

Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
A. Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (resolución WHA61.1)	2
B. Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2)	6
C. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)	7
D. Pronta formación de un mayor número de profesionales de la salud (resolución WHA59.23)	11
E. Fortalecimiento de la enfermería y la partería (resolución WHA59.27)	13
F. Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA60.21)	16
G. Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12)	18
H. Salud de los migrantes (resolución WHA61.17)	20
I. Cambio climático y salud (resolución WHA61.19)	22
J. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud (resolución WHA62.12)	24

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

1. En 1988, la Asamblea de la Salud aprobó la resolución WHA41.28 sobre la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000. En 2008, la transmisión autóctona se había interrumpido en todos los países menos en cuatro (Afganistán, India, Nigeria y Pakistán) y el número anual de casos había disminuido en más del 99% desde 1988. No obstante, el número anual de casos seguía fluctuando entre 1000 y 2000 y cada año entre 12 y 23 países más presentaban casos de la enfermedad por poliovirus importados.¹ En al menos dos de estos últimos países (Angola y Chad), y posiblemente en la República Democrática del Congo y el Sudán, el virus importado persistió durante más de 12 meses y ocasionó una mayor propagación internacional. En 2008, la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA61.1, pidió que se preparase una nueva estrategia para erradicar la poliomielitis de los países donde aún persistía. El programa de trabajo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis correspondiente a 2009 se elaboró con el fin de sentar las bases de la nueva estrategia mediante la evaluación de innovaciones tácticas en cada zona donde la enfermedad es endémica,² la realización de ensayos clínicos de nuevas presentaciones de la vacuna antipoliomielítica oral y la facilitación de una evaluación independiente de las barreras principales que dificultan la interrupción de la transmisión del poliovirus.

2. En la India, las nuevas tácticas aumentaron la cobertura de la campaña de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral en 2009 entre los grupos de población migrantes e itinerantes y reforzaron las operaciones de la campaña que se estaban realizando en los distritos con endemividad de la zona central de Bihar y la zona occidental de Uttar Pradesh, lo que en esta última permitió aumentar la proporción de niños de muy corta edad que presentan anticuerpos contra el poliovirus de tipo 1 del 85% a fines de 2007 al 96% a fines de 2009.³ En Nigeria, si se comparan los seis meses últimos (de mayo a octubre) de 2009 con el periodo correspondiente de 2008, la proporción de niños que nunca habían sido vacunados en los 10 estados con endemividad del norte (estados de alto riesgo) disminuyó desde casi un 20% (19,5%) a menos del 10% (9,6%) en 2009.⁴ Esto sucedió después de que los gobernadores de esos estados firmaron los Compromisos de Abuja con la erradicación de la poliomielitis en febrero de 2009 y los líderes tradicionales formaron una comisión para erradicar la enfermedad en junio de 2009; ambas acciones han dado por resultado una mayor responsabilización local para la realización de las campañas antipoliomielíticas. En el Pakistán, el Primer Ministro dio a conocer en febrero de 2009 un plan de acción contra la poliomielitis que reforzaba el apoyo multisectorial a las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral en muchas zonas, aunque la cobertura se mantuvo por debajo del 80% en los distritos con endemividad en la parte norte de la provincia de la Frontera del Noroeste y las zonas tribales bajo administración federal, Baluchistán y la zona metropolitana de Karachi en la provincia de Sindh. En las otras dos provincias con endemividad del Afganistán (Kandahar y Helmand en la región del sur), el acceso a los niños en los distritos clave que tienen problemas de seguridad mejoró durante las recientes campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral gracias a la aplicación de nuevas tácticas, consistentes en una función más destacada de las organizaciones no gubernamentales, la colaboración de «negociadores locales» y las negociaciones con la Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad y los talibanes para

¹ El número de casos de poliomielitis se puede consultar en www.polioeradication.org/casecount.asp.

² Las zonas donde la transmisión indígena de poliovirus salvaje nunca se ha interrumpido.

³ Datos de un estudio de seroprevalencia en Moradabad (India) en 1002 niños de seis a nueve meses de edad, abril-mayo de 2009; datos disponibles en la sede de la OMS.

⁴ Análisis del perfil de inmunización de casos notificados de parálisis flácida aguda no poliomielíticos; datos disponibles en la sede de la OMS.

que declarasen días de tregua. Aunque en el sur el acceso sigue siendo variable, la proporción de niños a los que no se pudo llegar disminuyó por primera vez al 5% durante las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral en julio y septiembre de 2009, por comparación con más del 20% al comienzo del año.¹

3. Para mejorar la eficiencia y el impacto de las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral contra los dos serotipos persistentes del poliovirus salvaje, se fabricaron lotes de una vacuna oral bivalente que contenía poliovirus de tipo 1 y de tipo 3 para realizar ensayos clínicos. En 2009, los resultados de los ensayos clínicos demostraron que la protección conferida por esta vacuna contra la enfermedad causada por ambos serotipos era superior a la generada por la vacuna antipoliomielítica oral trivalente y «no era inferior» a la derivada de las vacunas monovalentes respectivas.² El Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomieltis llegó a la conclusión de que el uso de la vacuna bivalente en las actividades de vacunación suplementaria es un instrumento nuevo e importante para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis y formuló recomendaciones para su utilización.² Esta vacuna oral bivalente de poliovirus se utilizó subsiguientemente por primera vez en el marco de la Iniciativa en diciembre de 2009 en el Afganistán, y en la India, Nigeria y el Pakistán en el primer trimestre de 2010. Se prevé que habrá un suministro de vacuna suficiente para atender plenamente la demanda a mediados de 2010.

4. El Dr. A. J. Mohamed (Omán), uno de los vicepresidentes del Consejo Ejecutivo, presidió un grupo que evaluó independientemente las principales barreras que obstaculizan la interrupción de la transmisión del poliovirus; el grupo estuvo integrado por 28 expertos divididos en cinco equipos según las disciplinas pertinentes, es decir, salud pública, programas de vacunación, vacunología, movilización social y seguridad. Estos equipos dedicaron en conjunto 24 meses-persona a la evaluación del Afganistán, Angola, la India, Nigeria, el Pakistán, el Sudán, las Oficinas Regionales para África y el Mediterráneo Oriental y la sede de la OMS, en amplia consulta con los asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis y las partes interesadas de cada país. El grupo de evaluación presentó su informe a la Directora General el 22 de octubre de 2009, y el informe sobre los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 126.^a reunión, en enero de 2010.³

5. En la India, el grupo de evaluación constató una cobertura muy elevada de las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral y recomendó un programa vigoroso de investigaciones y un enfoque en varios frentes para superar el problema singular que plantea la inmunidad incompleta de la mucosa intestinal a los poliovirus en el norte de la India. En Nigeria, el grupo recomendó aprovechar las mejoras de la cobertura de la campaña de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral logradas en 2009, en particular mediante la implantación de mecanismos específicos para que los líderes de los gobiernos locales se responsabilicen del desempeño del programa, ya que actualmente los problemas de gestión a este nivel son las barreras más importantes que impiden el éxito. Al comprobar que la inseguridad es actualmente una de las barreras más críticas que entorpecen la erradicación en el Afganistán y el Pakistán, el grupo puso de relieve la necesidad de elaborar planes y soluciones específicos para los distritos y subdistritos de dichas zonas que se basen en la cultura y los aliados locales y en la naturaleza del conflicto civil. Con respecto al Pakistán, el grupo recomendó también que se monitoree la cobertura alcanzada mediante la campaña de aplicación de la vacuna antipoliomielítica

¹ Informes de vigilancia independientes de las actividades de inmunización suplementaria realizadas en julio y septiembre de 2009; datos disponibles en la sede de la OMS.

² Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication: recommendations on the use of bivalent oral poliovirus vaccine types 1 and 3. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, **29**(84):289-300.

