aprovechar lo mejor posible el Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal, y en particular considerar la posibilidad de acoger actividades apropiadas, con arreglo a las necesidades y prioridades nacionales;

2. HACE UN LLAMAMIENTO a todos los asociados en la cooperación para el desarrollo y a las partes interesadas del sector de la salud y otros sectores, para que armonicen, coordinen e intensifiquen su apoyo a los objetivos de los países en el logro de la cobertura sanitaria universal, y alienta la colaboración de dichos asociados y partes interesadas, según proceda, en la elaboración del plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos con objeto de acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el

bienestar de todos a todas las edades) y otros Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud a fin de lograr la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

3. PIDE al Director General que:

- 1) apoye plenamente los esfuerzos de los Estados Miembros, en colaboración con el conjunto del sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas pertinentes, hacia el logro de la cobertura sanitaria universal para 2030, en particular por lo que respecta al fortalecimiento de los sistemas de salud, incluso mediante el fortalecimiento de la labor normativa de la Organización y su capacidad para ofrecer apoyo técnico y asesoramiento sobre políticas a los Estados Miembros;
- 2) colabore estrechamente con la Unión Interparlamentaria para sensibilizar a los parlamentarios con respecto a la cobertura sanitaria universal y lograr su plena colaboración tanto para llevar adelante la promoción como para prestar apoyo político sostenido hacia el logro de la cobertura sanitaria universal para 2030;
- 3) facilite y apoye el aprendizaje y el intercambio de experiencias, prácticas óptimas y retos sobre la cobertura sanitaria universal entre los diferentes Estados Miembros de la OMS, en particular integrando a los agentes no Estatales pertinentes, según proceda, e iniciativas como la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030, y en apoyo del proceso preparatorio y la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal;
- 4) elabore un informe sobre la cobertura sanitaria universal como aportación técnica para facilitar debates fundamentados en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal;
- 5) aproveche lo mejor posible el Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal para impulsar el programa sobre la cobertura sanitaria universal, en particular alentando un mayor compromiso político al respecto;
- 6) presente informes bienales sobre los progresos logrados en la aplicación de la presente resolución, desde la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020 hasta la 83.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2030, como parte del ciclo establecido de presentación de informes sobre la resolución WHA69.11 (2016).

(Sexta sesión plenaria, 24 de mayo de 2019 –
Comisión A, segundo informe)

WHA72.5 Resistencia a los antimicrobianos¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre el seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud: resistencia a los antimicrobianos,²

Recordando la resolución 71/3 (2016) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos, y

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

² Documento A72/18.

reconociendo el establecimiento del Grupo de Coordinación Interorganismos sobre Resistencia a los Antimicrobianos, cuyo objetivo es proporcionar orientaciones prácticas y recomendaciones con miras a la adopción de los enfoques necesarios para garantizar una acción mundial sostenida y eficaz con el fin de hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos;

Reconociendo la importancia de hacer frente a la creciente resistencia a los antimicrobianos para contribuir al logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

Reiterando la necesidad de combatir la resistencia a los antimicrobianos mediante un enfoque de «Una salud» coordinado y multisectorial;

Recordando la resolución WHA68.7 (2015), en la que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, que establece cinco objetivos estratégicos (mejorar la concienciación y la comprensión con respecto a la resistencia a los antimicrobianos; reforzar los conocimientos a través de la vigilancia y la investigación; reducir la incidencia de las infecciones; utilizar de forma óptima los agentes antimicrobianos; y formular argumentos económicos a favor de una inversión sostenible), y tomando nota de los progresos realizados en el establecimiento del Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS);

Reconociendo la necesidad apremiante de invertir en investigación y desarrollo de alta calidad, en particular en investigación básica de antimicrobianos, tecnologías de diagnóstico, vacunas y medidas preventivas alternativas en diferentes sectores, y de garantizar acceso adecuado a vacunas, tecnologías de diagnóstico y antimicrobianos nuevos y existentes que sean de calidad, seguros, eficaces y asequibles a las personas que los necesiten, a la vez que se promueve una rectoría eficaz;

Reconociendo la amenaza que representan los patógenos resistentes para la eficacia continuada de los antimicrobianos, especialmente para poner fin a las epidemias de VIH/sida, tuberculosis y paludismo;

Reconociendo también el efecto positivo de la inmunización, a través de la vacunación, y de otras medidas de prevención y control de infecciones, como servicios de agua, saneamiento e higiene (ASH) adecuados, en la reducción de la resistencia a los antimicrobianos;

Reconociendo la necesidad de mantener la capacidad de producción de los antibióticos más antiguos pertinentes y de promover su uso prudente;

Recordando la resolución 4/2015 de la FAO sobre la resistencia a los antimicrobianos, la resolución N.º 36 (2016) de la OIE titulada «Combatir la resistencia antimicrobiana a través del enfoque «Una salud»: acciones y estrategias de la OIE», y la resolución UNEP/EA.3/Res.4 (2018) del PNUMA sobre medio ambiente y salud;

Señalando la importancia de ofrecer a los Estados Miembros oportunidades de contribuir de manera significativa y realizar aportaciones a los informes, recomendaciones y medidas pertinentes de la OMS, la FAO y la OIE, junto con el PNUMA, y del Grupo de Coordinación Interorganismos con el fin de luchar contra la resistencia a los antimicrobianos;

Reafirmando el compromiso mundial de luchar contra la resistencia a los antimicrobianos mediante esfuerzos políticos continuos y de alto nivel como comunidad internacional coordinada, haciendo hincapié en la necesidad crítica de acelerar la formulación y aplicación por los Estados Miembros de sus planes de acción nacionales con un enfoque de «Una salud»,

1. ACOGE CON BENEPLÁCITO el nuevo acuerdo tripartito sobre la resistencia a los antimicrobianos y alienta a los organismos del grupo tripartito (OMS, FAO y OIE) y al PNUMA a establecer una

coordinación clara para su aplicación y a alinear los informes que presentan a sus órganos deliberantes sobre los progresos realizados en el marco del plan de trabajo conjunto de conformidad con sus respectivos mandatos;

2. INSTA a los Estados Miembros¹ a:

- 1) seguir comprometidos al más alto nivel político con la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos utilizando un enfoque de «Una salud», y a reducir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad asociada a ella;
- 2) incrementar los esfuerzos para aplicar las medidas y lograr los objetivos estratégicos del Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, y adoptar medidas para hacer frente a los problemas que surjan;
- 3) seguir impulsando el uso prudente de todos los antimicrobianos, y considerar la posibilidad de elaborar y aplicar orientaciones y criterios clínicos a los que debería ajustarse el uso de los antimicrobianos de importancia crítica, en consonancia con el contexto y las prioridades nacionales, con objeto de ralentizar la aparición de la farmacorresistencia y preservar la eficacia de los fármacos existentes;
- 4) efectuar una vigilancia poscomercialización de los antimicrobianos y adoptar las medidas adecuadas para eliminar los antimicrobianos de calidad subestándar y falsificados;
- 5) intensificar los esfuerzos para formular, aplicar, monitorear y actualizar planes de acción nacionales multisectoriales dotados de recursos adecuados;
- 6) participar en la encuesta anual de autoevaluación nacional sobre la resistencia a los antimicrobianos organizada por el grupo tripartito;
- 7) elaborar sistemas de monitoreo nuevos, o fortalecer los sistemas existentes, que contribuyan a la encuesta anual de autoevaluación nacional sobre la resistencia a los antimicrobianos organizada por el grupo tripartito y a la participación en el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS), y utilizar esta información para mejorar la aplicación de los planes de acción nacionales;
- 8) mejorar la cooperación a todos los niveles para adoptar medidas concretas de lucha contra la resistencia a los antimicrobianos, en particular mediante: el fortalecimiento de los sistemas de salud; la creación de capacidad, sobre todo la capacidad de investigación y de reglamentación; y el apoyo técnico, especialmente, cuando proceda, mediante programas de hermanamiento que se basen en prácticas óptimas, nuevos datos probatorios y la innovación;
- 9) apoyar la transferencia de tecnología con carácter voluntario y condiciones mutuamente acordadas para controlar y prevenir la resistencia a los antimicrobianos;

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

3. INVITA a los asociados internacionales, regionales y nacionales y otras partes interesadas pertinentes, a:

- 1) seguir apoyando a los Estados Miembros en la elaboración y aplicación de planes de acción nacionales multisectoriales en consonancia con los cinco objetivos estratégicos del Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;
- 2) coordinar los esfuerzos para evitar la duplicación y las lagunas y aprovechar los recursos de manera más eficaz;
- 3) intensificar los esfuerzos y fomentar la colaboración de múltiples partes interesadas a fin de elaborar y aplicar instrumentos para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos, siguiendo un enfoque de «Una salud», en particular a través de enfoques de investigación y desarrollo coordinados, responsables, sostenibles e innovadores, que incluyan, entre otros, antimicrobianos, y terapias y medicamentos alternativos, vacunas y medios de diagnóstico de calidad, seguros, eficaces y asequibles, y servicios de agua, saneamiento e higiene (ASH) adecuados, así como medidas de prevención y control de las infecciones;
- 4) tomar en consideración las prioridades en materia de resistencia a los antimicrobianos a la hora de adoptar decisiones programáticas y de financiación, en particular formas innovadoras de integrar las actividades pertinentes en materia de resistencia a los antimicrobianos en la financiación internacional existente para el desarrollo;

4. PIDE al Director General que:

- 1) acelere la aplicación de las medidas del Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, y promueva los principios definidos en él, en todos los niveles de la OMS, en particular mediante un examen amplio para mejorar la labor en curso con el fin de garantizar que las actividades de lucha contra la resistencia a los antimicrobianos estén bien coordinadas, especialmente con los organismos pertinentes de las Naciones Unidas y otras partes interesadas, y que se ejecuten eficazmente en toda la OMS;
- 2) aumente considerablemente el apoyo y la asistencia técnica prestada a los países, en colaboración con los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, para la elaboración, ejecución y monitoreo de sus planes de acción nacionales multisectoriales, prestando especial atención a los países que aún no han finalizado un plan de acción nacional multisectorial;
- 3) apoye a los Estados Miembros en la elaboración y fortalecimiento de sus planes de vigilancia integrados, en particular destacando la necesidad de que los planes de acción nacionales incluyan la recopilación, notificación y análisis de datos sobre la venta y el uso de antimicrobianos como un entregable que se integraría en la presentación de informes sobre los indicadores de la OMS;
- 4) mantenga informados periódicamente a los Estados Miembros sobre la colaboración de la OMS con el grupo tripartito y el PNUMA, y con otras organizaciones de las Naciones Unidas, para garantizar un esfuerzo coordinado en las líneas de trabajo; e informados sobre sus progresos en la elaboración y aplicación de enfoques multisectoriales;

- 5) consulte periódicamente a los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes para ajustar el proceso y el alcance del marco mundial de desarrollo y rectoría,¹ tomando en consideración la labor del Grupo de Coordinación Interorganismos sobre Resistencia a los Antimicrobianos a fin de garantizar un esfuerzo unificado y sin duplicaciones;
- 6) preste apoyo a los Estados Miembros para movilizar financiación suficiente, previsible y sostenida, recursos humanos y financieros e inversiones por conducto de canales nacionales, bilaterales y multilaterales para apoyar la elaboración y ejecución de planes de acción nacionales, la investigación y el desarrollo sobre antimicrobianos nuevos y existentes, diagnósticos y vacunas y otras tecnologías, y fortalecer la infraestructura conexas, en particular mediante la colaboración con bancos multilaterales de desarrollo y mecanismos de financiación e inversión innovadores, tradicionales y voluntarios, sobre la base de las prioridades y las necesidades locales establecidas por los Gobiernos, y garantizando el rendimiento público de la inversión;²
- 7) colabore con el Banco Mundial y otras instituciones financieras, la OCDE y las comunidades económicas regionales con objeto de seguir formulando y aplicando argumentos económicos en favor de la inversión sostenible contra la resistencia a los antimicrobianos;
- 8) facilite, en consulta con el Secretario General de las Naciones Unidas y el grupo tripartito y el PNUMA, el establecimiento de un proceso para permitir a los Estados Miembros examinar el informe del Secretario General solicitado en la resolución 71/3 (2016) de la Asamblea General de las Naciones Unidas;
- 9) mantenga y actualice sistemáticamente la lista OMS de los antimicrobianos de importancia crítica para la medicina humana;
- 10) presente informes bienales conjuntos sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución y de la resolución WHA68.7 (2015) a las 74.^a, 76.^a y 78.^a Asambleas Mundiales de la Salud, integrando esta labor en el mecanismo existente de presentación de informes sobre la resistencia a los antimicrobianos, para permitir que los Estados Miembros examinen y evalúen los esfuerzos realizados.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, tercer informe)

WHA72.6 Acción mundial en pro de la seguridad del paciente³

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre la seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente;⁴

Recordando la resolución WHA55.18 (2002) sobre la calidad de la atención: seguridad del paciente en la que se instaba a los Estados Miembros a que «prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establecieran y consolidaran sistemas de base científica,

¹ Como se pide en el párrafo 4 7) de la resolución WHA68.7 y en el párrafo 13 de la Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos.

² Párrafo 12 b) de la resolución 71/3 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

⁴ Documento A72/26.

necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud»; reconociendo que la seguridad de los pacientes es un elemento fundamental y la base de la prestación de una atención de la salud de calidad; y acogiendo con beneplácito la inclusión de la necesidad de promover la seguridad del paciente en el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023;

Reconociendo que la seguridad del paciente no puede garantizarse sin acceso a infraestructuras, tecnologías y dispositivos médicos seguros, sin su uso seguro por parte de los pacientes, que deben estar bien informados, y sin personal sanitario cualificado y comprometido en un entorno propicio y seguro;

Observando que la seguridad del paciente se basa en una educación y formación básicas y continuas de calidad de los profesionales de la salud que garantizan que estos tengan las aptitudes y competencias profesionales adecuadas en sus respectivos cometidos y funciones;

Reconociendo que el acceso a medicamentos y otros productos básicos seguros, eficaces, asequibles y de calidad y su correcta administración y uso también contribuyen a la seguridad del paciente;

Observando la importancia de la higiene para la seguridad del paciente y la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y para la reducción de la resistencia a los antimicrobianos;

Observando además que garantizar la seguridad del paciente es una prioridad clave en la prestación de servicios de salud de calidad y considerando que todas las personas deben recibir servicios de salud seguros, independientemente del lugar donde se presten;

Reafirmando el principio de «ante todo no hacer daño» y reconociendo los beneficios que pueden obtenerse de garantizar la seguridad del paciente y la necesidad de promover y mejorar la seguridad del paciente en el conjunto del sistema sanitario en todos los niveles, sectores y entornos pertinentes para la salud física y mental, especialmente en el nivel de la atención primaria de la salud, pero también, por ejemplo, en la atención de urgencia, la atención comunitaria, la rehabilitación y la atención ambulatoria;

Reconociendo que la seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad es un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal efectiva con arreglo al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades);

Reconociendo que inculcar una cultura de la seguridad y un enfoque centrado en el paciente y mejorar y garantizar la seguridad del paciente requieren la creación de capacidad, un liderazgo sólido, enfoques sistémicos y sistemáticos, recursos humanos y de otro tipo adecuados, datos sólidos, el intercambio de prácticas óptimas, el aprendizaje mutuo, confianza y rendición de cuentas, aspectos que pueden fortalecerse, según proceda, mediante la cooperación y la colaboración internacionales;

Reconociendo que mejorar y garantizar la seguridad del paciente es un reto cada vez mayor para la prestación de servicios de salud en todo el mundo, y que la atención sanitaria poco segura causa un nivel significativo de daños evitables a los pacientes y de sufrimiento humano, ejerce una presión considerable sobre las finanzas de los sistemas de salud y desemboca en una pérdida de confianza en estos últimos;

Preocupada por el hecho de que la carga de lesiones y otros daños a los pacientes por eventos adversos es probablemente una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, comparable a la de la tuberculosis y el paludismo, y que la evidencia disponible sugiere que la mayor parte de esta carga recae sobre los países de ingresos bajos y medianos, donde cada año se producen 134 millones de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria en los hospitales debido a la atención poco segura, lo que contribuye a la muerte de 2,6 millones de personas;

Reconociendo que la mayoría de los eventos adversos pueden evitarse con estrategias eficaces de prevención y mitigación, en particular, según corresponda, con políticas mejoradas, sistemas de datos, procesos de atención rediseñados (incluida la consideración de los factores humanos, como la formación), una higiene e infraestructura ambiental, una mejor cultura institucional para mejorar el ejercicio profesional, sistemas de regulación propicios y eficaces y estrategias de comunicación mejoradas, y que las soluciones pueden ser a menudo simples y baratas, teniendo en cuenta que el valor de la prevención sobrepasa el costo de la atención;

Reconociendo el éxito, el trabajo pionero y la dedicación de los gobiernos de muchos Estados Miembros en la formulación de estrategias y políticas para apoyar y mejorar la seguridad del paciente; en la aplicación de programas, iniciativas e intervenciones de seguridad y calidad, como los seguros y la figura del defensor del paciente; en el establecimiento de una cultura de la seguridad del paciente en todo el sistema de salud y sistemas transparentes de notificación de incidentes que permiten aprender de los errores; en la garantía de un manejo no culpabilizante de los eventos adversos y sus consecuencias; y en la elaboración de un enfoque de la seguridad del paciente centrado en el propio paciente;

Preocupada por la falta de progresos generales en la mejora de la seguridad de la atención de la salud y porque, a pesar de los esfuerzos mundiales por reducir la carga de los daños a los pacientes, la situación general en los últimos 17 años indica que se puede lograr una mejora significativa y que las medidas de seguridad —incluso las aplicadas en entornos de altos ingresos— han tenido un impacto limitado o variable y que en su mayoría no han sido adaptadas para su aplicación fructífera en los países de ingresos bajos y medianos;

Reconociendo la importancia de una medición sólida de la seguridad del paciente para promover sistemas de salud más resilientes, una labor preventiva mejorada y más específica para fomentar la seguridad y la concienciación sobre los riesgos, la transparencia en la notificación de incidentes, el análisis de datos y los sistemas de aprendizaje a todos los niveles, junto con la educación, la formación y el desarrollo profesional continuo para crear y mantener un personal sanitario competente, compasivo y comprometido que trabaje en un entorno favorable con el fin garantizar la seguridad de la atención sanitaria; así como la importancia de empoderar a los pacientes y sus familias y hacerlos partícipes en la mejora de la seguridad de la atención para mejorar los resultados sanitarios;

Reconociendo también que, para mejorar y garantizar la seguridad del paciente, es necesario subsanar los déficits en materia de conocimientos, políticas, diseño, prestación y comunicación a todos los niveles,

1. RESPALDA el establecimiento de un Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que se celebrará anualmente el 17 de septiembre, para despertar una mayor concienciación y participación de la sociedad, ampliar los conocimientos en todo el mundo y trabajar en pro de la acción conjunta de los Estados Miembros y la solidaridad entre ellos a fin de promover la seguridad del paciente;
2. INSTA a los Estados Miembros¹ a:
 - 1) reconocer la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria en las políticas y programas del sector de la salud y a convertirla en un componente esencial para fortalecer los sistemas de atención de la salud con miras a lograr la cobertura sanitaria universal;
 - 2) evaluar y medir la naturaleza y magnitud del problema de la seguridad del paciente, incluidos los riesgos, errores, eventos adversos y daños a los pacientes en todos los niveles de la prestación de servicios de salud, en particular mediante sistemas de notificación de información,

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

aprendizaje y retroalimentación que tengan en cuenta las perspectivas de los pacientes y sus familias; y a adoptar medidas preventivas y sistemáticas para reducir los riesgos a que se enfrentan todas las personas;

- 3) elaborar y aplicar políticas, leyes, estrategias, orientaciones y herramientas nacionales y a destinar los recursos adecuados, con el fin de reforzar los sistemas y garantizar la seguridad de todos los servicios de salud, según proceda;
- 4) trabajar en colaboración con otros Estados Miembros, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de pacientes, asociaciones profesionales, instituciones académicas y de investigación, la industria y otras partes interesadas pertinentes para promover y priorizar la seguridad del paciente e incorporarla a todas las políticas y estrategias de salud;
- 5) compartir y difundir las mejores prácticas y fomentar el aprendizaje mutuo para reducir los daños a los pacientes a través de la colaboración regional e internacional;
- 6) integrar y aplicar estrategias de seguridad del paciente en todos los programas clínicos y áreas de riesgo, según proceda, para evitar a los pacientes daños prevenibles relacionados con los procedimientos, productos y dispositivos de atención sanitaria, en particular en los ámbitos de seguridad de los medicamentos, seguridad quirúrgica, control de infecciones, atención clínica de la septicemia, seguridad de las pruebas diagnósticas, higiene e infraestructura ambiental, seguridad de las inyecciones, seguridad de la sangre y seguridad de las radiaciones, así como para minimizar el riesgo de diagnóstico o tratamiento inexactos o tardíos y para prestar especial atención a los grupos de riesgo;
- 7) promover una cultura de la seguridad proporcionando una formación básica a todos los profesionales de la salud y desarrollar una cultura no culpabilizante de notificación de incidentes adversos que afecten a los pacientes mediante sistemas abiertos y transparentes que permitan identificar y examinar los factores que causan y contribuyen a los daños —incluido el factor humano— y extraer enseñanzas al respecto, mediante la creación de capacidad de liderazgo y gestión y de equipos multidisciplinarios y eficientes de profesionales de la salud, con el fin de aumentar la concienciación y la asunción de responsabilidades, mejorar los resultados para los pacientes y reducir los costos relacionados con los eventos adversos en todos los niveles de los sistemas de salud;
- 8) crear una capacidad sostenible de recursos humanos mediante una capacitación y formación multisectorial e interprofesional basada en competencias con arreglo al programa de seguridad del paciente de la OMS y el desarrollo profesional continuo, con el fin de promover un enfoque multidisciplinario y crear un entorno de trabajo adecuado que optimice la prestación de servicios de salud seguros;
- 9) promover la investigación, en particular la aplicada, para ayudar a prestar servicios sanitarios y de atención crónica más seguros;
- 10) promover el uso de las nuevas tecnologías, especialmente el de las tecnologías digitales para la salud, incluso para desarrollar y ampliar los sistemas de información sanitaria y para prestar apoyo a la recopilación de datos para la vigilancia y la notificación de riesgos, eventos adversos y otros indicadores de daño en distintos niveles de los servicios sanitarios y sociosanitarios, a la par que se vela por la protección de los datos personales y se fomenta el uso de soluciones digitales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria;

- 11) considerar el uso de la medicina tradicional y complementaria, según proceda, para mejorar la seguridad de la atención sanitaria;
 - 12) implantar sistemas para que las comunidades y los familiares de los pacientes (en especial aquellos que se han visto afectados por eventos adversos) se empoderen y participen en la mejora de la seguridad de la atención sanitaria, incluidas las iniciativas, redes y asociaciones encaminadas a crear capacidad; y a trabajar con ellas y con la sociedad civil a fin de aprovechar de forma constructiva su experiencia en la prestación de servicios, tanto seguros como no seguros, con objeto de forjar estrategias para aumentar la seguridad y reducir los daños, así como sistemas y mecanismos de compensación, en todos los aspectos de la prestación de atención sanitaria, según proceda;
 - 13) celebrar anualmente el Día Mundial de la Seguridad del Paciente el 17 de septiembre, en colaboración con las partes interesadas pertinentes, para fomentar todos los aspectos de la seguridad del paciente, y en particular los progresos hacia la consecución de las metas intermedias nacionales;
 - 14) considerar la posibilidad de participar cada año en las Cumbres Ministeriales sobre Seguridad del Paciente;
3. INVITA a las organizaciones internacionales y a otras partes interesadas pertinentes a colaborar con los Estados Miembros para promover y apoyar las iniciativas en pro de la seguridad del paciente, incluida la celebración anual del Día Mundial de la Seguridad del Paciente;
 4. PIDE al Director General:
 - 1) que subraye la seguridad del paciente como prioridad estratégica fundamental de la labor de la OMS en el programa relativo a la cobertura sanitaria universal;
 - 2) que elabore orientaciones normativas sobre políticas, prácticas óptimas, herramientas y normas mínimas para la seguridad del paciente, entre otras cuestiones sobre la cultura de la seguridad, los factores humanos, la infraestructura para la higiene, la gobernanza clínica y la gestión de riesgos;
 - 3) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros, sobre todo a los países de ingresos bajos y medianos, según proceda y cuando lo soliciten, a fin de ayudarles a crear capacidad nacional para evaluar, medir y mejorar la seguridad del paciente, en colaboración con las asociaciones profesionales, según proceda, y para implantar una cultura de la seguridad, así como para garantizar la prevención eficaz de los daños relacionados con la atención sanitaria, incluidas las infecciones, mediante la creación de capacidad en materia de liderazgo y de gestión, y sistemas abiertos y transparentes que permitan detectar las causas de los daños y aprender de ellas;
 - 4) que preste apoyo a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, para crear y/o reforzar sus sistemas de vigilancia de la seguridad del paciente;
 - 5) que fortalezca las redes mundiales en materia de seguridad del paciente para intercambiar conocimientos y prácticas óptimas y potenciar la colaboración internacional, incluso mediante una red mundial de formadores en seguridad del paciente, y que trabaje con los Estados Miembros, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones de pacientes, las asociaciones profesionales, las instituciones académicas y de investigación, la industria y otras partes interesadas pertinentes a fin de establecer sistemas de salud más seguros;

- 6) que proporcione, cuando se le solicite, apoyo técnico y orientaciones normativas para crear capacidad en materia de recursos humanos en los Estados Miembros, a través de la capacitación y la formación interprofesional basada en competencias, con arreglo al programa de seguridad del paciente de la OMS, y, en consulta con los Estados Miembros, que elabore programas de «formación de formadores» para la formación y la capacitación en materia de seguridad del paciente y que establezca redes regionales y mundiales de consejos educativos profesionales para promover la educación sobre seguridad del paciente;
- 7) que, en consulta con los Estados Miembros, establezca y gestione sistemas que hagan posible el intercambio mundial de las enseñanzas extraídas de las incidencias relacionadas con la seguridad de los pacientes, incluso mediante la notificación sistemática y fiable, el análisis de datos y los sistemas de difusión;
- 8) que formule, ponga en marcha y respalde «Retos Mundiales en materia de Seguridad del Paciente» y que elabore y aplique estrategias, orientaciones y herramientas para ayudar a los Estados Miembros a aplicar cada Reto mediante los mejores datos probatorios;
- 9) que promueva y apoye la aplicación de las tecnologías digitales y la investigación, incluso aplicada, para mejorar la seguridad de los pacientes;
- 10) que preste apoyo a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, para poner en marcha sistemas de promoción de la participación, el compromiso y el empoderamiento activos de los pacientes, las familias y las comunidades en la prestación de una atención sanitaria segura, y para establecer y reforzar las redes de participación de los pacientes, las comunidades, la sociedad civil y las asociaciones de pacientes;
- 11) que trabaje con los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas pertinentes para promover el Día Mundial de la Seguridad del Paciente;
- 12) que elabore un plan de acción mundial para la seguridad del paciente, en consulta con los Estados Miembros¹ y con todas las partes interesadas pertinentes, incluido el sector privado, para su presentación a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2021, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 148.^a reunión;
- 13) que presente un informe sobre los progresos realizados en relación con la aplicación de la presente resolución para su examen en la 74.^a, la 76.^a y la 78.^a Asambleas Mundiales de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, quinto informe)

WHA72.7 Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios²

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre Seguridad del paciente: Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios;³

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

² Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

³ Documento A72/27.

Recordando la Declaración de Astaná, refrendada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (Astaná, Kazajstán, días 25 y 26 de octubre de 2018), en la que se enuncia que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y eficiente para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud;

Recordando también la resolución WHA64.24 (2011) sobre agua potable, saneamiento y salud, en la que se ponen de relieve los principios de la atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud y otras resoluciones mencionadas en aquella (WHA35.17 (1982), WHA39.20 (1986), WHA42.25 (1989), WHA44.28 (1991), WHA45.31 (1992), WHA51.28 (1998) y WHA63.23 (2010)) y la resolución WHA70.7 (2017) sobre la mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia, en la que se hacía hincapié en la importancia de mejorar el acceso al agua potable, las instalaciones de saneamiento, la gestión de los desechos de la atención sanitaria y las prácticas de higiene en la atención primaria de salud;

Recordando además la resolución 64/292 (2010) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el derecho humano al agua y el saneamiento y la resolución 72/178 (2017) de la Asamblea General y la resolución 39/8 (2018) del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos al agua potable y al saneamiento;

Tomando nota de que sin suficientes servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los centros sanitarios, los países no alcanzarán las metas fijadas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y el Objetivo 6 (Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos), en particular la reducción de la mortalidad de la madre y el recién nacido y el logro de una cobertura sanitaria universal efectiva, así como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), 7 (Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos), 11 (Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles) y 13 (Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos);

Tomando nota también de que la prestación de servicios de agua potable, saneamiento e higiene es fundamental para la seguridad del paciente y se ha demostrado que reduce el riesgo de infección entre los pacientes, los cuidadores, los profesionales de la salud y las comunidades cercanas, y tomando nota de que los progresos hacia la prestación de esos servicios en los centros sanitarios permitirían también la prevención y el tratamiento eficaces y oportunos del cólera, junto con las enfermedades diarreicas y de otro tipo, según se reconoce en la resolución WHA71.4 (2018) sobre prevención y control del cólera;

Recordando la resolución WHA68.7 (2015) sobre el Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, en cuyos objetivos se subraya la importancia crítica de los servicios de agua potable, saneamiento e higiene en la comunidad y en los centros sanitarios para mejorar la higiene y las medidas de prevención de las infecciones con objeto de frenar la aparición y propagación de infecciones resistentes a los antimicrobianos y contener el uso inadecuado de medicamentos antimicrobianos, lo que garantizaría una buena rectoría;

Tomando nota de las conclusiones del informe conjunto de la OMS y el UNICEF titulado *WASH in health care facilities: global baseline report 2019*,¹ en el que se reveló que uno de cada cuatro centros sanitarios carece de servicios básicos de agua, uno de cada cinco no dispone de servicios de saneamiento y el 42% no cuenta con servicios de higiene en el lugar de consulta; subrayando las implicaciones de no

¹ *WASH in health care facilities: global baseline report 2019*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019.

contar con esos productos básicos en esos lugares, en particular la propagación de infecciones en lugares en los que se supone que debe promoverse la salud y una higiene básica para la prevención de enfermedades; y recalcando las implicaciones para la dignidad de los pacientes y otros usuarios que solicitan los servicios de atención de la salud, en particular las parturientas y sus hijos recién nacidos;

Recordando la declaración del Secretario General de las Naciones Unidas en la presentación del Decenio Internacional para la Acción 2018-2028 – Agua para el Desarrollo Sostenible, en la que hizo un llamamiento mundial a la acción en materia de agua, saneamiento e higiene en todos los establecimientos sanitarios;

Tomando nota de que en el informe del Director General a la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre salud, medio ambiente y cambio climático¹ se establecieron los factores determinantes a nivel mundial, como el crecimiento de la población, la urbanización y el cambio climático, que se prevé que incidan considerablemente en la disponibilidad y calidad del agua y los servicios de saneamiento y a los recursos de agua dulce, así como el acceso a ellos, y la necesidad urgente de abordar los vínculos entre el clima, la energía, los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la salud;

1. INSTA a los Estados Miembros:²

1) a llevar a cabo evaluaciones integrales en función del contexto nacional y, si conviene, a cuantificar: la disponibilidad, calidad y necesidades de agua potable, saneamiento e higiene en los centros sanitarios; y la situación en materia de prevención y control de infecciones, utilizando protocolos o instrumentos^{3,4} regionales y mundiales existentes y en colaboración con la iniciativa mundial para mejorar la prestación de los servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los centros sanitarios;⁵

2) a elaborar y poner en marcha una hoja de ruta en función del contexto nacional, de modo que todos los centros sanitarios en todos los entornos dispongan, con arreglo a sus necesidades, de: suministros de agua fiables y gestionados de manera segura; un número suficiente de inodoros o letrinas accesibles y gestionados de manera segura para los pacientes, los cuidadores y el personal, independientemente de su sexo, edad y capacidad; componentes básicos adecuados de los programas de prevención y control de infecciones, incluidas las infraestructuras y prácticas para una buena higiene de manos; servicios de limpieza periódicos efectivos; sistemas de gestión segura de desechos, en particular para la eliminación de excretas y desechos médicos; y, siempre que sea posible, energía limpia y sostenible;

¹ Documento A71/11.

² Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

³ OMS y UNICEF. Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud «WASH FIT»: Guía práctica para mejorar la calidad de la atención mediante los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud/UNICEF, 2018 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/es/), consultado el 4 de septiembre de 2019.

⁴ OMS. *National infection prevention and control assessment tool (IPCAT2)* y Marco de evaluación de prevención y control de infecciones en el nivel de los establecimientos (IPCAF), véase <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> y los enlaces que allí figuran (consultado el 7 de febrero de 2019).

⁵ La OMS y el UNICEF coordinan conjuntamente las iniciativas mundiales para mejorar los servicios de agua potable, saneamiento e higiene (ASH) en los centros sanitarios. Las actividades se centran en diferentes ámbitos cruciales, como las evaluaciones nacionales. Más información en el portal de intercambio de conocimientos sobre los servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los establecimientos sanitarios – acción mundial para proporcionar acceso universal de aquí a 2030: www.washinhcf.org (consultado el 7 de febrero de 2019).

- 3) a establecer y aplicar, en función del contexto nacional, normas mínimas para los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la prevención y control de infecciones en todos los entornos de atención de salud, y a integrar dichas normas en los sistemas de acreditación y reglamentación; y a establecer mecanismos de rendición de cuentas para reforzar las normas y la práctica;
- 4) a establecer metas en las políticas sanitarias e integrar los indicadores¹ para los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la prevención y control de infecciones en los mecanismos de monitoreo nacional con objeto de establecer valores de referencia y hacer seguimiento de los progresos y el desempeño del sistema de salud de forma periódica;
- 5) a integrar los servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los programas de salud, en particular la salud nutricional y de la madre, el niño y el recién nacido en el contexto de los servicios de salud seguros, de calidad, integrados y centrados en la persona, la cobertura sanitaria universal efectiva, la prevención y control de infecciones y la contención de la resistencia a los antimicrobianos;
- 6) a detectar y corregir las desigualdades e interrupciones en la disponibilidad de servicios adecuados de agua potable, saneamiento e higiene en los centros sanitarios, especialmente aquellos en los que prestan servicios de maternidad y en los centros de atención primaria de salud;
- 7) a alinear sus estrategias y enfoques con la iniciativa mundial sobre los servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los centros sanitarios² y a contribuir al logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y el Objetivo 6 (Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos);
- 8) a habilitar procedimientos y fondos para poner en marcha y mantener servicios de agua potable, saneamiento e higiene y de prevención y control de infecciones en los centros sanitarios, y a hacer actualizaciones y mejoras continuas con arreglo a las necesidades, de modo que la infraestructura siga en funcionamiento y que se disponga de recursos para ayudar a los centros a acceder a otras fuentes de agua potable en caso de fallos en el suministro habitual de agua, con objeto de reducir al mínimo los efectos ambientales y de otro tipo y a fin de mantener las prácticas de higiene;
- 9) a educar y sensibilizar, en consonancia con los acuerdos regionales, con respecto al agua, el saneamiento y la higiene, centrándose especialmente en las salas de maternidad y los hospitales, y en los entornos utilizados por las madres y los niños; y a llevar a cabo campañas continuas de formación sobre los riesgos de un saneamiento deficiente, en particular la defecación al aire libre, con objeto de desalentar esa práctica y fomentar el apoyo comunitario para el uso de inodoros y la gestión segura de desechos fecales por parte de los trabajadores sanitarios;
- 10) a establecer mecanismos sólidos de coordinación multisectorial con la participación activa de todos los ministerios pertinentes, en particular los que se encargan de la salud, las finanzas, el agua y la energía, a fin de alinear y fortalecer las iniciativas de colaboración y garantizar financiación adecuada en apoyo del cumplimiento de todos los aspectos de los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la prevención y control de infecciones en el conjunto del sistema de

¹ OMS y UNICEF. Preguntas e indicadores principales para el monitoreo de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/core-questions-and-indicators-for-monitoring-wash/es/), consultado el 7 de febrero de 2019.

