

Informes sobre los progresos realizados en asuntos técnicos y sanitarios

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
A. Mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos (resolución WHA58.27)	2
B. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas acerca de la mejora de la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA (resolución WHA59.12)	3
C. <i>Informe mundial sobre la violencia y la salud: aplicación de las recomendaciones</i>	5
D. Promoción de la seguridad vial y prevención de los traumatismos causados por el tránsito (resolución WHA57.10)	7
E. Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (resolución WHA58.23)	9
F. Prevención y control del cáncer (resolución WHA58.22): cáncer cervicouterino	10
G. Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA58.24)	11
H. Promoción de un envejecimiento activo y saludable (resolución WHA58.16)	13
I. Preparación y respuesta frente a emergencias (resolución WHA59.22)	14
J. Reducción de la mortalidad mundial por sarampión	16
K. Red de Sanimetría	19
Intervención de la Asamblea de la Salud	21

A. MEJORA DE LA CONTENCIÓN DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS (resolución WHA58.27)

1. En su resolución WHA58.27, la Asamblea de la Salud pidió al Director General que ampliara y fortaleciera la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros, a fin de acelerar la aplicación de las resoluciones WHA51.17 y WHA54.14 relativas a la contención de la resistencia a los antimicrobianos. Además, la Asamblea de la Salud observó que la estrategia de contención de la resistencia a los antimicrobianos¹ no se había aplicado de forma generalizada e insistió en la necesidad de adoptar un criterio nacional amplio e integrado para promoverla.

Aplicación de la estrategia para la contención de la resistencia a los antimicrobianos

2. Debido a la superposición de cuestiones y recomendaciones, el tema de la contención de la resistencia a los antimicrobianos se ha incluido en el contexto del uso racional de los medicamentos. En enero de 2007,² el Consejo Ejecutivo abordó ese tema, y adoptó la resolución EB120.R12 relativa al uso racional de los medicamentos. La resolución, cuya adopción se recomendaba a la Asamblea de la Salud, pedía al Director General, entre otras cosas, que fortaleciera el apoyo técnico de la OMS a los Estados Miembros en sus esfuerzos por establecer o, en su caso, reforzar los órganos multidisciplinares nacionales encargados de supervisar el uso de medicamentos y aplicar los programas nacionales sobre uso racional de los medicamentos. Esta petición refleja el principal componente de la estrategia de la OMS, según el cual los países deberían establecer grupos especiales nacionales de carácter intersectorial a fin de coordinar las estrategias de contención, y una propuesta anterior orientada a establecer, en la Sede y las regiones, un equipo especial intersectorial autónomo e independiente sobre resistencia antimicrobiana encargado de elaborar un plan de acción.³ Las repercusiones financieras de esa resolución⁴ prevén la asignación de recursos suficientes para establecer un equipo mundial que proporcione a los países la asistencia técnica adicional necesaria. En la 15ª reunión del Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales, que se celebrará en Ginebra del 19 al 23 de marzo de 2007, se examinará un proyecto de plan de aplicación.

3. Se han realizado progresos en lo concerniente al establecimiento de una base de datos más sólida; a ese respecto, la tarea principal de la Secretaría consistirá en el acopio y análisis de datos sobre el uso de antibióticos en la atención primaria de salud en los países de ingresos bajos y medios, y sobre las políticas farmacéuticas relativas a la resistencia a los antimicrobianos. Los datos obtenidos a través del análisis de 792 estudios ponen de relieve que persisten el abuso y el uso inapropiado de los antibióticos en todo el mundo.⁵ Los datos sobre políticas indican que pocos países disponen de un equipo especial o de una estrategia nacional de contención de la resistencia, o de un laboratorio de referencia para la vigilancia, o de mecanismos de aplicación de las políticas que, por ejemplo, prevean el acceso a los antibióticos sólo con receta médica.⁶

¹ Documento WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2.

² Véanse, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, las actas resumidas de las sesiones sexta, octava y duodécima de la 120ª reunión.

³ Documento WHO/CDS/CSR/RMD/2003.7.

⁴ Documento EB120/7 Add.1.

⁵ Para mayor información, véase el documento EB120/7.

⁶ Véase el documento WHO/TCM/2006.2.

Promoción e investigación

4. La OMS ha continuado su labor multidisciplinaria centrándose en los siguientes enfoques para la contención de la resistencia a los antimicrobianos:

- investigación en materia de vigilancia del uso de los agentes antimicrobianos y la farmacorresistencia en comunidades que cuentan con escasos recursos;
- difusión de directrices destinadas a mejorar el tratamiento de las infecciones de la infancia más comunes, incluidas estrategias basadas en pruebas científicas para reducir el uso inapropiado de antibióticos (por ejemplo, la eficacia del tratamiento antibiótico de tres días para la neumonía y la administración de suplementos de zinc para tratar la diarrea);
- suministro de asesoramiento, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, sobre prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y sobre profilaxis antibiótica en cirugía;
- aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis establecida en 2006, con miras a mejorar el control de la tuberculosis mediante la promoción de un enfoque centrado en el paciente, la utilización de medicamentos de calidad asegurada en combinaciones de dosis fija, la vigilancia regular de la resistencia y la creación del Comité Luz Verde, que facilita el acceso a medicamentos antituberculosos de segunda línea de calidad asegurada y, al mismo tiempo, vela por su uso racional a través de un proceso riguroso de examen y seguimiento;
- fomento de la aplicación del tratamiento combinado basado en la artemisinina para tratar el paludismo no complicado por *P. falciparum*, y prohibición de la comercialización y utilización de las monoterapias de artemisinina oral.

El futuro

5. Los limitados progresos realizados hasta el presente en la aplicación de la resolución WHA58.27 reflejan la escasez de recursos para el desarrollo de programas coherentes y amplios en los sistemas de salud, con el fin de promover el uso racional de medicamentos antimicrobianos y contener la resistencia. No obstante, la importancia de la cuestión se reconoce en el Undécimo Programa General de Trabajo y forma parte del objetivo estratégico 11 del proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y del anteproyecto de presupuesto por programas 2008-2009.

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

6. En la resolución WHA59.12, la Asamblea de la Salud hizo suyas las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA, y pidió al Director General que adoptara dichas recomendaciones en colaboración con el ONUSIDA y los demás copatrocinadores e informara al Consejo Ejecutivo y a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados.

7. Entre las recomendaciones del Equipo mundial de tareas figuraba la necesidad de que los donantes y las instituciones multilaterales (OMS, ONUSIDA, Banco Mundial, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y otras) colaboraran de forma más eficaz para garantizar que el apoyo técnico y financiero a las respuestas nacionales al SIDA esté armonizado y se ajuste al principio de los «tres unos», a la Declaración de Roma sobre la Armonización (2003) y a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005).

8. Hasta finales de octubre de 2006, el ONUSIDA había apoyado la creación de equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el SIDA en 44 países. La OMS ha tenido un papel activo en esos equipos, participando en la programación conjunta con otros organismos y asociados de las Naciones Unidas.