³ Documento EB126/38 Add.1, sección A.

oral a nivel de subdistrito para así poder rectificar la «falta de responsabilización y las interferencias políticas» de los líderes de los distritos locales, especialmente en las zonas con endemicidad de Sindh y Baluchistán.¹

6. El grupo de evaluación comprobó que la persistencia de la transmisión de poliovirus importados en Angola y el Chad, y posiblemente en la República Democrática del Congo y el Sudán, era el resultado de la aplicación incompleta de las directrices sobre la respuesta a los brotes epidémicos de poliomielitis. El grupo recomendó considerar que el poliovirus se ha vuelto a establecer en esas zonas para reflejar de esta manera el mayor riesgo que estas plantean para la iniciativa de erradicación mundial. Con miras a limitar aún más la propagación internacional de los poliovirus, el grupo de evaluación instó a reforzar la cobertura de la aplicación sistemática de la vacuna antipoliomielítica oral en los distritos vecinos de las zonas afectadas por la poliomielitis y a concentrar las campañas de vacunación en las zonas donde el virus se ha vuelto a introducir y la cobertura de dicha vacunación es deficiente. El grupo recomendó la vacunación de los viajeros en los puestos fronterizos terrestres situados entre países afectados y países exentos de la poliomielitis en el África subsahariana; también apoyó la vacunación de otros viajeros, cuando corresponda, con objeto de reducir aún más el riesgo de propagación internacional, como se ha hecho durante el *hach*.

7. Con el fin de mejorar el apoyo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a los países afectados por esta enfermedad, el grupo de evaluación recomendó que se continúen las investigaciones y que los adelantos promisorios (como la vacuna antipoliomielítica oral bivalente) se introduzcan y se amplíen rápidamente a una escala mayor; que el grado de asistencia técnica facilitada por la Iniciativa en los países donde el poliovirus persiste después de haber sido importado se armonice con la prestada a las zonas donde la enfermedad es endémica; y que la labor de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se vincule más estrechamente con el fortalecimiento de los sistemas de vacunación. El equipo de evaluación recomendó considerar la conveniencia de implantar otros mecanismos para tratar el problema de las entidades locales con un mal rendimiento.

8. Al 16 de febrero de 2010 se habían notificado en total 1595 casos de poliomielitis en 23 países en 2009: 1247 correspondían a los cuatro países donde la enfermedad sigue siendo endémica (Afganistán, India, Nigeria y Pakistán); 142, a los cuatro países donde se ha comprobado o se presume que la transmisión del poliovirus se ha vuelto a establecer (Angola, Chad, República Democrática del Congo y Sudán); y 206, a los otros 15 países de las partes occidental y central de África y el Cuerno de África donde se han producido nuevas importaciones.² En Nigeria, las mejoras de la cobertura de la vacuna antipoliomielítica oral contribuyeron a la disminución del 50% del número global de casos de poliomielitis y una disminución del 90% de los casos por el poliovirus de tipo 1 por comparación con 2008. Aunque en la India el número de casos fue semejante al de 2008, las nuevas tácticas introducidas en 2009 disminuyeron tanto la diversidad genética como la extensión geográfica de la distribución de los virus persistentes.³ En el Pakistán, el número global de casos fue un 25% menor que en el mismo periodo de 2008 y muchos se habían producido en las zonas afectadas por la falta de seguridad o estaban vinculados genéticamente con ellos. En el Afganistán, la poliomielitis endémica persistía principalmente en solo 13 distritos del sur, del total de 329 distritos del país. A fines de 2009,

¹ Independent evaluation of major barriers to interrupting poliovirus transmission - Executive Summary. 20 October 2009. Se puede consultar en: http://www.polioeradication.org/content/general/Polio_Evaluation_CON.pdf (consultado el 26 de noviembre de 2009).

² El número de casos de poliomielitis se puede consultar en www.polioeradication.org/casecount.asp.

³ Twentieth Meeting of the India Expert Advisory Group for Polio Eradication: conclusions and recommendations (Delhi, India, 24-25 June 2009); disponible en www.polioeradication.org/content/meetings/IEAG_200906.report.pdf.

a lo largo de tres meses no se había notificado ningún caso nuevo en el Cuerno de África, aunque continuaban los brotes epidémicos en Angola, el Chad y África central y occidental.

9. Los resultados y el impacto del programa de trabajo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis correspondiente a 2009 fueron examinados por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) el 29 de octubre de 2009, y por el Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis los días 18 y 19 de noviembre de 2009 con motivo de una reunión especial de consulta con países afectados por la poliomielitis y los asociados del Equipo de Gestión Mundial de la Poliomielitis. El SAGE exhortó a la Iniciativa a examinar rápidamente las conclusiones de la evaluación independiente; también apoyó la propuesta de un programa fortalecido de investigaciones y estuvo de acuerdo en que la vacuna antipoliomielítica oral bivalente era un instrumento nuevo importante. El SAGE recomendó que los indicadores principales de la Iniciativa sean monitoreados a nivel internacional con una supervisión por parte de los altos cargos administrativos influyentes de los organismos aliados y los países afectados por la enfermedad. Por su parte, el Comité Consultivo Especial declaró que los problemas que la Iniciativa había tenido que afrontar en 2009 no deberían eclipsar sus logros significativos, particularmente en el Afganistán, la India y Nigeria. Los participantes en la reunión de consulta del Comité estuvieron de acuerdo en que la Iniciativa debería establecer, mediante un proceso de consultas con los países y los asociados, un nuevo plan estratégico trienal centrado en la detención de la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo, que incorporara las conclusiones y recomendaciones de la evaluación independiente.

10. El Consejo Ejecutivo, en su 126.^a reunión, acogió con agrado y respaldó firmemente la propuesta de elaboración de un plan estratégico trienal para interrumpir completamente la transmisión mundial del poliovirus que aún persiste, basado en los principales resultados del programa de trabajo para 2009, entre los que se encuentran la rápida ampliación del uso de la nueva vacuna antipoliomielítica oral bivalente, la elaboración de planes distritales específicos para zonas con problemas de seguridad y otras zonas de alto riesgo, el fortalecimiento de los sistemas de inmunización en las zonas con alto riesgo de brotes y, como posibilidad, el reforzamiento de la vacunación de los viajeros con el fin de limitar la propagación internacional de poliovirus.¹ El Consejo pidió asimismo que se establecieran metas claras y que se vigilaran los progresos para garantizar una mejor rendición de cuentas de la aplicación del nuevo plan a escala nacional e internacional. Se acordó que el resumen de la evaluación independiente podría modificarse de modo que queden reflejadas las inquietudes manifestadas por algunos miembros del Consejo acerca de determinados hechos.

11. En respuesta a la resolución WHA61.1 de la Asamblea de la Salud y de conformidad con las orientaciones dadas por el Consejo en su 126.^a reunión, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha formulado un nuevo plan estratégico para 2010-2012, dotado del correspondiente presupuesto, para consideración de la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud. En el nuevo plan se proponen cambios estratégicos fundamentales en particular en dos áreas principales: lograr los umbrales de inmunidad poblacional necesarios para detener la transmisión del poliovirus salvaje en cada una de las zonas restantes afectadas por el poliovirus de África y Asia, y disminuir los riesgos de propagación internacional de poliovirus y de reinfección de las zonas exentas de poliovirus. En febrero de 2010, el presupuesto trienal para el nuevo plan estratégico se situaba en US\$ 2600 millones, con un déficit de financiación a escala mundial de US\$ 1400 millones, incluido el déficit de US\$ 330 millones de 2010. Para facilitar la vigilancia nacional e internacional de los progresos realizados, y las correcciones que proceda, en el plan estratégico para 2010-2012 se presentan metas específicas, y los mencionados progresos serán revisados cada seis meses por el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en

¹ Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

materia de inmunización, cuyas conclusiones se notificarán al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud por conducto de la Directora General.

B. CONTROL DE LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA HUMANA (resolución WHA57.2)

12. La forma crónica de la tripanosomiasis africana humana, causada por *Trypanosoma brucei gambiense*, es endémica en 24 países. Entre 2004 y 2008, el número de casos notificados disminuyó un 40%, pasando a 10 235. Once países (Benin, Burkina Faso, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Níger, Senegal, Sierra Leona y Togo) no notificaron ningún caso y seis países (Camerún, Côte d'Ivoire, Gabón, Guinea, Guinea Ecuatorial y Nigeria) notificaron un promedio inferior a 100 casos nuevos por año. El Chad, el Congo, la República Centroafricana y Uganda notificaron entre 100 y 1000 casos nuevos anuales. Angola, la República Democrática del Congo y el Sudán son los países más afectados, y cada uno de ellos notificó un promedio de más de 1000 casos nuevos cada año.