² Detalles sobre las actividades mundiales de la OMS/UNICEF sobre ASH en los centros sanitarios (disponibles en https://www.who.int/water_sanitation_health/facilities/es/), consultado el 7 de febrero de 2019.

salud; y a invertir en el personal de salud con el fin de que su número sea adecuado y esté bien formado (en particular los profesionales de la atención sanitaria, los limpiadores y los técnicos para gestionar los servicios de agua potable, saneamiento e higiene, encargarse del mantenimiento y funcionamiento adecuado de los servicios y llevar a cabo las prácticas apropiadas en materia de agua potable, saneamiento e higiene y prevención y control de infecciones), invirtiendo especialmente en programas sólidos de capacitación inicial y formación continua para personal de todos los niveles;

11) a promover un entorno de trabajo seguro y protegido para todos los profesionales de la salud, así como instrumentos y ayudas de trabajo, servicios de agua potable, saneamiento e higiene y suministros de limpieza e higiene, para que aquellos puedan prestar el servicio de forma segura y eficiente;

2. INVITA a los asociados internacionales, regionales y locales:

1) a poner de relieve, en las estrategias de salud y en mecanismos de financiación flexibles, los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la prevención y control de infecciones en los centros sanitarios, y de ese modo dirigir los esfuerzos hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto, en lugar de centrarse en enfoques de programación verticales o compartimentados;

2) a apoyar los esfuerzos de los gobiernos por empoderar a las comunidades para que participen en la toma de decisiones sobre la prestación de servicios de agua potable, saneamiento e higiene mejores y más equitativos en los centros sanitarios, en particular en la notificación a las autoridades sobre la insuficiencia o inadecuación de los servicios de agua potable, saneamiento e higiene;

3. PIDE al Director General que:

1) siga ofreciendo liderazgo en el ámbito mundial y fomente la elaboración de orientaciones técnicas para lograr las metas establecidas en la presente resolución;

2) informe sobre la situación mundial del acceso a los servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los centros sanitarios como parte de los esfuerzos por lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible 6 (Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos), en particular a través del Programa Conjunto de Monitoreo e incluya los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y prevención y control de infecciones en los centros sanitarios en el marco de una cobertura sanitaria universal efectiva, la atención primaria de salud y los esfuerzos para monitorear la calidad de la atención;

3) impulse la movilización de recursos internos y externos procedentes de los sectores público y privado y apoye la elaboración de argumentos para la inversión nacional en servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la prevención y control de infecciones en los centros sanitarios;

4) siga poniendo de relieve, en la OMS y en foros políticos de alto nivel, los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la prevención y control de infecciones en los centros sanitarios y colaborando con otros organismos de las Naciones Unidas para responder de forma coordinada al llamamiento a la acción del Secretario General de las Naciones Unidas;

5) colabore con los Estados Miembros y los asociados para examinar, actualizar y aplicar el Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos y apoye a los Estados Miembros en el establecimiento de hojas de ruta y metas nacionales para los servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los centros sanitarios;

- 6) colabore con los asociados para adaptar los mecanismos de notificación existentes y, de ser necesario, elaborar mecanismos nuevos para recabar y monitorear los progresos en la coordinación, aplicación, financiación, acceso, calidad y gobernanza de los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y la prevención y control de infecciones en los centros sanitarios de acuerdo con la metodología establecida para la notificación de los indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible 6 (Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos);¹
- 7) apoye la aplicación y coordinación de servicios de agua potable, saneamiento e higiene y de medidas básicas de prevención y control de infecciones en los centros sanitarios y centros de selección durante crisis y emergencias humanitarias a través de los grupos orgánicos Salud y Agua, Saneamiento e Higiene, aprovechando el potencial de las alianzas para prevenir los brotes epidemiológicos en esos contextos;
- 8) informe sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución a la Asamblea de la Salud en 2021 y 2023.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, quinto informe)

WHA72.8 Mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios^{2,3}

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre Acceso a medicamentos y vacunas⁴ y su anexo, titulado «Proyecto de hoja de ruta para el acceso a medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios 2019-2023», y el informe del Director General sobre Medicamentos, vacunas y productos sanitarios: Medicamentos antineoplásicos,⁵ con arreglo a la resolución WHA70.12 (2017) sobre Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado;

Reconociendo la función crucial que desempeña la innovación de los productos sanitarios² y los servicios de salud para aportar nuevos tratamientos y valor a los pacientes y los sistemas de atención de salud de todo el mundo;

Reconociendo también que la mejora del acceso a los productos sanitarios es un reto multidimensional que requiere intervenir en el conjunto de la cadena de valor y el ciclo de vida, desde la investigación y el desarrollo hasta la garantía de la calidad, la capacidad de reglamentación, la gestión de la cadena de suministro y el uso, y tener un conocimiento adecuado de todo ello;

Seramente preocupada por los elevados precios de algunos productos sanitarios, y por la inequidad en el acceso a dichos productos en un mismo Estado Miembro y entre Estados Miembros, así como

¹ Incluye protocolos, métodos e informes del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene y el Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable de ONU-Agua, dirigido por la OMS.

² A efectos de la presente resolución, los productos sanitarios incluyen los medicamentos, las vacunas, los dispositivos médicos, las pruebas diagnósticas, los dispositivos de asistencia, las terapias celulares y genéticas, y otras tecnologías sanitarias.

³ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

⁴ Documento A72/17.

⁵ Documento EB144/18.

las dificultades financieras vinculadas a los elevados precios, que obstaculizan los progresos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal;

Reconociendo que los tipos de información de dominio público sobre datos a lo largo de la cadena de valor de los productos sanitarios, en particular los precios efectivamente pagados por los diferentes agentes y los costos, varían entre Estados Miembros y que la disponibilidad de información comparable sobre precios puede facilitar los esfuerzos hacia el acceso asequible y equitativo a los productos sanitarios;

Proponiéndose mejorar la información de dominio público sobre los precios aplicados en diferentes sectores y en diferentes países, y el acceso a esa información y el uso que se hace de ella, al tiempo que se reconocen los diferentes marcos jurídicos y contextos nacionales y regionales, y se acepta la importancia de la fijación de precios diferenciales;

Teniendo en cuenta los fructíferos debates mantenidos en el segundo Foro sobre la fijación de precios justos (Johannesburgo (Sudáfrica), 11 a 13 de abril de 2019), en relación con el fomento de una mayor transparencia en los precios de los productos sanitarios, especialmente a través del intercambio de información para estimular el fomento de mercados mundiales funcionales y competitivos;

Tomando nota de la importancia de la financiación tanto del sector público como del privado para la investigación y el desarrollo de los productos sanitarios, y proponiéndose mejorar la transparencia de dicha financiación a lo largo de la cadena de valor;

Proponiéndose mejorar progresivamente la información de dominio público sobre las aportaciones a lo largo de la cadena de valor de los productos sanitarios, la notificación pública de las patentes correspondientes y su situación, y la disponibilidad de información sobre el panorama de las patentes de un producto sanitario determinado, así como la situación relativa a la aprobación de su comercialización;

Tomando nota de la reciente Declaración de Helsinki (2013) de la World Medical Association, en la que se promueve que se hagan públicos los resultados de los ensayos clínicos, tanto los negativos y los no concluyentes como los positivos, y tomando nota de que el acceso público a datos integrales sobre los ensayos clínicos es importante para fomentar el avance en la ciencia y el tratamiento eficaz de los pacientes, siempre que se proteja su información personal;

Conviniendo en que las políticas que influyen en la fijación del precio de los productos sanitarios y que reducen los obstáculos al acceso pueden formularse y evaluarse mejor cuando se dispone de datos fiables, comparables, transparentes y suficientemente pormenorizados¹ a lo largo de la cadena de valor;

1. INSTA a los Estados Miembros a que, de conformidad con sus contextos y marcos jurídicos nacionales y regionales:

- 1) adopten medidas adecuadas para informar públicamente de los precios netos² de los productos sanitarios;
- 2) adopten las medidas necesarias, cuando proceda, para promover la difusión y una mejor disponibilidad de los datos globales sobre resultados —y, en el caso de que sean de dominio público o se faciliten de forma voluntaria, los costos de los ensayos clínicos en seres humanos, independientemente de sus conclusiones o de si los resultados se utilizarán para fundamentar una

¹ Lo que incluye datos sobre, entre otras cosas: la disponibilidad, especialmente en los mercados pequeños; las unidades vendidas y los pacientes alcanzados en diferentes mercados; y los beneficios médicos y el valor terapéutico añadido de esos productos.

² A efectos de la presente resolución, el «precio neto», «precio efectivo», «precio neto de la transacción» o «precio de venta del fabricante» es el importe que reciben los fabricantes después de restar todas las rebajas, los descuentos y otros incentivos.

solicitud de autorización de comercialización—, así como el acceso a tales datos y costos, garantizando al mismo tiempo la confidencialidad de los pacientes;

3) colaboren para mejorar la notificación de información por los proveedores sobre productos sanitarios registrados, como los informes sobre ingresos por ventas, los precios, las unidades vendidas, los costos de comercialización y las subvenciones e incentivos;

4) faciliten una mejor notificación pública de la información sobre la situación de patente y la autorización de comercialización de los productos sanitarios;

5) mejoren la capacidad de los países con respecto a los productos sanitarios, en particular mediante la cooperación internacional y la investigación y desarrollo abiertos y colaborativos y la fabricación de productos sanitarios, sobre todo en los países en desarrollo y los países de ingresos medianos y bajos, en especial de productos sanitarios contra las enfermedades que les afectan principalmente, así como la capacidad para la selección de productos, la adquisición costoeficaz, la garantía de la calidad y la gestión de la cadena de suministro;

2. PIDE al Director General de la OMS que:

1) continúe ayudando a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, a recopilar y analizar información sobre datos económicos a lo largo de la cadena de valor de los productos sanitarios y sobre datos para elaborar y aplicar políticas pertinentes a fin de alcanzar la cobertura sanitaria universal;

2) continúe ayudando a los Estados Miembros, sobre todo a los países de ingresos medianos y bajos, a elaborar y aplicar políticas nacionales pertinentes para la transparencia de los mercados de los productos sanitarios, incluida la capacidad nacional de fabricación local, la adopción rápida y oportuna de productos genéricos y biosimilares, la adquisición costoeficaz, la selección de productos, la garantía de la calidad y la gestión de la cadena de suministro de los productos sanitarios;

3) preste apoyo a la investigación sobre la transparencia de los precios y sus efectos en la asequibilidad y disponibilidad de los productos sanitarios, y especialmente en la fijación de precios diferenciales, sobre todo en los países de ingresos medianos y bajos y en los mercados pequeños, lleve a cabo un seguimiento de tales efectos y facilite análisis y ayuda a los Estados Miembros a este respecto, cuando corresponda;

4) analice la disponibilidad de datos sobre insumos a lo largo de la cadena de valor, en particular datos sobre ensayos clínicos e información sobre precios, con miras a evaluar la viabilidad y la posible utilidad de establecer una herramienta en línea para intercambiar información pertinente para la transparencia de los mercados de productos sanitarios, así como información sobre inversiones, incentivos y subvenciones;

5) mantenga los esfuerzos de la OMS para celebrar, con periodicidad bienal, el Foro sobre la fijación de precios justos con los Estados Miembros y todas las partes interesadas a fin de debatir sobre la asequibilidad y transparencia de los precios y los costos relacionados con los productos sanitarios;

6) continúe prestando apoyo a los esfuerzos en curso para determinar la situación de patente de los productos sanitarios y promover las bases de datos de dominio público y fáciles de utilizar que contengan información sobre la situación de patente, para su uso por los agentes de la salud pública, en consonancia con la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, y colabore con otras partes interesadas y organismos internacionales

pertinentes para mejorar la cooperación internacional, evitar la duplicación del trabajo y promover iniciativas pertinentes;

7) presente un informe sobre los progresos realizados a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 148.^a reunión.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, séptimo informe)

WHA72.9 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas y sobre los Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, así como los arreglos especiales para el pago de los atrasos;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

Observando que, en el momento de la apertura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, estaban suspendidos los derechos de voto de las Comoras, Gambia, Guinea-Bissau, la República Centroafricana,³ Sudán del Sur, Ucrania y Venezuela (la República Bolivariana de),⁴ y que dicha suspensión seguirá vigente hasta que los atrasos de esos Estados Miembros se hayan reducido, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Observando que, en la fecha de apertura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, el Congo y el Senegal tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea de la Salud considerara examinar si procedía suspender los derechos de voto de estos países en la fecha de apertura de la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020,

DECIDE:

1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7 (1988), si en la fecha de apertura de la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud, el Congo y el Senegal todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, se les suspenderán los derechos de voto a partir de dicha apertura;

2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el párrafo 1) *supra* se mantendrá en la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas de la Salud subsiguientes

¹ Documento A72/37.

² Documento A72/66.

³ Véase el documento A72/61.

⁴ Véase el documento A72/60 Rev.1.

hasta que los atrasos del Congo y el Senegal se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, segundo informe)

WHA72.10 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: República Centroafricana

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la solicitud de la República Centroafricana relativa a sus atrasos de contribuciones hasta 2018, inclusive, por valor de US\$ 134 646; considerando asimismo la solicitud de la República Centroafricana de reprogramar el pago de este saldo a lo largo del periodo comprendido entre 2019 y 2028;

Observando que la solicitud no cumple en su totalidad los requisitos previstos en la resolución WHA54.6 (2001) en lo que se refiere al calendario y al procedimiento,

1. DECIDE restablecer los privilegios de voto de la República Centroafricana en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud con las condiciones siguientes:

La República Centroafricana liquidará sus atrasos de contribuciones, que ascienden a un total de US\$ 134 646, durante 10 años, desde 2019 hasta 2028, según se expone a continuación, además de abonar su contribución anual señalada;

| Año | US\$ |
|--------------|----------------|
| 2019 | 13 465 |
| 2020 | 13 465 |
| 2021 | 13 465 |
| 2022 | 13 465 |
| 2023 | 13 465 |
| 2024 | 13 465 |
| 2025 | 13 465 |
| 2026 | 13 465 |
| 2027 | 13 465 |
| 2028 | 13 461 |
| Total | 134 646 |

2. DECIDE ADEMÁS que, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución, los privilegios de voto de la República Centroafricana se suspenderán automáticamente si no cumple las condiciones establecidas en el párrafo 1 *supra*;

3. PIDE al Director General que informe a las futuras Asambleas de la Salud, según proceda, sobre la situación a ese respecto;

4. PIDE ADEMÁS al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de la República Centrafricana.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, segundo informe)

WHA72.11 Nombramiento de Comisario de Cuentas

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre el nombramiento de Comisario de Cuentas,¹

1. RESUELVE que el Contralor y Auditor General de la India sea nombrado Comisario de Cuentas de la Organización Mundial de la Salud para el periodo cuadrienal de 2020 a 2023 y que practique sus intervenciones de conformidad con los principios enunciados en el artículo XIV y en el apéndice del Reglamento Financiero, y que, en caso necesario, nombre a un representante para que actúe en su ausencia;
2. DA LAS GRACIAS a la Comisión de Auditoría de la República de Filipinas por los servicios prestados a la Organización en la auditoría de las cuentas correspondientes al periodo de ocho años que ha ido de 2012 a 2019.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, segundo informe)

WHA72.12 Escala de contribuciones para 2020-2021

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre la escala de contribuciones para 2020-2021,²

ADOPTA la escala de contribuciones de los Miembros y los Miembros Asociados para el bienio 2020-2021 que figura a continuación.

| Estados Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2020-2021 % |
|--|--|
| Afganistán | 0,0070 |
| Albania | 0,0080 |
| Alemania | 6,0904 |
| Andorra | 0,0050 |
| Angola | 0,0100 |
| Antigua y Barbuda | 0,0020 |
| Arabia Saudita | 1,1721 |
| Argelia | 0,1380 |
| Argentina | 0,9151 |

¹ Documento A72/42.

² Documento A72/38.

| Estados Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2020-2021 % |
|--|--|
| Armenia | 0,0070 |
| Australia | 2,2101 |
| Austria | 0,6770 |
| Azerbaiyán | 0,0490 |
| Bahamas | 0,0180 |
| Bahrein | 0,0500 |
| Bangladesh | 0,0100 |
| Barbados | 0,0070 |
| Belarús | 0,0490 |
| Bélgica | 0,8211 |
| Belize | 0,0010 |
| Benin | 0,0030 |
| Bhután | 0,0010 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 0,0160 |
| Bosnia y Herzegovina | 0,0120 |
| Botswana | 0,0140 |
| Brasil | 2,9482 |
| Brunei Darussalam | 0,0250 |
| Bulgaria | 0,0460 |
| Burkina Faso | 0,0030 |
| Burundi | 0,0010 |
| Cabo Verde | 0,0010 |
| Camboya | 0,0060 |
| Camerún | 0,0130 |
| Canadá | 2,7342 |
| Chad | 0,0040 |
| Chequia | 0,3110 |
| Chile | 0,4070 |
| China | 12,0058 |
| Chipre | 0,0360 |
| Colombia | 0,2880 |
| Comoras | 0,0010 |
| Congo | 0,0060 |
| Costa Rica | 0,0620 |
| Côte d'Ivoire | 0,0130 |
| Croacia | 0,0770 |
| Cuba | 0,0800 |
| Dinamarca | 0,5540 |
| Djibouti | 0,0010 |
| Dominica | 0,0010 |
| Ecuador | 0,0800 |
| Egipto | 0,1860 |
| El Salvador | 0,0120 |

| Estados Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2020-2021 % |
|--|--|
| Emiratos Árabes Unidos | 0,6160 |
| Eritrea | 0,0010 |
| Eslovaquia | 0,1530 |
| Eslovenia | 0,0760 |
| España | 2,1461 |
| Estados Unidos de América | 22,0000 |
| Estonia | 0,0390 |
| Eswatini | 0,0020 |
| Etiopía | 0,0100 |
| Federación de Rusia | 2,4052 |
| Fiji | 0,0030 |
| Filipinas | 0,2050 |
| Finlandia | 0,4210 |
| Francia | 4,4273 |
| Gabón | 0,0150 |
| Gambia | 0,0010 |
| Georgia | 0,0080 |
| Ghana | 0,0150 |
| Granada | 0,0010 |
| Grecia | 0,3660 |
| Guatemala | 0,0360 |
| Guinea | 0,0030 |
| Guinea-Bissau | 0,0010 |
| Guinea Ecuatorial | 0,0160 |
| Guyana | 0,0020 |
| Haití | 0,0030 |
| Honduras | 0,0090 |
| Hungría | 0,2060 |
| India | 0,8341 |
| Indonesia | 0,5430 |
| Irán (República Islámica del) | 0,3980 |
| Iraq | 0,1290 |
| Irlanda | 0,3710 |
| Islandia | 0,0280 |
| Islas Cook (no es miembro de las Naciones Unidas) | 0,0010 |
| Islas Marshall | 0,0010 |
| Islas Salomón | 0,0010 |
| Israel | 0,4900 |
| Italia | 3,3072 |
| Jamaica | 0,0080 |
| Japón | 8,5645 |

| Estados Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2020-2021 % |
|--|--|
| Jordania | 0,0210 |
| Kazajstán | 0,1780 |
| Kenya | 0,0240 |
| Kirguistán | 0,0020 |
| Kiribati | 0,0010 |
| Kuwait | 0,2520 |
| Lesotho | 0,0010 |
| Letonia | 0,0470 |
| Líbano | 0,0470 |
| Liberia | 0,0010 |
| Libia | 0,0300 |
| Lituania | 0,0710 |
| Luxemburgo | 0,0670 |
| Macedonia del Norte | 0,0070 |
| Madagascar | 0,0040 |
| Malasia | 0,3410 |
| Malawi | 0,0020 |
| Maldivas | 0,0040 |
| Malí | 0,0040 |
| Malta | 0,0170 |
| Marruecos | 0,0550 |
| Mauricio | 0,0110 |
| Mauritania | 0,0020 |
| México | 1,2921 |
| Micronesia (Estados Federados de) | 0,0010 |
| Mónaco | 0,0110 |
| Mongolia | 0,0050 |
| Montenegro | 0,0040 |
| Mozambique | 0,0040 |
| Myanmar | 0,0100 |
| Namibia | 0,0090 |
| Nauru | 0,0010 |
| Nepal | 0,0070 |
| Nicaragua | 0,0050 |
| Níger | 0,0020 |
| Nigeria | 0,2500 |
| Niue (no es miembro de las Naciones Unidas) | 0,0010 |
| Noruega | 0,7540 |
| Nueva Zelandia | 0,2910 |
| Omán | 0,1150 |
| Países Bajos | 1,3561 |

| Estados Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2020-2021 % |
|---|--|
| Pakistán | 0,1150 |
| Palau | 0,0010 |
| Panamá | 0,0450 |
| Papua Nueva Guinea | 0,0100 |
| Paraguay | 0,0160 |
| Perú | 0,1520 |
| Polonia | 0,8021 |
| Portugal | 0,3500 |
| Puerto Rico (no es miembro de las Naciones Unidas) | 0,0010 |
| Qatar | 0,2820 |
| Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte | 4,5673 |
| República Árabe Siria | 0,0110 |
| República Centroafricana | 0,0010 |
| República de Corea | 2,2671 |
| República Democrática del Congo | 0,0100 |
| República Democrática Popular Lao | 0,0050 |
| República de Moldova | 0,0030 |
| República Dominicana | 0,0530 |
| República Popular Democrática de Corea | 0,0060 |
| República Unida de Tanzania | 0,0100 |
| Rumania | 0,1980 |
| Rwanda | 0,0030 |
| Saint Kitts y Nevis | 0,0010 |
| Samoa | 0,0010 |
| San Marino | 0,0020 |
| Santa Lucía | 0,0010 |
| Santo Tomé y Príncipe | 0,0010 |
| San Vicente y las Granadinas | 0,0010 |
| Senegal | 0,0070 |
| Serbia | 0,0280 |
| Seychelles | 0,0020 |
| Sierra Leona | 0,0010 |
| Singapur | 0,4850 |
| Somalia | 0,0010 |
| Sri Lanka | 0,0440 |
| Sudáfrica | 0,2720 |
| Sudán | 0,0100 |
| Sudán del Sur | 0,0060 |

| Estados Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2020-2021 % |
|---|--|
| Suecia | 0,9061 |
| Suiza | 1,1511 |
| Suriname | 0,0050 |
| Tailandia | 0,3070 |
| Tayikistán | 0,0040 |
| Timor-Leste | 0,0020 |
| Togo | 0,0020 |
| Tokelau (no es miembro de las Naciones Unidas) | 0,0010 |
| Tonga | 0,0010 |
| Trinidad y Tabago | 0,0400 |
| Túnez | 0,0250 |
| Turkmenistán | 0,0330 |
| Turquía | 1,3711 |
| Tuvalu | 0,0010 |
| Ucrania | 0,0570 |
| Uganda | 0,0080 |
| Uruguay | 0,0870 |
| Uzbekistán | 0,0320 |
| Vanuatu | 0,0010 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 0,7280 |
| Viet Nam | 0,0770 |
| Yemen | 0,0100 |
| Zambia | 0,0090 |
| Zimbabwe | 0,0050 |
| Total | 100,0000 |

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, segundo informe)

**WHA72.13 Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto
de Director General¹**

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los
titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General,²

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

² Véase el documento A72/45.

1. FIJA en US\$ 179 948 los sueldos brutos anuales correspondientes a los cargos de Subdirector General y Director Regional, lo que resulta en un sueldo neto de US\$ 134 266;
2. FIJA en US\$ 198 315 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto, lo que resulta en un sueldo neto de US\$ 146 388;
3. FIJA en US\$ 244 571 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General, lo que resulta en un sueldo neto de US\$ 176 917; y
4. DECIDE que los ajustes de remuneración antedichos tengan efecto a partir del 1 de enero de 2019.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

WHA72.14 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: República Bolivariana de Venezuela

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la solicitud de la República Bolivariana de Venezuela relativa a sus atrasos de contribuciones hasta 2019, inclusive, por valor de US\$ 13 219 535; considerando asimismo la solicitud de la República Bolivariana de Venezuela de reprogramar el pago de este saldo a lo largo del periodo comprendido entre 2019 y 2038;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

Observando que la solicitud no cumple en su totalidad los requisitos previstos en la resolución WHA54.6 (2001) en lo que se refiere al calendario y al procedimiento,

1. DECIDE restablecer los privilegios de voto de la República Bolivariana de Venezuela en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud con las condiciones siguientes:

La República Bolivariana de Venezuela liquidará sus atrasos de contribuciones, que ascienden a un total de US\$ 13 219 535, durante 20 años, desde 2019 hasta 2038, según se expone a continuación, además de abonar la contribución anual señalada;

| Año | US\$ |
|------------|-------------|
| 2019 | 660 977 |
| 2020 | 660 977 |
| 2021 | 660 977 |
| 2022 | 660 977 |
| 2023 | 660 977 |
| 2024 | 660 977 |
| 2025 | 660 977 |
| 2026 | 660 977 |
| 2027 | 660 977 |

¹ Véase el documento A72/60 Rev.1.

² Documento A72/66.

| Año | US\$ |
|--------------|-------------------|
| 2028 | 660 977 |
| 2029 | 660 977 |
| 2030 | 660 977 |
| 2031 | 660 977 |
| 2032 | 660 977 |
| 2033 | 660 977 |
| 2034 | 660 977 |
| 2035 | 660 977 |
| 2036 | 660 977 |
| 2037 | 660 977 |
| 2038 | 660 972 |
| Total | 13 219 535 |

2. DECIDE ADEMÁS que, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución, la República Bolivariana de Venezuela verá suspendidos automáticamente sus privilegios de voto si no cumple las condiciones establecidas en el párrafo 1 *supra*;

3. PIDE al Director General que informe a las futuras Asambleas de la Salud, según proceda, sobre la situación a ese respecto;

4. PIDE ADEMÁS al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

WHA72.15 Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes del Director General sobre la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades;²

Recordando el Reglamento de Nomenclatura de la OMS adoptado en la 20.^a Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 1967;³

Recordando también la resolución de la 43.^a Asamblea Mundial de la Salud, de 17 de mayo de 1990, por la que se aprobó la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades con efecto a partir del 1 de enero de 1993;⁴

Reconociendo que la elaboración y mantenimiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades es una función normativa básica de la OMS,

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

² Documentos A72/29 y A72/29 Add.1.

³ Resolución WHA20.18.

⁴ Resolución WHA43.24.

1. ADOPTA la undécima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) para que entre en vigor el 1 de enero de 2022, con sujeción a las disposiciones transitorias, con los siguientes componentes:

- 1) la lista detallada de las categorías de cuatro caracteres y las subcategorías opcionales de cinco y seis caracteres¹ junto con las listas breves de tabulación respecto de la mortalidad y morbilidad;
- 2) las definiciones, normas y requisitos en materia de presentación de informes relacionados con la mortalidad materna, fetal, perinatal, neonatal y del lactante;²
- 3) las normas e instrucciones para la codificación de la causa subyacente con respecto a la mortalidad y la codificación de la afección principal respecto de la morbilidad;

2. PIDE al Director General:

- 1) que asigne recursos suficientes de la Organización a la actualización y el mantenimiento periódicos de la CIE-11 y a su posible revisión;
- 2) que publique la CIE-11 en los seis idiomas oficiales de la Organización y establezca las herramientas digitales y los mecanismos de apoyo para su mantenimiento, difusión y utilización, incluida la facilitación de vínculos con las terminologías clínicas existentes;
- 3) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación de la CIE-11, especialmente en la creación de sistemas y capacidades, proporcionándoles la plataforma de traducción de la CIE-11;
- 4) que establezca disposiciones transitorias a partir del 1 de enero de 2022 por un periodo mínimo de cinco años y durante el tiempo que sea necesario para que los Estados Miembros puedan recopilar y comunicar estadísticas utilizando revisiones anteriores de la Clasificación Internacional de Enfermedades;
- 5) que ponga en marcha un proceso de actualización periódica de la CIE-11,³ que siga desarrollando y aplicando la familia de clasificaciones relacionadas con las enfermedades y la salud y que establezca la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos como clasificación principal vinculada a otras clasificaciones, versiones especializadas y terminologías conexas;
- 6) que informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2023, a la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2027 y a la 85.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2032, y que incluya en el informe de 2032 una evaluación de la necesidad de revisar la CIE-11.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, cuarto informe)

¹ Véase el navegador de la CIE-11 en <https://icd.who.int/browse11/l-m/es> (consultado el 28 de marzo de 2019).

² Disponible en <https://icd.who.int/docs/norms-eb2019.pdf>, página 14 (consultado el 28 de marzo de 2019).

³ Tal y como se describe en el anexo 3.8 de la guía de referencia de la CIE-11 (disponible en <https://icd.who.int/icd11/refguide/en/index.html>, consultado el 28 de marzo de 2019).

WHA72.16 Sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos;²

Tomando nota de la importancia de organizar el sistema de salud en su conjunto, en particular mediante la diferenciación entre servicios y cuidados optativos, servicios y cuidados no optativos, y servicios y cuidados de urgencia, con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias de las poblaciones de manera sostenible, eficaz y adecuada;

Reconociendo que en muchas intervenciones de salud de eficacia probada el tiempo es un factor determinante, y que la atención de urgencia es una plataforma integrada para prestar servicios de salud accesibles, de calidad y oportunos a las personas con enfermedades agudas y traumatismos durante todo el curso de la vida;

Subrayando que la rapidez es un componente esencial de la calidad, y que si existen servicios de atención de urgencia y los pacientes llegan a ellos a tiempo se pueden evitar millones de defunciones y discapacidades a largo plazo debidas a traumatismos, infecciones, enfermedades mentales y otros trastornos de salud mental, exacerbaciones agudas de enfermedades no transmisibles, complicaciones agudas del embarazo y otros trastornos de urgencia;

Observando que los traumatismos ocasionan casi 5 millones de defunciones anuales y que los traumatismos causados por el tránsito son la principal causa de defunción en el grupo etario de 5 a 29 años;³

Observando también que la atención de urgencia es una parte esencial de la prestación de servicios de salud en los sistemas de salud, y que los servicios de urgencia bien diseñados facilitan el reconocimiento oportuno, la gestión del tratamiento, y, en su caso, el tratamiento continuado de enfermedades agudas en el nivel apropiado del sistema de salud;

Reconociendo la importancia del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y observando que la atención de urgencia bien organizada, segura y de alta calidad es un mecanismo crucial para el logro de una serie de metas conexas, en particular las relativas a la cobertura sanitaria universal, la seguridad vial, la salud materno-infantil, las enfermedades no transmisibles, la salud mental y las enfermedades infecciosas;

Reconociendo asimismo la importancia del Objetivo de Desarrollo Sostenible 11 (Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles) y del Objetivo 16 (Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas), y observando que un sistema de atención de urgencia permanente, sólido y bien preparado es vital para mitigar las consecuencias de desastres y eventos con gran número de víctimas y mantener la prestación de servicios de salud en situaciones frágiles y en zonas afectadas por conflictos;

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente resolución.

² Documento A72/31.

³ Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.

Recordando las resoluciones WHA56.24 (2003), Aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*; WHA57.10 (2004), Seguridad vial y salud (reflejada por la resolución 72/271 (2018) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el mejoramiento de la seguridad vial); WHA60.22 (2007), Sistemas de salud: sistemas de atención de emergencia; WHA64.10 (2011), Fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud; WHA66.8 (2013), Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020; WHA68.15 (2015), Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal; y WHA69.1 (2016), Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal, resoluciones en las que la Asamblea de la Salud priorizó modelos integrados para la prestación de servicios e identificó la falta de acceso oportuno a la atención de urgencia como una de las causas que originan amplios y graves problemas de salud pública;

Recordando también el mandato del 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 de la OMS, consistente en mejorar la prestación integrada de servicios y atender, en particular, las necesidades de las poblaciones más desfavorecidas, marginadas y de difícil acceso, a fin de garantizar que no se deje a nadie atrás;¹

Observando que el acceso sin discriminación de todas las personas que necesitan atención rápida a servicios de urgencia bien organizados, seguros y de alta calidad puede contribuir a reducir las desigualdades en materia de salud;

Observando, además, que en muchos países el sistema de atención de urgencia funciona como principal red de seguridad del sistema de salud y constituye el principal punto de acceso al sistema de salud, especialmente para las poblaciones marginadas, y que ello no representa un uso óptimo de los recursos del sistema de salud;

Reconociendo que, en muchos países, la falta de servicios de atención de urgencia organizados da lugar a grandes desigualdades mundiales entre los resultados relativos a todos los tipos de urgencias sanitarias;

Observando que muchas intervenciones de atención de urgencia son eficaces y costoeficaces, y que la prestación integrada de atención de urgencia puede salvar vidas y maximizar las repercusiones en el sistema de salud;

Preocupada por el hecho de que la falta de inversión en atención de urgencia directa está poniendo en entredicho la eficacia, limitando las repercusiones e incrementando los costos en otros sectores del sistema de salud;

Reconociendo que el personal sanitario de primera línea, en particular el personal de enfermería, dispensa atención a las personas con enfermedades agudas y traumatismos, frecuentemente sin beneficiarse de capacitación específica en el tratamiento de trastornos de urgencia y con limitadas posibilidades de consulta;

Observando que el mejoramiento de los resultados exige una comprensión de la utilización potencial y efectiva de la atención de urgencia, y que los datos existentes no proporcionan un respaldo adecuado que permita planificar y asignar recursos eficazmente para la atención de urgencia;

¹ Decimotercer Programa General de Trabajo, 2019-2023 (recogido en el documento A71/4 y aprobado en la resolución WHA71.1 (2018)).

Considerando que la OMS tiene un ámbito de orientación que permite a las instancias normativas, los planificadores y los administradores desarrollar planes de acción adaptados de manera óptima a sus contextos nacionales, junto con recursos de capacitación, así como normas para los servicios de atención de urgencia esenciales y recursos en cada nivel del sistema de salud,

1. PIDE que se hagan esfuerzos adicionales a nivel mundial a corto plazo para reforzar la prestación de atención de urgencia como parte de la cobertura sanitaria universal, con el fin de garantizar la prestación oportuna y eficaz de servicios de atención de salud que salvan vidas a quienes los necesitan;¹

2. INSTA a los Estados Miembros a:²

1) crear políticas a favor de la financiación sostenible y la gobernanza eficaz de una atención de urgencia segura, de alta calidad y basada en las necesidades para todos, y a favor del acceso universal a una atención de ese tipo, sin tener en cuenta los factores socioculturales, sin necesidad de pago previo a la atención y dentro de un sistema de salud más amplio que proporcione atención y servicios esenciales de calidad y protección contra los riesgos financieros como parte de la cobertura sanitaria universal;

2) cuando proceda, llevar a cabo evaluaciones voluntarias utilizando la herramienta de la OMS para la evaluación del sistema de atención de urgencia con el fin de detectar las deficiencias y determinar las prioridades de acción pertinentes con arreglo al contexto;

3) en los niveles apropiados de gobierno, promover o trabajar a favor de la inclusión de los servicios rutinarios de atención prehospitalaria y hospitalaria en unidades de urgencia en las estrategias de salud y en otros documentos de planificación pertinentes, como los planes de respuesta a emergencias y los planes obstétricos y quirúrgicos;

4) elaborar un mecanismo de gobernanza, según corresponda a su contexto nacional, para la coordinación de los servicios rutinarios de atención de urgencia prehospitalaria y hospitalaria, en particular la vinculación con otros agentes pertinentes para la preparación y respuesta ante desastres y brotes, y que incluya la capacidad del personal de otros sectores;

5) promover enfoques más coherentes e inclusivos para salvaguardar los sistemas eficaces de atención de urgencia como pilar de la cobertura sanitaria universal en situaciones de fragilidad y en zonas afectadas por conflictos, garantizando la continuidad y prestación de los servicios esenciales de salud y las funciones de salud pública, de conformidad con los principios humanitarios;

6) promover, según corresponda y con arreglo al nivel de los servicios de atención de la salud —en el primer nivel asistencial y niveles superiores—, el establecimiento de una área o unidad dedicada a los servicios y la atención de urgencia que cuente con el equipo y la capacidad adecuados para la atención clínica y el diagnóstico;

7) promover el acceso a una atención prehospitalaria oportuna para todos utilizando sistemas informales o formales, según lo permitan los recursos, en particular estableciendo, cuando no existan, números de acceso universal gratuitos que cumplan las normas internacionales;

¹ Véase Emergency and trauma care [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/emergencycare/en/>), consultado el 20 de mayo de 2019.

² Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 8) aplicar los procesos y protocolos clave identificados en la guía de la OMS sobre sistemas de atención de urgencia, tales como el triaje y las listas de verificación,¹ según corresponda;
 - 9) impartir capacitación específica sobre la atención clínica de las urgencias a todos los tipos pertinentes de proveedores de atención de salud, en particular elaborando programas de capacitación de posgrado para médicos y enfermeros, capacitando a los prestadores de primera línea de atención básica de urgencia, integrando la capacitación específica sobre atención de urgencia en los planes de estudios de los grados de enfermería y medicina, y estableciendo vías de certificación para los prestadores de atención prehospitalaria, con arreglo a su contexto nacional;
 - 10) aumentar la concienciación y la capacidad de las comunidades para abordar situaciones de urgencia, en particular mediante la realización de campañas y la impartición de capacitación sobre prácticas normalizadas en entornos educativos y ocupacionales que estén adaptadas a sus correspondientes poblaciones objetivo, con el fin de que puedan identificar, mitigar y derivar posibles urgencias;
 - 11) poner en marcha mecanismos para la recopilación normalizada de datos con el fin de caracterizar la carga local de enfermedades agudas e identificar mecanismos de alto rendimiento para mejorar la coordinación, la seguridad y la calidad de la atención de urgencia;
 - 12) apoyar los esfuerzos destinados a garantizar, con arreglo a los riesgos locales, que las unidades prehospitalarias y hospitalarias de urgencias cuenten con planes para proteger a los prestadores de atención sanitaria, los pacientes y la infraestructura frente a la violencia y proteger a los prestadores de atención sanitaria y los pacientes frente a la discriminación, y que cuenten con protocolos claros de prevención y manejo de las exposiciones peligrosas;
3. PIDE al Director General que:
- 1) aumente la capacidad de la OMS a todos los niveles para proporcionar las orientaciones técnicas y el apoyo necesarios a los Estados Miembros y otros agentes pertinentes en sus esfuerzos por fortalecer los sistemas de atención de urgencia, en particular la labor para garantizar la preparación en todos los contextos pertinentes;
 - 2) fomente el establecimiento de redes, asociaciones y planes de acción multisectoriales y facilite la colaboración entre los Estados Miembros, en apoyo de la difusión y aplicación efectivas de las mejores prácticas en materia de atención de urgencia;
 - 3) promueva el acceso equitativo y no discriminatorio a servicios de atención de urgencia seguros y de calidad para todas las personas como parte de la cobertura sanitaria universal;
 - 4) renueve los esfuerzos descritos en la resolución WHA60.22 para prestar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la evaluación de las necesidades, la inspección de los establecimientos, los programas de mejora de la calidad y la seguridad, la revisión de la legislación y otros aspectos del fortalecimiento de la prestación de atención de urgencia;
 - 5) apoye a los Estados Miembros para que amplíen su capacidad administrativa, clínica y de formulación de políticas en el ámbito de la atención de urgencia proporcionándoles opciones de políticas y orientaciones técnicas sustentadas en estrategias y materiales educativos destinados a los prestadores de atención sanitaria y los planificadores;

¹ Véase Emergency and trauma care [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/emergencycare/en/>), consultado el 20 de mayo de 2019.