9. La contribución de la OMS a la aplicación de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas se ha centrado en mejorar la coordinación entre los organismos multilaterales, especialmente en lo que se refiere a la prestación de apoyo técnico a los países. Como presidente del Equipo mundial conjunto de apoyo a la resolución de problemas y a la aplicación, la OMS dirige los trabajos destinados a superar los obstáculos a la concesión de subvenciones importantes a los programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA. Los miembros principales del Equipo de apoyo son la OMS, el PNUD, el UNICEF, el FNUAP, el ONUSIDA, el Banco Mundial y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Equipo facilita el análisis de los obstáculos existentes en los países y la elaboración de planes de apoyo técnico que permitan superarlos. Mensualmente se celebran conferencias telefónicas y videoconferencias con los países para examinar sus pedidos de apoyo técnico. La decisión sobre quién debe proporcionar la ayuda técnica se toma en el marco convenido de la división del trabajo.¹

10. El Equipo de apoyo ha coordinado y proporcionado apoyo normativo, técnico y administrativo en estrecha colaboración con los grupos temáticos de las Naciones Unidas, los equipos de las Naciones Unidas en los países y otros asociados nacionales e internacionales. Hasta marzo de 2007, el Equipo de apoyo había realizado análisis rápidos de los obstáculos a la aplicación del programa en 32 países, y facilitado la actuación en 15. El apoyo prestado abarcó las esferas de la adquisición y la gestión de suministros, la capacidad de supervisión y gestión de las subvenciones, la monitorización y evaluación, y la resolución de problemas generales relacionados con las políticas, procedimientos y prácticas de las instituciones multilaterales y sus asociados. En noviembre de 2006 el Equipo de apoyo se amplió con el fin de incluir a los donantes bilaterales y a los asociados de la sociedad civil, que colaboran plenamente en los trabajos de los miembros principales, con miras a superar los obstáculos para financiar los programas nacionales contra VIH/SIDA mediante donaciones.

11. La labor del Equipo de apoyo complementa el apoyo técnico prestado por el ONUSIDA y sus copatrocinadores a nivel regional y nacional a través de, por ejemplo, los centros de enlace de conocimientos creados por la OMS y sus asociados, y los dispositivos de apoyo técnico del ONUSIDA. La OMS también está colaborando con el Plan de Emergencia de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y la Iniciativa «BACKUP» del GTZ, a fin de garantizar que la asistencia técnica proporcionada por los organismos bilaterales sea coherente con la labor del sistema de las Naciones Unidas. La OMS, el UNICEF, el Banco Mundial, el ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Plan de Emergencia para el Alivio del Sida copatrocinan la próxima Reunión de encargados de actividades contra el VIH/SIDA (Kigali, 16 a 19 de junio de 2007), cuya finalidad consiste en intercambiar las enseñanzas adquiridas en la ejecución de programas contra el VIH/SIDA.

¹ *División del trabajo de apoyo técnico del ONUSIDA: resumen y fundamentos.* ONUSIDA, agosto de 2005.

12. A medida que aumenta la demanda de apoyo técnico por parte de los países, prosiguen las actuaciones para asegurar la disponibilidad de una financiación adecuada. El 79% de los fondos de que disponía la OMS para el VIH/SIDA en el bienio en curso se ha distribuido a las oficinas regionales y en los países. La OMS también está colaborando con el ONUSIDA y sus demás copatrocinadores en la recaudación de más recursos para el apoyo técnico, y se está explorando, por ejemplo, la posibilidad de poner a disposición de los países más fondos procedentes del presupuesto y plan de trabajo unificados del ONUSIDA.

13. Aunque contribuye a actividades de coordinación más amplias, el apoyo específico de la OMS a las respuestas nacionales al SIDA sigue centrado en la expansión de intervenciones clave del sector sanitario para aproximarse en la mayor medida posible al objetivo de lograr para 2010 el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Para el final de 2006 el número de países que habían comunicado objetivos nacionales basados en los indicadores de resultados propuestos por el ONUSIDA ascendía a 90, de los cuales 81 habían fijado metas de tratamiento y 84 habían establecido resultados previstos en relación, por lo menos, con una intervención preventiva. La OMS está trabajando en la elaboración de directrices técnicas para el establecimiento de objetivos que conciernen específicamente a la terapia antirretrovírica, la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, las pruebas de VIH y el asesoramiento, así como la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para los consumidores de drogas inyectables. Estas directrices serán de utilidad para los países que aún no han establecido objetivos en esas esferas o que deseen adoptar un enfoque sistemático para establecer, revisar o modificar los objetivos de las intervenciones.

14. En su 120ª reunión, celebrada en enero de 2007,¹ el Consejo Ejecutivo examinó el informe sobre los progresos realizados.

C. INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD: APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES²

15. En su resolución WHA56.24, la Asamblea Mundial de la Salud instaba a los Estados Miembros a promover el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, además de alentarlos a preparar un informe sobre la violencia y su prevención y, suponiendo que no lo hubieran hecho, a nombrar un coordinador para la prevención de la violencia dentro del ministerio de salud. En la misma resolución se pedía a la Directora General que ayudara a los Estados Miembros a establecer políticas y programas para aplicar medidas de prevención de la violencia.

16. Desde 2005, el número de países en que se ha presentado el informe ha pasado de 40 a 52; el de países que han elaborado un informe nacional sobre violencia y salud ha pasado de cuatro a 15; y el número de coordinadores se ha doblado, hasta llegar a los 100. Los países que han puesto en marcha nuevas actividades de prevención de la violencia en colaboración con la OMS (tales como recopilación de datos, investigación sobre los costos de la violencia, evaluación de programas de prevención, establecimiento de centros o grupos de trabajo nacionales para la prevención y mejora de los servicios de atención a las víctimas) son: Alemania, Angola, Argentina, Bélgica, Brasil, Canadá, Colombia, Congo, El Salvador, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Francia, Guatemala, Honduras, India, Jamaica, Jordania, Kenya, Letonia, Malasia, Mongolia, Mozambique,

¹ Véase, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la decimotercera sesión de la 120ª reunión, sección 2.

² *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Nepal, Nicaragua, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, ex República Yugoslava de Macedonia, Tailandia, Uganda y Yemen.

17. En la segunda reunión de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia (*Milestones 2005*), celebrada en San Francisco (Estados Unidos de América) el 19 de octubre de 2005,¹ se examinaron algunos de esos logros y se evaluaron los progresos realizados por la Alianza para la Prevención de la Violencia. Tras dicha evaluación, el Ministro de Salud de Bélgica y la OMS convocaron a expertos de 14 países a una reunión (celebrada en Bruselas los días 19 y 20 de junio de 2006) para reflexionar sobre la línea estratégica de la Alianza. En aquel encuentro se acordó establecer un grupo de trabajo de alto nivel que promoviera la inclusión de la prevención de la violencia en los planes mundiales de desarrollo.

18. En 2005, el Comité Regional para Europa adoptó la resolución EUR/RC55/R9, en la que instaba a los Estados Miembros a otorgar prioridad a la prevención de la violencia y los traumatismos. Posteriormente, los coordinadores de 34 Estados Miembros de la Región celebraron reuniones para definir conjuntamente un objetivo y elaborar un programa común de actividades. A principios de 2006, los 100 coordinadores de 67 países que asistieron en Durban (Sudáfrica) a la primera reunión mundial de coordinadores de los ministerios de salud para la prevención de la violencia y los traumatismos (31 de marzo y 1 de abril de 2006) acordaron crear una red para intercambiar información y reforzar las políticas nacionales de prevención de la violencia. En una consulta ulterior, unos 30 ministros de salud africanos, o sus representantes, se comprometieron a dar mayor prioridad a la prevención de la violencia en los programas y políticas nacionales de salud. Como medida de acompañamiento de esos avances, la OMS ha empezado a preparar un informe sobre violencia y salud en África.