13. Durante el mismo periodo, el número de casos nuevos notificados de la forma aguda de la tripanosomiasis africana humana, causada por *T. b. rhodesiense* y que es endémica en 13 países, disminuyó un 56%, pasando a 259. No notificaron ningún caso Botswana, Burundi, Etiopía, Namibia y Swazilandia; notificaron casos esporádicos Kenya, Mozambique, Rwanda y Zimbabwe. Malawi y Zambia notificaron menos de 100 casos nuevos cada año, mientras que la República Unida de Tanzania y Uganda notificaron entre 100 y 1000 casos nuevos anuales.

14. Las alianzas publicoprivadas han permitido a los países en los que la tripanosomiasis africana humana es endémica utilizar las mejores opciones de tratamiento disponibles. En 2004, la proporción de casos de la segunda etapa de la enfermedad debidos a *T. b. gambiense* tratados con el tóxico melarsoprol fue del 86% mientras que en 2008 la cifra se había reducido al 51%. Los casos restantes se trataron con eflornitina, que es un fármaco más seguro.

15. En respuesta a la resolución WHA50.36 sobre la tripanosomiasis africana, la OMS firmó un memorando de entendimiento con la Comisión de la Unión Africana en el que se acordaba aunar fuerzas para luchar contra la tripanosomiasis africana en el marco de la Campaña Panafricana de Erradicación de la Mosca Tsetse y de la Tripanosomiasis. Además, junto con la FAO, la OMS ha puesto en marcha una iniciativa para cartografiar la distribución de la enfermedad, en el marco del Programa Interinstitucional contra la Tripanosomiasis Africana.

16. El acceso de los pacientes de tripanosomiasis africana humana al diagnóstico y el tratamiento se ha visto facilitado por: la disminución de la agitación social; la creación de capacidad; el aumento del apoyo técnico y financiero a las actividades de lucha y vigilancia; y la entrega gratuita de reactivos de diagnóstico y medicamentos para la tripanosomiasis.

17. No obstante los progresos realizados, la tripanosomiasis africana humana sigue siendo una amenaza en África, sobre todo en áreas de la República Centroafricana y la República Democrática del Congo donde los condicionamientos en materia de seguridad obstaculizan las actividades de control. Los países en que la enfermedad es endémica deben contar con apoyo para reforzar las actividades de control y vigilancia mediante la determinación de bolsones aislados de transmisión de la enfermedad y el mejoramiento de la notificación de casos. La disminución del número de casos detectados lamentablemente ha hecho bajar la prioridad otorgada a la lucha contra la enfermedad, que refleja la situación de hace 50 años, cuando se creía que la enfermedad había sido eliminada. Consecuentemente, disminuyó la atención prestada a la tripanosomiasis y el establecimiento de otras prioridades de salud públi-

ca contribuyó a su desatención. Para evitar que la historia se repita, es importante encontrar medios costoeficaces y sostenibles de vigilancia y control de la tripanosomiasis africana humana.

18. El control sostenible de la tripanosomiasis africana humana es factible sólo mediante un enfoque integral en el que las actividades de vigilancia y control se emprenden en el marco de sistemas de salud reforzados y operacionales. Los dos obstáculos técnicos principales son la falta de disponibilidad de una prueba de diagnóstico sensible y específica que sea poco costosa, fácil de realizar en las condiciones imperantes sobre el terreno y aceptable para su uso en cualquier nivel del sistema de salud, y la falta de un nuevo agente antitripanosómico más barato, más seguro y más fácil de administrar que los medicamentos existentes y capaz de curar las dos formas de la enfermedad.

19. La tarea más inmediata es ampliar y mantener el control y la vigilancia actuales utilizando las mejores herramientas disponibles. Se debe acelerar la investigación de nuevas herramientas. Es preciso crear mayor conciencia acerca de la enfermedad y promover el establecimiento de prioridades y la recaudación de fondos. La OMS debería seguir encabezando la prestación de apoyo a los países y coordinando la labor de todas las partes interesadas en el control y la investigación de la tripanosomiasis africana humana.

20. El Consejo Ejecutivo tomó nota del presente informe en su 126.^a reunión de enero de 2010.¹

C. SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO (resolución WHA57.12)

21. La aplicación de la estrategia se ha visto reforzada con la adición de una nueva meta (5.B) al Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. La Secretaría ha seguido prestando apoyo a los Estados Miembros en la mejora del acceso a la atención de salud reproductiva, y de su calidad, y en la aceleración de la consecución del acceso universal a productos y servicios apropiados.

22. Las actividades regionales realizadas en colaboración con los asociados han abarcado la adaptación de la estrategia a los contextos regionales con el fin de responder del mejor modo posible a las necesidades locales en materia de salud reproductiva; el apoyo a la elaboración de políticas que tengan como objetivo el acceso universal a los productos y servicios de salud reproductiva; la evaluación de la viabilidad de medir los indicadores enumerados en el marco de aplicación de la estrategia;² la celebración de reuniones consultivas técnicas sobre planteamientos socioculturales para acelerar la consecución de los Objetivos 4 y 5; la realización de talleres para reforzar las capacidades nacionales de elaboración de estrategias y políticas que respondan a las necesidades; y el mejoramiento de la calidad de la atención.

23. En 2009, la Secretaría evaluó los progresos realizados por los Estados Miembros en las cinco esferas de acción principales definidas en la estrategia. Las respuestas al cuestionario mostraron los resultados siguientes:

¹ Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

² Documento WHO/RHR/06.3.

- **Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud.** Se han diseñado estrategias para ampliar los servicios de salud reproductiva y asegurar la prestación de atención obstétrica básica de emergencia en las zonas rurales. Se han adoptado iniciativas para atraer a los prestadores de atención de salud hacia las zonas de acceso difícil. Se ha prestado más atención a la asistencia sanitaria de carácter preventivo, y se han agregado productos propios de la salud reproductiva a la lista de medicamentos esenciales.
- **Mejorar la información para el establecimiento de prioridades.** Se han planteado cuestiones relativas a la salud reproductiva en las encuestas y censos de población.
- **Movilizar la voluntad política.** Se han organizado talleres destinados a los parlamentarios. Se ha difundido información a las instancias normativas y se ha promovido la importancia de la salud reproductiva para el desarrollo y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- **Crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo.** Se ha aprobado legislación sobre prestación de servicios de salud reproductiva e información conexas.
- **Reforzar la vigilancia, la evaluación y la rendición de cuentas.** Se han incluido indicadores de salud reproductiva en los mecanismos nacionales de monitoreo, y se ha revisado la mortalidad materna.

24. La encuesta ha indicado asimismo que los Estados Miembros han identificado diversos obstáculos a la mejora de los servicios de salud reproductiva. Son los siguientes: factores socioculturales adversos; conflictos armados; notificación inadecuada de todos los indicadores de la salud reproductiva; acceso inadecuado de los grupos vulnerables; escasez de equipo y de proveedores de atención; resistencia de los proveedores de atención a trabajar en zonas remotas; falta de sensibilización del público acerca de los diversos métodos de planificación de la familia; e inadecuación de los servicios para los adolescentes.

25. Se ha informado de la aplicación de intervenciones básicas puestas a punto por la OMS para disminuir la mortalidad materna y mejorar la salud reproductiva. De los 57 países que respondieron a la encuesta, 48 (85%) de todas las regiones notificaron que el planteamiento de la OMS relativo a la atención prenatal está integrado en los programas de salud reproductiva, y que en más del 80% se autoriza el uso de sulfato de magnesio en caso de preeclampsia. Sin embargo, se ha notificado que la aplicación de los programas de detección del cáncer cervicouterino ha sido limitada, y que el recurso a la contracepción de urgencia en el marco de los métodos mixtos de planificación de la familia está disponible en algo más de la mitad de los países.