-
- 6) fortalezca la base de pruebas de la atención de urgencia alentando la investigación sobre la carga de enfermedades agudas y la prestación de atención de urgencia y proporcionando herramientas, protocolos, indicadores y otras normas necesarias para apoyar la recopilación y el análisis de datos, en particular sobre la costoeficacia;
 - 7) facilite la concienciación y la movilización de recursos internacionales y nacionales, de conformidad con la Agenda de Acción de Addis Abeba adoptada en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo,¹ proporcionando recursos de promoción;
 - 8) informe a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2021 sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, cuarto informe)

¹ Resolución 69/313 (2015) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

DECISIONES

WHA72(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales compuesta por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahrein, Camboya, Eritrea, Eslovaquia, Indonesia, Liberia, Islas Marshall, Montenegro, Polonia, República Dominicana, Seychelles y Suriname.

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2019)

WHA72(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

Presidente: Dr. Bounkong Syhavong (República Democrática Popular Lao)

Vicepresidentes: Excm. Sra. Socorro Flores Liera (México)
Sr. Abdoulaye Diouf Sarr (Senegal)
Dr. Hussain Abdul Rahman Al Rand (Emiratos Árabes Unidos)
Dr. Alisher Shadmanov (Uzbekistán)
Sra. Dechen Wangmo (Bhután)

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2019)

WHA72(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A: Presidente Dra. Silvia Paula Valentim Lutucuta (Angola)

Comisión B: Presidente Sr. Herbert Barnard (Países Bajos)

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2019)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A: Vicepresidentes Dr. Yasuhiro Suzuki (Japón)
Dr. Mohammad Assai Ardakani (República Islámica del Irán)

Relator Sra. Laura Bordón (Paraguay)

Comisión B: Vicepresidentes Dra. Karen Gordon-Campbell (Guyana)
Sr. Abdulla Ameen (Maldivas)

Relator Dr. Ahmad Jan Naeem (Afganistán)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B,
20 y 22 de mayo de 2019, respectivamente)

WHA72(4) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Bahamas, China, Congo, Cuba, Djibouti, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Honduras, Mongolia, Myanmar, Níger, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo, Rumania, Somalia y Sudáfrica.

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2019)

WHA72(5) Adopción del orden del día

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 144.^a reunión, después de suprimir cinco puntos y de excluir un punto suplementario.

(Segunda sesión plenaria, 20 de mayo de 2019)

WHA72(6) Verificación de credenciales

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán; Albania; Alemania; Andorra; Angola; Antigua y Barbuda; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Australia; Austria; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belarús; Bélgica; Belice; Benin; Bhután; Bolivia (Estado Plurinacional de); Bosnia y Herzegovina; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Bulgaria; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Canadá; Chad; Chequia; Chile; China; Chipre; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Croacia; Cuba; Dinamarca; Djibouti; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Eswatini; Etiopía; Federación de Rusia; Fiji; Filipinas; Finlandia; Francia; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Israel; Italia; Jamaica; Japón; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kirguistán; Kiribati; Kuwait; Lesotho; Letonia; Líbano; Liberia; Libia; Lituania; Luxemburgo; Macedonia del Norte; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Micronesia (Estados Federados de); Mónaco; Mongolia; Montenegro; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelandia; Omán; Países Bajos; Pakistán; Palau; Panamá; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centrafricana; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República de Moldova; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rumania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; Santa Lucía; Santo Tomé y Príncipe; San Vicente y las Granadinas; Senegal; Serbia; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Sudán del Sur; Suecia; Suiza; Suriname; Tailandia; Tayikistán; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

(Quinta sesión plenaria, 22 de mayo de 2019)

WHA72(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

Asamblea, eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Argentina, Austria, Bangladesh, Burkina Faso, Emiratos Árabes Unidos, Granada, Guyana, Kenya, Singapur, Tayikistán, Tonga y Túnez.

(Sexta sesión plenaria, 24 de mayo de 2019)

WHA72(8) Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, tomando nota del informe del Director General solicitado en la decisión WHA71(10) (2018),² decidió pedir al Director General:

- 1) que informe a la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones hechas en el informe del Director General, basadas en las evaluaciones realizadas sobre el terreno;
- 2) que preste apoyo a los servicios de salud de Palestina, en particular mediante programas de creación de capacidades y la elaboración de planes estratégicos de inversión en capacidad local para tratamientos y diagnósticos específicos;
- 3) que vele por la adquisición sostenible de vacunas y medicamentos precalificados por la OMS, así como de equipos médicos, para el territorio palestino ocupado, de conformidad con el derecho humanitario internacional y las normas y criterios de la OMS;
- 4) que proporcione asistencia técnica relacionada con la salud a la población siria del Golán sirio ocupado;
- 5) que siga prestando la asistencia técnica necesaria para atender las necesidades sanitarias del pueblo palestino, en particular de los prisioneros y detenidos, en cooperación con los esfuerzos del Comité Internacional de la Cruz Roja, así como las necesidades sanitarias de las personas discapacitadas y heridas;
- 6) que respalde el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, centrándose en el desarrollo de los recursos humanos, con el fin de localizar los servicios de salud, reducir las derivaciones y reducir los costos; reforzando la prestación de servicios de salud mental, y manteniendo una atención primaria sólida con servicios de salud completos, integrados y apropiados;
- 7) que vele por la asignación de recursos humanos y financieros para alcanzar estos objetivos.

(Sexta sesión plenaria, 24 de mayo de 2019 –
Comisión B, primer informe)

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente decisión.

² Documento A72/33.

WHA72(9) Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre salud, medio ambiente y cambio climático: proyecto de estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables,¹ decidió:

- 1) tomar nota de la estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático;²
- 2) pedir al Director General que informe a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados en la aplicación de la estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, tercer informe)

WHA72(10) Plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el proyecto de plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo,³ decidió:

- 1) tomar nota del plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo;⁴
- 2) pedir al Director General que informe a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, tercer informe)

WHA72(11) Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles⁵

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre el seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre cuestiones relacionadas con la salud: prevención y control de las enfermedades no transmisibles,⁶ en el que se describen los

¹ Documento A72/15.

² Véase el anexo 2.

³ Véase el documento A72/16.

⁴ Véase el anexo 3.

⁵ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente decisión.

⁶ Documento A72/19.

resultados de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, decidió:

- 1) acoger con beneplácito la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2018), adoptada por la Asamblea General en su resolución 73/2, y pedir al Director General que preste apoyo a los Estados Miembros en su aplicación;
- 2) confirmar los objetivos enunciados en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y en el Plan de acción integral de la OMS sobre salud mental 2013-2020 como una contribución al logro de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar) y de otros objetivos y metas relacionados con las enfermedades no transmisibles, y ampliar el periodo de ejecución de los planes de acción hasta 2030 a fin de alinearlos con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;
- 3) pedir al Director General:
 - a) que presente actualizaciones de los apéndices del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y el Plan de acción integral de la OMS sobre salud mental 2013-2020, según sea necesario, en consulta con los Estados Miembros y teniendo en cuenta las opiniones de otras partes interesadas,¹ velando por que los planes de acción sigan basándose en pruebas científicas a fin de cumplir los compromisos contraídos anteriormente para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar), así como otros objetivos y metas conexos;
 - b) que, basándose en la labor en curso, prepare y actualice, según sea necesario, un conjunto de opciones de política e intervenciones costoeficaces para prestar apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de los compromisos incluidos en la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2018) con objeto de promover la salud mental y el bienestar, que se someterá a la consideración de la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020, por conducto del Consejo Ejecutivo;
 - c) que, basándose en la labor en curso, prepare un conjunto de opciones de política e intervenciones costoeficaces para prestar apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de los compromisos incluidos en la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2018) con objeto de reducir el número de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles atribuidas a la contaminación del aire, al tiempo que se reconoce la importancia de tomar en consideración todos los determinantes ambientales, que se someterá a la consideración de la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020, por conducto del Consejo Ejecutivo;

¹ De conformidad con el Marco para la colaboración con agentes no estatales de la OMS.

- d) que informe a la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol en el primer decenio desde su aprobación, así como sobre las próximas etapas;
- e) que consolide la presentación de informes sobre los progresos alcanzados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental con un informe anual que se someterá a la consideración de la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo, entre 2021 y 2031, al cual se adjuntarán informes sobre la aplicación de las resoluciones, planes de acción y estrategias pertinentes,^{1,2} en consonancia con los mandatos y calendarios existentes para la presentación de informes;
- f) que proporcione más orientaciones concretas a los Estados Miembros a fin de mejorar los conocimientos en materia de salud mediante programas educativos y campañas dirigidas al conjunto de la población y en los medios de comunicación y las redes sociales a fin de reducir el impacto de todos los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y de sus determinantes, orientaciones que se presentarán a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2021;
- g) que presente, en el informe consolidado que se someterá a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2021 y, sobre la base de un examen de las experiencias internacionales, un análisis de los enfoques que han dado buenos resultados respecto de las intervenciones multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluidos los que abordan los determinantes sociales, económicos y ambientales de esas enfermedades;
- h) que recopile e intercambie información sobre las prácticas óptimas para la prevención del sobrepeso y la obesidad y, en particular, para analizar de qué manera la adquisición de alimentos en las escuelas y otras instituciones pertinentes puede utilizarse para promover una alimentación y estilos de vida saludables a fin de hacer frente a la epidemia del sobrepeso y la obesidad en la niñez y reducir la malnutrición en todas sus formas, con objeto de incluir esta información en el informe consolidado que se presentará en 2021 de acuerdo con lo indicado en el párrafo 3 e);
- i) que proporcione el apoyo técnico necesario a los Estados Miembros en la integración de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental en los servicios de atención primaria, y en la mejora de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, y

¹ En particular la resolución WHA53.17 (2000) sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; la resolución WHA57.17 (2004) relativa a la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; la resolución WHA63.13 (2010) acerca de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol; la resolución WHA65.6 (2012) relativa al plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño; la resolución WHA66.8 (2013) acerca del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020; la resolución WHA66.10 (2013) sobre el Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; la resolución WHA68.19 (2015) acerca de los resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición; la resolución WHA70.12 (2017) relativa a la prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado; la decisión WHA70(17) (2017) relativa al plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia; la decisión WHA70(19) (2017) sobre el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación; la resolución WHA71.6 (2018) relativa al Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030, y la resolución WHA71.9 (2018) sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.

² Incluidos informes sobre las conclusiones de una evaluación de mitad de periodo y de una evaluación final de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 60 del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, y sobre las conclusiones de una evaluación preliminar y de una evaluación final de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 19 del mandato del mecanismo de coordinación mundial de la OMS sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

j) que ponga a disposición recursos financieros y humanos suficientes para responder a la demanda de los Estados Miembros de apoyo técnico con miras a reforzar sus esfuerzos nacionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en particular mediante la identificación de mecanismos voluntarios e innovadores de financiación, como un fondo fiduciario de donantes múltiples, aprovechando la labor en curso a este respecto.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, cuarto informe)

WHA72(12) Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado los informes sobre la aplicación de la decisión WHA71(11) (2018)² y tomando nota de las recomendaciones del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) dirigidas al Director General,³ decidió:

1) pedir al Director General:

a) que trabaje con el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) y otros asociados, como otros laboratorios autorizados e instituciones pertinentes, para recopilar, analizar y presentar datos sobre el intercambio de virus gripales de un modo que permita una comprensión más profunda de los desafíos, las oportunidades y las implicaciones para la salud pública que conlleva el intercambio de virus en el marco del SMVRG, en particular mediante la identificación de casos específicos en los que el intercambio de virus gripales se haya visto obstaculizado, y de cómo se pueden mitigar dichos casos;

b) que prepare un informe, con aportaciones de los Estados Miembros⁴ y las partes interesadas, según proceda, sobre el tratamiento del intercambio de virus gripales y las consideraciones de salud pública al respecto derivadas de las leyes y las medidas reguladoras vigentes, incluidas las de aplicación del Protocolo de Nagoya, en consulta con la Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica, según proceda;

c) que proporcione más información sobre el funcionamiento, la utilidad y las limitaciones del prototipo de buscador;

d) que estudie, entre otras cosas solicitando aportaciones de los Estados Miembros, los posibles nuevos pasos para dar a conocer el Marco de PIP entre las bases de datos e iniciativas pertinentes y los proveedores y usuarios de datos, y para promover el reconocimiento de los proveedores de datos y la colaboración entre estos y los usuarios de datos;

e) que siga proporcionando información sobre los nuevos desafíos que plantean y las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías en el contexto del Marco de PIP para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica y los posibles enfoques al respecto;

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente decisión.

² Documentos A72/21 y A72/21 Add.1.

³ Véase el anexo 4, A.

⁴ Y, cuando proceda, de las organizaciones de integración económica regional.

- 2) revisar la nota a pie de página 1 del Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 (AMTM2) contenido en el anexo 2 del Marco de PIP, tal como figura en el anexo 4, B, con efecto a partir de la clausura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 3) pedir además al Director General que informe sobre la aplicación de lo anterior a la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 146.^a reunión.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, cuarto informe)

WHA72(13) Implicaciones para la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, recordando el Convenio sobre la Diversidad Biológica y sus objetivos y principio, y el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica y su objetivo; reafirmando la Constitución de la OMS y el Reglamento Sanitario Internacional (2005); y habiendo examinado el informe del Director General sobre las implicaciones para la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya,² decidió pedir al Director General, a fin de ampliar la colaboración con los Estados Miembros, la Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica, las organizaciones internacionales pertinentes y las partes interesadas pertinentes:

- 1) que proporcione información sobre las prácticas y mecanismos actuales de intercambio de patógenos, la aplicación de las medidas sobre el acceso y la participación en los beneficios, así como los posibles resultados de salud pública y otras implicaciones; y
- 2) que presente un informe a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 148.^a reunión, así como un informe interino al Consejo Ejecutivo en su 146.^a reunión.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, sexto informe)

WHA72(14) Promoción de la salud de refugiados y migrantes

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre Promoción de la salud de refugiados y migrantes³ decidió:

- 1) tomar nota del plan de acción mundial de la OMS sobre la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes 2019-2023;⁴
- 2) pedir al Director General que informe a la 74.^a y la 76.^a Asambleas Mundiales de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción mundial de la OMS sobre la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes 2019-2023, en particular la información

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente decisión.

² Documento A72/32.

³ Documento A72/25 Rev.1.

⁴ Véase el anexo 5.

pertinente facilitada por los Estados Miembros con carácter voluntario y por los organismos de las Naciones Unidas, según proceda.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión A, sexto informe)

WHA72(15) Informe del Comisario de Cuentas

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud¹ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,² decidió aceptar el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, segundo informe)

WHA72(16) Informes programático y financiero de la OMS para 2018-2019, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2018

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2018-2019: examen de mitad de periodo³ y los estados financieros comprobados correspondientes a 2018,⁴ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,⁵ decidió aceptar el Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2018-2019: examen de mitad de periodo y los estados financieros comprobados correspondientes a 2018.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, segundo informe)

WHA72(17) Recursos humanos: informe anual

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el párrafo 27 del informe de la Secretaría titulado *Recursos humanos: informe anual*,⁶ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud,⁷ decidió modificar el párrafo II (3) del contrato del Director General, tal como se muestra en el anexo 6, con el fin de permitir la participación retroactiva del Director General en la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas desde el 1 de julio de 2017.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

¹ Documento A72/39.

² Documento A72/67.

³ Documento A72/35.

⁴ Documentos A72 /36 y A72/INF./5.

⁵ Documento A72/62.

⁶ Documento A72/43.

⁷ Documento A72/65.

WHA72(18) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró al Dr. Gerardo Lubin Burgos Bernal, de la delegación de Colombia, miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años hasta la clausura de la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2022.

La Asamblea de la Salud nombró al Dr. Arthur Williams, de la delegación de Sierra Leona, suplente del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años, hasta la clausura de la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2022.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

WHA72(19) 2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el documento A72/54 Rev.1, decidió designar el año 2020 como Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

WHA72(20) Día Mundial de la Enfermedad de Chagas¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el documento A72/55 Rev.1, decidió establecer el Día Mundial de la Enfermedad de Chagas, que se celebrará el 14 de abril.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

WHA72(21) Reforma de la OMS: modificaciones del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud (para sustituir o complementar la terminología que comporta una consideración de sexo)¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General sobre la reforma de la OMS,² decidió:

- 1) modificar su Reglamento Interior en consonancia con los ejemplos que figuran en el anexo al documento A72/50, para sustituir o complementar la terminología que comporta una consideración de sexo de modo que esta haga referencia tanto al sexo masculino como al femenino únicamente en la versión en inglés, y seguir la práctica de las Naciones Unidas en los otros cinco idiomas oficiales y de trabajo de los órganos deliberantes de la OMS, de conformidad con el artículo 119 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud;³

¹ Véanse en el anexo 9 las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la presente decisión.

² Documento A72/50.

³ Véase el anexo 7.

- 2) que las modificaciones entren en vigor en el momento en que el Director General vuelva a numerar el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud de conformidad con la decisión WHA72(23) (2019).

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

WHA72(22) Reforma de la OMS: modificaciones del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud (informe de la Presidencia del Consejo Ejecutivo en relación con los resultados de la consulta sobre la reforma de la gobernanza)¹

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General sobre el informe de la Presidencia del Consejo Ejecutivo en relación con los resultados de la consulta sobre la reforma de la gobernanza,¹ decidió:

- 1) modificar los artículos 5, 11 y 12 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud según se indica en el anexo 8, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, con efecto a partir de la clausura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud; y recomendar que la extensión del memorando explicativo mencionado en el tercer párrafo del artículo 5 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, en su forma modificada, se limite a 500 palabras;
- 2) modificar el artículo 48 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud según se indica en el anexo 8, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, con efecto a partir de la clausura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 3) modificar las definiciones que figuran al comienzo del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, así como los artículos 3, 14, 19 y 22, el título entre el artículo 43 y el artículo 44, y el artículo 47 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud según se indica en el anexo 8, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, con efecto a partir de la clausura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 4) que en las resoluciones y decisiones se prevean requisitos claros de presentación de informes, incluidos ciclos que podrían ser de hasta seis años, con informes bienales, a menos que el Director General indique lo contrario.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

¹ Documento A72/51.

WHA72(23) Reforma de la OMS: modificaciones del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud (para tratar lagunas o ambigüedades de interpretación en los procesos de inclusión de puntos adicionales, suplementarios o urgentes en el orden del día así como otras lagunas, ambigüedades o carencias en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud)

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General sobre la reforma de la OMS: gobernanza,¹ decidió:

- 1) adoptar las modificaciones del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud que se presentan en el anexo 8, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, con efecto a partir de la clausura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 2) pedir al Director General que, en el momento oportuno, vuelva a numerar el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud teniendo en cuenta las modificaciones adoptadas mediante la presente decisión.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019 –
Comisión B, tercer informe)

WHA72(24) Elección del país en que ha de reunirse la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Séptima sesión plenaria, 28 de mayo de 2019)

¹ Documento A72/52.

ANEXOS

ANEXO 1

Declaración de Astaná¹

Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos, que participamos en la Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, reunidos en Astaná los días 25 y 26 de octubre de 2018, reafirmando los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos, hacemos la siguiente Declaración.

Aspiramos a

Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;

Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales..

I

Afirmamos vehementemente nuestro compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo. En la conmemoración del cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, reafirmamos nuestro compromiso con todos sus valores y principios, en particular la justicia y la solidaridad, y subrayamos la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, y su dependencia mutua.

II

Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Acogemos con agrado la celebración en 2019 de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, a la que contribuirá la presente Declaración. Cada uno de nosotros seguiremos nuestro camino para lograr la CSU para que todas las personas tengan acceso equitativo a la atención de

¹ Véase la resolución WHA72.2; véase también la Declaración de Astaná. Ginebra, Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328128>).

salud eficaz y de calidad que necesitan, velando por que el uso de dichos servicios no les exponga a dificultades financieras.

III

Somos conscientes de que, pese a los considerables progresos logrados en los últimos 40 años, en todas las regiones del mundo sigue habiendo personas con necesidades sanitarias desatendidas. Mantenerse en buena salud es un reto para muchas personas, en particular las pobres y las que se encuentran en situaciones vulnerables. Estimamos que es inaceptable desde un punto de vista ético, político, social y económico que persistan las disparidades en los resultados sanitarios y la inequidad en la salud.

Seguiremos combatiendo la creciente carga de enfermedades no transmisibles, que provocan mala salud y muertes prematuras debido al consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, los modos de vida y comportamientos poco saludables, y la insuficiente actividad física y las dietas malsanas. A menos que actuemos de inmediato, continuará la pérdida de vidas prematuramente a causa de las guerras, la violencia, las epidemias, los desastres naturales, los efectos del cambio climático y los fenómenos meteorológicos extremos en la salud y otros factores medioambientales. No debemos perder oportunidades de poner fin a los brotes epidémicos y amenazas sanitarias mundiales como la resistencia a los antimicrobianos que traspasan las fronteras de los países.

Los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la atención paliativa, deben ser accesibles a todos. Debemos sacar a millones de personas de la pobreza, especialmente la pobreza extrema provocada por los gastos directos desproporcionados en la salud. Ya no podemos infravalorar durante más tiempo la importancia crucial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ni tolerar una atención fragmentada, poco segura o de calidad deficiente. Debemos solucionar la escasez de trabajadores de la salud y su distribución desigual. Debemos tomar medidas con respecto a los costos crecientes de la atención sanitaria y los medicamentos y vacunas. No podemos permitirnos despilfarrar en los gastos de la atención de salud debido a la ineficiencia.

Nos comprometemos a:

IV

Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores

Reafirmamos la función y responsabilidad primaria de los gobiernos a todos los niveles en la promoción y protección del derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Promoveremos la acción multisectorial y la CSU, recabando la colaboración de las partes interesadas pertinentes y empoderando a las comunidades locales para fortalecer la atención primaria de la salud. Abordaremos los determinantes económicos, sociales y medioambientales de la salud y nos propondremos reducir los factores de riesgo integrando un enfoque que incorpore la salud en todas las políticas. Lograremos la participación de más partes interesadas en el logro de la salud para todos, a fin de no dejar a nadie atrás, a la vez que abordaremos y gestionaremos los conflictos de intereses, fomentaremos la transparencia y estableceremos una gobernanza participativa. Nos esforzaremos por evitar o mitigar conflictos que socaven los sistemas de salud y hagan retroceder los logros sanitarios. Debemos servirnos de enfoques coherentes e incluyentes para extender la atención primaria de la salud como pilar de la CSU en las emergencias, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de servicios de salud esenciales, en consonancia con los principios humanitarios. Proporcionaremos y asignaremos debidamente recursos humanos y de otro tipo para fortalecer la atención primaria de la salud. Aplaudiremos el liderazgo y ejemplo de los gobiernos que han demostrado apoyar firmemente la atención primaria de la salud.

V

Establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible

La atención primaria de la salud se aplicará con arreglo a la legislación, contexto y prioridades nacionales. Fortaleceremos los sistemas de salud mediante inversiones en la atención primaria de la salud. Reforzaremos la capacidad y las infraestructuras de la atención primaria —el primer contacto con los servicios de salud— dando prioridad a las funciones esenciales de salud pública. Daremos preferencia a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y trataremos de atender las necesidades sanitarias de todas las personas a lo largo del curso de la vida mediante servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y atención paliativa. La atención primaria de la salud ofrecerá una amplia variedad de servicios y cuidados, en particular, entre otros, vacunación; cribados; prevención, control y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles; atención y servicios que promuevan, mantengan y mejoren la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; la salud mental y la salud sexual y reproductiva.¹ Asimismo, la atención primaria de la salud será accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, estará disponible y prestará servicios integrados y continuos centrados en la persona y que tienen en cuenta las cuestiones de género. Nos esforzaremos por evitar la fragmentación y garantizar un sistema funcional de derivación entre la atención primaria y otros niveles de atención. Nos beneficiaremos de una atención primaria de la salud sostenible que mejore la resiliencia de los sistemas de salud para prevenir y detectar las enfermedades infecciosas y los brotes y responder a ellos.

El éxito de la atención primaria de la salud dependerá de lo siguiente:

Desarrollo de conocimientos y capacidades. Utilizaremos los conocimientos, tanto científicos como tradicionales, para fortalecer la atención primaria de la salud, mejorar los resultados de salud y garantizar el acceso de todas las personas a la atención adecuada en el momento oportuno y en el nivel de atención más apropiado, respetando sus derechos, necesidades, dignidad y autonomía. Continuaremos investigando y compartiendo conocimientos y experiencias para crear capacidad y mejorar la prestación de los servicios y la atención sanitaria.

Recursos humanos para la salud. Crearemos trabajo decente y estableceremos una remuneración adecuada para los profesionales de la salud y demás personal sanitario que trabajen en el nivel de la atención primaria de la salud para responder eficazmente a las necesidades de salud de las personas en un contexto multidisciplinario. Seguiremos invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de la atención primaria de la salud, velando por que tenga una combinación adecuada de competencias. Nos esforzaremos por retener al personal de la atención primaria de la salud y garantizar su disponibilidad en las zonas rurales, remotas y menos desarrolladas. Afirmamos que la migración internacional del personal sanitario no debe socavar la capacidad de los países, especialmente de los países en desarrollo, para satisfacer las necesidades sanitarias de sus poblaciones.

Tecnología. Apoyamos la ampliación y extensión del acceso a una serie de servicios de atención de la salud mediante el uso de medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, incluidos, según proceda, los medicamentos tradicionales, las vacunas, las pruebas diagnósticas y otras tecnologías. Promoveremos su accesibilidad y su uso racional y seguro, así como la protección de los datos personales. Mediante avances en los sistemas de información, estaremos en mejores condiciones de recopilar adecuadamente datos desagregados y de alta calidad y mejorar la continuidad de la información, la

¹ Al sumarse al consenso, la delegación de los Estados Unidos desea llamar la atención sobre el resultado del objetivo 8.25 del Programa de Acción del Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que establece que «en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación familiar».

vigilancia de las enfermedades, la transparencia, la rendición de cuentas y el seguimiento del desempeño de los sistemas de salud. Utilizaremos una variedad de tecnologías para mejorar el acceso a la atención de la salud, enriquecer la prestación de los servicios de salud, mejorar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, y aumentar la eficiencia y la coordinación de la atención. A través de tecnologías digitales y de otro tipo, permitiremos que las personas y las comunidades identifiquen sus necesidades de salud, participen en la planificación y prestación de servicios y desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su propia salud y bienestar.

Financiación. Hacemos un llamamiento a todos los países para que sigan invirtiendo en la atención primaria de la salud con el fin de mejorar los resultados sanitarios. Abordaremos las ineficiencias y desigualdades que exponen a las personas a dificultades financieras por utilizar los servicios de salud garantizando una mejor asignación de los recursos para la salud, una financiación adecuada de la atención primaria de la salud y sistemas de reembolso adecuados para mejorar el acceso y lograr mejores resultados en materia de salud. Trabajaremos para lograr la sostenibilidad financiera, la eficiencia y la resiliencia de los sistemas nacionales de salud, asignando los recursos apropiados a la atención primaria de la salud en función del contexto nacional. No dejaremos a nadie atrás, incluidas las personas que se encuentran en situaciones de fragilidad y en zonas afectadas por conflictos, proporcionando acceso a servicios de atención primaria de la salud de calidad en todo el proceso asistencial.

VI

Empoderar a las personas y las comunidades

Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud. Promoveremos la educación sobre la salud y trabajaremos para satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud. Ayudaremos a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios. Protegeremos y promoveremos la solidaridad, la ética y los derechos humanos. Aumentaremos el empoderamiento de la comunidad y contribuiremos a la rendición de cuentas de los sectores público y privado para que un mayor número de personas vivan vidas más sanas en entornos propicios y favorables a la salud.

VII

Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales

Hacemos un llamamiento a todas las partes interesadas —profesionales de la salud, instituciones académicas, pacientes, la sociedad civil, asociados locales e internacionales, organismos y fondos, el sector privado, organizaciones confesionales y otras entidades— para que se alineen con las políticas, estrategias y planes nacionales en todos los sectores, en particular a través de enfoques centrados en las personas y sensibles a las cuestiones de género, y para que emprendan iniciativas conjuntas con el fin de instaurar una atención primaria de la salud más fuerte y sostenible en pro de la cobertura sanitaria universal. El apoyo de las partes interesadas puede ayudar a los países a destinar suficientes recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información a la atención primaria de la salud. Al aplicar la presente Declaración, los países y las partes interesadas trabajarán juntos con un espíritu de colaboración y cooperación eficaz para el desarrollo, compartiendo conocimientos y buenas prácticas y respetando plenamente la soberanía nacional y los derechos humanos.

- Actuaremos sobre la base de esta Declaración con un espíritu de solidaridad y coordinación entre los gobiernos, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y todas las demás partes interesadas.
 - Se alienta a todas las personas, países y organizaciones a apoyar este movimiento.
 - Los países examinarán periódicamente la aplicación de la presente Declaración en cooperación con las partes interesadas.
 - Juntos podemos lograr y lograremos la salud y el bienestar para todos, sin dejar a nadie atrás..
-

ANEXO 2

Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables¹

[A72/15 – 18 de abril de 2019]

[En los párrafos 1 y 2 se describían los antecedentes de la estrategia, así como el proceso de su elaboración.]

ALCANCE

3. La presente estrategia procura ofrecer una visión y señalar la manera en la que el mundo y la comunidad sanitaria deben responder a los riesgos y retos sanitarios hasta 2030, además de garantizar ambientes seguros, propicios y equitativos en lo concerniente a la salud, mediante la transformación de nuestros modos de vida, trabajo, producción, consumo y gobierno.

4. En el contexto de la presente estrategia, los riesgos ambientales para la salud se definen como todos los factores físicos, químicos, biológicos y laborales del entorno externos a las personas, así como todos los comportamientos conexos. Se hace particular hincapié en los elementos del medio ambiente que sean razonablemente modificables.

EL DESAFÍO

5. La actual situación y los desafíos futuros requieren un cambio en la manera de gestionar nuestro medio ambiente en relación con la salud y el bienestar. Los enfoques actuales han sentado las bases, sin embargo, no se han revelado suficientemente sostenibles y eficaces para reducir los riesgos ambientales y crear ambientes propicios para la salud: de ahí el llamamiento a elaborar una nueva estrategia sobre salud, medio ambiente y cambio climático.

6. Los riesgos medioambientales evitables conocidos representan aproximadamente la cuarta parte de la carga de morbilidad y de todas las defunciones mundiales, que ascienden al menos a 13 millones anuales año tras año.² Un ambiente saludable es vital para la salud humana y el desarrollo. Tan solo la contaminación atmosférica, uno de los mayores riesgos para la salud, provoca 7 millones de defunciones prevenibles cada año; más del 90% de las personas respiran aire contaminado, y casi 3000 millones de personas todavía dependen de combustibles contaminantes —por ejemplo, combustibles sólidos o keroseno— para iluminar, cocinar y calentarse.³ Más de la mitad de la población mundial sigue expuesta

¹ Véase la decisión WHA72(9).

² Esta cifra se basa en las siguientes evaluaciones: Prüss-Üstün A, Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006, y Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43457> y https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/), ambos consultados el 26 de marzo de 2019.

³ Comunicado de prensa de la OMS. *Nueve de cada diez personas de todo el mundo respiran aire contaminado. Sin embargo, cada vez hay más países que toman medidas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>), consultado el 26 de marzo de 2019.

a sistemas de abastecimiento de agua gestionados de manera insegura, saneamiento inadecuado e higiene deficiente, lo que ocasiona cada año más de 800 000 defunciones prevenibles.¹ Una gran parte de los casos de paludismo y otras enfermedades transmitidas por vectores están estrechamente relacionadas con la gestión y la manipulación del medio ambiente, como el alcantarillado, los planes de regadío o el diseño de las presas. Anualmente, más de un millón de trabajadores pierden la vida debido a que su lugar de trabajo es inseguro, y más de un millón de personas mueren a raíz de la exposición a productos químicos.

7. El cambio climático afecta cada vez más a la salud y el bienestar de las personas, al igual que otros cambios medioambientales de alcance mundial, tales como la pérdida de la biodiversidad. Está provocando un aumento de la frecuencia y la intensidad de las olas de calor, las sequías, las grandes precipitaciones y los ciclones intensos en muchas zonas, y modificando los patrones de transmisión de enfermedades infecciosas transmitidas por los alimentos o el agua y enfermedades zoonóticas, lo que conlleva enormes consecuencias para la salud. Las poblaciones vulnerables o que se encuentran en situación de vulnerabilidad corren un riesgo mayor, en particular las que viven en pequeñas islas, en el Ártico, en zonas con carencia de agua y en zonas bajas, así como aquellas que viven en los países y regiones menos adelantados. Las posibles consecuencias de largo alcance incluyen la escasez de agua y las migraciones forzadas, con las tensiones políticas que ello acarrea. Estos fenómenos se enmarcan en un amplio conjunto de consecuencias de los cambios medioambientales planetarios, como la rápida pérdida de la biodiversidad y de la estabilidad de los ecosistemas, que amenazan la seguridad hídrica y alimentaria; la protección frente a los extremos meteorológicos, y el descubrimiento de nuevos medicamentos.

8. A pesar de los importantes esfuerzos realizados con el fin de reducir los riesgos ambientales para la salud, los riesgos de tipo tradicional para la salud pública (por ejemplo, el saneamiento deficiente y el agua de bebida no salubre) persisten y menoscaban la equidad en materia de salud. Se han conseguido importantes progresos para proteger a las personas contra los riesgos ambientales conocidos mediante el establecimiento de normas y directrices, la aplicación de soluciones —entre ellas, medidas de reglamentación— y el seguimiento de las actividades. Estos instrumentos sientan las bases de la protección de la salud ambiental, y es necesario ampliarlos. No obstante, el desarrollo desigual ha dejado rezagada a una gran parte de la población mundial que aún carece de acceso a servicios ambientales básicos tales como el saneamiento, el agua de bebida salubre, el aire limpio y las fuentes fiables de alimentos. Además, existen deficiencias en las capacidades institucionales para proteger la salud mediante la legislación, la gestión de los peligros químicos y de otro tipo, y la respuesta a emergencias. Los efectos de la actividad humana sobre el medio ambiente plantean asimismo cuestiones relativas a la ética y los derechos humanos, dado que esos efectos afectarán a las generaciones futuras y continuarán afectando desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables y a todas las edades y los géneros y entre grupos de determinadas condiciones socioeconómicas que, a menudo, son los que menos han contribuido a los cambios ambientales.

9. Están surgiendo nuevos problemas ambientales, climáticos y sanitarios que requieren una pronta identificación y respuesta. Los ejemplos más recientes incluyen la gestión de desechos electrónicos, determinadas nanopartículas, microplásticos y perturbadores endocrinos. El mundo está cambiando rápidamente a un ritmo acelerado en lo que respecta a desarrollo tecnológico, nuevas formas de organización del trabajo (como las plataformas digitales, la subcontratación y el teletrabajo), mayores migraciones, cambio climático y una creciente escasez de agua, y es necesario poder identificar esos cambios y problemas emergentes y darles una respuesta oportuna.

10. Los colectivos interesados, las autoridades sanitarias y las comunidades deben desempeñar un papel más activo a la hora de orientar la transición energética, guiar la urbanización y atenuar los efectos

¹ OMS. Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (datos de 2016 obtenidos el 11 de septiembre de 2018 en <http://apps.who.int/gho/data/view.main.INADEQUATEWSHV?lang=en/>).

negativos de otras importantes tendencias del desarrollo de modo que permita proteger y promover la salud. Los cambios a gran escala que las sociedades siguen experimentando incluyen: crecientes demandas de energía, transporte e innovación tecnológica, con la ampliación de la gama de opciones necesarias para satisfacer la demanda; urbanización, habida cuenta de que más de la mitad de la población mundial vive actualmente en ciudades (esa proporción aumentará a casi el 70% para 2050);¹ y mayor movilidad de las personas, bienes y servicios. Solo ocasionalmente, la salud ocupa un lugar central en las decisiones que inciden en esas tendencias, lo que supone una pérdida de oportunidades para protegerla y promoverla. Los entornos urbanos deficientemente planificados y gestionados, con sistemas de transporte insostenibles y sin acceso a zonas públicas y verdes, aumentan la contaminación del aire, el ruido y las islas de calor, reducen las oportunidades para realizar actividad física y acceder a trabajos dignos y a la educación, y tienen repercusiones negativas en la vida de la comunidad y la salud física y mental de las personas. Dada la estrecha relación entre la contaminación atmosférica y el cambio climático, no combatir la contaminación atmosférica y no mitigar el cambio climático supone perder la oportunidad de alcanzar los numerosos beneficios sanitarios, económicos y medioambientales que reportarían unos sistemas de transporte y energía más eficientes, una economía hipocarbónica y unos sistemas alimentarios más saludables con menor impacto ambiental. Se necesitan nuevos enfoques que tengan en cuenta todas las consecuencias de las acciones desde una perspectiva de la equidad, y a largo plazo. Por último, un conjunto diverso de partes interesadas y grupos individuales participarán en el establecimiento de enfoques basados en datos probatorios de interés capital para la salud pública.

11. La sostenibilidad de los sistemas de salud se pondrá en riesgo si no se abordan seriamente los determinantes generales de la enfermedad.² Aproximadamente, un 10% del producto interno bruto mundial se dedica a la atención sanitaria, pero la cantidad destinada a la prevención es muy baja.³ Las elevadas y recurrentes tasas de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y enfermedades no transmisibles causadas por el medio ambiente suponen una pesada carga para los servicios de salud y los presupuestos nacionales. Los recursos financieros y humanos asignados a la promoción y la prevención primaria siguen siendo insuficientes para reducir la sustancial carga de morbilidad debida a riesgos ambientales para la salud. Mientras las estructuras de precios no reflejen los costos de todas las consecuencias de las políticas, las tecnologías y los productos, estos costos seguirán transfiriéndose al sector sanitario y a la ciudadanía.