19. En 2005 y 2006 vieron la luz las siguientes publicaciones: *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*;² *Injuries in Europe: why they matter and what can be done*;³ una serie de notas descriptivas sobre la violencia entre personas y el alcohol;⁴ un módulo didáctico sobre la prevención de la violencia y los traumatismos;⁵ *Developing policies to prevent injuries and violence*;⁶ y *Prehospital trauma care systems*.⁷

20. La OMS, junto con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y el UNICEF, facilitó datos y realizó aportaciones técnicas al estudio sobre la violencia contra los niños encargado por el Secretario General de las Naciones Unidas, que fue presentado a la Asamblea General el 11 de octubre de 2006. La labor subsiguiente de la OMS se centrará en apoyar a los países para que pongan

¹ *Milestones of a global campaign for violence prevention 2005: changing the face of violence prevention*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

² García Moreno C; Jansen HAFM; Ellsberg M; Helse L; Watts C. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

³ Sethi D; Racioppi F; Baumgarten I; Vida P. *Injuries in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2006.

⁴ Accesible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/index.html

⁵ Accesible (sólo en inglés) en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html

⁶ Schopper D; Lormand JD; Waxweiler R (Eds.). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

⁷ Sasser S; Varghese M; Kellermann A; Lormand JD. *Prehospital trauma care systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

en práctica la guía dedicada a las medidas de prevención del maltrato infantil y a la obtención de datos contrastados sobre el tema.¹

21. En 2006, la Secretaría estableció un grupo de trabajo sobre la prevención de la violencia sexual y de pareja, que elaborará un proyecto de plan mundial de acción para prevenir dicho tipo de violencia. Los días 2 y 3 de mayo de 2007 se celebrará una reunión consultiva de expertos que efectuará aportaciones para dicho plan.

22. Los progresos en cuanto a prevención de la violencia han hecho que los países sigan en mayor medida las recomendaciones de la OMS en la materia. Para seguir avanzando es preciso redoblar el apoyo a los países para que apliquen las directrices de la OMS, lo que también supone invertir en la evaluación de los resultados. La Campaña Mundial de Prevención de la Violencia promueve este proceso en sus reuniones de examen bianuales; la próxima reunión tendrá lugar en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en julio de 2007.

23. En su 120ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe precedente sobre los progresos realizados.²

D. PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD VIAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS CAUSADOS POR EL TRÁNSITO (resolución WHA57.10)

24. La resolución WHA57.10 instaba a los Estados Miembros a que movilizaran a su sector de la salud pública mediante la designación de coordinadores de la prevención y mitigación de las consecuencias adversas de las colisiones en las vías de tránsito, quienes se encargarían de organizar la respuesta de la salud pública en materia de epidemiología, prevención y promoción, y servirían de enlace con otros sectores. La Asamblea de la Salud aceptó la invitación de la Asamblea General de las Naciones Unidas para que la OMS actuara como coordinadora de las cuestiones de seguridad vial en el sistema de las Naciones Unidas y colaborase estrechamente con las comisiones regionales de las Naciones Unidas. Además, pidió al Director General que colaborase con los Estados Miembros en el establecimiento de políticas y programas de salud pública con base científica para la aplicación de medidas encaminadas a prevenir los traumatismos causados por el tránsito.

25. De conformidad con el mandato acordado por la Asamblea General, la OMS coordina las actividades del grupo de Colaboración de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, integrado por más de 40 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, donantes, instituciones de investigación y empresas privadas, que celebran reuniones bianuales. Los miembros del grupo centran su labor en la aplicación de las recomendaciones recogidas en el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*.³ Las actividades incluyen la organización de conferencias regionales sobre seguridad vial y campañas de sensibilización, así como la creación del Servicio Mundial de Seguridad Vial, administrado por el Banco Mundial. Un consorcio de miembros está elaborando una serie de manuales de buenas prácticas en materia de prevención.

¹ Organización Mundial de la Salud, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

² Véase, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la decimotercera sesión de la 120ª reunión, sección 2.

³ *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

26. En 2006 se publicó en varios idiomas un manual destinado a promover el uso de cascos entre los motociclistas,¹ y se lo distribuyó inicialmente en Malasia, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam. Para 2007 está prevista la celebración de otros talleres nacionales. En abril de 2007 se publicará un segundo manual sobre conducción bajo los efectos del alcohol. Se están elaborando otros manuales sobre acopio de datos, velocidad, cinturones de seguridad y sobre el establecimiento de un organismo rector en materia de seguridad vial.

27. En tres importantes reuniones regionales sobre seguridad vial² celebradas con apoyo de la OMS se ha destacado la importancia de la seguridad vial y se ha hecho un llamamiento en favor de la adopción de medidas. Además, en 2006, la OMS organizó la primera reunión mundial y varias reuniones regionales de coordinadores de los ministerios de salud para la prevención de los traumatismos y la violencia.

28. La OMS continúa proporcionando asistencia técnica a países de ingresos bajos y medios, con miras a fortalecer los sistemas de acopio de datos integrados sobre traumatismos causados por el tránsito, los programas de prevención primaria y la atención traumatológica de emergencia.

29. La OMS ha contribuido al fortalecimiento de la capacidad. En 2006 elaboró un manual de capacitación en materia de prevención de los traumatismos causados por el tránsito,³ que se está utilizando en varios países, y continúa apoyando en más de 60 países la ejecución de un programa de capacitación en materia de prevención de traumatismos, que incluye componentes esenciales sobre seguridad vial. Además, respalda trabajos de investigación mediante el desarrollo de métodos para evaluar las tasas de utilización de cascos y cinturones de seguridad en los países de ingresos bajos y medios y a través del suministro de asistencia técnica y financiera a la Red de Investigación sobre Traumatismos Causados por el Tránsito, una alianza mundial dedicada a la investigación sobre traumatismos causados por el tránsito en los países de ingresos bajos y medios.

30. La OMS ha reconocido que la atención traumatológica y de emergencia mejorada es una parte esencial de la prevención general de los traumatismos causados por el tránsito y, en ese contexto, ha colaborado con un grupo de especialistas con el fin de elaborar directrices en esa esfera y promover su aplicación.

31. En cuanto a las actividades de promoción, la OMS está colaborando con las comisiones regionales de las Naciones Unidas en la organización de la primera Semana Mundial de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (23 a 29 de abril de 2007), de conformidad con la resolución 60/5 de la Asamblea General.

32. La concienciación y la preparación de directrices, así como la integración de las recomendaciones sobre prevención de traumatismos causados por el tránsito en los procesos políticos, han dado lugar a logros considerables, pero es preciso reforzar esas actividades. Se alienta a los Estados Miembros a que continúen invirtiendo en sistemas mejorados de acopio de datos multisectoriales y en actividades de prevención, como se indica en el *Informe mundial sobre prevención de traumatismos causados por el tránsito*.

¹ *Helmets: a road safety manual for decision-makers and practitioners*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

² En las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y las Américas.

³ *Road traffic injury prevention: training manual*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

E. DISCAPACIDAD, INCLUIDOS LA PREVENCIÓN, EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN (resolución WHA58.23)

33. En respuesta a la resolución WHA58.23, se elaboró para el periodo 2006-2011 un plan de acción en materia de discapacidad y rehabilitación¹ que incluye nueve actividades clave que contribuyen a la aplicación de la resolución.