26. Los datos más recientes indican que en el mundo en desarrollo se han realizado progresos desiguales en la disminución de la mortalidad materna. Las cifras obtenidas en las regiones sometidas a vigilancia en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Asia oriental, el norte de África y Asia sudoriental)¹ muestran una disminución en más del 30% del número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos entre 1990 y 2005, y los informes sobre el sur de Asia indican un descenso superior al 20% durante el mismo periodo. En el África subsahariana, el riesgo de morir durante el em-

¹ Regiones de vigilancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data%2fRegionalGroupings.htm>)

barazo o el parto sigue siendo elevado.¹ Se calcula que en 2005 los abortos peligrosos causaron alrededor de 70 000 muertes maternas en todo el mundo, y que un 46% de las fallecidas tenían menos de 25 años.²

27. El uso de métodos anticonceptivos eficaces por parte de las mujeres que desean retrasar los embarazos, o no desean tener más hijos, puede prevenir un 32% de la mortalidad materna. Si bien a escala mundial más del 60% de las mujeres casadas o que viven en pareja utilizan anticonceptivos, ese porcentaje varía mucho entre las regiones. Las mujeres del África subsahariana son las que utilizan anticonceptivos en menor grado (22% en 2007). La demanda no atendida de servicios de planificación de la familia ha variado poco en los países menos adelantados: del 26% en 1990 al 24% en 2007. En el África subsahariana, un 25% de las mujeres casadas o que viven en pareja no reciben los servicios de planificación de la familia que necesitan. Se ha comprobado que la demanda no atendida de servicios de planificación de la familia es más alta para las mujeres más pobres que para sus homólogas ricas (véase la figura). Atender las necesidades de planificación familiar contribuirá asimismo a la consecución de otros Objetivos, además del 5. Por ejemplo, se estima que el uso de métodos anticonceptivos para promover el espaciamiento de los nacimientos prevendría el 10% de la mortalidad de menores de 1 año;³ asimismo, contribuye a la emancipación de las mujeres y a la igualdad de género puesto que aumenta las oportunidades de participación en las actividades sociales y en actividades de desarrollo personal.

28. Disponer de atención durante el embarazo y el parto es de importancia decisiva para que disminuya la mortalidad materna y mejore la salud materna. La utilización de los servicios esenciales de salud materna ha aumentado desde los años 1990. A escala mundial, la proporción de mujeres que dan a luz con asistencia de profesionales de la salud cualificados ha aumentado desde el 61%, a mediados de los años 1990, hasta el 66%, a mediados de los años 2000 (véase el cuadro). El grado de atención por profesionales cualificados varía en función de la situación socioeconómica y de otras características de las mujeres. En los países en desarrollo, la proporción mediana de partos atendidos por profesionales de la salud cualificados es del 50% en las zonas rurales, mientras que en las zonas urbanas es del 83%. De modo similar, el 43% de las mujeres del quintil más pobre reciben atención prenatal al menos en cuatro ocasiones, cuando en el quintil más rico lo recibe el 79%.

29. Hay que prestar atención a las necesidades de los muchachos y los hombres en materia de salud reproductiva. En general, menos del 50% de los jóvenes varones de 15 a 24 años declara haber utilizado preservativo aunque haya tenido relaciones sexuales de alto riesgo.⁴ Menos de un tercio de los hombres de muchos países en desarrollo saben que existen dos modos de evitar las infecciones de transmisión sexual: o bien se utiliza el condón, o bien se practica la abstinencia o se tiene una sola pareja, que no esté infectada. Se ha comprobado que los programas de educación sexual tienen un efecto significativo en la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo. La OMS y sus asociados están realizando investigaciones y elaborando directrices sobre salud sexual y reproductiva masculina y la función de los hombres en la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Entre los temas más prioritarios figuran la planificación de la familia, la infecundidad, la prevención y el manejo de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, la salud sexual y los dere-

¹ Organización Mundial de la Salud. *Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² Organización Mundial de la Salud. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, Fifth edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

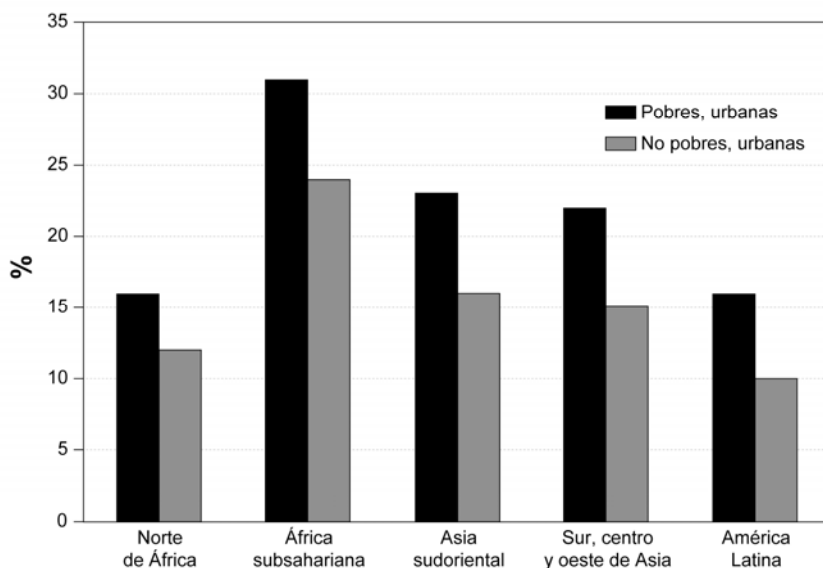
³ *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

⁴ Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe 2009, anexo estadístico; indicador 6.2.

chos humanos, la salud materna, la violencia contra las mujeres, la mutilación genital femenina, la extensión a los muchachos y varones jóvenes de información y servicios de salud sexual y reproductiva, y la participación de los muchachos y los hombres en la promoción de la equidad de género. Los estudios sobre intervenciones en las que han participado varones en la prevención de resultados adversos en materia de salud sexual y reproductiva han mostrado que los resultados mejoran en términos, por ejemplo, de utilización de preservativos (del 55% al 78%), adopción de decisiones conjuntamente con las parejas acerca del uso de preservativos (del 23% al 45%), aceptación voluntaria de asesoramiento y de pruebas sobre infección por el VIH, y disminución de los embarazos de adolescentes.

30. La Secretaría ha tomado nota del llamamiento del Consejo Ejecutivo¹ para que se dediquen más recursos institucionales a las áreas de salud sexual y reproductiva y está trabajando con sus asociados para velar por que se disponga de recursos sostenibles. La OMS y sus asociados, incluidos los ministerios de salud, seguirán introduciendo intervenciones eficaces, recurriendo sistemáticamente, entre otros, al Programa de Colaboración Estratégica OMS/UNFPA para mejorar la salud sexual y reproductiva.

Figura. Necesidades no atendidas de planificación familiar de las mujeres casadas (25–29 años, zonas urbanas), por situación socioeconómica



Fuente: Montgomery MR et al (Eds). *Cities transformed: demographic change and its implication in the developing world*. Committee on Population, National Research Council of the National Academies. Washington, D. C., The National Academy Press, 2003.

WHO 10.8

¹ Documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4C.

Cuadro. Proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado: tendencias regionales

	1991-1999	2000-2008
	%	%
Región de la OMS		
Región de África	48	46
Región de las Américas	87	92
Región de Asia Sudoriental	40	48
Región de Europa	95	96
Región del Mediterráneo Oriental	42	59
Región del Pacífico Occidental	85	92
Grupo de ingresos		
Ingresos bajos	39	41
Ingresos medianos bajos	62	70
Ingresos medianos altos	90	95
Ingresos altos	98	99
Total mundial	61	65

Fuente: *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*.

D. PRONTA FORMACIÓN DE UN MAYOR NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (resolución WHA59.23)

31. Diferentes regiones y países han suscrito el compromiso de acrecentar su dotación de personal sanitario, y muchos han instaurado soluciones novedosas. Tanto organizaciones multilaterales y bilaterales como iniciativas especiales, entidades de la sociedad civil y el sector privado y organizaciones de carácter benéfico han señalado también la necesidad de acrecentar el número de profesionales de la salud.