12. Los enfoques centrados en el tratamiento de enfermedades individuales, en lugar de atenuar los efectos negativos de los determinantes de la salud, serán insuficientes para abordar los actuales desafíos sanitarios relacionados con el medio ambiente. Es poco probable que mediante enfoques centrados en determinantes individuales se alcancen las mejoras previstas en materia de equidad sanitaria y bienestar, habida cuenta de la compleja interacción de factores en la interfase entre los países, la sociedad y los individuos. Para afrontar los determinantes generales de la enfermedad se requieren enfoques más integrados, definidos frecuentemente por políticas en sectores clave distintos del sanitario. Incluso, el hecho de no abordar los determinantes generales de la enfermedad, así como la excesiva dependencia de medicamentos e insecticidas, está generando problemas crecientes tales como la resistencia a los antimicrobianos y a los insecticidas, lo que podría tener repercusiones sustanciales en la salud pública.

¹ Naciones Unidas. World urbanization prospects: the 2018 revision – key facts. Nueva York, Naciones Unidas, 2018 (<https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf>), consultado el 26 de marzo de 2019.

² En este contexto, por determinantes generales se entienden las políticas o actividades directamente conducentes a un aumento de los riesgos ambientales para la salud. Algunos ejemplos son aquellas decisiones relativas a la generación de energía, las prácticas agropecuarias, la actividad empresarial y la producción industrial, y la ordenación del territorio que supongan un aumento de las emisiones, una exposición nociva o un aumento de la vulnerabilidad, fomenten conductas poco saludables o aceleren el cambio climático.

³ La prevención primaria tiene la finalidad de prevenir la enfermedad o los traumatismos antes de que ocurran.

13. Las lagunas de conocimientos siguen dificultando la aplicación eficaz de estrategias de protección sanitaria, por lo que se precisa una comunicación más eficiente basada en pruebas científicas. Las pruebas concernientes a determinados riesgos para la salud son aún incompletas o inexistentes, por ejemplo, las relativas al cambio climático, los desechos electrónicos y numerosos productos químicos o sus combinaciones. Es preciso evaluar mejor los efectos sanitarios derivados de las condiciones de empleo y los riesgos relacionados con el trabajo, entre ellos los productos químicos, los peligros en el lugar de trabajo, el trabajo sedentario, las jornadas de trabajo prolongadas, el trabajo por turnos y la migración de los trabajadores. Asimismo, se necesitan más pruebas científicas que respalden soluciones y estrategias eficientes y sus costos financieros, así como su aplicación efectiva. La comunicación de esas pruebas y la información de salud pública se transmite cada vez más a través de nuevas plataformas, que se han de utilizar al máximo de sus posibilidades.

14. Los actuales mecanismos de gobernanza, en particular los de ámbito local, no están abordando eficazmente el carácter intersectorial de las cuestiones sanitarias ambientales. Dado que las políticas se siguen dictando sin tener en cuenta sus posibles repercusiones en la salud y los sistemas de salud, debido, en parte, a que no existen mecanismos de gobernanza global, sus beneficios generales se representarán de manera inexacta.

15. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible aboga por un nuevo enfoque de la salud, el medio ambiente y la equidad. Al vincular la evolución socioeconómica con la protección del medio ambiente, la salud y el bienestar, la Agenda 2030 sirve de apoyo general para tener en cuenta los determinantes de la salud al definir políticas o adoptar decisiones clave, de manera preventiva y sostenible, en vez de abordar reiteradamente los efectos adversos y las desigualdades. El compromiso de adoptar hábitos sostenibles de consumo y producción y de luchar contra la explotación indebida de los recursos naturales y la generación de desechos a gran escala debería propiciar la realización de actividades económicas más sostenibles y la obtención de progresos en materia de bienes mundiales y transfronterizos en pro de la salud, como el aire limpio y el clima estable.

LA VISIÓN

16. La visión de esta estrategia mundial de la OMS es un mundo en el que el desarrollo sostenible ha eliminado casi una cuarta parte de la carga de morbilidad debida a ambientes malsanos, mediante la protección y promoción de la salud, las normas adecuadas en materia de salud pública, las medidas de prevención en los sectores pertinentes y las opciones de vida saludables, y en el que se afrontan los riesgos ambientales que ponen en peligro la salud. Los sectores clave incorporan plenamente la salud en sus procesos decisorios y maximizan el bienestar social.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA LA TRANSFORMACIÓN NECESARIA

17. Para hacer frente a los retos en la esfera de la salud, el medio ambiente y el cambio climático, los gobiernos, la sociedad y los individuos deberemos seguir replanteándonos nuestras formas de vida, trabajo, producción, consumo y gobierno. La transformación exigirá centrar la acción en los determinantes generales de la salud, el medio ambiente y en los determinantes del cambio climático, en el contexto de un enfoque coherente e integrado en todos los sectores, utilizando un marco de salud pública propiciado y apoyado por mecanismos de gobernanza apropiados y por la voluntad política de alto nivel, adaptado a las circunstancias de cada país. El sector sanitario debe desempeñar un nuevo papel para impulsar esta transformación mediante la adopción de un enfoque sostenible y equitativo y una transición socialmente justa.

Objetivo estratégico 1. Prevención primaria: intensificar las medidas relativas a los determinantes de la salud a fin de proteger y mejorar la salud en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Se adoptarán medidas eficaces y equitativas en relación con factores que propician riesgos ambientales para la salud.

18. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible aboga por prevenir los riesgos ambientales en su origen, o sea, mediante un cambio hacia medidas de prevención primaria y promoción de opciones saludables. A fin de reducir los 13 millones de defunciones que se producen cada año por riesgos ambientales será preciso intensificar de manera eficiente las medidas de prevención primaria, con la participación de todas las principales partes interesadas de todos los sectores, mediante las siguientes actividades:

i) **Compromiso para ampliar considerablemente la prevención primaria.** La ampliación de la prevención primaria requiere una inversión sustancial y sostenida de recursos para luchar de manera sostenible contra los principales riesgos para la salud y tener en cuenta los cambios en los comportamientos relacionados con la salud, crear ambientes seguros y saludables y mejorar las vidas de las personas en el presente y el futuro. Los recursos para la acción intersectorial pueden financiarse mediante reformas de los precios, los impuestos y las subvenciones que reflejen los verdaderos costos para la sociedad de los productos, las tecnologías y las políticas.

ii) **Integración de medidas de prevención primaria en los programas sobre enfermedades específicas.** Es esencial la integración de medidas preventivas de salud ambiental como elemento central de la cobertura sanitaria universal, por ejemplo mediante estrategias y programas sobre enfermedades (transmisibles y no transmisibles) y riesgos específicos (por ejemplo, la resistencia a los antimicrobianos). Tal como se indica en la estrategia mundial de prevención de las enfermedades no transmisibles,¹ los entornos saludables —que incluyen el aire limpio, los entornos de trabajo saludables y seguros y la seguridad química— son fundamentales para prevenir las enfermedades no transmisibles y requieren adoptar medidas pertinentes. Asimismo, se deberá adoptar un enfoque de «Una salud» intersectorial, holístico y multidisciplinar cuando sea necesario, por ejemplo, para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos.

Objetivo estratégico 2. Medidas intersectoriales: actuar sobre los determinantes de la salud en todas las políticas y todos los sectores

Las políticas en todos los sectores tendrán en cuenta sistemáticamente las perspectivas y pruebas científicas, así como las ventajas de los beneficios indirectos para la salud derivados de la protección del medio ambiente. Un ejemplo es asegurar transiciones hacia opciones de energía y transporte más saludables.

19. La responsabilidad respecto de muchos determinantes ambientales de la salud, así como de los instrumentos para hacerles frente, escapa al control directo de personas o del sector sanitario (véase la figura 1). Se están realizando importantes transiciones en los ámbitos de la energía, el transporte y otros sistemas principales, que deberían tener efectos profundos en la salud de la población. Por consiguiente, se requiere un enfoque de salud pública más amplio, intersectorial, holístico y basado en la población. Existen ejemplos de buenas prácticas, pero esos enfoques integrados no se aplican universalmente y

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 73/2. Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Es hora de actuar: aceleremos nuestra respuesta para hacer frente a las enfermedades no transmisibles en pro de la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras. 2018 (https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2&Lang=S), consultado el 26 de marzo de 2019.

solo esporádicamente se dirigen al origen de los determinantes generales de la salud de carácter ambiental y social.

i) **Consideración sistemática de la salud en la elaboración de políticas sanitarias más allá del sector sanitario.** Las decisiones adoptadas en relación con los factores determinantes de los riesgos sanitarios deberían orientarse al logro y la protección de la buena salud como un objetivo explícito en sectores claves tales como los de energía, transporte, vivienda, trabajo, industria, sistemas alimentarios¹ y agricultura, agua y saneamiento y planificación urbana. Este enfoque de la salud en todas las políticas incluye la participación comunitaria, la incorporación de la cobertura de salud en reglamentos y salvaguardias concernientes al medio ambiente y el trabajo, y las evaluaciones de los efectos sanitarios derivados de proyectos y políticas de desarrollo que abordan algunas cuestiones de salud ambiental en un único entorno, comunidad o sistema.

ii) **Obtener los beneficios sanitarios indirectos derivados de opciones políticas más sostenibles.** Es preciso evaluar más ampliamente los perjuicios y beneficios para la salud de las medidas normativas, así como sus consecuencias financieras y ambientales. Se podrían obtener beneficios mayores mediante la búsqueda de beneficios sanitarios indirectos y la consideración de la salud desde el inicio de los procesos que definen las políticas.

Figura 1. Principales sectores (lista no exhaustiva) relacionados con la salud, el medio ambiente y el cambio climático



Objetivo estratégico 3. Sector sanitario reforzado: fortalecer las funciones de liderazgo, gobernanza y coordinación del sector sanitario

El sector sanitario desempeñará papeles de liderazgo y coordinación, en colaboración con otros sectores relacionados con la salud, el medio ambiente y el cambio climático, a fin de mejorar las condiciones de vida.

¹ La inocuidad alimentaria se trata en la estrategia mundial de la OMS pertinente. *WHO global strategy for food safety: safer food for better health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42559/9241545747.pdf>), consultado el 26 de marzo de 2019.

20. Ello concierne directamente al sector sanitario, que debe tratar las enfermedades agudas y crónicas debidas a los riesgos ambientales, puesto que, a menudo, es necesario repetir los tratamientos porque las personas continúan estando expuestas a los mismos riesgos. Para reducir los costos asociados a las enfermedades y otros costos conexos, es necesario equipar y reforzar el sector sanitario (así como otros agentes responsables de la salud y el medio ambiente) a fin de que asuman sus obligaciones para forjar un futuro saludable y sostenible. Los cambios progresivos no son suficientes para hacer frente a riesgos ambientales específicos. El reforzamiento de la capacidad de los ministerios de salud y otros sectores relevantes del personal sanitario es esencial para incorporar a otros sectores gubernamentales mediante el liderazgo, las alianzas, la promoción y la mediación dirigidos a lograr mejores resultados sanitarios; desarrollar su capacidad institucional y sus aptitudes para aplicar un enfoque de la salud en todas las políticas; y proporcionar pruebas científicas sobre los determinantes de la salud y la desigualdad, así como sobre respuestas y soluciones eficaces. A su vez, este enfoque evitará los costos económicos actuales o futuros correspondientes al tratamiento de las enfermedades relacionadas con el entorno y a sus consecuencias, y permitirá reinvertir en salud y desarrollo sostenible.

i) Desarrollar la capacidad del sector sanitario para abordar políticas con otros sectores.

Es necesario desarrollar aptitudes para participar en el diálogo intersectorial y en el seguimiento de las inversiones y sus consecuencias en otras áreas de la economía, según proceda. Una mayor capacidad permite promover medidas de beneficio mutuo que protejan al mismo tiempo la salud y el medio ambiente. Los ministerios nacionales de salud, por medio del liderazgo y la gobernanza intersectorial, la promoción basada en pruebas científicas, los programas operacionales y la vigilancia y el seguimiento pueden orientar los progresos en la lucha contra los riesgos ambientales, sociales y climáticos, con miras a obtener beneficios a corto y largo plazo. Las capacidades de participación en las políticas del sector privado incluyen las pertinentes competencias para aplicar el enfoque de salud en todas las políticas. Además, es importante potenciar las competencias del personal sanitario pertinente sobre la salud, el medio ambiente y el cambio climático, en relación con la cobertura sanitaria universal y las emergencias sanitarias.

ii) Redoblar los esfuerzos del sector sanitario para llegar a otros sectores con el fin de proteger y promover la salud. Habida cuenta del gran alcance de las cuestiones y la amplia gama de agentes implicados, es importante que el sector sanitario proporcione orientación y establezca marcos normativos sobre la evaluación de los riesgos sanitarios y sus efectos, la aplicación de soluciones adecuadas y el seguimiento de los progresos en diferentes sectores.

iii) Asegurar servicios ambientales esenciales y entornos de trabajo saludables en los centros de salud y extender la perspectiva ambientalista al sector de la salud. En los países de medianos ingresos es necesario superar la importante carencia de infraestructura en los centros de salud, dotándolos de sistemas seguros de abastecimiento de agua, saneamiento y prácticas de higiene, así como de sistemas fiables de suministro de energía, y asegurar su resiliencia ante fenómenos meteorológicos extremos y otras situaciones de emergencia. Por otra parte, el sector sanitario debe predicar con el ejemplo en lo que atañe a las políticas de adquisiciones y servicios, gestión de desechos y opciones relativas a la energía, a fin de limitar todo impacto negativo en la salud, el medio ambiente y el cambio climático.

Objetivo estratégico 4. Generación de apoyos: establecer mecanismos de gobernanza y apoyo político y social

Los mecanismos de gobernanza y el respaldo político de alto nivel permitirán trabajar en todos los sectores y mantener los bienes públicos para la salud. Las demandas ciudadanas en favor de entornos más sanos modelarán las opciones políticas. Los acuerdos multilaterales y otros acuerdos de alto nivel harán frente a las principales fuerzas impulsoras de los riesgos para la salud y las amenazas mundiales para la salud.

21. Los mecanismos de gobernanza, los acuerdos y la voluntad política se deberán basar en enfoques más integrales, con cooperación intradepartamental e intersectorial, para alcanzar resultados positivos en todos los sectores afectados. Esto conduciría a opciones normativas basadas en las repercusiones generales en la sociedad, en particular sus consecuencias sanitarias. En la actualidad, los sectores se orientan principalmente en función de sus objetivos específicos.

i) **Fortalecimiento de los mecanismos de gobernanza para posibilitar la adopción de medidas sostenibles.** Los mecanismos de gobernanza eficientes y generales pueden facilitar de forma determinante la labor intersectorial y tomar en consideración los costos y beneficios de manera integral. Es preciso intentar adoptar enfoques más holísticos y proteger los bienes relacionados con la salud, como el aire limpio y el clima estable, en coordinación con el sector sanitario. Dado que los beneficios de las medidas sanitarias ambientales no suelen estar armonizados con los calendarios políticos, es importante que esos mecanismos puedan también abarcar las medidas ambientales junto con los beneficios sanitarios indirectos a largo plazo. Esos mecanismos suelen ser más sostenibles que la atención sanitaria reiterada.

ii) **Aumento de la demanda y liderazgo en pro de la salud.** Se necesita un amplio compromiso y medidas del sector sanitario, las partes interesadas de otros sectores y la comunidad, con miras a aplicar políticas que propicien la salud y lograr un diseño y gestión saludables de los entornos ambientales. Los efectos sanitarios derivados de los riesgos ambientales son sustanciales: los sistemas de salud convencionales por sí solos no pueden afrontarlos de manera sostenible. La sociedad está cada vez menos dispuesta a aceptar los efectos evitables sobre la salud. En ese proceso son útiles los enfoques que tengan en cuenta la salud en todas las políticas y abarquen todos los sectores gubernamentales.

iii) **Creación de movimientos y acuerdos políticos de alto nivel que resulten facilitadores.** Los esfuerzos mundiales a largo plazo orientados a prevenir los riesgos ambientales para la salud han generado pruebas científicas e instrumentos importantes. Son cada vez más las pruebas científicas sobre soluciones que permiten reducir considerablemente la carga de morbilidad debida a los ambientes inseguros: estos éxitos notables revelan que las inversiones reportan grandes beneficios, como la menor contaminación atmosférica y los consiguientes beneficios para la salud derivados de las estrategias para mitigar las emisiones de gases de efecto invernadero, o los 5 dólares que genera cada dólar invertido en sistemas de suministro de agua y saneamiento.¹ Esta evidencia se ha puesto de manifiesto en recientes foros políticos de alto nivel.

Objetivo estratégico 5. Fortalecimiento de las pruebas científicas y la comunicación: generar datos empíricos sobre riesgos y soluciones, y comunicar eficientemente dicha información a fin de orientar las opciones y las inversiones

Se dispondrá de suficiente información basada en pruebas científicas en todas las áreas críticas para respaldar decisiones concernientes a medidas de protección de la salud basadas en los efectos sanitarios, las consecuencias económicas de las soluciones, su eficacia y sus beneficios indirectos.

22. Las medidas intersectoriales reforzadas, el apoyo de alto nivel y la prevención primaria intensificada exigirán una base empírica sólida y ampliada en lo que respecta a los efectos sanitarios, los costos, la eficacia y los beneficios sociales en general derivados de las soluciones, y deberán retroalimentarse a través de un seguimiento periódico. Para poner en marcha las actuaciones y mantenerlas resulta esencial fortalecer e intensificar la promoción de los beneficios derivados de las medidas relativas a la salud, el

¹ OMS. *Global costs and benefits of drinking-water supply and sanitation interventions to reach the MDG target and universal coverage*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/global_costs/en/), consultado el 26 de marzo de 2019.

medio ambiente y el cambio climático y comunicar y difundir dichos beneficios de forma generalizada, ampliando las redes y los asociados.

i) **Integración del seguimiento ambiental y la vigilancia sanitaria para evaluar los efectos sanitarios derivados de los riesgos y los servicios ambientales.** Las tendencias mundiales y locales de los indicadores de calidad ambiental y los efectos sobre la salud seguirán proporcionando pruebas científicas sobre la manera en que el medio ambiente influye en la salud y el desarrollo humanos, e identificando las áreas en las que las medidas son más pertinentes.

ii) **Elaboración de orientaciones basadas en pruebas científicas con miras a respaldar medidas eficaces en los planos nacional y subnacional.** El sector sanitario y otros sectores relevantes tienen la responsabilidad de colaborar con las instancias normativas acerca de los efectos sanitarios y la evaluación económica de las intervenciones, incluidos los instrumentos jurídicos, a fin de luchar contra el impacto del entorno en la enfermedad. Por ejemplo, una evaluación más sistemática de la costoeficacia de las políticas destinadas a abordar las prioridades de salud ambiental sería un elemento central para la toma de decisiones. La interacción con los encargados de la aplicación es necesaria para optimizar la aplicación subsiguiente. Será preciso disponer de instrumentos específicos para que las partes interesadas orienten las medidas en pro de la salud.

iii) **Interpretación y comunicación específica de las pruebas científicas.** La información de salud pública basada en pruebas científicas sobre datos empíricos y tendencias, mensajes, iniciativas y campañas de promoción tendrán la finalidad de informar a las partes interesadas de diferentes niveles, respaldar las decisiones políticas y poner en marcha medidas políticas de apoyo al máximo nivel. Difundir ampliamente entre la ciudadanía, con el apoyo del personal de salud, la información basada en pruebas científicas, por ejemplo, en relación con la exposición humana a las sustancias químicas en los productos de consumo o con los riesgos que supone la contaminación atmosférica para las personas que viven en zonas contaminadas, así como las posibles soluciones, genera concienciación, participación y demanda de ambientes más saludables. A su vez, las demandas y acciones ciudadanas deben hacer actuar a los responsables de la toma de decisiones. Los profesionales de la salud desempeñan un importante papel en la promoción de cambios conductuales hacia modos de vida más saludables y sostenibles. Asimismo, el conocimiento de los riesgos para la salud y las medidas protectoras potencian los esfuerzos adoptados por los ciudadanos por adoptar medidas adaptativas y reducir las conductas contaminantes.

iv) **Mecanismos y capacidad para identificar y afrontar tempranamente las posibles amenazas sanitarias emergentes.** Es preciso crear capacidad y desarrollar mecanismos que permitan abordar la posibilidad de que aparezcan nuevos problemas de salud medioambiental relacionados con las nuevas tecnologías, la organización del trabajo o los cambios en el medio ambiente. No se conoce a ciencia cierta la amplitud ni el peligro de algunas de estas amenazas potenciales, como las relacionadas con el cambio climático, los medicamentos que persisten en el medio ambiente, los perturbadores endocrinos, los microplásticos, determinadas nanopartículas y los desechos electrónicos. La creación de capacidad y el desarrollo de mecanismos exigirán un examen riguroso de las pruebas científicas y una evaluación de la eficacia de las medidas de control, así como un seguimiento ambiental selectivo vinculado a la vigilancia de salud pública. También implican adoptar soluciones más intersectoriales, como la protección de la biodiversidad y de los servicios relacionados con los ecosistemas y, vinculada con ella, la vigilancia de organismos patógenos en la fauna silvestre y los seres humanos, a fin de disminuir el riesgo y aumentar la preparación frente a amenazas para la salud derivadas de la influencia humana en los ecosistemas naturales.

v) **Orientación de la investigación e impulso a la innovación.** La investigación es la base de los cambios estratégicos necesarios para acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A fin de promover la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se deberán identificar

las necesidades de investigación y traducirlas en conocimientos orientados a superar lagunas críticas de conocimiento mediante la facilitación coordinada de la investigación. Durante mucho tiempo, la investigación en salud ambiental ha estado insuficientemente financiada, especialmente en comparación con la investigación biomédica. La investigación relativa a las políticas en esferas concernientes a la salud y la ciencia aplicada, con relevancia para todas las regiones, será de particular interés para el mejoramiento de la salud por medio de ambientes más seguros y saludables. Es necesario innovar para controlar, prevenir y combatir mejor los riesgos ambientales para la salud, tanto los existentes como los nuevos. Las innovaciones científicas, sociales, económicas y normativas pueden ser determinantes para potenciar las ventajas para la salud que confiere el logro de entornos más saludables.

vi) **Formulación de argumentos para promover una asignación de fondos adecuada e influir en las inversiones.** La intensificación de las medidas de protección de la salud a través de ambientes más seguros requiere una financiación suficiente y la reorientación de las inversiones. La asignación de fondos, así como las estructuras de precios y las subvenciones, se deberían regir por evaluaciones basadas en pruebas científicas, por ejemplo, en cuanto a la vulnerabilidad y la adaptación al cambio climático, teniendo en cuenta todos los costos y todos los beneficios indirectos. El costo social de la inacción a corto y largo plazo y las consecuencias de las políticas concernientes a la salud en todos los sectores se deberán tomar en consideración plena y sistemáticamente a fin de evitar la transferencia oculta de costos al sector sanitario y el menoscabo de la sostenibilidad ambiental.

Objetivo estratégico 6. Seguimiento: orientar las medidas mediante el seguimiento de los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Las medidas se orientarán en función del seguimiento de los progresos en la aplicación de la prevención primaria en entornos más sanos y seguros.

23. El seguimiento permitirá utilizar y analizar datos existentes y vigilar estrechamente los cambios en los determinantes de la salud y sus efectos, así como su distribución en los grupos de población y entre ellos. De esa forma, proporcionará información sobre el grado de avance con el fin de adaptar las políticas, entre ellas las tendentes a asegurar la justicia medioambiental.

i) **Seguimiento de los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de los indicadores pertinentes, tanto relacionados con los ODS como de otro tipo.** Los países, en cooperación con la OMS y otros organismos pertinentes, según proceda, seguirán realizando un seguimiento de los progresos hacia el logro de los objetivos relacionados con la salud y otros indicadores relativos a la salud, el medio ambiente y el cambio climático, a fin de afrontar de manera integral los determinantes generales de la enfermedad. El desglose estratégico de los datos asegurará la identificación de las desigualdades en materia de salud y sus factores desencadenantes. La recopilación estratégica de datos sobre determinantes sociales y ambientales, realizada con miras a comprender los factores desencadenantes de las desigualdades en materia de salud, contribuirá al desarrollo de la coherencia normativa en todos los niveles gubernamentales.

ii) **Seguimiento del cambio y aplicación de estrategias pertinentes en las regiones y los países.** Es preciso realizar un seguimiento de los indicadores de efectos y resultados pertinentes, con miras a medir el cambio en los países, evaluar los progresos y orientar las políticas.

PLATAFORMAS DE APLICACIÓN

Se utilizarán puntos de entrada específicos para aplicar medidas ampliadas relativas a los determinantes generales de la enfermedad presentes en el medio ambiente, en el marco de enfoques integrados.

24. La respuesta a los desafíos que plantean los riesgos sanitarios persistentes y emergentes rebasa el ámbito del sector sanitario formal. La respuesta solo podrá afrontar esos desafíos en toda su magnitud si la encabeza la comunidad sanitaria mediante su participación en las principales estrategias y actividades de planificación, en colaboración con otros agentes, con la finalidad de aplicar políticas multisectoriales de promoción de la salud en sectores y entornos clave. Esta respuesta deberá contar con el apoyo público y un entorno normativo propicio, inspirado y supervisado con arreglo a las mejores pruebas científicas disponibles. Para materializar esta visión se necesitan diversos mecanismos y plataformas de aplicación, que se resumen a continuación.

Un sector sanitario con capacidad de acción y decisión

25. El sector sanitario formal representa una parte importante y creciente de la economía global; es uno de los mayores empleadores del mundo y su posición es única en cuanto a la confianza y la integración en las comunidades. Por consiguiente, el sector está en una posición ideal para realizar intervenciones de salud medioambiental en el ámbito comunitario (directamente o en asociación con organizaciones de la sociedad civil); predicar con el ejemplo para demostrar las buenas prácticas sostenibles, mediante la reducción del efecto ambiental de las prácticas sanitarias; y asumir el liderazgo y la defensa de la salud y el desarrollo sostenible. Esto requerirá un nuevo equilibrio de gastos en el sector sanitario orientado a la prevención primaria a largo plazo; fondos adicionales que podrían proceder de la eliminación de subvenciones nocivas y de una reconfiguración de los impuestos tendente a reflejar todas las consecuencias de las políticas y a reducir las desigualdades; la revitalización y ampliación a escala mundial de la disciplina de la salud ambiental con miras a abordar la magnitud y la complejidad de los modernos problemas de salud ambiental, lo cual incluye una formación adecuada de los profesionales sanitarios; el liderazgo del sector sanitario para promover una visión de la salud con una perspectiva a largo plazo centrada en los determinantes de la salud; y la promoción por los profesionales de la salud de cambios en las conductas para vivir de un modo más sostenible y saludable.

Plataformas nacionales y subnacionales más sólidas en favor de la formulación normativa intersectorial

26. Unos pocos países cuentan con estructuras institucionales formales que proporcionan orientación normativa directa sobre problemas relativos a la salud y el medio ambiente, o encargan evaluaciones intersectoriales de las consecuencias sanitarias derivadas de las decisiones adoptadas en otros sectores. Ese enfoque de la salud en todas las políticas debería tener una cobertura más amplia, con políticas de tipo general (que incluyan evaluaciones estratégicas) en lugar de proyectos individuales y una influencia más directa en las políticas (por ejemplo, con carácter jurídico en lugar de únicamente consultivo). Los foros regionales de alto nivel también han contribuido enormemente a la promoción de la salud y la agenda ambiental.

Principales entornos como lugares para las intervenciones

27. Una serie de entornos fundamentales ofrecen oportunidades para abordar los riesgos de salud medioambiental y reducir las desigualdades en materia de salud y, al mismo tiempo, responder a los cambios demográficos, sociales, económicos, tecnológicos y de modos de vida. A continuación, se exponen los principales entornos y los objetivos de las intervenciones.

- **Hogares.** Asegurar alojamiento que sea estructuralmente sólido; con temperaturas interiores adecuadas; servicios de agua, saneamiento e iluminación; espacio suficiente; suministro de energía asequible y fiable para cocinar, calefaccionar e iluminar; y ventilación, y que proteja de peligros que puedan causar daños, ruidos, mohos, plagas y contaminantes en el interior de los edificios, lo cual incluye la exposición dañina a productos domésticos y de consumo.
- **Escuelas.** Asegurar un entorno educativo seguro y que fomente la salud y utilizar las escuelas como centros para crear conciencia acerca de los vínculos entre la salud y el medio ambiente, incluidos los riesgos relacionados con productos químicos, y educar sobre enfoques más saludables y sostenibles, y facilitar la adopción de prácticas óptimas en la comunidad en general.
- **Lugares de trabajo.** Asegurar la cobertura de servicios de salud ocupacional que aborden toda la gama de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos en el lugar de trabajo y contribuyan a prevenir y controlar los factores de riesgo modificables, en particular los relativos a las enfermedades no transmisibles, y que estén adaptados a las nuevas formas de trabajo, las migraciones y la organización de los lugares de trabajo, que incluya la economía informal y los lugares de trabajo precarios.
- **Empresas.** Promover las medidas de mitigación y adaptación al cambio climático; las empresas pueden ser agentes importantes en esta esfera.
- **Centros de salud.** Asegurar la prestación y la gestión sostenible de servicios básicos de salud ambiental, en particular el acceso a sistemas fiables de suministro de energía limpia, agua potable, saneamiento y prácticas de higiene; la resiliencia ante fenómenos meteorológicos extremos y los efectos del cambio climático; y la protección de los profesionales sanitarios y de la comunidad en general a través de la seguridad química, el control de infecciones y la gestión de residuos.
- **Ciudades.** Hacer frente a los desafíos particulares de las ciudades como centros de concentración de la exposición ambiental a riesgos, incluida la contaminación del aire, las islas de calor urbanas, los productos químicos peligrosos, el ruido, las enfermedades transmitidas por vectores,¹ el saneamiento deficiente, los desechos y los riesgos ocupacionales y, al mismo tiempo, aprovechar la oportunidad que ofrece el hecho de contar con una autoridad única, representada por un alcalde de ciudad, con atribuciones para adoptar decisiones intersectoriales, por ejemplo, sobre planificación urbana, compras, suministro de energía, agua y saneamiento y gestión de residuos. La urbanización rápida plantea un especial desafío; una planificación urbanística estratégica será clave para crear ambientes propicios para la salud.

28. Esta lista no es exhaustiva; otros entornos pertinentes podrían ser las zonas de desarrollo agrícola, las zonas económicas concentradas, los campamentos de refugiados, incluidos los alojamientos temporales y los albergues para migrantes, los mercados, las aldeas y las islas pequeñas.

Alianzas para un movimiento social en favor de entornos más saludables

29. Un requisito esencial para la acción es la voluntad política. Esta solo se puede lograr mediante una amplia sensibilización social respecto de las principales amenazas sanitarias derivadas de los riesgos ambientales y el cambio climático, y de las soluciones posibles. Los activistas, las asociaciones de

¹ Véase también: OMS, Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/vector-control/publications/global-control-response/en/>), consultado el 26 de marzo de 2019.

profesionales de la salud y las organizaciones de la sociedad civil son cruciales para movilizar el apoyo público en favor de opciones de desarrollo más sostenibles y saludables.

Acuerdos multilaterales sobre medio ambiente, salud y desarrollo

30. La mayoría de los acuerdos mundiales sobre el medio ambiente (tales como la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y el Acuerdo de París, el Convenio sobre la Diversidad Biológica y el Convenio de Minamata sobre el Mercurio y los convenios de Estocolmo, Basilea y Rotterdam sobre los desechos y productos químicos peligrosos) así como los acuerdos regionales (en particular la Convención sobre la contaminación atmosférica transfronteriza a larga distancia) y los convenios laborales internacionales sobre seguridad y salud ocupacional mencionan las amenazas para la salud como una preocupación principal. No obstante, los mecanismos de aplicación de dichos acuerdos no siempre toman adecuadamente en consideración dichas amenazas para la salud ni reflejan las preocupaciones nacionales, regionales o internacionales en materia de salud. Un mayor compromiso del sector sanitario propiciaría sinergias, minimizaría consecuencias negativas no deseadas y optimizaría toda compensación necesaria entre los objetivos sanitarios, ambientales y económicos. Análogamente, el hecho de que los riesgos ambientales estén plenamente cubiertos y que las medidas para combatirlos se hallen respaldadas por la aplicación en los países de los instrumentos sanitarios internacionales, por ejemplo, el Reglamento Sanitario Internacional (2005), fortalecerá y aumentará especialmente las capacidades para prevenir emergencias ambientales, prepararse para ellas y responder a ellas. Esa integración promovería el enfoque holístico descrito en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Plataformas para los Objetivos de Desarrollo Sostenible

31. La adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible dio lugar a la creación de foros políticos de alto nivel que están mejorando los medios de aplicación y seguimiento de los compromisos contraídos. Muchos de los Objetivos respaldan plenamente las medidas que se adoptarán para crear un ambiente saludable, y están en total consonancia con ellas. Por consiguiente, esos foros representan plataformas esenciales para impulsar los progresos hacia la adopción de medidas en el origen de las causas ambientales de la enfermedad, y alentar la promoción equitativa de la salud. Los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible concernientes a la salud, el medio ambiente y el cambio climático son, además del Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades): el Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo), el Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible), el Objetivo 6 (Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos), el Objetivo 7 (Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos), el Objetivo 8 (Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos), el Objetivo 11 (Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles), el Objetivo 12 (Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles) y el Objetivo 13 (Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos) en el contexto del Objetivo 10 (Reducir la desigualdad en y entre los países).

Pruebas científicas y seguimiento

32. En un limitado número de países existen órganos asesores con las atribuciones y la capacidad para establecer agendas nacionales de investigación, generar síntesis de las pruebas científicas disponibles, hacer un seguimiento de los progresos nacionales en lo relativo a salud y medio ambiente, y suministrar esa información directamente a las instancias decisorias. A nivel internacional, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático desempeña esa función en lo relativo a las consecuencias del cambio climático para la salud, pero las funciones institucionales similares para otros desafíos medioambientales presentan una cobertura menos completa y se encuentran más fragmentadas. Otro ejemplo es el

Grupo de Trabajo sobre los Efectos en virtud del Convenio sobre contaminación atmosférica transfronteriza a gran distancia, del Grupo de tareas conjunto sobre los aspectos sanitarios de la contaminación atmosférica para la región paneuropea. Instituciones nacionales e internacionales como institutos de investigación, universidades y fuentes como revistas con revisión externa, también podrían desempeñar un papel significativo en la definición de las estrategias nacionales. La cobertura de esos mecanismos en un mayor número de países y una gama de riesgos más amplia, bien sea de manera individual o conjunta, promovería enormemente la formulación normativa basada en pruebas científicas. En los niveles nacional e internacional, todos esos esfuerzos se deberían armonizar con el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a los que deberían contribuir directamente.

FUNCIÓN Y LIDERAZGO DE LA OMS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MUNDIAL

33. Las acciones de la Secretaría en el marco de la estrategia mundial de salud, medio ambiente y cambio climático se basan en las tres prioridades estratégicas del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023 (véase el recuadro 1). Las actividades básicas relativas a la salud, el medio ambiente y el cambio climático corresponden a la prioridad estratégica «Promover poblaciones más sanas», pero la prioridad «Abordar las emergencias sanitarias» también ha demostrado aportar una contribución sustancial. En cuanto a la prioridad «Lograr la cobertura sanitaria universal», debería ser la base de mecanismos de puesta en práctica de servicios básicos de salud ambiental, como el acceso a agua potable para la bebida y a combustibles limpios.

Recuadro 1. La estrategia de salud, medio ambiente y cambio climático y el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023

1. En la estrategia institucional de la OMS hay tres prioridades estratégicas que impulsan la contribución de la OMS a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades. A continuación, se enumeran las tres prioridades estratégicas, con una descripción de la contribución de la salud ambiental a cada una de ellas:

i) *Lograr la cobertura sanitaria universal.* Los servicios esenciales de salud ambiental y los correspondientes conocimientos y capacidades deben constituir una parte integral de la cobertura sanitaria universal.

ii) *Abordar las emergencias sanitarias.* La mayor resiliencia del sector sanitario y las comunidades al cambio climático, la reducción de las vulnerabilidades y el fortalecimiento del grado de preparación, de la vigilancia y de la respuesta a emergencias sanitarias prevendrán y reducirán las consecuencias sanitarias de emergencias medioambientales.

iii) *Promover poblaciones más sanas.* Entre las condiciones necesarias para unas poblaciones más sanas figuran las siguientes: ciudades más saludables; disponibilidad sostenible de agua potable, saneamiento y prácticas de higiene; soluciones de transporte saludables; políticas energéticas limpias; alimentación sostenible; productos, viviendas y lugares de trabajo seguros y sostenibles; y agricultura sostenible.