34. Se han iniciado los trabajos con miras a la publicación de un informe mundial sobre la discapacidad y la rehabilitación, para lo cual se ha contratado personal y se ha creado un comité editorial formado por nueve expertos de diferentes regiones. El comité ha determinado los objetivos, la audiencia, el proceso de redacción, la estructura y los principales contenidos del informe. El borrador del informe pasará a la fase de consultas regionales en 2008 y se prevé que sea presentado en 2009. También se han definido la terminología y los datos sobre la discapacidad y la rehabilitación que contendrá.

35. Con miras al fortalecimiento de los programas nacionales de rehabilitación, se han preparado los borradores de dos directrices sobre el suministro de sillas de ruedas manuales en entornos con escasos recursos y sobre la rehabilitación de base comunitaria. La primera de esas directrices, destinada a fomentar la producción, distribución y mantenimiento de las sillas de ruedas, ha sido examinada en una reunión de expertos celebrada en Bangalore (India) del 6 al 11 de noviembre de 2006, y será distribuida en 2007. La segunda será sometida a pruebas sobre el terreno y a un proceso de revisión por pares en 2007, y se distribuirá en 2008. En la redacción de esas directrices han participado organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de discapacitados.

36. En una reunión interpaíses celebrada en El Cairo del 2 al 4 de mayo de 2006 se examinó la aplicación en la Región del Mediterráneo Oriental de las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en sus aspectos relacionados con la salud.

37. En el primer Congreso continental sobre rehabilitación de base comunitaria (Santiago, 22 al 24 de noviembre de 2006), los participantes, procedentes de 15 países de América Latina, intercambiaron experiencias y enseñanzas acerca de las acciones que contribuyen a asegurar la igualdad de las personas con discapacidad y su plena participación en la comunidad. Uno de los resultados ha sido la creación de una red latinoamericana para mejorar la coordinación de la rehabilitación de base comunitaria.

38. La OMS ha prestado apoyo técnico para fortalecer los servicios nacionales de rehabilitación en países de las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental, y también ha iniciado, en colaboración con otras instituciones y centros académicos, dos proyectos de investigación multipaís: uno sobre la costoeficacia de las intervenciones médicas de rehabilitación y su impacto en la reducción de la pobreza, y el otro sobre las repercusiones de las tecnologías de asistencia en la reducción de la pobreza.

39. Se ha añadido un módulo sobre discapacidad y rehabilitación a TEACH-VIP, un curso electrónico integral sobre prevención y control de los traumatismos, destinado a una amplia gama de audiencias. En junio de 2007 se llevará a cabo en la República Islámica del Irán un programa de formación de instructores sobre la rehabilitación de base comunitaria.

¹ Documento NMH/VIP/DAR/2005-1.

40. La OMS participó activamente en las reuniones del Comité Especial encargado de redactar la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, y seguirá proporcionando a los Estados Miembros información y orientación apropiadas acerca de la aplicación de la Convención.

41. En su 118ª reunión, celebrada en mayo de 2006, el Consejo Ejecutivo examinó una versión anterior del presente informe sobre los progresos realizados.¹

F. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER (resolución WHA58.22): CÁNCER CERVICOUTERINO

42. En 2005 hubo hasta 500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, un tipo de cáncer prevenible pero común entre las mujeres, y hasta 257 000 defunciones por esa enfermedad. Más del 90% de esos casos y muertes se registraron en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a servicios de detección y tratamiento y atención paliativa de ese tipo de cáncer a menudo no existen o son insuficientes. Según las previsiones de la OMS, el número de muertes por cáncer cervicouterino aumentará a 320 000 en 2015 y 435 000 en 2030. La enfermedad está causada por una infección de transmisión sexual común por papilomavirus humano de tipo oncogénico (VPH), que puede evolucionar a lo largo de 10 a 20 años e ir pasando por diversos estadios: lesiones precancerosas, cáncer invasor e incluso muerte.

43. En cumplimiento de las resoluciones WHA57.12 sobre la salud reproductiva y WHA58.22 sobre la prevención y el control del cáncer, la Secretaría ha establecido un plan de acción contra el cáncer cervicouterino, basado en un enfoque global que abarca la prevención primaria, la detección precoz y el cribado, el tratamiento y la atención paliativa en el marco de programas nacionales de lucha contra el cáncer;² para promover esos programas, la OMS colabora con asociados importantes, como el FNUAP y el OIEA.

44. También en respuesta a la resolución WHA58.22, se está recomendando la prevención y el control del cáncer cervicouterino³ mediante la promoción del uso de preservativos y la realización sistemática de pruebas para detectar lesiones precancerosas y el cáncer invasor y determinar la manera adecuada de tratarlos. Se ha observado que la detección del cáncer cervicouterino mediante citología contribuye a reducir la incidencia y mortalidad de la enfermedad, pero para aplicar esta técnica hace falta infraestructura sanitaria adecuada, recursos técnicos y un sistema bien definido de envío de casos a servicios de tratamiento. Actualmente se están estudiando otras técnicas de detección más adecuadas para los países con pocos recursos, como la inspección visual con ácido acético, seguida de crioterapia.⁴ Además, para cumplir la resolución WHA58.22, esas técnicas se están introduciendo en varios países de África por medio de un programa de investigaciones operativas.

¹ Véase, en el documento EBSS-EB118/2006/REC/1, el acta resumida de la cuarta sesión de la 118ª reunión, sección 5.

² *Cancer control knowledge into action. WHO guide for effective programmes: Module 1 - Planning.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

³ *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

⁴ *Cervix cancer screening.* IARC Handbooks of cancer prevention. Vol. 10 Lyon, IARC Press, 2005.

45. También en respuesta a la resolución WHA58.22, se ha promovido la investigación aplicada para la obtención de vacunas contra el cáncer cervicouterino. Se ha demostrado que la nueva vacuna disponible contra el VPH y otro en ensayo clínico de fase avanzada permiten prevenir entre un 65% y un 76% de las infecciones y lesiones provocadas por esos virus, según la prevalencia local de papilomavirus humanos de tipo oncogénico.¹ Se han identificado algunas dificultades en lo que atañe al empleo de la vacuna, así como lagunas en materia de investigación.^{1, 2} Es preciso formular nuevas estrategias para introducir la vacuna, incluidas las que integran las vacunas contra el VPH en los actuales programas de prevención del cáncer, salud reproductiva y sexual de los adolescentes e inmunización. Por ejemplo, los destinatarios de los actuales programas de inmunización sistemática de la OMS son sobre todo niños menores de un año, mientras que los de la vacuna contra el VPH serán niñas preadolescentes, y es probable que la cobertura de inmunización se amplíe a los muchachos en el futuro. Por lo tanto, cabe prever que los gastos de las actividades de vacunación sean mucho más altos y se sumen a los ya elevados gastos de la propia vacuna, aunque se espera que los fabricantes fijen precios diferenciales y que puedan instaurarse procesos destinados a facilitar la asequibilidad. Además, el uso de esa vacuna suscita cuestiones culturales delicadas, como las relacionadas con el comportamiento sexual, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer genital, que dificultan aún más esas actividades. Por último, hay que estudiar cómo financiar de manera sostenible los futuros programas de vacunación contra el VPH en el marco de la financiación de los programas de detección, dado que la reducción de la incidencia del cáncer y la mortalidad ligada a él no se podrán medir hasta que transcurra un periodo de 10 a 30 años después de empezar a utilizar la vacuna.