32. La Secretaría está trabajando a escala mundial, regional y nacional para responder a las peticiones formuladas por la Asamblea de la Salud a la Directora General en la mencionada resolución. Como parte de la renovada atención que se viene prestando a la atención primaria de salud, la Secretaría ha definido tres grandes líneas estratégicas: facilitar información estratégica sobre los recursos humanos para la salud; fomentar inversiones de carácter estratégico para desarrollar los recursos humanos para la salud; y promover soluciones innovadoras a fin de armonizar las políticas y los programas para prestar asistencia sanitaria tanto a las personas, durante toda su vida, como a las comunidades. La Secretaría ha definido tres grandes ámbitos de trabajo: promoción; labor normativa; y desarrollo de capacidades en regiones y países.

33. En lo tocante a la promoción, la OMS ha venido colaborando con las principales partes interesadas con el fin de definir objetivos de ampliación de la dotación de personal sanitario. Por ejemplo, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional se ha comprometido a prestar apoyo a la capaci-

tación de 100 000 nuevos trabajadores sanitarios en el África subsahariana, y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida ha suscrito un compromiso parecido para impartir formación a 140 000 nuevos trabajadores sanitarios. La OMS ha señalado también la formación de personal sanitario como uno de los ámbitos fundamentales en los que puede invertir el Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud y ha ayudado a estimar los costos que supondría la ampliación de los recursos humanos para la salud. En 2008, los miembros del G8 reconocieron también la necesidad de incrementar el número de profesionales sanitarios hasta llegar al valor umbral definido por la OMS de 2,3 trabajadores sanitarios por cada 1000 personas, idea en la que abundaron de nuevo en su declaración los líderes del G8 en la Cumbre de 2009.¹

34. La OMS y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario organizaron conjuntamente el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, celebrado en Kampala (Uganda) del 2 al 7 de marzo de 2008, en cuyo transcurso los participantes aprobaron la Declaración de Kampala y Prioridades para la Acción Internacional.²

35. Con arreglo al mandato de la OMS, y en cumplimiento de la resolución WHA57.19 sobre migración internacional de personal sanitario, la Secretaría viene trabajando con los Estados Miembros sobre un código de prácticas de contratación internacional de personal sanitario. A este respecto, los líderes de los países del G8, en la declaración dimanante de la Cumbre de julio de 2009, exhortaron a la OMS a ultimar el código voluntario de prácticas de contratación ética de personal sanitario e invitaron a los países a suscribirlo.

36. La Secretaría ha trabajado con iniciativas sanitarias de ámbito mundial como la Alianza GAVI o el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para elaborar recomendaciones que ayuden a canalizar el mayor volumen posible de fondos hacia soluciones duraderas y a largo plazo con respecto a los recursos humanos para la salud.³

37. En colaboración con el ONUSIDA y con el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida, la OMS ha publicado recomendaciones y directrices de alcance mundial sobre el tema de la delegación de funciones,⁴ que abarcan también la formación de cuadros intermedios y agentes de salud comunitarios. Las directrices se han aplicado ya en 15 países del África subsahariana.

38. La OMS y el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida colaboran en una nueva iniciativa destinada a extender la capacitación en medicina y enfermería y ayudar así a dotar a los países de un contingente duradero de personal sanitario.

39. La Secretaría participa asimismo en las actividades para incrementar el número de parteras y hacer posible con ello el cumplimiento del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (Mejorar la salud materna).

¹ http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8_Layout_locale-1199882116809_Atti.htm.

² <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/en/index.html>.

³ <http://www.who.int/healthsystems/publications/positivesynergiesdocs/en/index.html>.

⁴ OMS, Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida, ONUSIDA. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines on task shifting*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

40. En colaboración con la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y otros asociados, la OMS ha definido el Marco de Acción sobre el Personal Sanitario con el objetivo de racionalizar el trabajo en los países y concebir herramientas operativas que éstos puedan utilizar para ampliar su dotación de personal sanitario.

41. La Secretaría presta apoyo técnico a los Estados Miembros para que apliquen las recomendaciones del Grupo Especial sobre Expansión de la Enseñanza y la Formación del Personal de Salud (de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario), en cuya elaboración participó la OMS.¹ Entre las recomendaciones figura la de preparar un plan decenal para formar a un mayor número de trabajadores de la salud.

42. La Secretaría ha ayudado a los países a formular propuestas dirigidas al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria que incluyeran intervenciones para ampliar la dotación de personal sanitario. El Fondo Mundial destinó a los recursos humanos para la salud un 23% del volumen total de fondos adjudicados entre su segunda y su séptima rondas de convocatoria de solicitudes de ayuda.

43. La Secretaría ha prestado apoyo a dos redes educativas de África con el propósito de establecer programas académicos centrados en la formación de personal sanitario. Además, la OMS es el moderador principal de un foro en línea en el que más de 500 interlocutores intercambian información sobre la ampliación de la dotación de personal sanitario.

44. Varios países han ampliado su dotación de personal sanitario con el apoyo técnico de la OMS y sus asociados. El Brasil formó y desplegó sobre el terreno a 30 000 equipos de salud familiar, que en 2008 llegaban a un 70% de la población. En los últimos tres años Etiopía ha formado y desplegado a más de 25 000 extensionistas sanitarios, y otros 6800 están recibiendo formación. Por otro lado, también en Etiopía, el número de matriculaciones en estudios de medicina ha pasado de 200 al año en 2006 a 1500 en 2008, y se está examinando una estrategia para impartir una formación innovadora de cuatro años en ciencias médicas. En Malawi, el número de titulados en medicina que salen de los establecimientos de formación pasó de 17 en 2002 a 59 en 2008, el de auxiliares clínicos de 66 a 103, el de asistentes médicos de 0 a 192 y el de enfermeras y parteras de 168 a 322.

45. El Consejo Ejecutivo tomó nota del presente informe en su 126.^a reunión de enero de 2010.²

E. FORTALECIMIENTO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA (resolución WHA59.27)

46. En respuesta a la resolución WHA59.27, la Secretaría, en colaboración con diversos asociados internacionales, regionales y nacionales, está trabajando con los Estados Miembros a nivel regional para fortalecer las capacidades nacionales en materia de enfermería y partería. En este informe se destacan los progresos logrados en las áreas del desarrollo de recursos humanos para la salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud en el marco de la atención primaria y la optimización de la contribu-

¹ Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario. *Scaling Up, Saving Lives: summary and recommendations*. Grupo Especial sobre Expansión de la Enseñanza y la Formación del Personal de Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

ción de enfermeras y parteras a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

Desarrollo de recursos humanos para la salud

47. En colaboración con 45 órganos que representan a profesionales de la salud, la OMS ha elaborado un marco de colaboración interprofesional en materia de formación teórica y práctica a modo de estrategia para conseguir una utilización eficaz del personal de salud. Dicho marco se está aplicando actualmente de forma experimental en dos países de la región del Caribe.

48. En colaboración con diversos asociados y Estados Miembros representativos, en 2008 la Secretaría elaboró un programa mundial de trabajo, respaldado por instrumentos y normas.¹ En consonancia con el programa mundial, un país de cada una de las seis regiones de la OMS está llevando a cabo las siguientes actividades: fortalecimiento de la enseñanza en enfermería y partería, mejora de la prestación de servicios de salud, promoción de entornos de trabajo propicios, creación de capacidad de liderazgo y gestión, y potenciación de las alianzas.

49. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha elaborado un modelo con 15 indicadores basales para prever las necesidades en materia de recursos humanos para la salud. Cinco países de tres regiones de la OMS están aplicando el modelo como base para planificar su personal sanitario a fin de garantizar unas cifras suficientes de trabajadores de enfermería y partería competentes.

Fortalecimiento de los sistemas de salud en el contexto de la atención primaria

50. Todas las regiones de la OMS han empezado a reorientar los programas de enfermería y partería hacia la renovación de la atención primaria. En 2009, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha apoyado el establecimiento de programas nacionales de enfermería para la salud de la familia. La Oficina Regional para Europa elaboró un informe de evaluación sobre la aplicabilidad de los programas a las actuales necesidades de salud de la población.