34. El mandato de la OMS en materia de salud mundial se deriva de su Constitución y se expresa con mayor detalle en su 13.º Programa General de Trabajo (2019-2023): «Se precisan esfuerzos amplios y constantes para construir una comunidad que trabaje a favor del futuro compartido de la humanidad, empoderando a todas las personas para que mejoren su salud, aborden los determinantes de la salud y

se enfrenten a los desafíos sanitarios». ¹ Para caminar hacia el logro de esa visión, los objetivos estratégicos abarcan medidas que debe adoptar el sector sanitario o centradas especialmente en él, en relación con la prevención primaria, la acción multisectorial relativa a los determinantes de la salud, el liderazgo en relación con los determinantes de la salud y la supervisión de las cuestiones sanitarias. Con el fin de avanzar hacia la consecución de esos objetivos, la Secretaría se centra en prestar apoyo al sector sanitario y en medidas multisectoriales que inciden en los determinantes de la salud. Las actividades en esta esfera se inscriben plenamente en las funciones básicas de la OMS. ² Por consiguiente, el mandato, la capacidad y el poder de convocatoria de la Organización refuerzan su capacidad y sus ventajas frente a otros agentes para asumir un papel de liderazgo en los asuntos abarcados por esta estrategia. En ella, las actividades de la OMS se estructuran en: *a*) liderazgo y apoyo normativo; *b*) síntesis de pruebas científicas y promoción; y *c*) prestación de apoyo directo a los países. Aunque las funciones básicas de la OMS siguen constituyendo la base de su labor (véase una ilustración del papel de la OMS en la figura 2), para responder a la evolución de las necesidades es necesario realizar cambios importantes, que se detallan a continuación. La cooperación estrecha con organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas se garantizará a través de diversos mecanismos ³ y, de hecho, ya funciona en relación con varias actividades. ⁴

¹ Además, en el 13.º Programa General de Trabajo se establece también lo siguiente: «La OMS promoverá la salud al más alto nivel político», «la OMS se manifestará públicamente contra prácticas que procedan de cualquier sector o ámbito industrial si se demuestra, con arreglo a pruebas objetivas, que son perjudiciales para la salud», «el programa de reforma de las Naciones Unidas debería permitir a la OMS trabajar de forma más eficaz con sectores ajenos al de la salud a nivel nacional con objeto de abordar los efectos en la salud del cambio climático, el medio ambiente y otros factores que influyen de forma decisiva en la salud» y «en lo que atañe a la contaminación del aire (es decir, la contaminación atmosférica y del aire de interiores y de los lugares de trabajo) y la mitigación del cambio climático, la OMS intensificará su colaboración con diferentes sectores (como el del transporte, la energía, la vivienda, los desechos, el empleo y la planificación urbana) a nivel nacional y local, con el fin de supervisar la calidad del aire, elaborar estrategias de transición hacia tecnologías y combustibles más saludables, y garantizar que toda la población respire un aire que cumpla las normas y directrices de calidad del aire de la OMS, y que los datos científicos se traduzcan en políticas eficaces».

² Ejercer el liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas; determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo; definir normas y patrones y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica; formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamentos científicos; prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera; y seguir de cerca la situación sanitaria y evaluar las tendencias en la materia (13.º Programa General de Trabajo de la OMS; véase http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-sp.pdf?ua=1, consultado el 27 de marzo de 2019).

³ Por ejemplo, la coalición de salud, medio ambiente y cambio climático, que coordina la labor de los organismos pertinentes de las Naciones Unidas (véase <https://www.who.int/globalchange/coalition/en/>, consultado el 27 de marzo de 2019).

⁴ Por ejemplo, para el aire limpio a través de la campaña Breathelife de la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la Coalición Clima y Aire Limpio (<http://breathelife2030.org/>, consultado el 27 de marzo de 2019), así como del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo (<https://washdata.org/>, consultado el 27 de marzo de 2019).

Figura 2. Descripción de la función y el liderazgo de la OMS en lo concerniente a salud, medio ambiente y cambio climático

Impacto

Todas las personas alcanzan el grado máximo de salud que se pueda lograr, mediante la reducción sustancial de la carga de morbilidad ambiental y la lucha contra el cambio climático y otras amenazas sanitarias ambientales emergentes

Efectos

| | | | |
|--|--|--|--|
| Se fortalecen los mecanismos de gobernanza y la capacidad del sector sanitario para la acción intersectorial y la aplicación del enfoque de salud en todas las políticas | Existen y se aplican normas, criterios e instrumentos jurídicos para proteger la salud de las personas mediante la prevención primaria | Las políticas se aplican y se adaptan periódicamente a través del seguimiento, las soluciones basadas en pruebas científicas y la investigación coordinada | Las poblaciones en situación de vulnerabilidad están protegidas contra los riesgos ambientales y el cambio climático de manera equitativa, incluso durante emergencias |
|--|--|--|--|

Productos

| | | | |
|--|---|--|--|
| Se ha prestado apoyo a mecanismos de gobernanza apropiados y se ha ejercido el liderazgo en materia de políticas, estrategias y planes | Sobre la base de pruebas científicas se elaboraron y divulgaron normas e instrumentos de información relativos a soluciones, y se sigue de cerca la evolución | Los principales agentes están plenamente informados acerca de los riesgos; participan en las soluciones y tienen acceso a los instrumentos y la cooperación técnica pertinente | Los productos y la aplicación se multiplican mediante la comunicación eficaz y las alianzas estratégicas |
|--|---|--|--|

Actividades principales

Liderazgo y políticas

| |
|---|
| Ejercer el liderazgo en lo concerniente a salud, medio ambiente y cambio climático |
| Prestar apoyo a mecanismos de gobernanza para la acción integrada e intersectorial |
| Forjar alianzas para promover agendas globales |
| Participar en un diálogo normativo intersectorial en cooperación con los asociados |
| Promover el desarrollo y la aplicación de instrumentos jurídicos |
| Ofrecer plataformas para la celebración de foros mundiales y regionales de alto nivel |

Síntesis de pruebas científicas y promoción

| |
|--|
| Elaborar el programa de investigación |
| Identificar y evaluar las nuevas amenazas ambientales para la salud y darles respuesta |
| Sintetizar las pruebas científicas para elaborar y actualizar normas y orientaciones relativas a las intervenciones |
| Proporcionar instrumentos para calcular los costos y beneficios de las medidas normativas |
| Hacer un seguimiento de los riesgos, los impactos y la aplicación de soluciones, e informar de los progresos a fin de adaptar las estrategias |
| Intensificar la comunicación para acrecentar la sensibilización respecto de los impactos, los costos sociales y las soluciones concernientes a las cuestiones sanitarias |

Apoyo directo a los países

| |
|---|
| Impulsar medidas, influir en las opciones sectoriales y ofrecer plataformas para las principales partes interesadas |
| Desarrollar la capacidad de las instituciones nacionales y otros asociados para la aplicación |
| Prestar asistencia para la aplicación de normas y soluciones |
| Ejecutar iniciativas específicas para las poblaciones vulnerables o en situación de vulnerabilidad |
| Apoyar la ampliación de la cobertura sanitaria universal a través de servicios básicos de salud ambiental |
| Proporcionar respuestas de salud ambiental y ocupacional en situaciones de emergencias |
| Forjar alianzas estratégicas en los países con miras a multiplicar los efectos |

Principales plataformas para la aplicación

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|---|------------------------------|
| Plataformas normativas multilaterales, regionales y mundiales | Alianzas para los movimientos sociales | Plataformas relativas a pruebas científicas y seguimiento | Apoyo al sector sanitario | Entornos tales como ciudades, lugares de trabajo, hogares | Plataformas para emergencias |
|---|--|---|---------------------------|---|------------------------------|

Áreas de intervención

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------|----------------------|---|
| Agua, saneamiento, desechos e higiene | Control de vectores | Seguridad química | Riesgos ocupacionales y entornos de trabajo |
| Cambio del clima y los ecosistemas | Contaminación del aire | Entornos urbanizados | Ruido de radiación |

Promoción de poblaciones más sanas

35. En el marco de esta prioridad estratégica, la OMS llevará a cabo las siguientes actividades:

Ejercer el liderazgo

- a) Ejercer el liderazgo en la orientación hacia transiciones energéticas saludables, soluciones de diseño urbano y transporte saludables, una economía circular segura y saludable y otras transformaciones en curso mediante la combinación de la orientación de la OMS basada en pruebas científicas y una promoción reforzada. Fomentar el apoyo político de alto nivel, en interacciones con los Estados Miembros y la sociedad civil.
- b) Coordinar procesos normativos regionales mediante la facilitación o la ampliación de plataformas regionales de gobernanza ambiental y sanitaria que congreguen a los principales sectores y partes interesadas.
- c) Estimular una gobernanza óptima para el desarrollo saludable sostenible de las ciudades.
- d) Hacer oír la «voz de la salud». Es importante que el sector de la salud participe activamente en la posterior aplicación de los instrumentos; por ejemplo, a través de la Hoja de ruta de la OMS para fortalecer la participación del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores, que contribuirá a alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible a nivel mundial¹ y aplicar el Acuerdo de París sobre el cambio climático.

Sintetizar las pruebas científicas y promover la creación de bienes de salud pública mundial

- e) Asegurar la generación de conocimientos mediante la aceleración y coordinación de la ampliación de la base de datos empíricos sobre normas, soluciones eficientes e innovadoras, investigación orientada a la pertinencia normativa, y amenazas ambientales emergentes para la salud. La información sobre los efectos normativos basada en pruebas científicas será esencial para respaldar medidas intersectoriales y aportar argumentos convincentes en la búsqueda de beneficios indirectos. Así, el conocimiento generado se sintetizará en orientación normativa destinada a garantizar la disponibilidad de bienes para la salud, como el agua potable y el aire limpio, y de productos y tecnologías seguros, tales como bienes de consumo. La Secretaría ayudará a desarrollar soluciones innovadoras y a ampliar su adopción de forma sostenible a fin de reducir en mayor grado los riesgos ambientales para la salud.
- f) Difundir información basada en pruebas científicas para que la salud se tenga en cuenta lo más posible en la toma de decisiones. La información genera concienciación sobre los riesgos para la salud y las soluciones disponibles e impulsa la demanda de ambientes más saludables.
- g) Vigilar los cambios en los riesgos para la salud y la aplicación de soluciones (en relación con la tasa de aplicación, los efectos, los costos financieros y la relación costo-eficacia). Es preciso realizar un seguimiento continuo para reorientar las prioridades y las estrategias de aplicación en los países. La OMS seguirá ampliando su labor a fin de congregar a los asociados, con miras

¹ OMS. Hoja de ruta para fortalecer la participación del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.who.int/ipcs/saicm/ChemicalsRoadMapbrochure_sp.pdf), consultado el 27 de marzo de 2019.

a desarrollar plataformas de datos que integren los diversos datos necesarios para el seguimiento de los progresos. Además, la OMS está informado acerca de algunos indicadores de salud y desarrollo (en el contexto de los Objetivos 3, 6, 7 y 11).

Reforzar el impacto directo de la OMS en los países

h) Acelerar las medidas en pro de ambientes más seguros e influir en las opciones sectoriales, por ejemplo, mediante la participación en el diálogo normativo, la prestación de asesoramiento en materia de políticas de salud y mecanismos de gobernanza, la asistencia en la aplicación de las normas, y el seguimiento. El tipo de participación multisectorial y del sector sanitario se adecuará a las necesidades de los países, y su foco de atención podrá variar entre medidas preliminares (concernientes a políticas y estrategias) y medidas ulteriores (tales como la cooperación técnica). Estas actividades se coordinarán estrechamente con la labor de otras organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas (en aplicación del funcionamiento unificado de las Naciones Unidas) y de sus asociados.

i) Reforzar la capacidad del sector sanitario para permitirle cumplir sus funciones cada vez más cruciales en las esferas de rectoría, liderazgo y coordinación, en asuntos sanitarios de ámbito intersectorial. Ayudar a elaborar planes de aplicación de las estrategias de la OMS en materia de salud, medio ambiente y cambio climático a nivel nacional y regional. Prestar apoyo a las medidas conexas de movilización de recursos. Colaborar en el control de los principales riesgos ambientales para la salud y en la obtención de soluciones que permitan llevarlo a cabo. También se deberá predicar con el ejemplo a fin de limitar el impacto de las actividades del sector sanitario sobre la salud, el medio ambiente y el cambio climático; es decir, se deberá promover la responsabilidad ecológica del sector sanitario.

j) Ofrecer plataformas para las principales partes interesadas, con miras a desarrollar opciones saludables relacionadas con el medio ambiente y el cambio climático. Suministrar datos, información y material de promoción (como la campaña *Breathelife*)¹ a la sociedad civil, a fin de fomentar su participación en asuntos relativos a opciones saludables en las políticas pertinentes. Apoyar a los alcaldes y otros agentes locales clave en la creación de ambientes propicios para la salud, mediante el suministro de instrumentos e información sobre opciones saludables. Establecer plataformas que faciliten el intercambio de datos, soluciones y experiencias entre los principales países y partes interesadas.

k) Desarrollar iniciativas especiales para las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad. Prestar mayor apoyo a las poblaciones vulnerables o en situación de vulnerabilidad, como los niños cuyo desarrollo puede verse afectado por riesgos ambientales —especialmente, por exposiciones en etapas tempranas de la vida y por los efectos a largo plazo—, los trabajadores de la economía informal, las poblaciones que atraviesan situaciones de emergencia, las comunidades pobres, las poblaciones de pequeños Estados insulares en desarrollo y de países menos adelantados, el Ártico, las zonas con escasez de agua, las zonas bajas y otros lugares en su contexto específico. Este apoyo se prestará fortaleciendo la resiliencia de los sistemas de salud ante los riesgos climáticos, colaborando en los esfuerzos de adaptación al cambio climático y promoviendo medidas de mitigación del cambio climático en todo el mundo, con el fin de asegurar el futuro a largo plazo de los más vulnerables.

l) Responder en emergencias. Apoyar a los países en la creación de sistemas que les permitan estar preparados para afrontar desastres y emergencias ambientales y proporcionar orientación normativa y técnica. Fortalecer las redes mundiales y regionales de expertos a fin de respaldar a

¹ Véase el párrafo 34 *supra*.

los países en sus respuestas a emergencias ambientales. La respuesta a las emergencias ambientales y la prestación de servicios de salud ambiental son importantes actividades adicionales en los países.

Afrontar emergencias sanitarias de origen ambiental

36. Los conflictos provocados por el hombre, los incidentes tecnológicos y los desastres naturales se cobran un alto precio en la vida y la salud de las personas de todo el mundo, y es probable que el cambio climático y la migración forzada agraven más aún esas situaciones de emergencia. El número de personas desplazadas que huyen en situaciones de emergencia va en aumento, y los mayores efectos se dejan sentir en países con las peores condiciones de salud ambiental y la menor capacidad para responder a emergencias sanitarias de origen ambiental. Prevenir esas emergencias y hacerles frente es fundamental para la seguridad sanitaria, con el fin de velar por la seguridad de las personas.

37. Un enfoque sistemático de las emergencias ambientales, por ejemplo, un accidente químico o nuclear, así como de los aspectos sanitarios de origen ambiental de todo tipo de emergencias y catástrofes, requiere que la Secretaría colabore con todos los Estados Miembros para invertir en la evaluación de la vulnerabilidad y el riesgo y en la planificación de la preparación, la respuesta y la recuperación. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) es un vehículo fácilmente accesible para desarrollar las capacidades nacionales y regionales relativas a las competencias básicas concernientes a la detección de eventos de origen químico, zoonótico, radiológico y nuclear, así como a la preparación y la respuesta ante esos eventos.

38. Los objetivos de gestión sanitaria medioambiental en situaciones de emergencia son los siguientes:

- a)* identificar, evaluar y cartografiar los riesgos y las vulnerabilidades de salud ocupacional y ambiental en países susceptibles de crisis;
- b)* mejorar las capacidades de preparación y gestión eficaces en relación con los aspectos de salud ambiental y ocupacional en emergencias por ejemplo para aumentar la resiliencia de los sistemas y centros de salud;
- c)* asegurarse de que los centros de salud puedan acceder a servicios de salud ambiental básicos como el abastecimiento de agua salubre, un saneamiento y una higiene adecuados y energía limpia y fiable, que no estén emplazados en zonas de riesgo (por ejemplo, de inundación), y que cuenten con sistemas de gestión de salud ocupacional y seguridad en el trabajo; y
- d)* proteger la salud de las personas contra riesgos ambientales durante todas las fases del ciclo de gestión de la situación de desastre o emergencia.

39. En el cuadro 1 se describen las medidas prioritarias sugeridas para la gestión sanitaria ambiental en emergencias.

Cuadro 1. Medidas prioritarias sugeridas para la gestión sanitaria ambiental en emergencias

| Respuesta estratégica | Medidas de los Estados Miembros | Medidas de la Secretaría |
|--|--|--|
| Desarrollo de las capacidades del sector sanitario para gestionar servicios de salud ambiental y ocupacional durante todo el ciclo de vida, en situaciones de emergencia | 1. Desarrollo de perfiles de emergencia sanitaria ambiental (por ejemplo, mapas de recursos y organización) y establecimiento o actualización de planes de salud ambiental en emergencias 2. Aplicación de políticas, programas y sistemas de gestión pertinentes a los servicios de salud ambiental en los centros de salud, incluidos la evaluación, la prestación y el restablecimiento de los servicios 3. Integración de la protección de la salud ocupacional y la seguridad en el trabajo en los planes nacionales de seguro médico | 4. Desarrollo de sistemas de predicción, alerta temprana y preparación para desastres ambientales y emergencias provocadas por el hombre 5. Establecimiento de una red mundial y redes regionales de especialistas e higienistas cualificados en materia de salud ambiental y ocupacional a los que se pueda movilizar y desplegar a tiempo para que presten apoyo a los países que lo necesiten 6. Desarrollo de las capacidades de los países para proteger la salud y la seguridad en el trabajo durante emergencias de salud pública |
| Prestación de servicios de salud ambiental adecuados en centros sanitarios, durante emergencias | 7. Fortalecimiento de la capacidad del sector sanitario para desarrollar y aplicar políticas, programas y sistemas de gestión concernientes a los servicios de salud ambiental y ocupacional en centros de salud, campamentos de refugiados y otras zonas que albergan a desplazados internos | 8. Prestación de asesoramiento normativo y técnico |
| Desarrollo de capacidades nacionales que permitan responder a eventos de origen químico, radiológico y nuclear y aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) | 9. Fortalecimiento de las capacidades nacionales para responder a eventos de origen químico, radiológico y nuclear. Fortalecimiento de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) | 10. Suministro de asesoramiento normativo y técnico 11. Fortalecimiento de redes temáticas mundiales y regionales de expertos, a fin de prestar apoyo a los países en el seguimiento de los eventos de origen químico y nuclear y la respuesta a esos eventos |

Lograr la cobertura sanitaria universal mediante la prestación de servicios de salud ambiental

40. Una de las prioridades estratégicas de la OMS consiste en prestar apoyo a los países en sus esfuerzos hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal. La cobertura sanitaria universal implica asegurar que todas las personas tengan acceso y puedan utilizar servicios de promoción y prevención adecuados a sus necesidades y, al mismo tiempo, velar por que el usuario no sufra penurias económicas. Los servicios ambientales básicos dirigidos principalmente a mejorar la salud son parte integral de la cobertura sanitaria universal. Esos servicios incluyen, por ejemplo, el abastecimiento de agua potable de calidad, servicios de saneamiento gestionados de manera segura, energía y tecnologías limpias, y protección del personal, tanto en los centros de salud como en las comunidades.

41. Los servicios de salud básicos serán cruciales para reducir los brotes de enfermedades infecciosas (lo que permitirá, por ejemplo, limitar el número de personas con enfermedades diarreicas, gracias al

mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento) y las enfermedades no transmisibles (por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, mediante el uso de energía y tecnologías limpias en los hogares).

Objetivos perseguidos

42. En el recuadro 2 se ponen de relieve los objetivos perseguidos mediante el enfoque transformador en el marco de la estrategia mundial.

Recuadro 2. Objetivos perseguidos mediante el enfoque transformador

Mejorar de manera sostenible las condiciones de vida y el bienestar, mediante la creación de entornos saludables

1. **Personas.** Las personas viven más y con mejor salud gracias a la reducción de enfermedades relacionadas con el medio ambiente. Las personas conocen las exposiciones ambientales perjudiciales para sus vidas, el modo de evitarlas y los beneficios que reportan las opciones más sostenibles, por lo que se hacen oír ante las instancias normativas. En última instancia, esto **permite mejorar la salud y el bienestar**.
2. **Cobertura sanitaria universal.** Las personas se benefician de las medidas de **prevención primaria**, entre ellas la promoción de la salud y los servicios básicos de salud ambiental y ocupacional, como parte integral de la cobertura sanitaria universal.
3. **Contaminación atmosférica.** Los países y las principales ciudades han establecido **metas relativas a la calidad del aire** y han introducido políticas para alcanzarlas mediante la **participación de los sectores pertinentes**. Han dejado de utilizarse los **combustibles** contaminantes y las **tecnologías** ineficientes. Las emisiones se han reducido significativamente.
4. **Cambio climático.** Los sistemas de salud y las comunidades de todo el mundo son **resilientes** a la variabilidad y el cambio climáticos y hacen disminuir las tasas de enfermedades infecciosas sensibles al clima. Las emisiones de carbono se reducen para cumplir los compromisos internacionales. Se han desarrollado **sistemas de energía** más limpia, se han introducido **sistemas de transporte público** que promueven **el desplazamiento activo**, se controlan adecuadamente los **vectores de enfermedades**, se promueven y ponen en práctica **dietas** más sostenibles y **sistemas alimentarios** más resilientes, y los hogares y lugares de trabajo deberían favorecer la salud frente al cambio climático.
5. **Agua, saneamiento e higiene.** Todos los países han incorporado los pilares de la **Planificación para la seguridad del agua y el saneamiento** en sus estrategias y han integrado una higiene adecuada en sus planes de inocuidad del agua. Todos los centros sanitarios tienen acceso a servicios de agua potable, saneamiento e higiene. Existen barreras adecuadas de saneamiento y aguas residuales para **luchar contra la resistencia a los antimicrobianos**.
6. **Seguridad química.** Se han reducido los **efectos sanitarios** debidos a la exposición a productos químicos y sus combinaciones gracias a un **mejor conocimiento** de esos efectos, así como a la mayor reglamentación de su uso, la **capacidad** de las instituciones para afrontar las amenazas de origen químico, en particular los incidentes y las **emergencias**, y la participación en **actividades relativas a la gestión** de productos químicos.
7. **Seguridad radiológica.** **Disminuyen** los efectos sanitarios debidos a la **radiación ultravioleta** gracias a la mayor sensibilización respecto de los riesgos y a la mejor protección personal. Se han suprimido las exposiciones innecesarias a las **técnicas médicas por imagen**. Se ha reducido la incidencia de cáncer de pulmón por exposición al **radón** mediante medidas de prevención eficaces. Los **incidentes nucleares** son objeto de respuesta y gestión adecuadas.
8. **Entornos de atención de salud.** Todos los centros y servicios de salud son ambientalmente sostenibles: utilizan **servicios de agua y saneamiento y energía limpia gestionados con seguridad**; gestionan sus residuos y adquieren bienes de manera sostenible; son **resilientes** a los fenómenos meteorológicos extremos; y tienen capacidad para proteger la salud y la seguridad del **personal sanitario**.
9. **Lugares de trabajo.** Todos los lugares de trabajo cuentan con sistemas de gestión de la **salud ocupacional y la seguridad en el trabajo** y de **promoción** de la salud en el trabajo. Todos los trabajadores pueden

acceder a intervenciones esenciales de prevención y control de enfermedades y traumatismos de origen ocupacional o relacionados con el trabajo.

10. **Entorno mundial y regional.** Cuando se necesitan, existen acuerdos y políticas internacionales que abordan eficientemente **los factores mundiales y regionales determinantes de la salud**, por ejemplo, el cambio climático y de los ecosistemas.
11. **Emergencias.** Todos los países tienen capacidad para **gestionar servicios de salud ambiental** eficientemente en situaciones de emergencia. Los países cuentan con capacidad para **responder** a eventos de origen químico, radiológico o nuclear y **proteger** la salud ocupacional y la seguridad en el trabajo del personal que interviene en la respuesta a emergencias.
12. **Gobernanza.** Los gobiernos nacionales y locales (por ejemplo, de las ciudades) disponen de mecanismos para facilitar la **cooperación intersectorial** e integrar la **salud en todas las políticas pertinentes** y asegurar el cumplimiento de su obligación de crear entornos seguros para sus ciudadanos.

43. En el sitio web de la OMS se puede acceder a documentos de apoyo e información detallada sobre las actividades concernientes a las áreas de intervención prioritaria de la Secretaría, con sus correspondientes traducciones.¹

EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS HACIA LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

44. A continuación, se enumeran las principales metas por las que se evalúan los progresos en el periodo 2019-2023, en consonancia con el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS.

En el marco del Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades)

- reducir el número de defunciones y de personas enfermas como consecuencia de los productos químicos peligrosos y de la contaminación del aire, el agua y el suelo.

En el marco del Objetivo 6 (Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos)

- proporcionar acceso a agua potable a 1000 millones de personas;
- proporcionar acceso a sistemas de saneamiento adecuados a 800 millones de personas; y
- reducir en un 40%-50% el número de personas en países de ingresos bajos y medianos atendidas en hospitales sin un suministro fiable de electricidad y sin servicios básicos de agua y saneamiento.

En el marco del Objetivo 13 (Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos)

- duplicar la cantidad de fondos para el clima destinados a la protección de la salud en los países de ingresos bajos y medianos; y
- reducir en un 10% la mortalidad por enfermedades sensibles al clima (a través de medidas relacionadas con el cambio climático, y no de otros factores).

¹ Véase *Public health, environmental and social determinants of health* (<http://www.who.int/phe/publications/global-strategy/en/>), consultado el 27 de marzo de 2019.

45. Se está realizando un seguimiento adicional y más detallado en el marco de cada una de las áreas de salud ambiental. En el recuadro 3 se enumeran los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus indicadores relacionados con la salud.

Recuadro 3. Principales Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas e indicadores relacionados con la salud y el medio ambiente^a

Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas)

Meta 1.5: de aquí a 2030, fomentar la resiliencia de los pobres y las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y otras perturbaciones y desastres económicos, sociales y ambientales.

Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible)

Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades)

Indicador 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente^b

Indicador 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos)^b

Indicador 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias^b

Objetivo 6 (Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos)

Indicador 6.1.1 Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos^b

Indicador 6.2.1 Proporción de la población que utiliza a) servicios de saneamiento gestionados sin riesgos y b) instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón^b

Indicador 6.3.1 Proporción de aguas residuales tratadas de manera adecuada

Indicador 6.a.1 Volumen de la asistencia oficial para el desarrollo destinada al agua y el saneamiento que forma parte de un plan de gastos coordinados por el gobierno

Indicador 6.b.1 Proporción de dependencias administrativas locales que han establecido políticas y procedimientos operacionales para la participación de las comunidades locales en la gestión del agua y el saneamiento

Objetivo 7 (Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos)

Indicador 7.1.2 Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son los combustibles y tecnologías limpias^b

Objetivo 8 (Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos)

Indicador 8.8.1 Tasas de frecuencia de las lesiones ocupacionales mortales y no mortales, desglosadas por sexo y estatus migratorio

Objetivo 9 (Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación)

Objetivo 11 (Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles)

Indicador 11.6.2 Niveles medios anuales de partículas finas en suspensión (por ejemplo, PM_{2.5} y PM₁₀) en las ciudades (ponderados según la población)^b

Objetivo 12 (Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles)

Objetivo 13 (Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos)

Objetivo 17 (Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible)

Cuestiones sistémicas: coherencia normativa e institucional

Indicador 17.14.1 Número de países que cuentan con mecanismos para mejorar la coherencia de las políticas de desarrollo sostenible

^a Los indicadores cuya vigilancia incumbe a la OMS figuran en cursiva. Obsérvese que esta lista no es exhaustiva, y que muchos otros Objetivos, con sus indicadores, también están relacionados con la salud.

^b Estos indicadores se incluyen en el Marco de Impacto de la OMS.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

[En este párrafo figuraba un proyecto de decisión que la Asamblea de la Salud adoptó como decisión WHA72(9).]

ANEXO 3

Plan de acción sobre cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo¹

[A72/16 – 25 de abril de 2019]

ANTECEDENTES

[En los párrafos 1 a 7 se describían los antecedentes del plan de acción, en particular el proceso de su elaboración.]

VISIÓN

8. La visión del presente plan de acción es que, de aquí a 2030, todos los sistemas de salud de los pequeños Estados insulares en desarrollo sean resilientes a la variabilidad y el cambio climáticos.

9. Esta visión debe materializarse en paralelo a las medidas adoptadas por los países de todo el mundo para reducir las emisiones de carbono, tanto para proteger a los más vulnerables frente a los riesgos climáticos como para obtener los beneficios indirectos para la salud derivados de las políticas de mitigación del cambio climático.

ALCANCE

10. El plan de acción tiene por objeto proporcionar a las autoridades nacionales de salud de los pequeños Estados insulares en desarrollo el apoyo político, técnico, financiero y de creación de capacidad y los datos necesarios para:

- a) comprender y abordar mejor los efectos del cambio climático en la salud, entre ellos los derivados del impacto del cambio climático sobre los principales determinantes de la salud, como por ejemplo la alimentación, el aire, el agua y el saneamiento;
- b) mejorar la resiliencia climática y la sostenibilidad medioambiental de los servicios de salud; y
- c) promover la aplicación, por parte de los sectores más contaminantes, como el transporte, la energía, la alimentación y la agricultura, de medidas de mitigación del cambio climático que maximicen los beneficios indirectos para la salud, tanto en los pequeños Estados insulares en desarrollo como en el resto del mundo.

11. El plan de acción también tiene por objeto liderar la transformación de los servicios de salud de los pequeños Estados insulares en desarrollo para que pasen de un modelo de servicios curativos con costos cada vez mayores a un modelo basado en la prevención de la enfermedad, la resiliencia climática, la sostenibilidad y la participación de la comunidad. Otros objetivos son: promover un funcionamiento más integrado entre distintos programas de salud, como los relativos a la salud ambiental, la salud laboral, la seguridad alimentaria y la nutrición; contribuir al logro de objetivos superpuestos como la cobertura sanitaria universal, la seguridad sanitaria y la preparación y respuesta ante emergencias; y colaborar con otros asociados internacionales e intersectoriales, en función de las respectivas ventajas comparativas.

¹ Véase la decisión WHA72(10).

12. El plan de acción está diseñado para respaldar la iniciativa especial de la OMS sobre el Cambio Climático y la Salud en los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, lo que constituye una agrupación voluntaria formada por pequeñas islas independientemente de su condición jurídica, es decir, que comprende tanto Estados independientes como departamentos de ultramar, dependencias y territorios.¹

LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS

13. El plan de acción posee cuatro líneas de acción estratégicas interrelacionadas que se refuerzan mutuamente; cada una de ellas está asociada a dos medidas y a dos indicadores para el seguimiento de los progresos.

Línea de acción estratégica 1 – Empoderamiento: apoyar a los líderes en materia de salud de los pequeños Estados insulares en desarrollo para que actúen nacional e internacionalmente

14. La salud es un aspecto cada vez más reconocido en los debates sobre el clima; sin embargo, aún no se la señala formalmente como prioridad de modo sistemático, lo que hace que se pierdan oportunidades tanto de proteger la salud como de promoverla como argumento y como indicador del éxito para la acción contra el cambio climático. Es necesario asegurarse de que la información necesaria sobre las relaciones entre la salud y el cambio climático se encuentra a disposición de los Estados Miembros, para que puedan tenerla en cuenta al establecer las posiciones oficiales de las distintas agrupaciones de pequeños Estados insulares en desarrollo en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y otros procesos de desarrollo sostenible pertinentes. Los pequeños Estados insulares en desarrollo constituyen aproximadamente una quinta parte de los Estados Miembros de las Naciones Unidas y la OMS, y podrían aprovechar su elevado número para promover más eficazmente la acción mundial. La línea de acción estratégica relativa al empoderamiento pretende promover las voces de los líderes en materia de salud que hablan en nombre de las poblaciones más vulnerables, en apoyo de la adaptación en los pequeños Estados insulares en desarrollo y de los esfuerzos de mitigación de los países de todo el mundo.

Medida 1.1 – Crear en la OMS un centro coordinador o un mecanismo de coordinación alternativo para pequeños Estados insulares en desarrollo, con el fin de prestar apoyo a la acción en materia de cambio climático, medio ambiente y otras cuestiones de salud prioritarias

15. Esta medida responderá a la petición de los países de que se identifiquen y promuevan mecanismos que respalden un proceso abierto de colaboración entre los pequeños Estados insulares en desarrollo y la OMS, así como entre dichos Estados y otros asociados para el desarrollo. La medida apoyará la creación de capacidad entre los responsables de la elaboración de políticas relacionadas con el cambio climático y la salud. El centro coordinador también colaborará con otros asociados para vincular la cuestión del cambio climático con otras prioridades de salud y desarrollo, como el turismo, el medio ambiente, la gestión de residuos, la agricultura, la pesca y la industria. Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 1.1 – Creación en la OMS de un mecanismo de coordinación para los pequeños Estados insulares en desarrollo en materia de cambio climático, medio ambiente y otras cuestiones de salud prioritarias

¹ Toda otra mención en el presente informe a planes nacionales de adaptación y comunicaciones nacionales se refiere también a los documentos presentados tanto por Estados independientes como por departamentos de ultramar, dependencias y territorios, bien sea por derecho propio o en el de sus respectivas naciones gobernantes.

Medida 1.2 – Proporcionar aportaciones del sector sanitario (por ejemplo, planes nacionales de adaptación, comunicaciones nacionales, contribuciones determinadas a nivel nacional) a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y a las partes interesadas que encabecen los pertinentes procesos de cambio nacionales en materia de cambio climático

16. Para aplicar esta medida, la OMS trabajará para fortalecer el seguimiento de las cuestiones de salud en el marco de las convenciones y acuerdos internacionales sobre el medio ambiente y establecerá mecanismos regionales de evaluación y comunicación de riesgos. A través de la plataforma para abordar los efectos del cambio climático en la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo, la OMS trabajará para asegurarse de que los líderes en materia de salud en dichos Estados conozcan perfectamente los datos probatorios más recientes sobre la relación entre el cambio climático y la salud, y estén empoderados para destacar las amenazas y las oportunidades de acción en contextos tanto nacionales como internacionales. La Secretaría también trabajará para promover los contactos de alto nivel colaborando con los Estados Miembros para incluir la iniciativa relativa a los pequeños Estados insulares en desarrollo en la agenda mundial y en las agendas regionales en curso, y en particular en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y en los foros ministeriales regionales sobre salud y medio ambiente. Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 1.2 – Número de pequeños Estados insulares en desarrollo que incluyen la salud como prioridad en sus más recientes comunicaciones nacionales, planes de adaptación y contribuciones determinadas a nivel nacional a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático

Línea de acción estratégica 2 – Datos probatorios: recopilar argumentos que justifiquen la inversión

17. El acervo mundial de datos probatorios sobre los efectos del cambio climático en la salud es comparable al que existe para cualquier otro resultado sensible al clima, como por ejemplo la agricultura y los recursos hídricos. Sin embargo, a menudo la información no se presenta en una forma fácilmente accesible en el nivel nacional o subnacional en el que se toman la mayoría de las decisiones sobre políticas. Además, muchas veces la información carece de la base sistemática de datos económicos que se necesita para presentar argumentos a inversores potenciales como las instituciones internacionales de financiación de la lucha contra el cambio climático, los bancos para el desarrollo y los Ministerios de Hacienda nacionales. Por último, existe una carencia en cuanto a la investigación operativa sobre la aplicación de programas de cambio climático y salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo y en el resto del mundo.

18. Además, las limitaciones de recursos humanos y capacidad de investigación que existen en la mayoría de los pequeños Estados insulares en desarrollo plantean dificultades para generar nuevas investigaciones localmente pertinentes. Por ello es necesario asegurarse de que los datos probatorios existentes se vinculen con las políticas del modo más directo posible, y también crear capacidad y fortalecer las conexiones entre las instituciones nacionales de investigación de los pequeños Estados insulares en desarrollo, así como con las instituciones de investigación de otros países y con los responsables de la elaboración de políticas. Por tanto, esta línea de acción estratégica pretende garantizar que los Ministerios de Salud dispongan de los datos probatorios necesarios en materia de salud, medio ambiente y economía para apoyar la ampliación de la escala de las inversiones en cambio climático y salud, identificar las inversiones prioritarias y efectuar un seguimiento de su impacto.

Medida 2.1 – Desarrollar o actualizar, en colaboración con la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, los perfiles de país relativos al clima y la salud para cada uno de los pequeños Estados insulares en desarrollo

19. En colaboración con la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, la OMS ya ha elaborado perfiles de país para 45 países, entre ellos seis pequeños Estados insulares en desarrollo. La plataforma para abordar los efectos del cambio climático en la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo colaborará con los asociados para realizar evaluaciones nuevas o actualizadas de la vulnerabilidad y la adaptación en relación con el cambio climático y la salud. Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 2.1 – Número de pequeños Estados insulares en desarrollo que han ultimado un perfil de país sobre clima y salud con el apoyo de la OMS y de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático

Medida 2.2 – Identificar, apoyar y aprovechar los centros de excelencia existentes para aumentar la capacidad, realizar evaluaciones, analizar datos, efectuar investigaciones y aplicar medidas, en particular con organizaciones y universidades dotadas de mandatos regionales

20. Esta medida incluirá: estimar el costo de los efectos del cambio climático sobre la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo; colaborar con los asociados para elaborar planes de inversión detallados, fundamentados en análisis económicos sólidos de los costos y las deficiencias, con el fin de aumentar la resiliencia de los sistemas de salud, incluidos los establecimientos sanitarios; llevar a cabo investigaciones operativas a la vez que se elabora y aplica una agenda de investigación, en particular proporcionando apoyo para crear capacidad de investigación en los países. Se hará mejor uso de la información relativa a los pequeños Estados insulares en desarrollo para orientar la labor mundial de reducción de las emisiones. Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 2.2 – Número de centros colaboradores que apoyan activamente a la plataforma para abordar los efectos del cambio climático sobre la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo

Línea de acción estratégica 3 – Puesta en práctica: preparación ante los riesgos climáticos, adaptación y políticas de mitigación que promuevan la salud

21. El plan de acción aprovechará la experiencia obtenida en proyectos de adaptación de todo el mundo en materia de clima y salud, con el fin de aumentar la cobertura de las intervenciones basadas en datos probatorios en el marco de un enfoque integral basado en el marco operacional de la OMS para la creación de sistemas de salud climáticamente resilientes. También pretende fortalecer el papel del sector sanitario en la promoción de los beneficios indirectos para la salud de las medidas de mitigación del cambio climático aplicadas por los sectores más responsables del calentamiento global, tanto en los pequeños Estados insulares en desarrollo como en el resto del mundo.