46. La decisión de si se introducen, y cuándo se introducen, las vacunas contra el VPH dependerá de las políticas nacionales basadas en la carga de cáncer cervicouterino, el nivel de riesgo de exposición al papilomavirus humano, la costoeficacia de las intervenciones y las estrategias de su aplicación. Además, la introducción de vacunas contra el VPH ofrece oportunidades para fortalecer la inmunización después de la infancia, incluido el suministro de dosis de refuerzo y nuevas vacunas a niños y adolescentes, y dispensar otras intervenciones de salud a ese grupo de edades. Las actividades de vigilancia y evaluación, llevadas a cabo con ayuda de registros del cáncer, son elementos fundamentales de cualquier plan de control del cáncer cervicouterino. Luchar por conseguir el acceso universal y equitativo a los servicios de prevención, detección, tratamiento y atención paliativa será clave para reducir la carga de ese tipo de cáncer en el mundo entero.

47. En su 120ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe precedente.³

G. SOSTENIMIENTO DE LA ELIMINACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR CARENCIA DE YODO (resolución WHA58.24)

48. En los últimos dos años se han hecho algunos progresos hacia la eliminación de los trastornos por carencia de yodo, y sigue disminuyendo el número de Estados Miembros en los que todavía constituyen un problema de salud pública. En este periodo, 41 países han aportado nuevos datos nacionales. El número de países que disponen de estimaciones nacionales ha aumentado de menos de 10 en

¹ WHO, UNFPA. *Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

² *Human papillomavirus and HPV vaccine: key technical information*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

³ Véanse, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, las actas resumidas de la octava y de la decimotercera sesión de la 120ª reunión, sección 2.

1993 a 75 en 2004, y 94 en 2006; los datos actuales de las encuestas sobre la carencia de yodo abarcan al 91,1%¹ de la población mundial. No hay datos sobre 63 países, que representan el 8,9% de la población mundial. Los trastornos por carencia de yodo siguen siendo un problema de salud pública en 47 de los 130 países que disponen de estimaciones nacionales o subnacionales, frente a los 54 países de 2004 y los 126 de 1993. La ingesta de yodo es «suficiente» o «superior a la recomendada» en 76 países, y «excesiva» en siete,² con el consiguiente riesgo de hipertiroidismo para los grupos vulnerables. En comparación con 2004, la población afectada, expresada como porcentaje de la población general, ha disminuido en un 4,6% en 2006, pero el número de personas con ingesta insuficiente de yodo ha permanecido estable en torno a los 2000 millones; las regiones más afectadas siguen siendo Asia sudoriental y Europa.

49. La estrategia preferida para el control de los trastornos por carencia de yodo es la yodación universal de la sal. En las comunidades con alto riesgo y escasas probabilidades de acceder a la sal yodada se recomienda el aceite yodado, especialmente en los grupos vulnerables, como las embarazadas y los niños pequeños. Se calcula que el 70% de los hogares de todo el mundo tienen acceso a la sal yodada; esta proporción es superior al 90% en 33 países,³ en comparación con los 28 de 2004. En la mayoría de los países no es obligatorio ni está reglamentado el uso de la sal yodada en los alimentos procesados.

50. La sostenibilidad de los programas de control es fundamental, y la monitorización y la evaluación del impacto son esenciales para asegurar la eficacia y la seguridad de las intervenciones. Los programas de monitorización disponen de nuevos instrumentos, tales como el uso de nuevos datos de referencia para determinar el tamaño del bocio mediante ecografía y las pruebas para medir la concentración sérica de tiroglobulina sobre el terreno. Además, un grupo de expertos convocado por la OMS, el UNICEF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América) hizo recomendaciones para mejorar la fiabilidad de las pruebas utilizadas para monitorizar la sal yodada. Recientemente se han revisado las directrices sobre los indicadores para evaluar y monitorizar los programas de control. Desde 2001, la OMS y el UNICEF con el apoyo del Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo, han examinado 17 programas nacionales para evaluar los logros alcanzados en la consecución de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo.⁴

51. Las experiencias de los países revelan que el cumplimiento de la legislación sobre la sal yodada y la colaboración intersectorial también son importantes para asegurar la sostenibilidad de los programas de control de los países en los que los trastornos por carencia de yodo siguen siendo un problema de salud pública; la mayoría de ellos (81%) han creado organismos nacionales intersectoriales. La Red para la Eliminación Sostenida de la Carencia de Yodo, creada para apoyar los esfuerzos naciona-

¹ Las encuestas abarcan a la población en edad escolar, tomada como indicador indirecto de los trastornos por carencia de yodo en la población general.

² Los países están divididos en tres grupos, en función de la concentración urinaria mediana de yodo (IU), un indicador de la ingesta de este elemento: 1) con «ingesta suficiente de yodo» (IU entre 100 y 199 µg/l); 2) con «ingesta superior a la recomendada» (IU entre 200 y 299 µg/l), y 3) con «ingesta excesiva» (IU > 300 µg/l), es decir, superior a la cantidad necesaria para prevenir y controlar los trastornos por carencia de yodo.

³ Argentina, Armenia, Belice, Bhután, Bolivia, Bulgaria, Burundi, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Croacia, Ecuador, Ex República Yugoslava de Macedonia, Jamahiriya Árabe Libia, Jamaica, Kenya, Lesotho, Líbano, México, Nicaragua, Nigeria, Panamá, Perú, República Bolivariana de Venezuela, República Islámica del Irán, Rwanda, Saint Kitts y Nevis, Sri Lanka, Túnez, Turkmenistán, Uganda y Zimbabue.

⁴ Armenia, Bhután, Bulgaria, Camboya, China, Ex República Yugoslava de Macedonia, Haití, Indonesia, Malasia, Mongolia, Nigeria, Panamá, Perú, República Democrática Popular Lao, Tailandia, Turkmenistán y Viet Nam.

les mediante el fomento de la colaboración entre los sectores público y privado y las organizaciones científicas y cívicas, ha organizado conferencias regionales¹ para movilizar a las partes interesadas y reforzar la colaboración entre ellas. La Red también ha contribuido a la revisión de los programas nacionales, y en la actualidad está elaborando un plan de comunicación para movilizar a las instancias decisorias y a las autoridades de salud pública con respecto a la importancia de la carencia de yodo.

52. Durante los últimos dos años han proseguido las actividades de lucha contra la carencia de yodo, con miras a sostener los programas de control en los 76 países en los que la ingesta de yodo es «suficiente», mejorar la monitorización en los siete países en los que es «excesiva» y reforzar los programas en los 47 países restantes, todavía afectados. Las principales limitaciones son la monitorización insuficiente de los programas, las concentraciones insuficientes de yodo en la sal, las dificultades para distribuir la sal yodada a las poblaciones más vulnerables, la falta de compromiso de la industria de la sal, y el escaso cumplimiento de la legislación pertinente.

53. Se encuentra a disposición de quienes la soliciten una lista de los países con ingesta de yodo suficiente o superior a la recomendada en el periodo 1993-2006.

H. PROMOCIÓN DE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE (resolución WHA58.16)

54. En su resolución WHA58.16, la Asamblea de la Salud pedía al Director General que pusiera en marcha y secundara una serie de actividades para reforzar la labor de la Organización en pro de un envejecimiento activo y saludable y que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informara a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados.

55. A fin de generar en todo el mundo una mayor conciencia de los problemas de salud pública planteados por el envejecimiento, la Secretaría, con participación de Estados Miembros y organizaciones profesionales, universitarias y no gubernamentales, puso en marcha una serie de iniciativas de sensibilización. El proyecto intersectorial «ciudades amigas de los mayores», por ejemplo, en el que intervienen 27 ciudades de 18 países,² aplica un protocolo común de investigación cualitativa en virtud del cual las necesidades de las personas de edad definen intervenciones prioritarias para crear un entorno urbano más adaptado a ellas.