51. La OMS y diversos asociados clave han abogado por una reforma del marco normativo en apoyo del fortalecimiento de los sistemas de salud. Veinte países de la Región de las Américas están actualizando sus normas de regulación de la enfermería a partir de los resultados de un estudio llevado a cabo por la Oficina Regional para las Américas. En 2009, ocho países francófonos de la Región de África han evaluado las funciones de los órganos normativos, y 21 países han elaborado planes nacionales de acción.

52. Se ha publicado un compendio de 38 estudios de casos de modelos exitosos de atención primaria, que abarca 29 países.² Las enseñanzas extraídas se utilizarán para fortalecer la función de las enfermeras y parteras como parte de los esfuerzos desplegados para renovar la atención primaria.

¹ *Scaling up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals: Programme of Work, 2008-2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² *Now more than ever: the contribution of nurses and midwives to primary health care. A compendium of primary care case studies.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (documento WHO/HRH/HPN/09.2).

Optimización de la contribución de enfermeras y parteras

53. En 2008, el asesoramiento normativo difundido por el Grupo Consultivo Mundial sobre Desarrollo de la Enfermería y la Partería comprendió entre otras cosas el establecimiento de un grupo multidisciplinario de alto nivel sobre la renovación de la atención primaria. La OMS está apoyando técnicamente las actividades del grupo en lo que respecta al examen de las políticas y los modelos de atención de salud conexos.

54. La OMS ha elaborado una estrategia para acelerar las actividades en el área de los recursos humanos para la salud con miras al logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015 (Mejorar la salud materna). La Oficina Regional para Asia Sudoriental está ayudando a Estados Miembros a reforzar sus planes de estudios y a reformar la formación previa al servicio y en el servicio en materia de salud maternoinfantil.

55. Como parte de la colaboración continua entre la Secretaría y diferentes interesados directos, se organizaron dos talleres de capacitación basados en el módulo de formación en prevención y control de infecciones en enfermedades respiratorias agudas;¹ se publicó además un artículo sobre la contribución de las enfermeras y parteras a la erradicación de la poliomielitis y el control del sarampión;² y, en respuesta a la recomendación de la reunión consultiva mundial sobre enfermería y partería celebrada en 2008 en Ginebra, entró en funcionamiento una red Asia-Pacífico sobre preparación y gestión de actividades en casos de desastre.

56. La OMS ha ayudado a 14 países de la Región de las Américas a organizar campañas de vacunación contra la hepatitis B para prevenir la transmisión ocupacional de patógenos transmitidos por la sangre entre el personal de salud, gracias a lo cual se ha vacunado a 500 000 trabajadores sanitarios. Se ha elaborado un nuevo plan de trabajo mundial sobre salud ocupacional para el periodo 2009-2012. Además, en una reunión consultiva internacional organizada por la OMS (Ginebra, 14-16 de septiembre de 2009), se ha llegado a un acuerdo sobre las recomendaciones y las opciones de política para el acceso del personal sanitario a los servicios de VIH y tuberculosis.

Orientaciones futuras para el fortalecimiento de la enfermería y la partería

57. Se está actualizando la publicación *Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería (2002-2008)* a fin de adaptarla a las nuevas prioridades sanitarias mundiales y al Undécimo Programa General de Trabajo.

58. La OMS seguirá fomentando la inversión en personal de enfermería y partería a todos los niveles, y haciendo esfuerzos para mejorar la colaboración interprofesional con miras al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la renovación de la atención primaria de salud.

59. El Consejo Ejecutivo tomó nota del presente informe en su 126.^a reunión de enero de 2010.³

¹ *Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria: pautas provisionales de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (documento WHO/CDS/EPR/2007.6).

² Nkowane A. et al. The role of nurses and midwives in polio eradication and measles control activities: a survey in Sudan and Zambia. *Human Resources for Health*, 2009, 7:78.

³ Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

F. SOSTENIMIENTO DE LA ELIMINACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR CARENCIA DE YODO (resolución WHA60.21)

60. Los trastornos por carencia de yodo son una causa importante de disfunciones cognitivas prevenibles. En su resolución WHA43.2, la Asamblea de la Salud decidió que la OMS debía procurar eliminar esos trastornos como problema de salud pública, objetivo que reafirmó en la resolución WHA49.13. En resoluciones posteriores, la Asamblea ha instado a los Estados Miembros a que redoblen sus esfuerzos para reforzar sus compromisos con la eliminación sostenida de esos trastornos y para llegar a las personas aún no protegidas contra los mismos.¹ En su 126.º periodo de sesiones, celebrado en enero de 2010, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe, en el que se da cuenta de los progresos hechos en los tres últimos años hacia la eliminación de los trastornos por carencia de yodo.²

61. El nivel de yodo de la población se ha determinado midiendo la excreción de este elemento en los niños en edad escolar.³ En los cinco años que van de 2004 a 2008, sólo 37 de los 193 Estados Miembros de la OMS facilitaron datos nacionales sobre la concentración urinaria de yodo entre los niños en edad escolar, que abarcaban al 36,3% de la población en edad escolar del mundo. Esos datos pusieron de manifiesto que en nueve países la prevalencia de bajo nivel de yodo era tal que se consideraba que tenía repercusiones en la salud pública,⁴ en 17 países la ingesta de yodo era suficiente y en ocho era excesiva. En tres países se observó un aumento del riesgo de trastornos tiroideos en los grupos vulnerables. Dado que entre 2004 y 2008 sólo 37 Estados Miembros facilitaron datos a nivel nacional sobre la concentración urinaria de yodo entre los niños en edad escolar, es difícil realizar estimaciones sobre la carencia de yodo a nivel mundial tomando como base únicamente los datos de los países. Si se tienen en cuenta todos los informes elaborados entre 1993 y 2007 en los distintos niveles administrativos, el número de países donde los trastornos por carencia de yodo suponen un problema de salud pública se reduce a menos de la mitad (de 110 a 47). Este año la Secretaría iniciará un análisis mundial sobre los progresos hechos en la eliminación de esos trastornos.

62. El número de países que facilitaron datos sobre el nivel de yodo de la población con el fin de alimentar el Sistema de Información Nutricional de Vitaminas y Minerales de la OMS ha disminuido de 47 en 1993-2003 a 37 en 2004-2008. Es preciso producir más datos en lo relativo a las mujeres en edad reproductiva, ya que son importantes destinatarias de los programas de salud pública.

Estrategia para luchar contra los trastornos por carencia de yodo

63. La estrategia preferible para luchar contra los trastornos por carencia de yodo estriba en la yodación universal de la sal. La elección de la sal como vehículo para una alimentación enriquecida en yodo se debe a que su consumo se mantiene estable a lo largo del año; las técnicas de yodación son baratas y el procedimiento resulta fácil de aplicar. Además, resulta sencillo ajustar la concentración de yodo en la sal para cumplir al mismo tiempo las políticas de reducción del consumo de sal destinadas

¹ Resoluciones WHA58.24 y WHA60.21.

² Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

³ Como indicador de la ingesta de yodo se utiliza la concentración urinaria mediana (IU). Atendiendo a este parámetro, los países se dividen en tres grupos: ingesta «suficiente» ($100 \mu\text{g/l} < \text{IU} < 199 \mu\text{g/l}$), ingesta «superior a la recomendada» ($200 \mu\text{g/l} < \text{IU} < 299 \mu\text{g/l}$) e ingesta «excesiva» ($\text{IU} > 300 \mu\text{g/l}$), esto es, superior a la cantidad necesaria para prevenir y controlar los trastornos por carencia de yodo.

⁴ Concentración urinaria de yodo entre los niños en edad escolar inferior a $100 \mu\text{g/dl}$.

a prevenir enfermedades crónicas.¹ La yodación de la sal resulta más eficaz cuando viene dictada por ley.

64. La suplementación con yodo es otro procedimiento recomendado, sobre todo en el caso de grupos vulnerables como mujeres embarazadas o niños pequeños que viven en comunidades de alto riesgo y no tienen fácil acceso a sal yodada,² o bien como solución temporal cuando la yodación de la sal no se pone en práctica satisfactoriamente. El número de países en que al menos el 90% de los hogares consumen sal debidamente yodada es ahora de 36,³ mientras que en 2006⁴ eran 33 y, en 2004, 28.⁵ Se calcula que el 70% de los hogares del mundo tienen acceso a sal yodada.