22. Esta línea de acción estratégica tiene por objeto lograr cambios transformadores en los sistemas de salud promoviendo y apoyando una cultura de prevención de la enfermedad, aumentando la resiliencia climática de los sistemas de salud y maximizando los beneficios indirectos para la salud derivados de las políticas de mitigación del cambio climático.

Medida 3.1 – Apoyar a los pequeños Estados insulares en desarrollo mediante marcos regionales para crear sistemas de salud climáticamente resilientes

23. Esta medida incluye actuaciones preventivas, como integrar la protección de los determinantes ambientales de la salud (por ejemplo, la seguridad hídrica y alimentaria) en la aplicación de la cobertura sanitaria universal y fortalecer la vigilancia y el control de las enfermedades climáticamente sensibles. Incluye asimismo un esfuerzo centrado específicamente en la resiliencia climática y la sostenibilidad ambiental de los establecimientos sanitarios (construir o adaptar las infraestructuras de modo que sean resilientes a los fenómenos meteorológicos extremos y al cambio climático en curso); garantizar un acceso fiable a la energía y el agua y un uso eficiente de estos; y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero. La medida conllevará también la realización de evaluaciones de la situación de partida, y la elaboración y aplicación de planes de mitigación climática para el sector sanitario a fin de reducir las emisiones de gases de efecto invernadero asociadas a la energía, la alimentación, el transporte y las compras. Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 3.1 – Número de pequeños Estados insulares en desarrollo que han puesto en marcha medidas para la resiliencia climática y la sostenibilidad medioambiental de los establecimientos sanitarios

Medida 3.2 – Elaborar y aplicar programas de sensibilización y creación de capacidad para la adaptación y la prevención de enfermedades, tanto por parte de la población como del sistema de salud

24. Para aplicar esta medida, la OMS apoyará a los pequeños Estados insulares en desarrollo en la aplicación de planes nacionales y subnacionales de adaptación en materia de salud en el marco de planes más amplios de acción intersectorial en relación con el cambio climático. También facilitará el intercambio de información, la evaluación de la situación y las investigaciones, y llevará a cabo campañas de promoción y sensibilización para los líderes en materia de salud, los responsables de la elaboración de políticas, las principales partes interesadas y el público general. La medida también requerirá fortalecer los programas de salud ambiental para que contribuyan plenamente a los servicios de salud preventiva y a la atención primaria de salud (incluida la gestión del riesgo de catástrofes) y al control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (también en el ámbito de la salud mental). Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 3.2 – Número de pequeños Estados insulares en desarrollo que han empezado a aplicar planes o medidas nacionales y subnacionales de adaptación en materia de cambio climático y salud con el fin de lograr los beneficios indirectos para la salud descritos en sus contribuciones determinadas a nivel nacional a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático

Línea de acción estratégica 4 – Recursos: facilitar el acceso al financiamiento en el ámbito del cambio climático y la salud

25. Sin acceso a unos recursos financieros suficientes no será posible modificar de forma significativa la actual vulnerabilidad sanitaria de las poblaciones de los pequeños Estados insulares en desarrollo. Los Ministros de Salud han dado prioridad a la necesidad de ampliar y diversificar las vías de financiación potencialmente disponibles para generar resiliencia al cambio climático en la esfera de la salud, y han señalado una serie de dificultades específicas, entre las que cabe mencionar las siguientes: el hecho de que los principales mecanismos de financiación para la lucha contra el cambio climático solo destinan actualmente cerca de un 0,5% de sus recursos a la salud; que el procedimiento para acceder a estos fondos resulta complejo; que ningún organismo de salud está actualmente acreditado para ejecutar

proyectos por cuenta de esos mecanismos; y, en el caso de algunas de las vías de financiación, que los países solo pueden acceder a ellas si cumplen ciertos indicadores generales de desarrollo económico, sin que se tengan debidamente en cuenta los especiales desafíos a los que se enfrentan los pequeños países insulares en desarrollo, como los elevados costos per cápita que supone la prestación de atención sanitaria y la elevada vulnerabilidad económica a los fenómenos meteorológicos extremos.

26. Esta línea de acción estratégica pretende facilitar el acceso a la financiación climática, a la asistencia al desarrollo y a recursos internos, con el ambicioso objetivo de triplicar entre 2019 y 2023 la inversión actual dedicada a cuestiones relacionadas con el cambio climático y la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Medida 4.1 – Dirigir un proceso para buscar formas y mecanismos innovadores en cuanto a financiación y movilización de recursos

27. Esta medida requerirá que se aborden las demandas de los Estados Miembros para que la OMS les preste apoyo a la hora de determinar los recursos disponibles para abordar las cuestiones sanitarias relacionadas con el cambio climático y lograr que el acceso a los fondos sea transparente, en particular mediante mecanismos de financiación simplificados. La Secretaría llevará a cabo un seguimiento de la financiación de los pequeños Estados insulares en desarrollo en materia de cambio climático y salud, en el marco de las actuales corrientes de financiación en esta materia, y en particular del presupuesto por programas de la propia OMS. En la medida en que los fondos existentes no respondan a las necesidades de los pequeños Estados insulares en desarrollo para hacer frente a los cambios climáticos y sanitarios, la OMS explorará la posibilidad de crear un nuevo fondo para este fin, según proceda y de conformidad con los mandatos existentes. Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 4.1 – Número de pequeños Estados insulares en desarrollo que reciben apoyo financiero en el ámbito del cambio climático y la salud

Medida 4.2 – Continuar el proceso de acreditación de la OMS ante el Fondo Verde para el Clima y facilitar el apoyo a los pequeños Estados insulares en desarrollo

28. Los pequeños Estados insulares en desarrollo han abogado por que la OMS simplifique los mecanismos y reduzca la complejidad actual de la obtención de fondos para la adaptación y la mitigación en el sector de la salud. La Secretaría también seguirá apoyando a los países fortaleciendo el liderazgo nacional, la promoción y los instrumentos para establecer un proceso claro de acceso a la financiación en materia de cambio climático y salud. Para el seguimiento de los progresos se utilizará el siguiente indicador:

Indicador 4.2 – Fondos totales recibidos por los pequeños Estados insulares en desarrollo para el sector del cambio climático y la salud

SEGUIMIENTO DE LOS PROGRESOS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES

29. El seguimiento de los progresos en la aplicación del plan de acción se efectuará a partir de los indicadores anteriormente definidos, basándose fundamentalmente en información de encuestas recopilada en consulta con los países, que también constituye la base de los perfiles de los países sobre clima y salud apoyados por la OMS y la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio

Climático. Se propone que a lo largo del periodo 2019-2025 se presenten a la Asamblea de la Salud informes bienales sobre los progresos.¹

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

30. [En este párrafo figuraba un proyecto de decisión que la Asamblea de la Salud adoptó como decisión WHA72(10).]

¹ Los comités regionales de la OMS podrán considerar disposiciones de seguimiento separadas para los distintos planes de acción regionales.

ANEXO 4

Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica: recomendaciones del Grupo Asesor y enmienda de la nota a pie de página del anexo 2¹

A. Informe y recomendaciones del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica correspondientes a su reunión del 17 al 19 de octubre de 2018, en Ginebra (Suiza)²

Organización y proceso de la reunión

1. El Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) se reunió en la sede de la OMS en Ginebra (Suiza) del 17 al 19 de octubre de 2018.
2. De los 18 miembros del Grupo Asesor, asistieron 17. En el anexo 1 figura la lista de los participantes en la reunión.
3. En nombre del Director General, el Director de Gestión de Peligros Infecciosos dio la bienvenida a los miembros del Grupo Asesor y les agradeció el esmero de que hacían gala en su labor. El Director General Adjunto para Preparación y Respuesta ante Emergencias transmitió su agradecimiento y reconocimiento al Grupo Asesor en la segunda jornada de la reunión.
4. El Presidente dio las gracias al miembro saliente del Grupo Asesor, el Dr. Olav Hungnes, por su dedicación y sus muchas contribuciones. Asimismo, dio las gracias a la Secretaría por su buen hacer.
5. La Secretaría pasó revista a las declaraciones de intereses e hizo públicos los intereses pertinentes. El informe sobre las declaraciones de intereses figura en el anexo 2.
6. Se adoptó el orden del día de la reunión del Grupo Asesor, que se recoge en el anexo 3.
7. Dos representantes de los Centros Colaboradores del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) asistieron a las correspondientes sesiones técnicas de la reunión, en consonancia con las disposiciones para la representación del SMVRG en las reuniones del Marco de PIP.³ Un tercer representante del SMVRG procedente de un Centro Nacional de Gripe (CNG) tenía previsto asistir, pero los preparativos del viaje no se completaron a tiempo. La lista de los participantes procedentes del SMVRG, las asociaciones de fabricantes y de la industria, las organizaciones de la sociedad civil y la OMS figura en el anexo 4.

¹ Véase la decisión WHA72(12).

² Se reproducen sin los anexos. El informe con los anexos puede consultarse (solo en inglés) en https://www.who.int/influenza/pip/AGMR_Oct2018.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2019).

³ Véase http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/GISRS_representation_20171010.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2019).

Medidas adoptadas desde la reunión del Grupo Asesor de abril de 2018

8. La Secretaría presentó al Grupo Asesor información actualizada sobre dos medidas concretas adoptadas en respuesta a las recomendaciones para el Director General formuladas en abril de 2018 por el Grupo Asesor. La información actualizada sobre otras medidas adoptadas se recogen en las secciones técnicas pertinentes (por ejemplo, intercambio de virus).

9. La Secretaría informó sobre una reunión mantenida por el Director General y el Director General Adjunto con los directores ejecutivos de grandes empresas de vacunas y antivíricos y con la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (IFPMA) para deliberar sobre la aplicación del Marco de PIP. El Director General Adjunto hizo seguimiento del asunto con dos reuniones adicionales.

10. En respuesta a la recomendación del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016 de elaborar un modelo de evaluación integral,¹ se ha preparado semestralmente un informe sobre los progresos del Marco de PIP. En respuesta a las recomendaciones de 2017 del Comisario de Cuentas sobre las contribuciones de partenariado (CP) se incluyó el Marco de PIP en el portal web del presupuesto por programas de la OMS y se añadió un estado financiero provisional a la versión anual del informe sobre los progresos.

Recomendaciones para el Director General sobre el modelo de evaluación integral

11. *El Grupo Asesor recomienda que el Director General acepte que el informe sobre los progresos semestral y la inclusión del Marco de PIP en el portal web del presupuesto por programas de la OMS cumplen la recomendación del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016 de elaborar un modelo de evaluación integral (recomendación 1).*

12. *A fin de mantener la visibilidad del Marco de PIP y su aplicación, como han solicitado las partes interesadas, el Grupo Asesor recomienda que el Marco de PIP se mantenga en el portal web del presupuesto por programas como proyecto especial diferenciado y que no se agregue al Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.*

Actualización sobre la aplicación de la contribución de partenariado

13. El informe final sobre el Plan I de aplicación de alto nivel de la CP, en el que se resumen los logros de 2014-2017, se publicará en octubre de 2018. En general, el 81% de 21 de los indicadores de las metas del Plan I se cumplieron (es decir, un logro de >85%) o se rebasaron.

14. En el primer informe sobre los progresos se presentó información sobre la aplicación técnica y financiera del Plan II y la secretaría del Marco de PIP entre enero y junio de 2018. Los progresos relativos a la aplicación financiera se notifican en relación con la asignación bienal de la OMS. La información recogida en el informe sobre los progresos se presenta mayoritariamente a través de infografías.

15. El Grupo Asesor señaló que el informe sobre los progresos era un mecanismo excelente y bien diseñado para transmitir información pormenorizada sobre los aspectos técnicos y financieros de la aplicación de la CP y sus resultados.

¹ Véase la recomendación 1 del informe del Grupo de Examen del Marco de PIP en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_16-sp.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2019).

Actualización sobre la recaudación de las contribuciones de partenariado

16. Se informó al Grupo Asesor sobre las CP recibidas entre 2012 y 2018. Las facturas correspondientes a 2018 se enviaron en agosto. A mediados de septiembre de 2018 se había recibido aproximadamente un 30% de las contribuciones anuales de ese año, que ascienden a US\$ 28 millones.
17. Persisten las dificultades en la recaudación de las CP. Si bien la mayoría de los grandes fabricantes han pagado, unos pocos no liquidan la totalidad del monto facturado. Algunas empresas más pequeñas tienen contribuciones impagadas. En consecuencia, las CP anuales (US\$ 28 millones) han registrado una reducción de entre el 2% y el 4% cada año hasta 2017.
18. La Secretaría sigue colaborando con la industria en este asunto y efectúa el pertinente seguimiento de todas las empresas que tienen montos de CP pendientes de pago.
19. El Grupo Asesor señaló que previamente había formulado recomendaciones sobre la recaudación de CP, la más reciente en su reunión de abril de 2018.¹ El Grupo Asesor tiene previsto seguir supervisando la situación y, en futuras deliberaciones, se prestará la debida consideración a las medidas adecuadas que conviene adoptar, en particular con respecto al acceso a los materiales biológicos PIP, a fin de responder a las inquietudes manifestadas en este ámbito.

Consulta con las partes interesadas sobre la aplicación del Marco de PIP

20. La Sede y las oficinas regionales ofrecieron a los representantes de la industria y otras partes interesadas información actualizada sobre las actividades de aplicación de la CP desde la última reunión del Grupo Asesor e hicieron una demostración del portal web del presupuesto por programas de la OMS.
21. El Presidente declaró abierta la consulta y dio las gracias a las partes interesadas por sus contribuciones a la aplicación del Marco de PIP.
22. El Grupo Asesor recibió las siguientes observaciones de representantes de la industria, quienes:
 - a) Formularon comentarios muy positivos en relación con el nuevo informe semestral sobre los progresos con respecto a lo siguiente: facilidad de lectura, formato de infografías, vínculo de las actividades con la ejecución del presupuesto e inclusión de un estado financiero certificado provisional con periodicidad anual. Especialmente se acogieron con agrado los ejemplos concretos de impacto en las regiones.
 - b) Señalaron que el nivel y la visibilidad de la información pormenorizada y los ejemplos concretos de impacto les resultan útiles a la hora de transmitir a sus cuadros directivos la importancia del Marco y la incidencia de las CP.
 - c) Pidieron a la Secretaría que antes de las consultas con las partes interesadas del Grupo Asesor compartiera los ejemplos concretos de impacto en las regiones y que los difundiera más ampliamente.
 - d) Sugirieron que se hiciera hincapié en los «nuevos» avances/logros/actividades puesto que dejan constancia de la mejora de la capacidad gracias a las CP.

¹ Véase el informe de la reunión de abril de 2018 del Grupo Asesor (en inglés) en https://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIPAG_MR_Apr2018.pdf?ua=1 (consultado el 20 de noviembre de 2019).

- e) Señalaron la importancia de facilitar información sobre la sostenibilidad de los logros financiados por las CP en futuros informes.
- f) Pidieron información sobre cómo se notificaría el interés acumulado en la cuenta del fondo de respuesta de las CP.
23. El Grupo Asesor recibió las siguientes observaciones del Third World Network (TWN), quienes:
- a) Formularon comentarios muy positivos en relación con el informe sobre los progresos.
- b) Solicitaron aclaraciones sobre el enfoque de las regiones respecto de la dotación de personal en relación con las CP y sobre el plan para la dotación de personal de la secretaría del Marco de PIP en la Sede.
24. Los representantes del sector presentaron las siguientes observaciones sobre la aplicación del párrafo 8 b) de la decisión WHA70(10):
- a) Reiteraron sus opiniones de que *i*) el Marco de PIP no debería ampliarse para incluir la gripe estacional; y *ii*) no debería haber restricciones en el intercambio de datos de secuencias genéticas (DSG), dado que los «resquicios legales» son teóricos en este momento y sigue siendo necesario utilizar material biológico PIP para que los productos lleguen al mercado.
- b) Subrayaron la necesidad de una solución urgente para hacer frente a los retos e incertidumbres relativos al intercambio de virus de la gripe estacional que van surgiendo a medida que los países aplican el Protocolo de Nagoya.
- c) Señalaron que algunos Estados Miembros eximen a los virus de la gripe estacional de cumplir el Protocolo de Nagoya y propusieron que la OMS trabaje con los Estados para facilitar el intercambio de información sobre el enfoque que están adoptando en relación con el intercambio de virus de la gripe estacional en virtud del Protocolo de Nagoya.
- d) Solicitaron aclaración sobre las próximas etapas del documento preparado para la Consulta de los días 15-16 de octubre de 2018 sobre la aplicación del párrafo 8 b) de la decisión WHA70(10), *Enfoques de la gripe estacional y los datos de secuencias genéticas de conformidad con el Marco de PIP: Proyecto de análisis* (en adelante el «proyecto de *Análisis*»), así como sobre el proceso para su transmisión al Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud.
25. Los representantes de TWN presentaron las siguientes observaciones sobre la aplicación del párrafo 8 b) de la decisión WHA70(10):
- a) Reiteraron sus opiniones de que *i*) la gripe estacional no debería formar parte del ámbito del Marco de PIP; *ii*) hay poca diferencia entre los DSG y el material biológico PIP; y *iii*) su enfoque preferido es enmendar la definición de material biológico PIP con el fin de incluir los DSG.
- b) Con respecto a los debates entre la OMS y los Estados Miembros sobre su enfoque con respecto al intercambio de virus de la gripe estacional en virtud del Protocolo de Nagoya, TWN recordó a la OMS los derechos soberanos que los Estados Miembros tienen sobre sus propios recursos genéticos.
- c) Solicitaron aclaración sobre el proceso para finalizar el proyecto de *Análisis*.

26. GISAID manifestó su preocupación por el párrafo 69 del proyecto de *Análisis*, en el que se hace referencia a los «Avisos legales» y el uso de los DSG.

27. Los representantes de la industria informaron de los progresos en la elaboración de una fórmula revisada para calcular la distribución de las CP entre las empresas. Están a la espera de información de una empresa para poder finalizar la fórmula y compartirla con la OMS y el Grupo Asesor. Señalaron también que tienen previsto presentar la fórmula revisada a más tardar para la reunión del Grupo Asesor del Marco de PIP de primavera de 2019.

Intercambio de virus

28. El Programa Mundial de la Gripe (GIP) presentó información actualizada sobre el intercambio de virus.

29. En respuesta a las recomendaciones del Grupo Asesor de abril de 2018 para la mejora del intercambio de virus, el GIP intensificó varias acciones, como la elaboración de materiales de comunicación y promoción para el sector de la salud y otros sectores y la colaboración puntual con países junto con los Centros Colaboradores del SMVRG y las oficinas de la OMS, tanto regionales como en los países.

30. El GIP presentó un examen provisional del intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos (VGPP) desde la adopción del Marco de PIP en mayo de 2011 hasta el 30 de junio de 2017 y del intercambio de VGPP para países específicos desde el 1 de julio de 2017 hasta el 31 de agosto de 2018, con arreglo a las Directrices operativas que entraron en vigor el 1 de julio de 2017.¹

31. El Grupo Asesor expuso que el intercambio de VGPP con el SMVRG y entre las entidades que lo integran ocurre en dos niveles. Inicialmente, un país comparte VGPP a través de su Centro Nacional de Gripe (CNG) u otro laboratorio de la gripe con el SMVRG (con frecuencia con un Centro Colaborador de la OMS) y posteriormente, previa petición, con otros laboratorios del SMVRG. Además, hay intercambios con otros laboratorios. El Grupo Asesor hizo hincapié en la importancia de poder evaluar la integridad y puntualidad del intercambio a todos los niveles.

32. El Grupo Asesor observó que sigue habiendo dificultades con el intercambio de material biológico PIP que se deben a las diferencias, la evolución y, en ocasiones, los conflictos entre las regulaciones nacionales que abordan la importación, la exportación y las cuestiones de seguridad. Ello perturba en ocasiones la recepción e intercambio oportuno de material biológico PIP.

33. El Grupo Asesor indicó que algunos países con casos humanos de infección por VGPP siguen sin compartir esos virus con arreglo a las Directrices operativas sobre el intercambio de virus. El Grupo Asesor tiene previsto seguir supervisando la situación y, en futuras deliberaciones, se estudiarán las medidas adecuadas que conviene adoptar, en particular con respecto a la participación en los beneficios, para responder a las inquietudes manifestadas al respecto.

Recomendación para el Director General sobre el intercambio de virus

34. *El Grupo Asesor solicita que la Secretaría compile, analice y presente datos sobre el intercambio de virus de una forma que permita comprender mejor los posibles problemas que se registran con el intercambio de virus en virtud del Marco.*

¹ Véanse las Directrices operativas sobre el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272881/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.3-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consultado el 20 de noviembre de 2019).

Uso indirecto de materiales biológicos PIP

35. La secretaría del Marco de PIP solicitó el consejo del Grupo Asesor sobre la aplicación del proceso de participación en los beneficios del Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 (AMTM 2) a los fabricantes de productos contra la gripe que puede que utilicen indirectamente productos biológicos PIP en el desarrollo/ensayo de sus productos sin que quede registrado, es decir sin un número en el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe (MTVG), que permitiría trazar el uso de materiales biológicos PIP.

36. Esto ha ocurrido, y puede que aún ocurra, cuando los fabricantes de productos contra la gripe trabajan con receptores de productos biológicos PIP ajenos a su organización para respaldar el desarrollo, ensayo o tramitación reglamentaria de sus productos. Esos fabricantes no aparecerían en el MTVG y, por tanto, no se establecería contacto con ellos para que suscriban un AMTM 2. Esto se considera uso «indirecto» de materiales biológicos PIP.

37. El Grupo Asesor señaló que esta situación constituye un resquicio legal con respecto al acceso y la participación en los beneficios y que debería subsanarse.

38. El Grupo Asesor propone que se modifique la redacción de la nota a pie de página 1 del anexo 2 del Marco de PIP. La redacción de la nota a pie de página podría ampliarse para incorporar el texto en negritas que figura a continuación:

«Se consideran receptores todas las entidades que reciben «Materiales biológicos PIP» del Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), como fabricantes de vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos, así como empresas de biotecnología, instituciones de investigación e instituciones académicas y **toda entidad que colabore con receptores de materiales biológicos PIP con el fin de respaldar el desarrollo, el ensayo o la tramitación reglamentaria de un producto relacionado con la gripe**. Cada receptor seleccionará las opciones que más convengan a su naturaleza y capacidades.»

Recomendación para el Director General sobre el tratamiento que se debe dar al uso indirecto de materiales biológicos PIP

39. *El Grupo Asesor recomienda que el Director General haga cursar la propuesta de texto revisado del párrafo 38 del presente informe por las etapas necesarias para modificar la nota a pie de página 1 del anexo 2 del Marco de PIP con el fin de subsanar el resquicio legal descrito en los párrafos anteriores.*

Consulta de la OMS sobre la aplicación del párrafo 8 b) de la decisión WHA70(10)

40. Dieciséis de los 18 miembros del Grupo Asesor asistieron a la Consulta, celebrada los días 15 y 16 de octubre de 2018.¹

41. El Grupo Asesor tomó nota de la gran calidad y exhaustividad del proyecto de *Análisis* preparado por la Secretaría, así como de la Consulta que tuvo lugar en esos dos días.

¹ Véase <http://www.who.int/influenza/pip/ConsultWHA70108b-Oct18/en/> (consultado el 20 de noviembre de 2019).

42. El Grupo Asesor tomó nota también de que, si bien los debates habían sido sólidos, el número de Estados Miembros que participó fue más bien limitado.¹ La Secretaría tiene previsto proseguir las consultas.

Gripe estacional en el Marco de PIP

43. Se recordó al Grupo Asesor del Marco de PIP que, según se recoge en el anexo 3 del Marco, se le ha encargado que proporcione orientaciones al Director General sobre el fortalecimiento de la función del Marco y el funcionamiento operacional del SMVRG. La OMS se esmera en aplicar el Marco teniendo presente el interés de la salud pública y prestando una atención especial a los Estados Miembros más necesitados.

44. El Grupo Asesor del Marco de PIP señaló que era importante recordar lo siguiente:

- a) la preparación y respuesta ante una gripe pandémica están estrechamente relacionadas con la vigilancia y el control de la gripe estacional, y
- b) el SMVRG es un componente esencial de la preparación y respuesta ante la gripe —tanto estacional como pandémica— y el Marco de PIP es el mecanismo de acceso a los VGPP y la participación en los beneficios resultantes.

45. Hay variaciones en la aplicación del Protocolo de Nagoya por los países. En algunos casos, la aplicación del Protocolo de Nagoya ha retrasado y restringido el intercambio de virus de la gripe estacional.

46. Por lo general no se conocen los efectos potencialmente graves del Protocolo de Nagoya sobre la salud pública, ni se toman medidas al respecto, no solo en relación con la gripe, sino también con un conjunto más amplio de patógenos. Para reducir al mínimo esos posibles efectos se requiere un compromiso de todos los sectores de la Administración pública, es decir, que no esté exclusivamente restringido a los Ministerios de Salud o del Medio Ambiente.

47. En esta etapa, incluir la gripe estacional en el Marco de PIP podría conllevar riesgos para la integridad y buen funcionamiento del Marco y del SMVRG. Al mismo tiempo, se han planteado problemas con el intercambio de virus de la gripe estacional.

Recomendaciones para el Director General sobre la gripe estacional en el Marco de PIP

48. *El Grupo Asesor estima que en estos momentos no es aconsejable incluir la gripe estacional en el ámbito de aplicación del Marco de PIP, si bien reconoce que el asunto es objeto de debate entre los Estados Miembros.*

49. *El Grupo Asesor recomienda que se busque urgentemente una solución para hacer frente a los retos e incertidumbres relacionados con el intercambio de virus de la gripe estacional que han ido surgiendo a medida que los países aplican el Protocolo de Nagoya. Además, el Grupo Asesor aconseja que la Secretaría haga un seguimiento estrecho de los casos en que la aplicación del Protocolo de Nagoya afecte al intercambio de virus de la gripe estacional.*

¹ En total se registraron 37 Estados Miembros para asistir a la Consulta.

50. *El Grupo Asesor alienta a la OMS a incrementar de forma considerable y efectiva su colaboración con la Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica (CDB) y con los Estados Miembros en aras de la promoción y avance de la salud pública.*

51. *El Grupo Asesor alienta a la OMS a buscar formas de poner en marcha un enfoque integral para dar a conocer entre los Ministerios de Salud las cuestiones relacionadas con el Protocolo de Nagoya y promover su colaboración con los procesos del CDB, por ejemplo participando en sus Comités Regionales.*

52. *El Grupo Asesor alienta al Director General a: i) comunicarse con los Ministros de Salud y los de Asuntos Extranjeros para promover a nivel ministerial el interés en las cuestiones de salud pública tratadas en el Protocolo de Nagoya; y ii) invitar al Consejo Ejecutivo en su 144.^a reunión a que examine la posibilidad de incluir un punto sobre las «implicaciones para la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya» en el orden del día provisional de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud.*

Datos de secuencias genéticas en virtud del Marco de PIP

53. El Grupo Asesor recordó los cuatro principios elementales elaborados en el curso de su labor sobre los DSG, con el establecimiento de múltiples grupos de trabajo y mantenimiento de debates. Esos principios, enraizados en el principio fundacional del Marco de que el acceso y los beneficios son igualmente importantes, son los siguientes:

- a) Debería efectuarse el intercambio rápido de DSG de alta calidad para evaluar oportunamente los riesgos y la respuesta que se les dé
- b) Debería haber acceso público sostenible a los DSG de VGPP
- c) La participación en los beneficios derivados del intercambio de DSG debería ser justa y equitativa
- d) Debería darse reconocimiento a los proveedores de datos y a la colaboración activa entre proveedores y usuarios de datos.

54. El Grupo Asesor observó que, durante la Consulta de los días 15 y 16 de octubre sobre la aplicación del párrafo 8 b) de la decisión WHA70(10), se manifestaron diversas opiniones sobre la relación de los DSG con el Marco de PIP, a saber, que se mantenga la definición actual de materiales biológicos PIP; que se modifique la definición de materiales biológicos PIP mediante diferentes enfoques; o que se utilicen otros mecanismos para abordar los DSG con arreglo al Marco.

55. En estos momentos el Grupo Asesor aconseja mantener la definición actual de materiales biológicos PIP. Ahora bien, reconoce que se necesita investigar más a fondo para entender los otros enfoques esbozados en el proyecto de *Análisis* con respecto a este dinámico ámbito técnico y sus repercusiones generales.

56. El Grupo Asesor señaló que en estos momentos hay intercambio de DSG de VGPP, que funciona bien y que entre los beneficios se incluyen los derivados de la CP y la capacidad de comparar la secuencia de un VGPP con una mayor compilación de DGS de VGPP, lo cual puede facilitar la I+D.

57. El Grupo Asesor considera que es importante seguir fortaleciendo el acceso y la participación en los beneficios en relación con los DSG de VGPP, mientras los Estados Miembros siguen debatiendo las cuestiones normativas de ámbito más general y promoviendo los principios de justicia y equidad.

También tomó nota de la creciente complejidad del asunto, estrechamente vinculado con la forma de llevar a cabo las investigaciones científicas y médicas. Por tanto, es importante trabajar de forma transparente para despejar las inquietudes.

58. En estos momentos hay un resquicio legal en relación con el uso indirecto de los materiales biológicos PIP, que se analiza en la sección del presente informe titulada «Uso indirecto de materiales biológicos PIP». Algunos de esos productos pueden derivarse exclusivamente de los DSG de VGPP. La recomendación del párrafo 38 subsanaría ese resquicio legal, así como los usos indirectos de DSG de VGPP.

59. En el futuro puede que sea posible comercializar productos relacionados con la gripe utilizando DSG de VGPP independientes de los materiales biológicos PIP. Por tanto, no sería obligatorio firmar un AMTM 2. El Grupo Asesor reconoce que ello es motivo de preocupación.

60. Para despejar esta preocupación y seguir reforzando el acceso a los VGPP y la participación en los beneficios, el Grupo Asesor desea revisar la labor anteriormente realizada.

61. El Grupo Asesor había solicitado previamente a la Secretaría que investigase y elaborase un prototipo de buscador que pudiera rastrear los productos elaborados mediante DSG de VGPP. Este buscador indaga en las bases de datos de patentes, ensayos clínicos y notificaciones de reglamentación.

62. Con arreglo al modelo piloto inicial del prototipo de buscador, el Grupo Asesor solicita ahora que la Secretaría amplíe su labor para evaluar más a fondo la utilidad de este enfoque e informar al respecto. El Grupo Asesor pide que la Secretaría comience a utilizar el buscador con carácter experimental a fin de detectar los productos y cerciorarse de la frecuencia y naturaleza de aquellos que no han estado sujetos al sistema de participación en los beneficios, pero que pueden haber utilizado DSG de VGPP. El Grupo Asesor alberga la esperanza de poder así formular recomendaciones con base científica que contribuyan a fortalecer los enfoques sobre la participación en los beneficios respecto de los DSG de VGPP en el Marco de PIP.

63. En la labor anterior del Grupo Asesor se puso de relieve la importancia del principio del reconocimiento de los proveedores de datos y la colaboración activa entre estos y los usuarios de los datos.

Recomendaciones para el Director General sobre los DSG en el Marco de PIP

64. *El Grupo Asesor recomienda que la Secretaría evalúe la utilidad de su prototipo de buscador para detectar productos que puedan haber utilizado DSG de VGPP y que no han estado sujetos al sistema de participación en los beneficios; determinar la frecuencia y naturaleza de dichos productos; y presentar sus conclusiones al Grupo Asesor.*

65. *El Grupo Asesor recomienda que la Secretaría estudie los nuevos pasos que conviene dar para hacer efectivo el principio del reconocimiento de los proveedores de datos y de la colaboración activa entre proveedores y usuarios de datos. En particular, el Grupo Asesor recomienda que se dé con la formulación adecuada para que la examinen las correspondientes bases de datos a fin de orientar a los posibles usuarios de DSG de VGPP del Marco de PIP.*

Debates técnicos

66. La Secretaría presentó información actualizada sobre lo siguiente:

- a) Aplicación de las recomendaciones del Grupo de Examen de 2016: La Secretaría pasó revista al estado de aplicación de las recomendaciones y a las medidas adoptadas o previstas a tal efecto.
- b) Sesión informativa sobre asuntos financieros de la OMS: El Contralor de la OMS y dos asociados del Departamento de Finanzas presentaron al Grupo Asesor un panorama general de los procedimientos de gobernanza financiera de la Organización. La Secretaría elaborará un presupuesto bienal pormenorizado y un plan de actividades para que el Grupo Asesor los examine en su reunión de la primavera de 2019. En los debates también se trató el asunto de los intereses devengados en los fondos de la CP para la respuesta.
- c) Taller de formación en la Universidad de Siena: La Secretaría presentó información general sobre un taller de formación de la OMS sobre la gestión de la calidad y la bioseguridad en laboratorios dirigido a los CNG, celebrado en la Universidad de Siena (Italia). El taller tuvo su origen en las ofertas de formación sobre AMTM 2 de categoría C. Los conocimientos de los participantes sobre el tema tratado en la formación, según se desprende de una evaluación escrita, aproximadamente se triplicaron.

Próximas etapas

67. El Grupo Asesor acordó que su próxima reunión tendría lugar en la semana de 11 de marzo de 2019.

El Grupo Asesor solicitó que algunos asuntos técnicos que no se examinaron en esta reunión se incluyeran en el orden del día de la próxima reunión.

B. Texto de la nota a pie de página 1 modificada del anexo 2 del Marco de PIP¹

Se consideran receptores las entidades que reciben «Materiales biológicos PIP» del Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), como fabricantes de vacunas, medios diagnósticos, productos farmacéuticos y otros productos de interés para la preparación y respuesta ante una gripe pandémica, así como empresas de biotecnología, instituciones de investigación e instituciones académicas. Los receptores seleccionarán compromisos de entre los incluidos en los apartados a) a c) del artículo 4.1.1 del AMTM 2, en función de su naturaleza y capacidades; los que no sean fabricantes solo tendrán que considerar la posibilidad de contribuir a las medidas enumeradas en el apartado c) del artículo 4.1.1 del AMTM 2.

Todo fabricante que suscriba contratos o acuerdos formales con receptores o laboratorios del SMVRG con el propósito de utilizar materiales biológicos PIP en nombre del fabricante a efectos de comercialización, uso público o aprobación regulatoria de vacunas, medios diagnósticos o productos farmacéuticos de ese fabricante también deberá suscribir un AMTM 2 y seleccionar compromisos de entre los incluidos en los apartados a) a c) del artículo 4.1.1, en función de su naturaleza y capacidades.

¹ Véase el documento A72/21 Add.1; véase también el documento WHA72/2019/REC/3, actas resumidas de la novena sesión de la Comisión A, sección 2.

ANEXO 5

Plan de acción mundial sobre la promoción de la salud de refugiados y migrantes , 2019-2023¹

[A72/25 Rev.1 – 23 de mayo de 2019]

[En los párrafos 1 a 9 se describían los antecedentes del plan de acción mundial, en particular el proceso de su elaboración.]

BREVE PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN EN EL MUNDO

10. El número de migrantes internacionales² como proporción de la población mundial ha aumentado. En 2017, los migrantes internacionales representaban el 3,4% de la población mundial, en comparación con el 2,8% en 2000. Entre 2000 y 2017, el número total de migrantes internacionales pasó de 173 millones a 258 millones, un incremento del 49%.³

11. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados informa de que la cifra de personas en situación de desplazamiento forzado en todo el mundo (68,5 millones) constituye el nivel más alto de desplazamiento humano jamás registrado,⁴ y de que la cifra incluye 25,4 millones de refugiados. También hay 10 millones de apátridas, es decir, personas que carecen de nacionalidad y no pueden acceder a derechos básicos como la educación, la atención de salud, el empleo y la libertad de movimientos.

CONSECUENCIAS Y DESAFÍOS PARA LA SALUD

12. Muchos refugiados y migrantes no tienen acceso a los servicios de atención de salud, como la promoción de la salud, los servicios de salud mental (en particular para los trastornos postraumáticos, que afectan a muchos refugiados y migrantes) y la prevención, tratamiento y atención de las enfermedades, ni tampoco a la protección financiera.

13. La nacionalidad nunca debería utilizarse como punto de partida para determinar el acceso a la atención de salud; la condición jurídica (con frecuencia) determina el nivel de acceso, según corresponda en los sistemas de salud o los planes de seguro nacionales, sin revocar el principio de la cobertura sanitaria universal enunciada en los acuerdos internacionales. En algunos casos, los refugiados y migrantes pueden temer ser identificados, detenidos o deportados, y pueden ser víctimas de trata o de esclavitud. Los niños no acompañados se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad y requieren medidas específicas.

¹ Véase la decisión WHA72(14).

² Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *International migration report 2017*. Nueva York, Naciones Unidas, 2017. (http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf), consultado el 21 de marzo de 2019.

³ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Population facts*. Diciembre de 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-5.pdf), consultado el 27 de marzo de 2019.

⁴ ACNUR. *Figures at a glance* (<http://www.unhcr.org/uk/figures-at-a-glance.html>), consultado el 21 de marzo de 2019.

14. Los obstáculos para el acceso a los servicios de atención de salud varían de un país a otro; pueden comprender, según los casos: diferencias idiomáticas y culturales, costos elevados, discriminación, trabas administrativas, imposibilidad de afiliarse a los planes locales de financiación de la salud, condiciones de vida adversas, ocupación o bloqueo de territorios y falta de información sobre los derechos en materia de atención sanitaria. Todas estas situaciones dificultan la obtención de atención de salud. Además, pueden precipitar resultados negativos en el ámbito de la salud mental.