56. La OMS contribuye a la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) utilizando el marco normativo sobre el envejecimiento activo, en el que esta expresión viene definida como «*el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece*».³ Tanto Estados Miembros como destacadas organizaciones universitarias, profesionales y no gubernamentales de todo el mundo han adoptado las recomendaciones de acción y los principios contenidos en dicho documento. El marco normativo se basa en un planteamiento que contempla todo el ciclo vital y, más que adscribir a la gente mayor a un compartimiento estanco, se centra en el envejecimiento en todas

¹ En Senegal (Dakar, 2004), Perú (Lima, 2003) y China (Beijing, 2003), con el patrocinio de la OMS y el UNICEF, entre otros.

² Participan en el proyecto Alemania, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, China, Costa Rica, España, Federación de Rusia, India, Irlanda, Jamaica, Japón, México, Pakistán, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suiza y Turquía.

³ Documento WHO/NMH/NPH/02.8.

las etapas de la vida. La OMS ha obrado en consecuencia, y ha reforzado la inclusión del tema del envejecimiento en todas sus actividades y programas.

57. La OMS colabora con instituciones académicas y organismos gubernamentales de Australia, Brasil, Canadá, Costa Rica, España, Jamaica, Singapur y Turquía, adaptando los medios de atención primaria de salud a las necesidades de las personas mayores. Entre los frutos de ese trabajo figuran documentos que han gozado de amplia difusión, en los que se enuncian principios y se piden medidas en los ámbitos de las competencias básicas, el medio físico y los procedimientos administrativos. Además, en cinco de los mencionados países se está utilizando, a título experimental, una carpeta de material concebido para lograr que los centros de atención primaria de salud estén más adaptados a las necesidades de las personas mayores.

58. La OMS llevó a cabo en 18 países un proyecto de investigación cualitativa y cuantitativa en varias etapas titulado «Respuesta integrada de los sistemas de atención de salud al rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo», centrado en la capacitación, el intercambio Sur-Sur de modelos y experiencias, la adopción de planteamientos de tipo «ascendente» y la formulación y aplicación de políticas.

59. A fin de elaborar métodos de encuesta válidos, fiables y comparables para examinar las tendencias en cuanto a salud y bienestar de la gente mayor en seis países,¹ la OMS preparó el «Estudio sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo». Se trataba de la primera encuesta internacional, multidimensional y realizada a escala comunitaria sobre el tema del envejecimiento, y es de esperar que sus instrumentos sirvan para realizar otros estudios en el mundo entero.

60. Con ánimo de optimizar el uso de los magros recursos disponibles, la Secretaría, comprendido el personal de las oficinas regionales y oficinas en los países, se ha concentrado en unos pocos proyectos que tocan temas prioritarios y sin embargo desatendidos. Esta labor se lleva a cabo en colaboración con otros organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y con organizaciones no gubernamentales internacionales, lo que garantiza su carácter intersectorial. Los temas tratados son: la gente mayor en situaciones de emergencia; la prevención de las caídas a una edad avanzada; la mujer, el envejecimiento y la salud desde el punto de vista del género; contenidos mínimos sobre el tema del envejecimiento en los planes de estudios de los profesionales sanitarios; y las personas mayores como cuidadoras en el contexto de la epidemia de SIDA en África.

61. En su 120ª reunión, el Consejo Ejecutivo examinó el informe precedente, reafirmó su apoyo a la resolución y manifestó su satisfacción por lo que respecta a su aplicación.²

I. PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A EMERGENCIAS (resolución WHA59.22)

62. En la resolución WHA59.22 la Asamblea de la Salud pide al Director General que ayude a los Estados Miembros a desarrollar sus programas de preparación y respuesta frente a emergencias en el sector sanitario a nivel nacional y local, colaborando para ello con las organizaciones pertinentes del

¹ China, Federación de Rusia, Ghana, India, México y Sudáfrica.

² Véase, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la decimotercera sesión de la 120ª reunión, sección 2.

sistema de las Naciones Unidas y con otros asociados, y que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados.

63. Se ha ultimado una estrategia de cinco años de la OMS para la preparación frente a emergencias y la reducción del riesgo centrada en el sector de la salud y en la creación de capacidad comunitaria. Se han identificado cuatro áreas prioritarias, a saber: 1) la institucionalización de los programas de preparación ante emergencias en los ministerios de salud; 2) la formación de los recursos humanos; 3) la creación de capacidad nacional para la prestación de atención médica y sanitaria inmediata tras las grandes emergencias y los desastres repentinos; y 4) el apoyo a las iniciativas basadas en la comunidad.

64. A fin de posibilitar que los Estados Miembros aborden las actuales deficiencias de las respuestas ante situaciones de emergencia, la OMS ha preparado directrices de gestión y técnicas sobre la atención de víctimas en gran escala, teniendo en cuenta las aportaciones realizadas en septiembre de 2006 por una reunión consultiva de expertos. Otras iniciativas incluyen la preparación de orientaciones sobre manejo de las enfermedades crónicas y salud de la madre y del recién nacido en las situaciones de emergencia.

65. Se ha emprendido una evaluación mundial del nivel de preparación frente a emergencias en los Estados Miembros. La fase I, en la que participan 60 países, ya ha finalizado; la fase II dio comienzo en noviembre de 2006. El informe al respecto estará disponible en marzo de 2007.

66. Se está desarrollando una Iniciativa Hospitales Seguros conjuntamente con la Estrategia internacional de las Naciones Unidas para la reducción de los desastres y con el Banco Mundial como parte del Marco de Hyogo,¹ en preparación de la Campaña Hospitales Seguros 2008-2009.

67. La OMS es miembro activo del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas y del Comité Ejecutivo de Asuntos Humanitarios, socio activo de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, y participa en el proceso de reforma humanitaria. La Organización lidera el Grupo de Acción Sanitaria del Comité Permanente entre Organismos, copreside su Grupo de Trabajo sobre género y ayuda humanitaria, así como su Grupo de Trabajo sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial, y participa en el Grupo de Trabajo Especial sobre el Fortalecimiento del Sistema de Coordinadores Humanitarios. Se está ejecutando un plan de acción para el grupo de acción sanitaria mundial en coordinación con otros asociados para la salud. El plan abarca actividades de formación, evaluaciones de las necesidades sanitarias comunes, un conjunto de instrumentos para la respuesta coordinada y la gestión sanitaria, y el servicio de seguimiento de la salud y la nutrición.

68. El servicio de seguimiento de la salud y la nutrición ha sido objeto de una consulta minuciosa con las principales partes interesadas. El proyecto final propuesto ha sido respaldado por los grupos de acción sanitaria y nutrición del Comité Permanente entre Organismos y elogiado oficialmente por su Grupo de Trabajo. Desde entonces se han celebrado extensas conversaciones con otros posibles asociados. Se ha propuesto que la primera reunión del Comité Directivo del servicio de seguimiento se celebre en marzo de 2007. La aplicación comenzará en la primera mitad de 2007.

¹ Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres, adoptado por la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (Kobe, Japón, 18-22 de enero de 2005).

69. El enfoque del grupo de acción sanitaria se ha puesto en práctica en Filipinas, el Líbano y Mozambique, y se está introduciendo actualmente en Liberia, la República Democrática del Congo, Somalia y Uganda.

70. La OMS colaboró con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en la creación de un Sistema de evaluación y vigilancia del impacto del maremoto y la recuperación en Asia sudoriental.