65. En una consulta de expertos celebrada en 2007 sobre la sal como vehículo de suplementación¹ se llegó a la conclusión de que las políticas de yodación eran compatibles con las de reducción del consumo de sal para prevenir enfermedades cardiovasculares. Las autoridades nacionales de cada país deben ajustar el nivel actualmente recomendado de enriquecimiento de la sal con yodo (20-40 ppm) atendiendo a sus propios datos sobre la ingesta de sal y la concentración urinaria mediana de yodo de la población. Actualmente, la Secretaría está revisando las directrices sobre la utilización de la sal como vehículo de suplementación de yodo y se propone formular recomendaciones para ajustar la concentración de yodo en la sal enriquecida de acuerdo con la ingesta de sal de la población.

Seguimiento y evaluación

66. El seguimiento y la evaluación de los resultados de los programas de control de los trastornos por carencia de yodo son esenciales para lograr que las intervenciones resulten eficaces y seguras. En la actualidad se recomienda que los países realicen una encuesta nacional sobre el nivel de yodo en la población entre cada tres y cada cinco años. En 2007, la OMS, el UNICEF y el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo publicaron unas directrices revisadas sobre los indicadores adecuados para evaluar y seguir esos programas de control. También en 2007 la OMS y el UNICEF hicieron pública una declaración conjunta sobre la consecución de niveles óptimos de aporte nutricional de yodo en mujeres embarazadas o con hijos lactantes y en los niños pequeños.²

67. En 2010 la OMS organizará una consulta técnica, en colaboración con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Georgia, Atlanta, Estados Unidos de América), con el fin de analizar posibles métodos para producir estimaciones regionales y mundiales de la carencia de yodo y de otras vitaminas y minerales, especialmente en situaciones en que no se dispone de datos nacionales.

Promoción

68. La Red para la Eliminación Sostenible de la Carencia de Yodo secunda las iniciativas de los países para cumplir cuanto antes el objetivo de eliminar los trastornos por carencia de yodo, promo-

¹ Organización Mundial de la Salud. *Salt as a vehicle for fortification*. Informe de una consulta de expertos de la OMS, Luxemburgo, 21-22 de marzo de 2007. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Joint Statement: Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

³ UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York, UNICEF, 2010.

⁴ UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York, UNICEF, 2007.

⁵ UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York, UNICEF, 2004.

viendo para ello la colaboración entre los sectores público y privado, y entre las organizaciones científicas y de la sociedad civil. La Red ha preparado 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.

G. MULTILINGÜISMO: APLICACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN (resolución WHA61.12)

69. La aplicación del plan de acción sobre multilingüismo es supervisada por un coordinador especial para la promoción del multilingüismo,¹ que trabaja con los puntos focales que hay en la Sede² y las oficinas regionales para promover el respeto de la diversidad lingüística y reforzar la producción de información multilingüe de la OMS.

70. Bajo la orientación del coordinador especial, se ha establecido una plataforma electrónica conocida como «e-Pub» para ayudar a **establecer las prioridades de traducción**. Las oficinas regionales de la OMS también han hecho progresos en lo que atañe a fijar ese tipo de prioridades con los Estados Miembros mediante la celebración de consultas informales para determinar los temas y títulos de mayor importancia. Por ejemplo, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental realizó una encuesta para determinar los temas y títulos técnicos más valorados por los Estados Miembros para su publicación en sus idiomas nacionales. En la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, se están planificando reuniones para el primer semestre de 2010 con los Estados Miembros para fijar las prioridades de traducción al chino y al vietnamita.

71. Decidida a aprovechar las nuevas tecnologías para racionalizar el flujo de trabajo multilingüe, la Secretaría ha utilizado con éxito experimentalmente un nuevo software de publicación de versiones multilingües a partir de la misma fuente. Dicho software, que permite optimizar la precisión y eficiencia de la producción, se está aplicando a la traducción del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, incluidos los resúmenes de todos los artículos en seis idiomas.

72. Se ha seguido desplegando esfuerzos para **ofrecer los productos de información de la OMS en idiomas oficiales y no oficiales**. La Oficina Regional para Europa aceptó 70 solicitudes de derechos de traducción en 2009, y la Oficina Regional para las Américas tradujo 12 publicaciones. En 2009 la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental tradujo 52 publicaciones al árabe y aceptó 54 solicitudes de traducción a idiomas no oficiales como el farsi y el urdu. El pasado año, en colaboración con asociados externos de 40 Estados Miembros, la sede de la OMS produjo 192 publicaciones en formato multilingüe, que abarcaron en total 41 idiomas.

73. Se ha producido un aumento notorio del **contenido técnico multilingüe del sitio web de la sede de la OMS**; actualmente se ofrece información sobre más de 35 temas de salud esenciales en todos los idiomas oficiales. En 2009 se añadieron más de 1700 páginas en cada uno de los idiomas oficiales en el sitio de gobernanza de la Organización. Ese mismo año, además, se añadieron al sitio web institucional de la OMS entre 500 y 700 páginas de contenido en cada uno de esos idiomas. Dichas páginas se seleccionaron de acuerdo con los temas prioritarios para cada idioma - determinados en función de las estadísticas de la web y de los objetivos estratégicos de la OMS - y en respuesta a las crisis sanitarias y situaciones de emergencia. Hay una mayor conciencia sobre la importancia del multilin-

¹ Véase el documento EB121/6.

² En particular con personal dedicado a la traducción, la publicación, el sitio web y la biblioteca.

güismo en Internet, y como consecuencia de ello las unidades técnicas han aumentado su demanda de sitios web multilingües. El año pasado se consiguió ofrecer en su integridad 10 sitios web técnicos en todos los idiomas oficiales. La OMS ha elaborado además su primera **guía de estilo para una web multilingüe** con la finalidad de normalizar el uso de los idiomas y controlar la calidad en el sitio web de la Organización.¹

74. La Oficina Regional para Europa publicó 465 páginas en idiomas distintos del inglés en su sitio web en 2009, y el 47% de los documentos subidos al archivo de documentos online estaban redactados en alemán, francés o ruso. En 2009, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental añadió 450 páginas en árabe a su sitio web, tradujo las versiones íntegras del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* al árabe, y las publicó en el sitio web de la OMS.

75. En el plan de acción se proponía la creación de un **fondo institucional mundial** a efectos de reunir y almacenar la producción intelectual de la OMS en forma digital. Tras un amplio proceso de evaluación, se seleccionó una plataforma electrónica que usa software de código abierto, en parte por su capacidad para manejar grandes cantidades de contenido multilingüe.² La plataforma será personalizada a fin de optimizar la navegación, la consulta, la búsqueda y la recuperación de texto en todos los idiomas oficiales, y se ha elaborado un plan de implementación para su despliegue.

76. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental tiene previsto lanzar oficialmente la plataforma *Index Medicus* en mayo de 2010. La plataforma ofrecerá acceso a revistas médicas en chino, coreano, japonés, mongol y vietnamita, con resúmenes en inglés. En la Oficina Regional para África la base de datos *Index Medicus* sigue reuniendo y registrando datos de países africanos de habla francesa, inglesa y portuguesa.

77. La red **ePORTUGUÊSe** es una plataforma de fomento de la creación de capacidad y refuerzo de la colaboración entre los países lusófonos. La red ha contribuido al desarrollo de bibliotecas de salud virtuales nacionales en todos los países lusófonos de África y en Timor-Leste en la Región de Asia Sudoriental.

78. En su resolución WHA61.12, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que velara por el establecimiento de una **base de datos de los idiomas oficiales** que dominan los funcionarios de la categoría profesional. En respuesta a ello, se ha llevado a cabo una encuesta piloto en un departamento de la Sede.³

79. Se mantiene la **enseñanza de idiomas** gratuita para los funcionarios de la OMS. En 2009, 1050 funcionarios participaron en la sede de la OMS en cursos de idiomas. De ellos, un 2% estudiaron árabe, un 2% chino, un 15% español, un 65% francés, un 12% inglés y un 2% ruso.