15. Los refugiados y los migrantes pueden proceder de zonas donde las enfermedades transmisibles sean endémicas. Sin embargo, eso no significa necesariamente que supongan un riesgo infeccioso para la población de acogida y en tránsito. Más bien, son ellos quienes pueden estar en riesgo de contraer enfermedades transmisibles, en particular las transmitidas por los alimentos y el agua, como consecuencia de los peligros del viaje y factores propios del país de acogida relacionados con las malas condiciones de vida y de trabajo, y con la falta de acceso a servicios esenciales de atención de salud. Para las personas que se desplazan de un sitio a otro es más difícil mantener un acceso a la vacunación y la continuidad de la atención de salud. La falta de acceso a los medicamentos y la gestión deficiente de los tratamientos pueden facilitar el desarrollo de resistencia a los antimicrobianos. A causa de sus vulnerabilidades específicas a la infección por VIH y la tuberculosis, los refugiados y los migrantes necesitan servicios integrados especiales de atención de salud.

16. Las circunstancias y los obstáculos de salud pública que afectan a los refugiados y los migrantes son específicos de estas poblaciones, así como de las distintas fases del ciclo de migración y desplazamiento (a saber, la partida y el periodo precedente, el viaje, la llegada al destino, y el eventual retorno). Los refugiados y los migrantes con afecciones crónicas o enfermedades hereditarias pueden sufrir una interrupción de su tratamiento o recibirlo solo de forma episódica, y pueden desplazarse sin medicamentos o registros sanitarios.

17. El proceso de migración y desplazamiento puede dar pie a situaciones de inseguridad alimentaria y problemas nutricionales como la malnutrición (tanto desnutrición como carencia de micronutrientes). El proceso también ocasiona trastornos en las prácticas de alimentación y atención de los lactantes y los niños pequeños, y las mujeres y los niños tienen dificultades de acceso a servicios esenciales de atención de salud¹ como resultado de la inseguridad, la desigualdad de género, la discriminación cultural o la limitación de la libertad de movimientos. Cuando hay escasez de alimentos, las mujeres y las niñas refugiadas o migrantes en situación vulnerable tienen más probabilidades que la población de acogida de recibir una nutrición deficiente. Las mujeres embarazadas o que amamantan están expuestas a un riesgo especialmente alto de desnutrición a causa de sus mayores necesidades fisiológicas.

18. Las mujeres migrantes y desplazadas pueden tener un acceso limitado a la atención de salud sexual y reproductiva² y pueden encontrarse expuestas a amenazas específicas para sus derechos conexos.³ Muchas mujeres migrantes o refugiadas no reciben atención prenatal o la reciben con retraso a causa de los obstáculos financieros en los hospitales, de la falta de derivación de los casos a ginecólogos, o del

¹ Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, meta 3.8 (lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos).

² Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, meta 3.7: de aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, meta 5.6: asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

³ De conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

miedo, en particular a ser señaladas ante las autoridades y por motivos de vergüenza.¹ La migración internacional da lugar a diferencias en los resultados en materia de salud perinatal entre las mujeres migrantes y las nacidas en los países de recepción, así como entre distintos grupos de migrantes.² Las mujeres están especialmente expuestas al riesgo de violencia sexual y otras formas de violencia de género, maltrato y trata de personas. Los niños no acompañados se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad y requieren atención y servicios específicos.

19. Muchos migrantes (y, en algunos casos, refugiados), en especial los que poseen poca o ninguna calificación laboral, trabajan en empleos mal retribuidos que se caracterizan por la suciedad, la peligrosidad y la dureza. A menudo realizan jornadas más largas que los trabajadores del país de acogida y trabajan en condiciones peligrosas, pero son menos propensos a quejarse, por lo que tienen peores resultados sanitarios relacionados con el trabajo. Eso es especialmente cierto en el caso de los inmigrantes y los refugiados con empleos precarios en la economía informal.

20. Varios elementos vinculan las crisis humanitarias con interrupciones en los servicios de atención de salud. La infraestructura sanitaria puede resultar dañada o destruida. Los trabajadores sanitarios pueden estar muertos, heridos, demasiado afectados emocionalmente para trabajar o desplazados o pueden haber huido. En entornos afectados por crisis los establecimientos de salud son blanco de ataques directos, y los profesionales sanitarios pueden estar expuestos a agresiones físicas, amenazas y violencia sexual y de género.²

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y LOS AGENTES NO ESTATALES³

21. En el marco de las Naciones Unidas, la OMS tiene la función constitucional de actuar como «autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional».⁴ En el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus metas asociadas, la OMS es responsable ante todo de promover y alcanzar la «Salud para Todos» y la cobertura sanitaria universal, sin dejar a nadie atrás. Además, la OMS es el organismo normativo en materia de salud dentro del sistema de las Naciones Unidas; su 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 determina su labor estratégica, con la que se alinea el presente plan de acción mundial.

22. La aplicación del plan de acción mundial requerirá que la Secretaría aborde y gestione la salud de los refugiados y los migrantes mediante una labor firme y coordinada de todos los niveles, en estrecha colaboración con los Estados Miembros, la Organización Internacional para las Migraciones, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y otros organismos y redes de las Naciones Unidas, así como otras organizaciones internacionales y partes interesadas pertinentes.

23. La OMS ha colaborado con la Organización Internacional para las Migraciones y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados en varios procesos para fomentar la salud

¹ Véase por ejemplo: OMS. *Women on the Move: migration, care work and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259463/9789241513142-eng.pdf;jsessionid=74E54C79BA2766B73CF7DEE615602CF7?sequence=1>), consultado el 21 de marzo de 2019.

² *European perinatal health report: health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. París: EURO-PERISTAT; 2013 (http://europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf), consultado el 21 de marzo de 2019.

³ El Marco de la OMS para la colaboración con agentes no estatales abarca las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas.

⁴ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Artículo 2(a). Asimismo, en los artículos 2.2 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

de los refugiados y los migrantes.¹ En el contexto de la colaboración entre organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, la OMS también forma parte de la recién creada Red sobre Migración de las Naciones Unidas, para la que la Organización Internacional para las Migraciones ejerce funciones de coordinadora y de secretaría y cuyo mandato es garantizar una asistencia eficaz de todo el sistema de las Naciones Unidas a la aplicación, en particular el mecanismo de creación de capacidades, en respuesta a las necesidades de los Estados Miembros.

24. La Organización Internacional para las Migraciones tiene el mandato, enunciado en su Constitución, de fomentar la gestión humana y ordenada de la migración y el respeto efectivo de los derechos humanos de los migrantes, de conformidad con el Derecho internacional. También tiene el mandato de ayudar a encarar los desafíos que plantea la gestión de la migración a nivel operativo, fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias, alentar el desarrollo social y económico a través de la migración, y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes. Dicha Organización considera que la salud es un aspecto esencial de cualquier cuestión, tema o iniciativa que se plantee en relación con la migración o la movilidad de la población.

25. La Asamblea General de las Naciones Unidas ha encargado a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas que proporcione protección internacional a los refugiados y busque soluciones permanentes a sus problemas, en particular la repatriación voluntaria, la asimilación local o el reasentamiento voluntario en un tercer país. Durante los periodos de desplazamiento, dicha Oficina también proporciona asistencia de emergencia, incluida la sanitaria, así como agua potable, saneamiento, abrigo, artículos no alimentarios y, a veces, alimentos. La Asamblea General ha adoptado resoluciones que han ampliado el mandato de la Oficina y le ha asignado responsabilidades en relación con las personas apátridas y retornadas. En situaciones específicas, y a petición del Secretario General o de los principales órganos competentes de las Naciones Unidas, la Oficina brinda protección y asistencia a las personas desplazadas dentro de un país. La salud se considera a estos efectos un aspecto básico de la protección de los refugiados.

ALCANCE

26. El objetivo del presente de plan de acción mundial es reafirmar la salud como un componente esencial de la asistencia a los refugiados y la buena gobernanza de la migración. El plan aspira a mejorar la salud mundial mediante una atención inclusiva e integral de la salud y el bienestar de los refugiados y migrantes, en el marco de los esfuerzos generales por atender las necesidades sanitarias del conjunto de la población en cualquier entorno, en particular la coordinación de los esfuerzos internacionales por vincular la atención de la salud de los refugiados y los migrantes con los programas de asistencia humanitaria. En el plan se reconoce que el derecho y el acceso a los servicios de salud por parte de los refugiados y los migrantes varían de un país a otro y vienen determinados por la legislación nacional. La aplicación del plan, una vez adoptado, tendrá en cuenta situaciones concretas en los países y estará en consonancia con la legislación, prioridades y circunstancias nacionales y con los instrumentos internacionales sobre la igualdad de acceso a los servicios públicos de atención de salud.

27. El plan plasma la urgente necesidad de que el sector de la salud responda de forma más eficaz a las consecuencias de la migración y el desplazamiento sobre la salud, dondequiera que se hayan

¹ Véanse, por ejemplo, la primera y la segunda consultas mundiales sobre la salud de los migrantes, celebradas en 2010 y 2017, respectivamente, de la segunda de las cuales (reunión de alto nivel de la Consulta Mundial sobre los Migrantes, Colombo, 23 de febrero de 2017) se derivó la Declaración de Colombo, refrendada por los países participantes; y la resolución CD55.R13 (2016) del Consejo Directivo de la OPS sobre la salud de los migrantes. Además, el 31 de enero de 2019 la Organización Internacional para las Migraciones y la OMS firmaron un memorando de entendimiento para establecer un marco de cooperación y entendimiento, y facilitar la colaboración entre las dos Partes.

instalado las personas. Asimismo, está en plena consonancia con los principios establecidos y las referencias específicas realizadas en el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023.

PRINCIPIOS RECTORES

28. Los principios rectores de la aplicación del plan de acción mundial se establecen en el marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes, sobre la base de instrumentos y resoluciones existentes,¹ por ejemplo, la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes y la resolución WHA70.15, sobre la promoción de la salud de refugiados y migrantes, en la que la Asamblea Mundial de la Salud recordó, en particular, la necesidad de cooperar a escala internacional para apoyar a los países que acogen refugiados y migrantes, y de reconocer los esfuerzos que hacen los países que acogen y reciben grandes poblaciones de refugiados y migrantes.

29. En respuesta a la realidad de los movimientos de refugiados y migrantes, en el plan se recomiendan las siguientes prioridades y medidas que podría adoptar la Secretaría, en coordinación y colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y otros asociados pertinentes. Las posibles medidas y prioridades están en consonancia con el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023, y se aplicarían en congruencia con las necesidades manifestadas por cada país, los contextos, prioridades, marcos jurídicos y situación financiera nacionales, sin implicaciones vinculantes para los Estados Miembros.

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL

Prioridad 1. Promover la salud de los refugiados y los migrantes a través de una combinación de intervenciones de salud pública a corto y largo plazo

Objetivos

30. Promover la salud física y mental de los refugiados y los migrantes mediante el fortalecimiento de los servicios de atención de salud, según proceda y sea aceptable en los contextos y situaciones financieras de los países y de conformidad con sus prioridades y competencias y marcos jurídicos nacionales, velando por que se preste atención a los aspectos esenciales, como la vacunación de niños y adultos y la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportunos, servicios paliativos y de rehabilitación para enfermedades agudas, crónicas e infecciosas, lesiones, trastornos mentales y del comportamiento y los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Entre las medidas que podría adoptar la Secretaría en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros se incluyen las siguientes:

- a) apoyar la mejora de la coordinación y la colaboración con objeto de lograr el objetivo de la cobertura sanitaria universal y el principio de «no dejar a nadie atrás» y poner en marcha respuestas sanitarias y humanitarias de emergencia, sobre la base de los principios humanitarios y del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 y a partir de la función de la OMS como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria Mundial del Comité Permanente entre Organismos;

¹ Dichos principios son: el derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr; la igualdad y la ausencia de discriminación; el acceso equitativo a los servicios de salud; los sistemas de salud centrados en las personas y sensibles a los refugiados, los migrantes y las cuestiones de género; las prácticas sanitarias no restrictivas basadas en las condiciones de salud; los enfoques que impliquen a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad; la participación y la inclusión social de los refugiados y migrantes, y las alianzas y la cooperación.

b) apoyar la preparación de respuestas de salud pública ante la llegada de refugiados y migrantes, y seguir atendiendo las necesidades de salud de las poblaciones existentes de migrantes y refugiados y de la población de acogida, garantizando que los servicios destinados a los refugiados y los migrantes se presten en la medida de lo posible a través de los sistemas de salud existentes;

c) apoyar: la capacidad de diagnóstico para detectar y responder a los brotes de enfermedades transmisibles, por ejemplo a través de la mejora de la vigilancia, la preparación estratégica y la administración de vacunas esenciales; y el acceso a servicios de salud de emergencia y a los medicamentos y productos médicos que son seguros, eficaces, asequibles, de calidad y están disponibles para todos, todas ellas actividades recogidas en el marco de políticas y estrategias nacionales de salud que están en consonancia con las responsabilidades y compromisos jurídicos internacionales en relación con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), prestando la debida atención al uso adecuado de los antibióticos y a la prevención de la resistencia a los antimicrobianos;

d) apoyar la elaboración de orientaciones, modelos y normas nacionales concebidos para sustentar la prevención y gestión de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y los trastornos mentales: centrándose en grupos de riesgo, como las mujeres y las niñas; los niños, adolescentes y jóvenes (acompañados o no); las personas de edad avanzada; las personas con discapacidad; las personas con enfermedades crónicas, como la tuberculosis y la infección por VIH; los supervivientes de la trata de personas, la tortura, los traumas o la violencia, incluida la violencia sexual y otras formas de violencia de género; llevando a cabo medidas o fortaleciendo ámbitos como las evaluaciones de situación, los cribados, las pruebas diagnósticas, el tratamiento y prevención de la violencia de género; y abordando factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco y las deficiencias en la nutrición.

Prioridad 2. Promover la continuidad y la calidad de la atención sanitaria esencial, y elaborar, reforzar y aplicar medidas de salud y seguridad en el trabajo

Objetivos

31. Mejorar la calidad, aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de atención de salud, por ejemplo, superando los obstáculos físicos, financieros, informativos, idiomáticos y otros obstáculos culturales, prestando una atención especial a los servicios para las afecciones crónicas y la salud mental, que a menudo no reciben un tratamiento o seguimiento adecuados durante el proceso migratorio y de desplazamiento; y trabajando para prevenir las enfermedades y las lesiones profesionales y relacionadas con el trabajo entre los trabajadores refugiados y migrantes y sus familias, mediante una mejora de la cobertura, la accesibilidad y la calidad de los servicios de atención de salud primaria y ocupacional y de los sistemas de protección social, de conformidad con los contextos, prioridades y marcos jurídicos nacionales de los Estados Miembros.¹

Entre las medidas que podría adoptar la Secretaría en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros se incluyen las siguientes:

¹ La promoción de la mejora de las condiciones de trabajo es una de las funciones de la Organización en virtud del Artículo 2(i) de su Constitución. En la resolución WHA60.26 (2007) sobre Salud de los trabajadores: plan de acción mundial, la Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a que elaboraran políticas y planes nacionales para aplicar el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores y a que hicieran lo posible por garantizar la plena cobertura de todos los trabajadores, incluidos entre otros los trabajadores migrantes y por subcontrata, mediante intervenciones esenciales y servicios básicos de salud ocupacional destinados a la prevención primaria de las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

- a) apoyar el fomento de servicios de atención de salud esenciales y de calidad, de forma permanente y a largo plazo, que se basan en mecanismos operativos de derivación de casos a los servicios apropiados de atención secundaria y terciaria y en redes de prestación de servicios para refugiados y migrantes que precisen servicios de atención de salud, incluido el acceso a servicios permanentes de atención social y psicológica, según sea necesario;
- b) apoyar el diálogo y la colaboración transfronterizos con objeto de mejorar la continuidad y calidad de la atención de los refugiados y los migrantes, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y otros asociados pertinentes, y crear protocolos uniformes que garanticen la continuidad de la atención y la localización de los pacientes, lo que permitiría reducir las pérdidas de contacto durante el seguimiento como consecuencia del desplazamiento de las personas;
- c) apoyar la elaboración de políticas y planes de acción nacionales, y fortalecer las capacidades institucionales para promover la salud de los trabajadores refugiados y migrantes y de sus familias en los foros internacionales y en el marco de los instrumentos de colaboración y los mecanismos de protección social, en particular la elaboración de herramientas, opciones de política, indicadores y materiales informativos, en consonancia con lo dispuesto en la resolución WHA60.26 (2007), sobre Salud de los trabajadores: plan de acción mundial.

Prioridad 3. Promover la incorporación de la salud de los refugiados y los migrantes en los programas mundiales, regionales y nacionales, y el fomento de: políticas de salud sensibles a las necesidades de los refugiados y los migrantes, y la protección jurídica y social; la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en entornos de refugiados y migrantes; la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y niñas refugiadas y migrantes; y las alianzas y los mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial, interpaíses e interinstitucional

Objetivos

32. Ayudar a atender las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes previniendo y mitigando las repercusiones de las desigualdades de género en la salud y el acceso a los servicios sanitarios en todo el proceso migratorio y de desplazamiento mediante la defensa del derecho de los refugiados y migrantes al grado máximo posible de salud física y mental, de conformidad con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos y los correspondientes instrumentos internacionales y regionales pertinentes, y mediante un esfuerzo orientado a reducir o eliminar los obstáculos físicos, financieros, informativos y ligados a la discriminación que impiden el acceso a los servicios de atención de salud, en sinergia con los asociados de la OMS, inclusive los agentes no estatales.

Entre las medidas que podría adoptar la Secretaría en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros se incluyen las siguientes:

- a) apoyar la elaboración de estrategias, planes y acciones dirigidos a fortalecer la capacidad nacional para atender las necesidades sanitarias y los derechos de los refugiados y los migrantes, por medios que incluyen proyectos multisectoriales con las principales partes interesadas y la facilitación de la asistencia técnica, las alianzas estratégicas y la comunicación;
- b) apoyar la elaboración y aplicación de enfoques de salud pública basados en datos probatorios y el fortalecimiento de capacidades orientadas a la prestación de servicios de atención de salud, la garantía de un acceso asequible y no discriminatorio, la reducción de las dificultades

de comunicación, y la formación de los dispensadores de atención de salud para que tengan en cuenta las diferencias culturales y las disposiciones relativas a las personas con discapacidad;

c) apoyar diferentes formas de garantizar la prestación de servicios de atención de salud, de conformidad con la legislación nacional, especialmente en los ámbitos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la atención de salud materna e infantil, la atención prenatal y posnatal, la planificación familiar y el acceso de los niños, cualquiera que sea la situación, a una atención específica y especializada y a apoyo psicológico;

d) apoyar la elaboración de recomendaciones y herramientas en materia de gobernanza, gestión y prestación de los servicios de atención de salud que tengan en cuenta los factores epidemiológicos, los obstáculos culturales e idiomáticos y las trabas jurídicas, administrativas y financieras que impiden el acceso, contando con la participación de profesionales sanitarios refugiados y migrantes;

e) apoyar la identificación y el fortalecimiento de las competencias de atención de salud entre las poblaciones de refugiados y migrantes a través de la formación y la certificación, con arreglo a la legislación, normas y evaluación nacionales;

f) apoyar los acuerdos mundiales existentes o, si procede, nuevos de coordinación sobre refugiados y migración suscritos con los Estados Miembros, las Naciones Unidas, la Organización Mundial del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Red sobre Migración de las Naciones Unidas, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otras entidades del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones externas al mismo, en particular el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así como otros agentes humanitarios y de desarrollo, la sociedad civil y las organizaciones profesionales;

g) prestar apoyo al fortalecimiento de la movilización de recursos para contar con una financiación flexible y de carácter plurianual que permita a los países y comunidades responder tanto a las necesidades inmediatas como a las necesidades a mediano y largo plazo de los refugiados y los migrantes en materia de salud, en consonancia con las medidas para mejorar la salud y el bienestar de la poblaciones y comunidades de acogida, así como las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes a través de mecanismos de financiación nuevos y existentes de ámbito regional y mundial;¹

h) prestar apoyo al establecimiento de mecanismos de coordinación interpaíses o el fortalecimiento de los mecanismos existentes, que alienten y permitan el intercambio de información y la aplicación de medidas conjuntas que ayuden a garantizar la continuidad de la atención;

i) prestar apoyo a la elaboración de herramientas y mecanismos de vigilancia interpaíses para el intercambio de datos sobre la salud de los refugiados y los migrantes y el intercambio de información sobre las medidas adoptadas y los métodos utilizados en la compilación y análisis de datos desglosados por edad y por sexo para guiar los programas y servicios que tengan en cuenta las diferencias de género;

¹ La secretaría de la Red sobre Migración de las Naciones Unidas está en proceso de establecer un Fondo Fiduciario para la Red, cuya presentación es inminente.

- j) prestar apoyo a los Estados Miembros para que promueva una salud óptima, oportunidades para mejorar la salud y lograr buenos resultados sanitarios, especialmente para los jóvenes y las mujeres;
- k) prestar apoyo al fortalecimiento de la capacidad y la función de los proveedores de atención sanitaria en la detección, gestión y derivación, adecuadas en función del sexo, de casos de violencia sexual y otras formas de violencia de género, como la discriminación de género, la trata, la tortura y el maltrato basado en el género, así como en la mejora de la protección y la prevención de la violencia sexual y la mutilación genital femenina, y en la prestación de cuidados y apoyo para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y de la malnutrición aguda;
- l) prestar apoyo a la aplicación de las 10 recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico,¹ en una de las cuales se aboga explícitamente por abordar las cuestiones de género en el proceso de reforma sanitaria y en el mercado laboral del sector sanitario, asegurando la paridad de género en la distribución de las plantillas del personal de salud y la eliminación de la discriminación de género entre el personal sanitario.

Prioridad 4. Mejorar la capacidad para abordar los determinantes sociales de la salud y acelerar los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular la cobertura sanitaria universal

Objetivos

33. Garantizar que se abordan los determinantes sociales de la salud de los refugiados y los migrantes a través de acciones multisectoriales conjuntas y coherentes en todas las respuestas políticas de salud pública basadas en todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y el Objetivo 10 (Reducir la desigualdad en los países y entre ellos), la meta 10.7 (Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas).²

Entre las medidas que podría adoptar la Secretaría en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros se incluyen las siguientes:

- a) apoyar, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y otros asociados pertinentes, la aplicación de orientaciones e instrumentos de evaluación y la elaboración de notas descriptivas y normas específicas para cada país con el fin de dar prominencia y responder a los factores sociales y económicos que influyen en la salud de los refugiados y los migrantes, en el contexto de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sobre la base de alianzas y prácticas óptimas;
- b) apoyar la identificación de los sectores y partes interesadas pertinentes que contribuyen a abordar los determinantes sociales de la salud de los refugiados y los migrantes, y a identificar

¹ Véase OMS. *Working for health and growth: investing in the health workforce*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/250047>), consultado el 22 de marzo de 2019.

² También es pertinente el Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible).

los ámbitos específicos en los que emprender conversaciones y acciones conjuntas para el logro de la cobertura sanitaria universal;

c) apoyar la formación de todo el personal que trabaje con refugiados y migrantes con respecto a los determinantes sociales de la salud y las respuestas políticas necesarias, y la formación profesional dirigida a los trabajadores sanitarios, y garantizar que los planificadores y los profesionales de la atención de salud reciban apoyo e información compartida para poner en práctica intervenciones sanitarias que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes y que también proporcionen acceso equitativo y asequible a todas las personas;

d) reforzar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, y la presentación de informes al respecto.

Prioridad 5. Reforzar el monitoreo de la salud y los sistemas de información sanitaria

Objetivos

34. Garantizar la generación de información y datos desglosados a nivel mundial, regional y nacional, y la disponibilidad de registros adecuados, normalizados y comparables sobre la salud de los refugiados y los migrantes para uso de los planificadores de políticas y las instancias decisorias en la elaboración de políticas, planes e intervenciones que estén mejor basados en datos probatorios.

Entre las medidas que podría adoptar la Secretaría en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros se incluyen las siguientes:

a) apoyar la colaboración con los Estados Miembros para elaborar y aplicar un sistema de vigilancia de la salud de los refugiados y los migrantes, como parte del sistema nacional de vigilancia de la salud, y publicar informes sobre los progresos que incluyan datos sanitarios sobre los refugiados y los migrantes, la distribución del riesgo de enfermedades y la reducción del riesgo, en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y en colaboración y coordinación con la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados;

b) apoyar la colaboración con los Estados Miembros para elaborar, a nivel local y nacional, datos desglosados sobre la salud de los refugiados y los migrantes, incluidos el comportamiento a la hora de buscar atención sanitaria, el acceso a los servicios de atención de salud y el uso que hacen de ellos;

c) apoyar la formulación, con sujeción a los contextos y marcos jurídicos nacionales, de enfoques interpaíses con respecto a la generación de datos y bases de datos que puedan compartirse sobre riesgos sanitarios en los países de origen, de tránsito y de destino, así como registros sanitarios portátiles y tarjetas sanitarias, en particular la posibilidad de tarjetas sanitarias para grupos de población en movimiento, lo que facilitaría la continuidad de la atención.

Prioridad 6. Apoyar medidas para mejorar la comunicación sanitaria basada en datos probatorios y contrarrestar las concepciones erróneas sobre la salud de los migrantes y los refugiados**Objetivos**

35. Proporcionar información precisa y disipar los temores y concepciones erróneas que albergan los refugiados, los migrantes y las poblaciones de acogida en relación con los efectos de las migraciones y los desplazamientos en las poblaciones de refugiados y migrantes y en la salud de las comunidades locales, así como en los sistemas de salud.

Entre las medidas que podría adoptar la Secretaría en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros se incluyen las siguientes:

- a)* apoyar la aportación de información apropiada, objetiva, oportuna, que tenga en cuenta las diferencias culturales y fácil de consultar sobre los derechos humanos y las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes con objeto de contrarrestar actos de exclusión, como la estigmatización y la discriminación;
- b)* apoyar las iniciativas de sensibilización, mediáticas y de educación pública desde el sector sanitario para recabar apoyos y promover una amplia participación del gobierno, la población y otras partes interesadas;
- c)* apoyar la preparación de un informe mundial sobre el estado de salud de los refugiados y los migrantes, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados;
- d)* apoyar, junto con la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y otras partes interesadas principales, la organización de una conferencia mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes, y en particular de la función del plan de acción mundial, que complementaría y no duplicaría los foros ya constituidos.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

36. [En este párrafo figuraba un proyecto de decisión, que la Asamblea de la Salud adoptó como decisión WHA72(14).].

ANEXO 6

Contrato modificado del Director General¹

[A72/43, anexo – 10 de mayo de 2019]

En el día de hoy, veintitrés de mayo del año dos mil diecisiete, la Organización Mundial de la Salud (denominada en adelante la Organización), de una parte, y el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (denominado en adelante el Director General), de otra,

POR CUANTO

1) Según lo dispuesto en el Artículo 31 de la Constitución de la Organización, el Director General de la Organización debe ser nombrado por la Asamblea Mundial de la Salud (denominada en adelante la Asamblea de la Salud) a propuesta del Consejo Ejecutivo (denominado en adelante el Consejo) y en las condiciones que la Asamblea de la Salud determine; y

2) El Director General ha sido debidamente nombrado por la Asamblea de la Salud en su sesión del día veintitrés de mayo del año dos mil diecisiete por un periodo de cinco años,

ESTIPULAN POR EL PRESENTE CONTRATO lo que sigue:

I. 1) El Director General desempeñará las funciones de su cargo desde el primero de julio de dos mil diecisiete hasta el día treinta de junio de dos mil veintidós, fecha de expiración del nombramiento y del presente Contrato.

2) Bajo la autoridad del Consejo, el Director General desempeñará las funciones de jefe de los servicios técnicos y administrativos de la Organización, con las atribuciones que se expresan en la Constitución y en los reglamentos de la Organización y con las que puedan señalarle la Asamblea de la Salud o el Consejo.

3) El Director General se compromete plenamente a gestionar de manera responsable y adecuada los recursos de la OMS, incluidos los recursos financieros, los recursos humanos y los recursos físicos, con eficiencia y eficacia para lograr los objetivos de la Organización; guiarse por una cultura ética, de modo que todas las decisiones y acciones de la Secretaría se basen en la rendición de cuentas, la transparencia, la integridad y el respeto; garantizar una representación geográfica equitativa y la paridad entre los sexos en los nombramientos de funcionarios y con arreglo a lo dispuesto en el Artículo 35 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; cumplir las recomendaciones resultantes de las auditorías internas y externas de la Organización; y garantizar la puntualidad y la transparencia de la documentación.

4) El Director General estará sujeto a las disposiciones del Estatuto del Personal de la Organización en la medida en que le sean aplicables. En particular, no podrá ocupar ningún otro puesto administrativo ni recibir emolumentos de ninguna entidad ajena a la Organización por actividades relacionadas con la Organización. No tendrá ninguna ocupación mercantil ni aceptará ningún empleo o actividad incompatibles con sus funciones en la Organización.

¹ Véanse la decisión WHA72(17), la resolución WHA70.3 y el documento WHA70/2017/REC/1, anexo 1.

5) El Director General gozará, durante el ejercicio de sus funciones, de todas las prerrogativas e inmunidades que corresponden a su cargo en virtud de la Constitución de la Organización y de todos los acuerdos pertinentes que estén en vigor o que puedan concertarse ulteriormente.

6) El Director General podrá en cualquier momento, avisando con seis meses de antelación, presentar por escrito su dimisión al Consejo, el cual está facultado para aceptarla en nombre de la Asamblea de la Salud; en ese caso, a la expiración del plazo indicado el Director General cesará en sus funciones y el presente Contrato dejará de surtir efecto.

7) La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y después de oír al Director General, tendrá derecho, por razones de gravedad excepcional que puedan redundar en perjuicio de los intereses de la Organización, a rescindir el presente Contrato dando el oportuno aviso por escrito con una antelación mínima de seis meses.

II. 1) Desde el primero de julio del año dos mil diecisiete, el Director General percibirá de la Organización un sueldo anual de doscientos cuarenta y un mil doscientos setenta y seis dólares de los Estados Unidos de América que, una vez deducidos los impuestos del personal, dejará una retribución líquida anual, pagadera por meses, de ciento setenta y dos mil sesenta y nueve dólares de los Estados Unidos de América o de su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo.

2) Además de los reajustes y subsidios que normalmente perciben los funcionarios de la Organización en aplicación del Reglamento de Personal, el Director General recibirá una gratificación anual para gastos de representación de veintiún mil dólares de los Estados Unidos de América, o su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo, suma que será pagadera por meses a partir del primero de julio de dos mil diecisiete. El uso de esa gratificación quedará a la entera discreción del Director General, que la empleará para atender los gastos de representación que ocasione el ejercicio de sus funciones oficiales. El Director General tendrá derecho al reembolso de ciertos gastos, como los de viaje y mudanza que ocasionen su nombramiento, los cambios ulteriores de su lugar de destino, su cese, los viajes en comisión de servicio y los viajes por licencia en el país de origen.

3) El Director General estará afiliado a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y abonará sus cuotas de conformidad con los Estatutos y Reglamentos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas mientras dure su mandato.

III. La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y previa consulta con el Director General, podrá revisar y modificar las cláusulas del presente Contrato relativas al sueldo y a la gratificación para gastos de representación, para ponerlas en consonancia con las disposiciones cuya aplicación decida la Asamblea de la Salud respecto de las condiciones de empleo de los miembros del personal en funciones.

IV. Cualquier discrepancia de interpretación o cualquier litigio a que pueda dar lugar el presente Contrato y que no se resuelvan por vía de negociación o de amigable composición, se someterán en última instancia al tribunal competente de conformidad con el Reglamento de Personal.

EN FE DE LO CUAL firmamos de nuestro puño y letra el presente documento en la fecha que antes se indica.

.....
Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General

.....
Profesora Veronika Skvortsova
Presidenta de la 70.^a Asamblea
Mundial de la Salud

ANEXO 7

Ejemplos de uso de terminología que comporta una consideración de sexo en la versión en inglés del reglamento interior de la Asamblea Mundial de la Salud y modificaciones propuestas¹

[A72/50, anexo – 1 de mayo de 2019]

| Casos en que se utiliza un lenguaje específico de género | Ejemplos de la versión en inglés del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud | |
|--|---|---|
| | | Versión modificada |
| «He» (pronombre personal sujeto, masculino singular) | | The Director-General shall be ex officio Secretary of the Health Assembly and of any subdivision thereof. He or she may delegate these functions. (Rule 16) |
| «His» (pronombre personal posesivo, masculino singular) | | In plenary meetings the chief delegate may designate another delegate who shall have the right to speak and vote in the name of her or his delegation on any question. (Rule 19) |
| «Him» (pronombre personal objeto, masculino singular) | | Moreover, upon the request of the chief delegate or any delegate so designated by her or him the President may allow an adviser to speak on any particular point. (Rule 19) |
| «Chairman» and «vice-chairman» (sustantivos, masculino singular) | | The chair of a main committee shall, in the case of absence, designate a vice-chair of the committee as her or his substitute, provided that this vice-chair shall not have the right to vote if he or she is of the same delegation as another member of the General Committee. ... (Rule 29) |
| «Chairmen» (sustantivo, masculino plural) | | The Chairs of these main committees shall be elected by the Health Assembly. (Rule 32) |
| «Vice-Chairmen» (sustantivo, masculino plural) | | Each main committee shall elect two Vice-Chairs and a Rapporteur. (Rule 34) |
| «Himself» (pronombre reflexivo, masculino singular) | | Thus, within the scope of the Rules of Procedure, delegates or representatives are enabled to direct the attention of the presiding officer to violations or misapplications of the |

¹ Véase la decisión WHA72(21).

| Casos en que se utiliza un lenguaje específico de género | Ejemplos de la versión en inglés del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud | |
|--|---|--|
| | | Versión modificada |
| | | Rules by other delegates or representatives or by the presiding officer herself or himself. (Description of the Concept of a Point of Order) ^a |

^a Adopted as a supplement to the Rules of Procedure of the World Health Assembly through resolution WHA29.37 (1976).

ANEXO 8

Texto del Reglamento Interior modificado de la Asamblea Mundial de la Salud¹

[A72/51, anexo – 13 de mayo de 2019,
A72/52, anexo – 16 de mayo de 2019]

Preparación del orden del día de la Asamblea de la Salud por el Consejo Ejecutivo (decisión WHA72(22))

Artículo 5

El Consejo cuidará de que el orden del día provisional de las reuniones ordinarias de la Asamblea de la Salud comprenda entre otras las siguientes cuestiones:

- a) el informe anual del Director General sobre las actividades de la Organización;
- b) todos los puntos que la Asamblea de la Salud en una reunión anterior haya decidido incluir;
- c) todos los puntos relacionados con el presupuesto del ejercicio financiero siguiente y con los informes sobre las cuentas del año o del ejercicio anterior;
- d) cualquier punto propuesto por un Miembro o por un Miembro Asociado;
- e) a reserva de lo que se acuerde en las consultas previas que hayan de celebrarse entre el Director General de la Organización y el Secretario General de las Naciones Unidas, todos los puntos que las Naciones Unidas propongan;
- f) cualquier punto propuesto por otra organización del sistema de las Naciones Unidas con la que la Organización haya establecido relaciones efectivas.

El Consejo podrá recomendar a la Asamblea Mundial de la Salud el aplazamiento de cualquiera de los puntos mencionados en los apartados *d)*, *e)* y *f)* que preceden.

Toda propuesta de inclusión en el orden del día provisional de cualquiera de los puntos mencionados en los apartados *d)*, *e)* y *f)* que preceden irá acompañada de un memorando explicativo que deberá obrar en poder del Director General no menos de cuatro semanas antes del comienzo de la reunión del Consejo en la que vaya a prepararse el orden del día provisional de la Asamblea de la Salud.

.....

Artículo 11

Salvo decisión contraria de la Asamblea de la Salud en casos de urgencia, las propuestas encaminadas a que la Organización emprenda nuevas actividades solo podrán figurar en el orden del día suplementario de una reunión si se reciben por lo menos seis semanas antes de la fecha fijada para la inauguración, o si procede por su misma naturaleza que pasen a conocimiento de otro órgano de la Organización para

¹ Véanse las decisiones WHA72(22) y WHA72(23).

que las examine y decida si es oportuno tomarlas en consideración. Toda propuesta de ese tipo irá acompañada de un memorando explicativo.

.....

Artículo 12

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11 sobre nuevas actividades, ni de lo dispuesto en el artículo 96, podrá añadirse en el curso de una reunión un punto suplementario al orden del día si la Asamblea de la Salud así lo decide, previo informe de la Mesa y a condición de que la demanda de inclusión de dicho punto suplementario obre en poder de la Organización no menos de seis días antes de la apertura de una reunión ordinaria o no menos de dos días antes de la apertura de una reunión extraordinaria. Toda demanda en ese sentido irá acompañada de un memorando explicativo.

.....

Fecha límite para presentar proyectos de resoluciones y/o decisiones a la Asamblea de la Salud (decisión WHA72(22))

Artículo 48

Las propuestas oficiales relativas a puntos del orden del día deberían presentarse al menos 15 días antes de la apertura de una reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud y podrán, en cualquier caso, presentarse a más tardar el primer día de una reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud y no menos de dos días antes de la apertura de una reunión especial. Todas esas propuestas se remitirán a la comisión a la que se haya asignado el punto del orden del día en cuestión, excepto si ese punto se fuera a examinar directamente en una sesión plenaria.

.....

Armonización de la terminología utilizada en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud con la utilizada en el Marco para la colaboración con agentes no estatales (decisión WHA72(22))

Presentación electrónica de las credenciales (decisión WHA72(23))

Nota – A los efectos de la interpretación del presente Reglamento, la significación de las expresiones que a continuación se indican es la siguiente:

«Constitución» – Constitución de la Organización Mundial de la Salud

«Organización» – Organización Mundial de la Salud

«Asamblea de la Salud» – Asamblea Mundial de la Salud

«Consejo» – Consejo Ejecutivo

«Miembros» – Miembros de la Organización Mundial de la Salud

«Miembros Asociados» – Miembros Asociados de la Organización Mundial de la Salud

«Ejercicio financiero» – Periodo de dos años civiles consecutivos iniciado en un año par.