71. En el Cuerno de África, la OMS contribuyó a hacer del sector de la salud uno de los principales beneficiarios del nuevo Fondo central para la acción en casos de emergencia para atender las necesidades humanitarias de las comunidades más vulnerables de Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya y Somalia. La eficaz utilización de las subvenciones en esas situaciones permitió al Fondo proporcionar ayuda a un total de 20 países en todo el mundo, entre ellos 13 países de la Región de África, a través de su sistema de ayudas para respuesta rápida y emergencias subfinanciadas.

72. La OMS está participando en los mecanismos de logística y gestión de suministros de todo el sistema de las Naciones Unidas. Las actividades en este terreno se están llevando a cabo mediante la participación de la Organización en el Grupo de Logística del Comité Permanente entre Organismos y en el Centro Conjunto de Logística de las Naciones Unidas, así como en el desarrollo del sistema de suministro logístico. En 2006, las negociaciones focalizadas mantenidas con el PMA desembocaron en acuerdos bilaterales sobre el acceso privilegiado a la capacidad logística del PMA para la respuesta masiva de la OMS en las situaciones de emergencia, y sobre el uso común de los cinco nodos logísticos regionales con fines sanitarios, así como en una propuesta de proyecto conjunto para la movilización de recursos externos. Los acuerdos técnicos pertinentes se firmaron en noviembre de 2006.

73. En su 120ª reunión, celebrada en enero de 2007, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.¹

J. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MUNDIAL POR SARAMPIÓN

74. En su resolución WHA56.20, la Asamblea de la Salud destacó la importancia de que se alcanzara la meta fijada de reducir para 2005 la mortalidad por sarampión a la mitad del número de muertes registradas en 1999. Las actividades destinadas a reducir la mortalidad por sarampión se concentran en 47 países prioritarios a los que corresponde cerca del 98% de las defunciones por sarampión del mundo entero.

75. La mortalidad mundial por sarampión disminuyó de unas 873 000 defunciones en 1999 a 345 000 en 2005, lo que supone una reducción de un 60% (véase la figura 1). Así pues, el objetivo de reducir a la mitad el número de muertes por sarampión no sólo se ha alcanzado, sino que se ha superado. Además, las cifras disponibles muestran que se han evitado 2,3 millones de muertes gracias a las actividades de lucha acelerada contra la enfermedad. En África, la Región que soporta la mayor carga de morbilidad, las muertes por sarampión descendieron un 75%, pues pasaron de unas 506 000 en 1999 a 126 000 en 2005.

¹ Véase, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la decimotercera sesión de la 120ª reunión, sección 2.

76. Durante el mismo periodo 1999-2005, la cobertura de inmunización sistemática contra el sarampión en el mundo aumentó de un 71% a un 77%, si bien las tasas de cobertura varían considerablemente de una región a otra. También se registró un marcado incremento de la proporción de países que ofrecen a los niños de todo el territorio una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión: al mes de septiembre de 2006, 175 Estados Miembros (un 91%) habían dado una segunda oportunidad de vacunación a los niños, en comparación con 125 (un 65%) en 1999. En esa fecha, de los 47 países prioritarios, 37 (un 79%) habían llevado a cabo campañas de puesta al día a nivel nacional.

77. Este impresionante éxito de la salud pública es resultado directo de:

- el firme compromiso político de los países y los denodados esfuerzos de los gobiernos y sus asociados por proporcionar un mejor acceso a la inmunización infantil sistemática;
- las campañas nacionales de vacunación contra el sarampión organizadas por países con una enorme carga de morbilidad atribuible al sarampión, en los que más de 360 millones de niños fueron vacunados durante el periodo 2000-2005;
- el apoyo técnico y financiero prestado por la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión;¹
- la vigilancia reforzada, con confirmación de laboratorio, de los casos sospechosos de sarampión.

78. Ahora el objetivo es aprovechar esos buenos resultados y reducir la mortalidad por sarampión en el mundo en un 90% para 2010, en relación con las cifras de referencia de 2000.² Para poder alcanzar este nuevo objetivo, hay que adoptar medidas que permitan superar diversos problemas:

- es necesario redoblar los esfuerzos para conseguir que al menos el 90% de cada cohorte de nacimientos sean vacunados contra el sarampión conforme a lo previsto en los calendarios nacionales de inmunización; de acuerdo con las estimaciones de la OMS y el UNICEF, en 2005 más de 29 millones de niños de un año no habían recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión en el marco de servicios de inmunización sistemática (figura 2);
- los países populosos en que se sigue registrando un elevado número de defunciones debidas al sarampión han de llevar a cabo campañas nacionales de puesta al día destinadas a reducir la mortalidad por esta enfermedad;
- los países de alta prioridad deben seguir organizando campañas de vacunación de seguimiento cada tres a cuatro años hasta que sus sistemas de inmunización sistemática sean capaces de ofrecer a todos los niños dos oportunidades de vacunación contra el sarampión;

¹ Los principales asociados en la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión son la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Cruz Roja Americana, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América) y la Fundación de las Naciones Unidas.

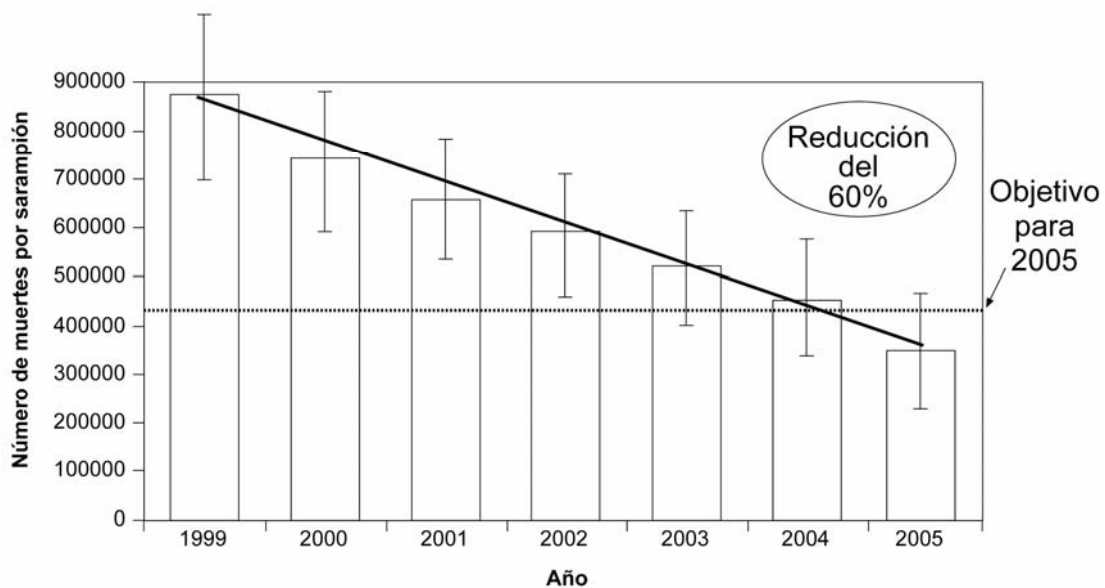
² El objetivo de reducir la mortalidad por sarampión en el mundo en un 90% para 2010 o antes se integra en la Visión de Estrategia Mundial de Inmunización 2006-2015, que la Asamblea de la Salud acogió con agrado en su resolución WHA58.15.

- las actividades de vigilancia sobre el terreno, con confirmación de laboratorio, de los casos sospechosos de sarampión, deben extenderse a todos los países prioritarios para lograr un seguimiento eficaz.