«Relaciones oficiales» – Privilegio que el Consejo Ejecutivo puede otorgar a las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones empresariales internacionales y las fundaciones filantrópicas de conformidad con el Marco para la colaboración con agentes no estatales.

.....

Artículo 3

El Director General enviará las convocatorias para las reuniones de la Asamblea de la Salud a los Miembros y Miembros Asociados, a los representantes del Consejo, a todas las organizaciones intergubernamentales participantes y a las organizaciones no gubernamentales, asociaciones empresariales internacionales y fundaciones filantrópicas que mantengan relaciones oficiales con la Organización¹ y que sean invitadas a enviar representantes a la reunión. Las convocatorias se enviarán por lo menos 60 días antes de la fecha fijada para la inauguración de las reuniones ordinarias y 30 días antes de dar comienzo las reuniones extraordinarias. Podrán enviar observadores a las reuniones de la Asamblea de la Salud, previa invitación del Director General, los Estados que hayan solicitado ser admitidos en calidad de Miembros, los territorios en cuyo nombre se haya presentado una solicitud de admisión como Miembros Asociados y los Estados que hayan firmado la Constitución sin aceptarla.

.....

Artículo 14

Al mismo tiempo que el orden del día provisional, o a más tardar seis semanas antes del comienzo de cada reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud, se pondrán a disposición en internet todos los informes y otros documentos referentes al orden del día provisional de la reunión, y el Director General enviará ejemplares de ellos a los Miembros, a los Miembros Asociados y a las organizaciones intergubernamentales participantes; de igual modo se enviarán los informes y documentos que convenga a las organizaciones no gubernamentales, asociaciones empresariales internacionales y fundaciones filantrópicas con las que la Organización mantenga relaciones oficiales.

.....

Artículo 19

Salvo decisión en contrario de la Asamblea de la Salud, podrán asistir a las sesiones plenarias todos los delegados, suplentes y asesores nombrados por los Miembros, con arreglo a los Artículos 10 a 12 inclusive de la Constitución, los representantes que nombren los Miembros Asociados con arreglo al Artículo 8 de la Constitución y a la resolución que fija el estatuto de los Miembros Asociados, los representantes del Consejo Ejecutivo, los observadores que envíen, previa invitación, los Estados que no sean Miembros y los territorios en cuyo nombre se haya presentado una solicitud de admisión en calidad de Miembros Asociados, así como los representantes invitados de las Naciones Unidas, de las demás organizaciones intergubernamentales participantes y de las organizaciones no gubernamentales, asociaciones empresariales internacionales y fundaciones filantrópicas que mantengan relaciones oficiales con la Organización.

En las sesiones plenarias, el jefe de una delegación podrá designar a otro delegado que tendrá derecho a hacer uso de la palabra y a votar sobre cualquier asunto en nombre de su delegación. A petición del jefe de la delegación o de cualquier delegado designado por él, podrá además el Presidente autorizar a un asesor a que tome la palabra sobre una cuestión determinada, si bien este último no podrá votar en nombre de su delegación sobre ningún asunto.

¹ Véase el Marco para la colaboración con agentes no estatales, págs. 97–149.

Artículo 22

Cada uno de los Miembros y de los Miembros Asociados y cada una de las organizaciones intergubernamentales participantes y de las organizaciones no gubernamentales, asociaciones empresariales internacionales y fundaciones filantrópicas con las que se mantengan relaciones oficiales comunicará al Director General, a ser posible no menos de 15 días antes de la apertura de la reunión de la Asamblea de la Salud, los nombres de sus representantes. En el caso de las delegaciones de Miembros y Miembros Asociados, estas comunicaciones tomarán la forma de credenciales, en las que se indicarán los nombres de los delegados, suplentes y asesores y que deberán ir firmadas por el Jefe de Estado, el Jefe de Gobierno, el Ministro de Asuntos Exteriores, el Ministro de Salud o cualquier otra autoridad competente. Las credenciales podrán enviarse electrónicamente o entregarse al Director General.

.....

Artículo 23

Al comienzo de cada reunión, la Asamblea de la Salud nombrará, a propuesta del Presidente, una Comisión de Credenciales integrada por representantes de 12 Miembros. La Comisión elegirá su Mesa, determinará si las credenciales de los Miembros y los Miembros Asociados se ajustan a lo prescrito en el Reglamento Interior e informará sin demora al respecto a la Asamblea de la Salud. Hasta que la Asamblea de la Salud tome una decisión acerca de sus credenciales, los representantes de los Miembros y Miembros Asociados asistirán provisionalmente a las sesiones con todos los derechos que conlleva la participación en la Asamblea de la Salud. El Presidente estará facultado para recomendar a la Asamblea de la Salud la aceptación de las credenciales recibidas después de la reunión de la Comisión de Credenciales.

Las sesiones de la Comisión de Credenciales tendrán carácter privado.

.....

Título entre el artículo 43 y el artículo 44

**PARTICIPACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE MIEMBROS
ASOCIADOS, ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES, AGENTES
NO ESTATALES CON LOS QUE SE MANTIENEN RELACIONES OFICIALES Y
OBSERVADORES DE ESTADOS NO MIEMBROS Y DE TERRITORIOS**

.....

Artículo 47

Los representantes de las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones empresariales internacionales y las fundaciones filantrópicas con las que se mantengan relaciones oficiales podrán ser invitados a asistir a las sesiones plenarias y a las sesiones de las comisiones principales de la Asamblea de la Salud y, en las condiciones que establezca el Marco para la colaboración con agentes no estatales, participar sin voto en sus deliberaciones cuando a ello les invite el Presidente de la Asamblea de la Salud o, en su caso, el de una comisión principal.

.....

Moción para que se suspenda el debate (decisión WHA72(23))*Artículo 59*

Durante la discusión de cualquier asunto, un delegado o un representante de un Miembro Asociado podrá pedir que se suspenda o se levante la sesión o que se suspenda el debate. Esas mociones se someterán inmediatamente a votación sin debate.

A los efectos del presente Reglamento, «suspender la sesión» significa aplazar temporalmente los trabajos de la sesión de que se trate, «levantar la sesión» poner término a todos sus trabajos hasta que se convoque una nueva sesión, y «suspender el debate» aplazar el debate sobre el asunto de que se trate hasta un momento ulterior de la misma reunión.

Votación electrónica de las votaciones registradas (decisión WHA72(23))*Artículo 72*

Las votaciones de la Asamblea de la Salud se efectuarán ordinariamente a mano alzada, salvo cuando algún delegado pida votación registrada. Cuando se disponga de un sistema electrónico adecuado, la Asamblea de la Salud podrá efectuar por medios electrónicos las votaciones referidas en el presente artículo.

Artículo 72 bis

Cuando la Asamblea de la Salud efectúe una votación registrada sin utilizar medios electrónicos, la votación será nominal, en cuyo caso se procederá a votar siguiendo el orden alfabético de los nombres de los Miembros, en francés o en inglés. El nombre del Miembro que haya de votar primero se decidirá por sorteo.

Artículo 73

En el acta de la sesión se harán constar los votos de todos los Miembros que hayan tomado parte en una votación registrada.

ANEXO 9

Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud

| |
|---|
| Resolución WHA72.2: Atención primaria de salud |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado |
| <p>1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución: 4.2.1. Se habrán establecido en los países sistemas de prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona y se habrán fortalecido los enfoques de salud pública.</p> |
| <p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: No se aplica.</p> |
| <p>3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: No se aplica.</p> |
| <p>4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución: 11 años: fase preparatoria de 1 año en 2019, más 10 años (cinco bienios, en el periodo 2019-2029).</p> |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución |
| <p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: US\$ 376,5 millones (la expansión a las regiones y los países en 2018-2019 solo se confirmará en fecha posterior).</p> |
| <p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: US\$ 1,8 millones.</p> |
| <p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.</p> |
| <p>3. Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: US\$ 54,0 millones.</p> |
| <p>4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: US\$ 320,7 millones.</p> |

- 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:**
- **Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:**
US\$ 1,6 millones.
 - **Déficit de financiación restante para el bienio actual:**
US\$ 0,2 millones.
 - **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
No se aplica.

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,2 |
| | Actividades | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 1,6 |
| | Total | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 1,8 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Actividades | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | 10,6 | 3,0 | 2,3 | 2,1 | 4,4 | 2,0 | 2,2 | 26,6 |
| | Actividades | 8,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 4,0 | 3,2 | 3,2 | 27,4 |
| | Total | 18,6 | 6,0 | 5,3 | 5,1 | 8,4 | 5,2 | 5,4 | 54,0 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | 62,4 | 20,5 | 23,0 | 13,5 | 25,6 | 18,6 | 10,0 | 173,6 |
| | Actividades | 40,1 | 16,1 | 20,1 | 16,1 | 20,1 | 20,1 | 14,5 | 147,1 |
| | Total | 102,5 | 36,6 | 43,1 | 29,6 | 45,7 | 38,7 | 24,5 | 320,7 |

Resolución WHA72.3: Prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos.

A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado

1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución:

Producto 4.2.2. Se habrán aplicado en los países estrategias relativas al personal sanitario orientadas hacia el logro de la cobertura sanitaria universal.

2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

No se aplica.

3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

No se aplica.

4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución:

60 meses.

| |
|--|
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución |
| <p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: US\$ 11,62 millones, como parte de la prestación de recursos humanos integrados para la programación en el ámbito de la salud.</p> |
| <p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: US\$ 2,28 millones.</p> |
| <p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.</p> |
| <p>3. Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: US\$ 4,58 millones.</p> |
| <p>4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: US\$ 4,76 millones.</p> |
| <p>5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 2,28 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|--|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | 0,20 | 0,10 | 0,11 | 0,03 | 0,12 | 0,13 | 0,24 | 0,93 |
| | Actividades | 0,39 | 0,14 | 0,17 | 0,05 | 0,11 | 0,21 | 0,28 | 1,35 |
| | Total | 0,59 | 0,24 | 0,28 | 0,08 | 0,23 | 0,34 | 0,52 | 2,28 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Actividades | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Total | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | 0,39 | 0,21 | 0,22 | 0,06 | 0,25 | 0,26 | 0,47 | 1,86 |
| | Actividades | 0,78 | 0,29 | 0,34 | 0,10 | 0,23 | 0,43 | 0,55 | 2,72 |
| | Total | 1,17 | 0,50 | 0,56 | 0,16 | 0,48 | 0,69 | 1,02 | 4,58 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | 0,41 | 0,22 | 0,23 | 0,06 | 0,26 | 0,27 | 0,49 | 1,94 |
| | Actividades | 0,81 | 0,30 | 0,36 | 0,10 | 0,24 | 0,44 | 0,57 | 2,82 |
| | Total | 1,22 | 0,52 | 0,59 | 0,16 | 0,50 | 0,71 | 1,06 | 4,76 |

| | |
|--|---|
| Resolución WHA72.4: | Preparación para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución: | <p>4.2.1. Se habrán establecido en los países sistemas de prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona y se habrán fortalecido los enfoques de salud pública</p> <p>4.3.1. Se habrá mejorado el acceso a los medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias, y su uso, mediante orientaciones de ámbito mundial y la elaboración y aplicación de políticas, estrategias e instrumentos nacionales</p> <p>4.4.1. Vigilancia integral de la situación, las tendencias, las desigualdades y los determinantes de la salud a nivel mundial, regional y nacional aplicando criterios mundiales, incluido el acopio y el análisis de datos para corregir las deficiencias y evaluar el desempeño del sistema</p> |
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución: | 12 años (periodo 2019-2030). |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución | |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: | US\$ 435,9 millones. |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 26,0 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | Cero. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: | US\$ 59,6 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | US\$ 350,3 millones. |
| 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$: | <p>– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 1,0 millones.</p> <p>– Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 25,0 millones.</p> |

- Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:
Cero.

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|--|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|-------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | 1,7 | 0,8 | 1,3 | 1,0 | 1,5 | 1,2 | 5,8 | 13,3 |
| | Actividades | 2,7 | 0,9 | 1,6 | 1,5 | 1,3 | 1,4 | 3,3 | 12,7 |
| | Total | 4,4 | 1,7 | 2,9 | 2,5 | 2,8 | 2,6 | 9,1 | 26,0 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Actividades | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | 3,8 | 1,9 | 2,9 | 2,3 | 3,3 | 2,8 | 13,3 | 30,3 |
| | Actividades | 6,3 | 2,2 | 3,7 | 3,3 | 3,1 | 3,2 | 7,5 | 29,3 |
| | Total | 10,1 | 4,1 | 6,6 | 5,6 | 6,4 | 6,0 | 20,8 | 59,6 |
| Bienes futuros recursos previsibles | Personal | 22,6 | 11,2 | 17,1 | 13,6 | 19,6 | 16,6 | 78,0 | 178,7 |
| | Actividades | 36,8 | 12,7 | 21,7 | 19,6 | 18,1 | 18,8 | 43,9 | 171,6 |
| | Total | 59,4 | 23,9 | 38,8 | 33,2 | 37,7 | 35,4 | 121,9 | 350,3 |

Resolución WHA72.5: Resistencia a los antimicrobianos

A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado

1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución:

1.6.1. Todos los países contarán con las capacidades esenciales necesarias para ejecutar planes de acción nacionales para la vigilancia, prevención y reducción de las infecciones causadas por la resistencia a los antimicrobianos.

1.6.2. Se habrá asegurado la disponibilidad y el uso adecuado de los medicamentos antimicrobianos en entornos relacionados con la salud humana y la producción de alimentos, como contribución a la mejora del acceso a los tratamientos y el mantenimiento de la eficacia de los mismos.

1.6.3. Se habrá logrado mantener un compromiso político de alto nivel y asegurar una eficaz coordinación a nivel mundial para combatir la resistencia a los antimicrobianos en apoyo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

No se aplica.

3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

En la resolución se pide al Director General que acelere la aplicación del Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos en todos los niveles de la OMS y aumente considerablemente el apoyo y la asistencia técnica a los países para que ejecuten sus planes nacionales de acción multisectoriales de lucha contra la resistencia a los antimicrobianos.

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Bienes futuros recursos previsibles | Actividades | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

| | |
|--|---|
| Resolución WHA72.6: Acción mundial en pro de la seguridad del paciente | |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución: | 4.2.3. Se habrá posibilitado que los países mejoren la seguridad de los pacientes, la calidad de los servicios y el empoderamiento de los pacientes en el contexto de la cobertura sanitaria universal |
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución: | Siete años (que abarcan el periodo 2019-2025) (2019 + 3 bienios). |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución | |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: | US\$ 39,37 millones (6 años). |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 3,86 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | Cero. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: | US\$ 12,16 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | US\$ 23,35 millones (2022-2025). |
| 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$: | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 1,48 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 2,38 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Recaudación de fondos en curso. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|--|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 |
| | Actividades | 0,42 | 0,08 | 0,22 | 0,21 | 0,26 | 0,21 | 1,46 | 2,86 |
| | Total | 0,42 | 0,08 | 0,22 | 0,21 | 0,26 | 0,21 | 2,46 | 3,86 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | 1,01 | 0,20 | 0,52 | 0,52 | 0,62 | 0,51 | 2,21 | 5,59 |
| | Actividades | 1,52 | 0,29 | 0,79 | 0,78 | 0,94 | 0,77 | 1,48 | 6,57 |
| | Total | 2,53 | 0,49 | 1,31 | 1,30 | 1,56 | 1,28 | 3,69 | 12,16 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | 1,95 | 0,38 | 1,01 | 0,99 | 1,20 | 0,98 | 4,25 | 10,76 |
| | Actividades | 2,92 | 0,57 | 1,51 | 1,49 | 1,80 | 1,47 | 2,83 | 12,59 |
| | Total | 4,87 | 0,95 | 2,52 | 2,48 | 3,00 | 2,45 | 7,08 | 23,35 |

Resolución WHA72.7: Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios**A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado****1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución:**

3.5.1. Se habrá reforzado la capacidad de los países para evaluar los riesgos sanitarios y formular y aplicar políticas, estrategias o reglamentos de prevención, mitigación y gestión de las repercusiones sanitarias de los riesgos medioambientales y ocupacionales

3.1.1. Se habrá posibilitado a los países mejorar la salud materna gracias a una mayor ampliación del acceso a intervenciones eficaces y de mejor calidad, desde antes del embarazo hasta después del parto, para poner fin a las muertes maternas prevenibles y las defunciones perinatales (prenatales y neonatales precoces), con especial atención al periodo de 24 horas en torno al parto

4.2.3. Se habrá capacitado a los países en el mejoramiento de la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios, y en el empoderamiento de los pacientes en el contexto de la cobertura sanitaria universal

2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

No se aplica.

3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

No se aplica.

4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución:

Seis años en total. La aplicación en un país lleva unos dos años; la aplicación se puede realizar paralelamente en varios países.

B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución**1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$:**

US\$ 9,83 millones en el transcurso de seis años (hasta mediados de 2025).

| | |
|------------|--|
| 2.a | Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: US\$ 2,71 millones. |
| 2.b | Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: No se aplica. |
| 3. | Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: US\$ 3,56 millones. |
| 4. | Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: US\$ 3,56 millones. |
| 5. | Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$: <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 2,71 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|--|--------------|-------------|--------------|------------------|-------------|-----------------------|---------------------|-------------|-------------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | 0,22 | 0,05 | 0,20 | 0,07 | 0,05 | 0,19 | 1,16 | 1,94 |
| | Actividades | 0,11 | 0,01 | 0,05 | 0,03 | 0,01 | 0,05 | 0,51 | 0,77 |
| | Total | 0,33 | 0,06 | 0,25 | 0,10 | 0,06 | 0,24 | 1,67 | 2,71 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Actividades | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Total | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | 0,63 | 0,05 | 0,16 | 0,07 | 0,06 | 0,19 | 1,20 | 2,36 |
| | Actividades | 0,14 | 0,04 | 0,08 | 0,04 | 0,02 | 0,10 | 0,78 | 1,20 |
| | Total | 0,77 | 0,09 | 0,24 | 0,11 | 0,08 | 0,29 | 1,98 | 3,56 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | 0,63 | 0,05 | 0,16 | 0,07 | 0,06 | 0,19 | 1,20 | 2,36 |
| | Actividades | 0,14 | 0,04 | 0,08 | 0,04 | 0,02 | 0,10 | 0,78 | 1,20 |
| | Total | 0,77 | 0,09 | 0,24 | 0,11 | 0,08 | 0,29 | 1,98 | 3,56 |

| | |
|---|---|
| Resolución WHA72.8: | Mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios |
| A. Relación con el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de resolución en caso de que fuera adoptada: | 4.3.1. Se habrá mejorado el acceso a los medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias, y su uso, mediante orientaciones de ámbito mundial y la elaboración y aplicación de políticas, estrategias e instrumentos nacionales |
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución: | 4,5 años, coincidiendo con el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023. |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución | |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: | US\$ 3 millones. |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 0,5 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | No se aplica. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021, en millones de US\$: | US\$ 1,5 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | US\$ 1 millón. |
| 5. Nivel de recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$: | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 0,25 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 0,25 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | – | – | – | – | – | – | 0,5 | 0,5 |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | 0,0 | 0,0 |
| | Total | – | – | – | – | – | – | 0,5 | 0,5 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | – | – | 1,0 | 1,0 |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | 0,5 | 0,5 |
| | Total | – | – | – | – | – | – | 1,5 | 1,5 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | – | – | 0,7 | 0,7 |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | 0,3 | 0,3 |
| | Total | – | – | – | – | – | – | 1,0 | 1,0 |

| |
|--|
| Resolución WHA72.13: Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado |
| <p>1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución: Efecto 6.4. Implantación sistemática de una gestión y una administración eficaces y eficientes en toda la Organización Producto 6.4.2. Gestión y coordinación eficaces y eficientes de los recursos humanos</p> |
| <p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: No se aplica.</p> |
| <p>3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: No se aplica.</p> |
| <p>4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución: Los ajustes salariales pertinentes tendrán efecto a partir del 1 de enero de 2019. No hay una fecha límite definida de ejecución.</p> |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución |
| <p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: Los recursos necesarios ya están incluidos en las previsiones del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado. En relación con las modificaciones de los sueldos del personal, cabe observar que los costos salariales están siempre sujetos a una cierta variabilidad debido al ajuste por lugar de destino, los tipos de cambio y la composición del personal en lo que concierne a los derechos por familiares a cargo y al subsidio de</p> |

| |
|--|
| educación, entre otros factores. Por tanto, los costos adicionales se absorberán dentro de las fluctuaciones generales del presupuesto para salarios. |
| <p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.</p> <p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: No se aplica.</p> |
| <p>3. Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: No se aplica.</p> |
| <p>4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: No se aplica.</p> |
| <p>5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: No se aplica. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

| |
|---|
| Resolución WHA72.15: Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado |
| <p>1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución: 4.4.1. Vigilancia integral de la situación, las tendencias, las desigualdades y los determinantes de la salud a nivel mundial, regional y nacional aplicando criterios mundiales, incluido el acopio y el análisis de datos para corregir las deficiencias y evaluar el desempeño del sistema</p> |
| <p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: No se aplica.</p> |
| <p>3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: No se aplica.</p> |
| <p>4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución: La adopción de la CIE-11 se consideraría en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2019.</p> |

| | |
|---|--|
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución | |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: | US\$ 3,65 millones. |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 3,65 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | No se aplica. No se necesitan recursos adicionales porque la labor relacionada con la CIE siempre ha formado parte de las actividades básicas y del mandato de la OMS. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: | No se aplica. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | No se aplica. |
| 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$: | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual: US\$ 3,65 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---------------------------------------|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | – | – | – | – | – | – | 1,90 | 1,90 |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | 1,75 | 1,75 |
| | Total | – | – | – | – | – | – | 3,65 | 3,65 |

| | |
|---|---|
| Resolución WHA72.16: | Sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos |
| A. Relación con el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas 2018-2019 aprobado a los que contribuirá esta resolución: | <p>2.3.1. Se habrán diseñado y aplicado planes y programas multisectoriales para prevenir traumatismos, con énfasis en el logro de las metas establecidas en el marco del Decenio de Acción para la Seguridad Vial (2011-2020)</p> <p>2.3.4. Se habrán mejorado los sistemas de atención traumatológica de urgencia, incluida la asistencia prehospitalaria y la dispensada en el centro de salud</p> <p>4.2.1. Se habrán establecido en los países sistemas de prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona y se habrán fortalecido los enfoques de salud pública</p> |
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar la resolución, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la resolución: | Cinco años. |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la resolución | |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la resolución, en millones de US\$: | US\$ 25,69 millones. |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 0,34 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | Cero. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el presupuesto por programas 2020-2021, en millones de US\$: | US\$ 12,67 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | US\$ 12,67 millones. |
| 5. Nivel de recursos disponibles para financiar la aplicación de la resolución en el bienio actual, en millones de US\$: | <p>– Recursos disponibles para financiar la resolución en el bienio actual:</p> <p>US\$ 0,34 millones.</p> |

- **Déficit de financiación restante para el bienio actual:**
Cero.
- **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual:**
No se aplica.

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)^a

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|--|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | – | – | – | – | – | – | 0,25 | 0,25 |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | 0,09 | 0,09 |
| | Total | – | – | – | – | – | – | 0,34 | 0,34 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | 2,86 | 1,50 | 0,85 | 1,19 | 1,14 | 1,25 | 1,39 | 10,17 |
| | Actividades | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 2,50 |
| | Total | 3,21 | 1,86 | 1,21 | 1,55 | 1,50 | 1,61 | 1,74 | 12,67 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | 2,86 | 1,50 | 0,85 | 1,19 | 1,14 | 1,25 | 1,39 | 10,17 |
| | Actividades | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 0,36 | 2,50 |
| | Total | 3,21 | 1,86 | 1,21 | 1,55 | 1,50 | 1,61 | 1,74 | 12,67 |

^a Es posible que los totales de las filas y las columnas no siempre cuadren, por efecto del redondeo.

| | |
|---|--|
| Decisión WHA72(8): | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado |
| A. Relación con el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada. | |
| 6.1.1. Liderazgo y gestión eficaces de la OMS, y capacidades mejoradas de la Secretaría de la OMS y los Estados Miembros para promover, armonizar, coordinar y realizar esfuerzos orientados a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible | |
| 6.1.2. Colaboración eficaz con otros organismos de las Naciones Unidas y con agentes no estatales para elaborar un programa de acción sanitaria común que responda a las prioridades de los Estados Miembros | |
| 6.4.1. Aplicación de prácticas financieras sólidas mediante un marco de control adecuado | |
| 6.4.2. Gestión y coordinación eficaces y eficientes de los recursos humanos | |
| 6.4.3. Eficacia y eficiencia de la infraestructura informática y los sistemas y aplicaciones institucionales y relacionados con la salud | |
| 6.4.4. Facilitación de apoyo operativo y logístico, prestación de servicios de adquisición, mantenimiento de infraestructuras y gestión de activos, y creación de un entorno seguro para el personal y los bienes de la OMS | |
| Respuesta a brotes y crisis | |

| |
|---|
| <p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión:</p> <p>Un año: de junio de 2019 a mayo de 2020.</p> |
| <p>B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión</p> |
| <p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 35,5 millones.</p> |
| <p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 17,8 millones.</p> |
| <p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>3. Estimación de los recursos necesarios en el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 17,7 millones.</p> |
| <p>4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>5. Nivel de recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 17,8 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | – | – | – | – | 3,8 | – | – | 3,8 |
| | Actividades | – | – | – | – | 14,0 | – | – | 14,0 |
| | Total | – | – | – | – | 17,8 | – | – | 17,8 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | 3,7 | – | – | 3,7 |
| | Actividades | – | – | – | – | 14,0 | – | – | 14,0 |
| | Total | – | – | – | – | 17,7 | – | – | 17,7 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |

| | |
|--|--|
| Decisión WHA72(11): | Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada: | <p>2.1.1. Se habrá acelerado la formulación y aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles</p> <p>2.1.2. Se habrá posibilitado que los países apliquen estrategias para reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol), incluidos los determinantes sociales subyacentes</p> <p>2.1.3. Se habrá posibilitado que los países mejoren la cobertura de asistencia sanitaria relativa a la atención clínica de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas y sus factores de riesgo, incluso en situaciones de crisis y emergencias</p> |
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión: | Siete años. Todas las actividades mencionadas en el proyecto de decisión se llevarán a cabo a partir de 2019, durante los bienios 2018-2019, 2020-2021, 2022-2023 y 2024-2025, hasta la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en 2025. |

| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión | |
|---|--|
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$: | US\$ 602 millones (2019-2025). |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 86 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | No se aplica. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el anteproyecto de presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: | US\$ 172 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | US\$ 344 millones. |
| 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 10 millones (12% de US\$ 86 millones) cuando se redactó el presente documento. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 76 millones (88% de US\$86 millones). – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: US\$ 76 millones – la cantidad está aumentando de forma continua a lo largo del bienio, gracias a los esfuerzos continuados de movilización de recursos. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|-------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | 11,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 18,0 | 57,0 |
| | Actividades | 5,5 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 8,5 | 29,0 |
| | Total | 17,0 | 8,5 | 8,5 | 8,5 | 8,5 | 8,5 | 26,5 | 86,0 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Actividades | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | 23,0 | 11,0 | 11,0 | 11,0 | 11,0 | 11,0 | 36,0 | 114,0 |
| | Actividades | 11,0 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 17,0 | 58,0 |
| | Total | 34,0 | 17,0 | 17,0 | 17,0 | 17,0 | 17,0 | 53,0 | 172,0 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | 46,0 | 22,0 | 22,0 | 22,0 | 22,0 | 22,0 | 72,0 | 228,0 |
| | Actividades | 22,0 | 12,0 | 12,0 | 12,0 | 12,0 | 12,0 | 34,0 | 116,0 |
| | Total | 68,0 | 34,0 | 34,0 | 34,0 | 34,0 | 34,0 | 106,0 | 344,0 |

| | |
|--|--|
| Decisión WHA72(12): | Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada: | No se aplica. |
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | El Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) no está incluido en el presupuesto por programas. La decisión actual se deriva de la decisión WHA71(11) (2018). Se espera que el Marco de PIP se integre en el presupuesto por programas en 2020-2021. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | La Secretaría tiene previsto elaborar un enfoque para prestar apoyo a los países a fin de que adopten legislación sobre el acceso y el intercambio de beneficios y otras medidas de apoyo a la salud pública. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión: | Un año, con un informe sobre los progresos que se presentará a la 73. ^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 146. ^a reunión. |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión | |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en US\$: | US\$ 722 950 Gastos de personal (US\$ 622 950) + costos de las actividades (US\$ 100 000) |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en US\$: | No se aplica. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en US\$: | US\$ 722 950 |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el anteproyecto de presupuesto por programas para 2020-2021, en US\$: | No se aplica. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en US\$: | No se aplica. |
| 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en US\$: | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 502 100 – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 220 850 – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Todavía se desconocen. |

| |
|--|
| Decisión WHA72(13): Implicaciones para la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado |
| <p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada:</p> <p>E.1.1. Establecimiento de estrategias, planes y capacidades para el control de enfermedades como el cólera, la fiebre hemorrágica vírica, la meningitis y la gripe y aquellas debidas a patógenos emergentes y reemergentes transmitidos por vectores</p> <p>E.1.2. Establecimiento de redes de expertos mundiales y mecanismos innovadores para gestionar los peligros infecciosos nuevos o emergentes que suponen grandes amenazas (por ejemplo, en los ámbitos de la atención clínica, los laboratorios, las ciencias sociales y el modelado de datos)</p> |
| <p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión:</p> <p>30 meses.</p> |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión |
| <p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 1,02 millones.</p> |
| <p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 0,10 millones.</p> |
| <p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>Cero.</p> |
| <p>3. Estimación de los recursos necesarios en el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 0,92 millones.</p> |
| <p>4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$:</p> <p>Cero.</p> |
| <p>5. Nivel de recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: Cero. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 0,10 millones. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: US\$ 0,10 millones. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | - | - | - | - | - | - | 0,03 | 0,03 |
| | Actividades | - | - | - | - | - | - | 0,07 | 0,07 |
| | Total | - | - | - | - | - | - | 0,10 | 0,10 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Actividades | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Total | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | - | - | - | - | - | - | 0,10 | 0,10 |
| | Actividades | - | - | - | - | - | - | 0,82 | 0,82 |
| | Total | - | - | - | - | - | - | 0,92 | 0,92 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Actividades | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Total | - | - | - | - | - | - | - | - |

| |
|--|
| Decisión WHA72(19): 2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería |
| A. Relación con el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado |
| <p>1. Producto(s) del presupuesto por programas 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada:</p> <p>4.2.2. Se habrán aplicado en los países estrategias relativas al personal sanitario orientadas hacia el logro de la cobertura sanitaria universal</p> |
| <p>2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado:</p> <p>No se aplica.</p> |
| <p>4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión:</p> <p>12 meses.</p> |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión |
| <p>1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 2,2 millones.</p> |
| <p>2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>US\$ 0,6 millones.</p> |
| <p>2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$:</p> <p>No se aplica.</p> |

| |
|---|
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021, en millones de US\$: US\$ 1,6 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: No se aplica. |
| 5. Nivel de recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 0,6 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|--|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | | – | – | – | – | – | 0,5 | 0,5 |
| | Actividades | | – | – | – | – | – | 0,1 | 0,1 |
| | Total | | – | – | – | – | – | 0,6 | 0,6 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1,0 | 1,6 |
| | Total | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1,0 | 1,6 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |

Decisión WHA72(20): Día Mundial de la Enfermedad de Chagas

A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado

1. Producto(s) del presupuesto por programas 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada:

1.4.1. Se habrá facilitado la aplicación y el seguimiento de la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas

1.4.3. Se habrán desarrollado nuevos conocimientos, soluciones y estrategias de aplicación, acordes con las necesidades sanitarias de los países en los que estas enfermedades son endémicas, mediante el fortalecimiento de la investigación y la capacitación

| |
|--|
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado: |
| No se aplica. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado: |
| No se aplica. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión: |
| Un año. |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$: |
| US\$ 0,2 millones. |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: |
| US\$ 0,1 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: |
| Cero. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021, en millones de US\$: |
| US\$ 0,1 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: |
| Cero. |
| 5. Nivel de recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: |
| – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 0,05 millones. |
| – Déficit de financiación restante para el bienio actual: US\$ 0,05 millones. |
| – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: Se prevén US\$ 0,05 millones adicionales de diversos asociados. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | – | – | – | – | – | – | 0,02 | 0,02 |
| | Actividades | – | 0,05 | – | 0,015 | – | 0,015 | – | 0,08 |
| | Total | – | 0,05 | – | 0,015 | – | 0,015 | 0,02 | 0,10 |
| 2018-2019 recursos adicionales | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 2020-2021 recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | – | – | 0,02 | 0,02 |
| | Actividades | – | 0,05 | – | 0,015 | – | 0,015 | – | 0,08 |
| | Total | – | 0,05 | – | 0,015 | – | 0,015 | 0,02 | 0,10 |
| Bienios futuros recursos previsibles | Personal | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Actividades | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | Total | – | – | – | – | – | – | – | – |

Decisión WHA72(21): Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo: reforma de la OMS

A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado

1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada:

6.1.3. Se habrá reforzado la gobernanza de la OMS mediante una supervisión eficaz de las reuniones de los órganos deliberantes y el establecimiento de órdenes del día eficientes y congruentes

6.5.1. Se puede acceder a información sanitaria precisa y oportuna a través de una plataforma de comunicación eficaz y prácticas conexas

2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

No se aplica.

3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado:

No se aplica.

4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión:

Opción 1: Ninguno, puesto que se mantiene la práctica actual.

Opción 2: Hasta 12 meses después de la clausura de la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud/145.^a reunión del Consejo (para la preparación de la próxima edición de los *Documentos básicos*).

Opción 3: Tres meses (para la preparación de los Reglamentos Interiores de los órganos deliberantes modificados, que se presentarían al Consejo en su 145.^a reunión).

| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión | |
|---|---|
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$: | <p>Opción 1: Cero, dado que no requeriría ningún cambio.</p> <p>Opción 2: US\$ 0,06 millones para la preparación de la próxima edición de los <i>Documentos básicos</i>. Los costos de la actualización de los Reglamentos Interiores de los órganos deliberantes en los <i>Documentos básicos</i> estarían incluidos en los costos de la preparación prevista de la próxima edición. Los costos de la preparación de la próxima edición se detallan en las secciones B2 a B5.</p> <p>Opción 3: Cero, ya que la actualización de los Reglamentos Interiores de los órganos deliberantes a efectos de su examen en la 145.^a reunión del Consejo quedaría comprendida en el contexto de la presentación de un documento a los órganos deliberantes y, por lo tanto, como actividad básica.</p> |
| Las secciones B2 a B5 se refieren únicamente a la opción 2 | |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 0,03 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | No se aplica. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el anteproyecto de presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: | US\$ 0,03 millones. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | No se aplica. |
| 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 0,03 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: No se aplica. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

| | |
|--|---|
| Decisión WHA72(22): | Procesos de reforma de la OMS, incluida la agenda de transformación, y aplicación de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo: Informe de la Presidencia del Consejo Ejecutivo en relación con los resultados de la consulta oficiosa sobre la reforma de la gobernanza |
| A. Relación con el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado | |
| 1. Producto(s) del presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado a los que contribuiría este proyecto de decisión en caso de que fuera adoptada: | 6.1.3. Se habrá reforzado la gobernanza de la OMS mediante una supervisión eficaz de las reuniones de los órganos deliberantes y el establecimiento de órdenes del día eficientes y congruentes |
| 2. Breve justificación de por qué habría que considerar el proyecto de decisión, si no hay relación con los resultados indicados en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 3. Cualquier entregable adicional de la Secretaría durante el bienio 2018-2019 que no esté ya incluido en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado: | No se aplica. |
| 4. Plazo estimado (en años o meses) para ejecutar la decisión: | 11 meses. |
| B. Consecuencias financieras para la Secretaría de la aplicación de la decisión | |
| 1. Recursos necesarios totales para aplicar la decisión, en millones de US\$: | US\$ 0,08 millones. |
| 2.a Estimación de los recursos necesarios ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | US\$ 0,08 millones. |
| 2.b Estimación de los recursos necesarios adicionales a los ya previstos en el presupuesto por programas para 2018-2019 aprobado, en millones de US\$: | Cero. |
| 3. Estimación de los recursos necesarios en el anteproyecto de presupuesto por programas para 2020-2021, en millones de US\$: | Cero. |
| 4. Estimación de los recursos necesarios en futuros presupuestos por programas, en millones de US\$: | Cero. |
| 5. Recursos disponibles para financiar la aplicación de la decisión en el bienio actual, en millones de US\$: | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos disponibles para financiar la decisión en el bienio actual: US\$ 0,08 millones. – Déficit de financiación restante para el bienio actual: Cero. – Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación en el bienio actual: No se aplica. |

Cuadro. Desglose de los recursos necesarios estimados (en millones de US\$)

| Bienio | Costos | Región | | | | | | Sede | Total |
|---------------------------------------|-------------|--------|--------------|------------------|--------|-----------------------|---------------------|------|-------|
| | | África | Las Américas | Asia Sudoriental | Europa | Mediterráneo Oriental | Pacífico Occidental | | |
| 2018-2019 recursos ya previstos | Personal | - | - | - | - | - | - | 0,02 | 0,02 |
| | Actividades | - | - | - | - | - | - | 0,06 | 0,06 |
| | Total | - | - | - | - | - | - | 0,08 | 0,08 |