79. Conseguir que la mortalidad mundial por sarampión descienda en un 90% para 2010 dependerá de que se cree y mantenga un firme compromiso político en los países con una gran carga de morbilidad y de que los asociados internacionales sigan prestando apoyo. Además de las contribuciones de los países, se necesitan US\$ 479 millones para lograr el objetivo fijado para 2010; de esa suma, US\$ 147 millones han sido recaudados por mediación del mecanismo internacional de financiación de la inmunización y otros US\$ 80 millones han sido prometidos por asociados de la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión.

80. En su 120ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe precedente sobre los progresos realizados.¹

Figura 1. Reducción estimada de la mortalidad mundial por sarampión, todas las edades, 1999-2005



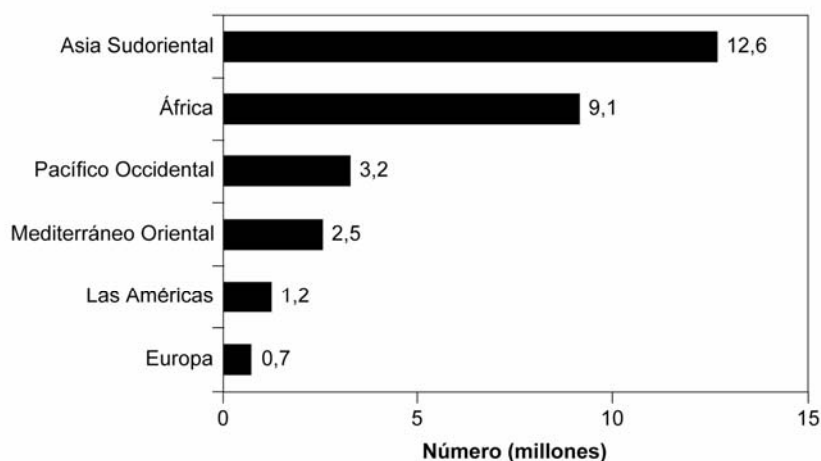
En las columnas se muestra el intervalo de incertidumbre.

Fuente: OMS.

WHO 06.157

¹ Véase, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la decimotercera sesión de la 120ª reunión, sección 2.

Figura 2. Número de niños de un año no vacunados contra el sarampión en 2005, por región de la OMS



Fuente: Estimaciones OMS/UNICEF, 2005.

WHO 06.158

K. RED DE SANIMETRÍA

81. La Red de Sanimetría, una red innovadora de productores y usuarios de información sanitaria establecida en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2005, tiene por objeto aumentar la disponibilidad, la calidad y la utilización de información sanitaria oportuna y exacta a nivel subnacional, nacional y mundial. Entre sus asociados figuran ministerios de salud, oficinas estadísticas nacionales, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo, asociaciones sanitarias mundiales, donantes y expertos.

82. Los objetivos fundamentales de la Red son los siguientes:

- definir un marco, es decir un conjunto básico de normas para los sistemas de información sanitaria, la generación de datos y el desarrollo de la capacidad analítica, y directrices para establecer sistemas de información sanitaria a nivel de país;
- aplicar el marco a nivel de país y movilizar apoyo técnico y financiero para catalizar el desarrollo y la mejora de sistemas de información sanitaria;
- formular políticas y crear incentivos para mejorar el acceso a la información y la utilización de ésta a nivel local, regional y mundial.

83. La primera versión del marco se elaboró en 2005 en colaboración con países, asociados técnicos y organismos de desarrollo. Es un reflejo dinámico de las mejores prácticas en materia de información sanitaria cultivadas por los asociados, quienes ya están armonizando con dicho marco su asistencia para el desarrollo sanitario y estadístico. La experiencia adquirida merced a esa colaboración contribuirá a estimular la evolución ulterior del marco.

84. Después de la creación de la Red los Estados Miembros comenzaron a solicitar apoyo para desarrollar sistemas de información sanitaria. Cuarenta países recibieron donaciones de la Red como resultado de la primera invitación a presentar propuestas, y otros 25 después de la segunda ronda. La

mayor parte de las propuestas proceden de países de ingresos bajos y medianos bajos que están muy necesitados de información válida para orientar la adopción de decisiones y tienen escasa capacidad técnica y financiera. Las donaciones se utilizan para movilizar apoyo político, técnico y financiero y elaborar planes integrales, priorizados, costeados y financiados para el desarrollo de sistemas de información sanitaria.

85. Se prevé que la Red definirá y aplicará estrategias encaminadas a colmar la falta de recursos para algunos componentes del sistema de información sanitaria. Las directrices sobre la vigilancia demográfica y el registro de muestras, así como las autopsias verbales armonizadas, posibilitarán que los países avancen hacia el objetivo universal de tener estadísticas vitales completas. Los métodos destinados a generar datos poblacionales fiables a nivel subnacional fortalecerán el poder de decisión de los administradores a nivel de distrito y promoverán la equidad. Los instrumentos destinados a cuantificar el funcionamiento de los sistemas de salud (por ejemplo la disponibilidad y la distribución de los recursos humanos, físicos y financieros para la salud) permitirán una mejor planificación para satisfacer las necesidades de salud.

86. La aplicación del marco ha puesto de manifiesto la necesidad de depurar más la arquitectura de un sistema de información sanitaria fiable. Por lo tanto, dicho marco se hará extensivo a la relación entre la demanda y la oferta de información sanitaria, las relaciones entre indicadores y fuentes de datos, la frecuencia del acopio de datos y el desglose de éstos, y maneras de facilitar la circulación de datos entre los indicadores y las fuentes de datos. También se examinarán los marcos normativos, los mecanismos institucionales y la capacidad de liderazgo que se necesitan para que los datos se conviertan en información y los conocimientos se utilicen como fundamento de la adopción de decisiones.

87. Para 2011 el marco deberá ser el patrón universalmente aceptado para el acopio, la notificación y la utilización de la información sanitaria. Su adopción como patrón mundial requerirá un firme respaldo político y el logro de consenso. Al respecto, se han realizado importantes progresos. Asociados tales como el Banco Mundial, bancos regionales de desarrollo y el Consorcio de Estadísticas para el Desarrollo en el siglo XXI (PARÍS 21), han adoptado el marco como componente sectorial de estrategias más amplias en materia de estadística. En los países, los ministerios de salud, las oficinas de estadísticas y los asociados para el desarrollo están procurando asegurar que sus planes concernientes a los sistemas de información se integren en las estrategias nacionales de acopio de datos estadísticos.

88. La OMS presta los servicios de secretaría de la Red y está promoviendo la colaboración entre los interesados en el fortalecimiento de los sistemas de salud y en la producción y la utilización de información sanitaria. Por ejemplo, el Comité Regional de la OMS para Asia Sudoriental instó a los Estados Miembros a considerar la utilización de la Red de Sanimetría como instrumento para la evaluación de los sistemas de información sanitaria y una mayor armonización de los esfuerzos nacionales relacionados con el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria.¹ Se han elaborado marcos estratégicos regionales a fin de reforzar los sistemas de información sanitaria, aprovechar las nuevas oportunidades técnicas y financieras generadas por la Red y contribuir a mejorar la presentación mundial de información sanitaria.

¹ Resolución SEA/RC59/R10.

89. En su 120ª reunión,¹ el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe precedente.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

90. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota de los progresos realizados.

= = =

¹ Véase, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la decimotercera sesión de la 120ª reunión, sección 2.