¹ Además, se ha creado una sección de terminología y un puesto de terminólogo en la Oficina Regional para África a fin de armonizar el estilo. En la Oficina Regional para Europa se está adoptando una guía de estilo para el alemán, el francés y el ruso.

² Se ha acuñado un nuevo nombre público para ese fondo institucional: IRIS (siglas inglesas de Fondo Institucional para el Intercambio de Información).

³ Los resultados de esa encuesta se pueden solicitar al coordinador especial. Se llevarán a cabo estudios similares en otros departamentos, a lo que seguirá una encuesta a nivel de toda la Organización.

80. El Consejo Ejecutivo, en su 126.^a reunión, celebrada en enero de 2010, tomó nota de una versión anterior de este informe.¹

H. SALUD DE LOS MIGRANTES (resolución WHA61.17)

81. Desde que se adoptó la resolución WHA61.17, la crisis económica mundial ha tenido grandes repercusiones en la población migrante, lo que plantea inquietudes acerca del efecto del desempleo, la baja de los salarios y el empeoramiento de las condiciones de trabajo en la salud de estas personas. Los flujos migratorios no autorizados, desencadenados principalmente por la pobreza y la falta de empleo, han seguido acarreando considerables consecuencias sanitarias pues muchos migrantes en situación irregular carecen de acceso a los servicios de salud. Además, los desastres naturales, los conflictos armados y la inseguridad alimentaria han forzado el desplazamiento de millones de personas cuya salud se ve amenazada en consecuencia. La pandemia de gripe A (H1N1) 2009 ha vuelto a poner de relieve los vínculos entre los desplazamientos de las personas y la propagación de enfermedades; frente a esta situación, se necesita el acceso universal a las medidas preventivas y la atención de salud con independencia del estado migratorio de la persona.

82. En el ámbito del desplazamiento forzado de grupos de población, la OMS ha seguido trabajando al frente del Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias y ha colaborado con socios, gobiernos y comunidades para reducir las pérdidas evitables de vidas, la carga de morbilidad y las discapacidades en los países afectados por crisis o que son vulnerables a ellas.

83. La Organización ha movilizado recursos para facilitar el acceso a los servicios de salud de los grupos de población desplazados o afectados de otro modo como consecuencia de alguna crisis. Entre los grupos destinatarios figuran los refugiados, los desplazados internos, los repatriados y las comunidades de acogida, y los países siguientes se vieron particularmente afectados: Afganistán, Camerún, Chad, Colombia, Jordania, Pakistán, República Árabe Siria, República Centroafricana, República Democrática del Congo y Sudán. Se han desplegado esfuerzos para lograr que la información relativa a la salud de los desplazados se integre en los sistemas nacionales de información sanitaria.

84. La OMS ha brindado apoyo a los Estados Miembros y socios para que generen datos sobre algunos grupos migrantes a los que es difícil llegar, por ejemplo, los que viven en el sur de México y en las provincias fronterizas de Tailandia. En estos casos, el cometido de la Organización ha consistido en documentar la situación sanitaria de los migrantes y las barreras que impiden su acceso a los servicios de salud. En la Región de Europa de la OMS, las investigaciones realizadas entre mujeres migrantes con miras a apoyar la promoción de los derechos de salud reproductiva han permitido documentar las medidas para mejorar el acceso a los servicios de salud y abordar los factores que determinan la salud de los migrantes.

85. En la Región de Europa, un grupo de trabajo sobre la salud de los migrantes ha trazado el mapa de las actividades emprendidas a este respecto en la Región; el grupo compartió información con las oficinas en los países y coordinó las aportaciones técnicas a los procesos pertinentes. Como parte de la reunión de consulta de la Unión Europea sobre «Salud e inmigración: mejor salud para todos» (Lisboa, 24 y 25 de septiembre de 2009), en la que participaron muchas partes interesadas, la OMS fue coautora de las recomendaciones encaminadas a lograr una fuerza de trabajo que sea receptiva a las necesidades de los migrantes.

¹ Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

86. Con la colaboración de asociados, prevenir la propagación de enfermedades infecciosas y lograr el acceso de los trabajadores migrantes a los servicios de salud fueron puntos esenciales de diversas iniciativas europeas y dieron sustento a las conversaciones mantenidas por el Primer Ministro de la Federación de Rusia y la Directora General en junio de 2009.

87. La OMS y la Organización Internacional para las Migraciones promovieron conjuntamente la salud de los migrantes en varias plataformas: el 16.º Diálogo sobre las Migraciones en el África meridional; un desayuno y mesa redonda ministerial sobre las necesidades sanitarias de las mujeres migrantes organizado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; y la séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Nairobi, del 26 al 30 de octubre de 2009). Las recomendaciones abarcaron temas como la necesidad de fortalecer los derechos de los migrantes al acceso a los servicios sanitarios y sociales; la colaboración multirregional y multisectorial; la integración de la salud en los diálogos de políticas sobre las migraciones, en particular el Foro Mundial sobre la Migración y el Desarrollo; y la integración de los temas de la migración en los debates sobre política exterior y salud mundial.

88. En 2009, con el fin de acrecentar su capacidad en la esfera de las migraciones y la salud y mejorar los programas conjuntos, la Organización Internacional para las Migraciones y la OMS firmaron un acuerdo de cooperación que incluyó la adscripción a esta de un funcionario de aquella como funcionario principal de salud de los migrantes.

89. La OMS participó en la 24.^a reunión de la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA, cuyo tema fue «La población móvil: el desplazamiento forzado y los migrantes»; la Organización también participó en el equipo internacional de trabajo sobre restricciones para viajar relacionadas con la infección por el VIH, que consideró las cuestiones del acceso universal y los derechos humanos.

90. Con el fin de lograr que los sistemas de salud de todas las regiones ofrezcan servicios equitativos que respondan a las sociedades multiétnicas de hoy, persiste la necesidad de realizar análisis sistemáticos de la salud de los migrantes, basados en datos desglosados pertinentes que incluyan el sexo y la edad; fortalecer la cooperación entre países y multisectorial; y formular políticas coherentes.

91. El Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España, la OMS y la Organización Internacional para las Migraciones organizaron en marzo de 2010 una consulta mundial sobre salud de los migrantes en la que fue posible examinar las medidas tomadas por los Estados Miembros y las partes interesadas, llegar a un consenso sobre las estrategias para mejorar la salud de los migrantes, intentar establecer una red técnica intersectorial de alcance internacional y trazar un marco operacional para secundar a los Estados Miembros y los interesados en sus iniciativas encaminadas a aplicar la resolución WHA61.17. En el marco operacional se incorporan las contribuciones hechas por los Estados Miembros y los interesados en los distintos sectores y se tienen en cuenta las experiencias y las realizaciones registradas en la aplicación de las políticas y programas existentes. El compromiso político y la participación coordinada de todos los interesados serán esenciales para que el marco conduzca al nivel de intervención deseado, que debería comprender un mejor seguimiento de la salud de los migrantes, la reorientación de las políticas, el uso efectivo de los instrumentos jurídicos y el desarrollo de sistemas de salud que reflejen la diversidad de las sociedades de hoy día.

92. En su 126.^a reunión, celebrada en enero de 2010, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión precedente del presente informe sobre los progresos realizados.¹

I. CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD (resolución WHA61.19)

93. En su 124.^a reunión, celebrada en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo adoptó la resolución EB124.R5, en la que aprobó el proyecto de plan de trabajo sobre cambio climático y salud de la Secretaría y pidió a la Directora General, entre otras cosas, que aplicara las medidas previstas en dicho plan. En mayo de 2009, la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota de la resolución y el plan de trabajo. En su 126.^a reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente documento.¹ Las actividades pertinentes llevadas a cabo hasta la fecha se presentan a continuación con arreglo a los cuatro objetivos establecidos en el plan.

94. **Promoción de la toma de conciencia.** Se ha preparado un kit completo de material audiovisual (que incluye carteles, muestras de diapositivas, anuncios de servicios públicos, folletos y notas descriptivas) para ayudar a los países y los profesionales de la salud a afrontar y prevenir las repercusiones sanitarias del cambio climático. En mayo de 2009, la OMS y la organización no gubernamental Health Care Without Harm prepararon y publicaron conjuntamente un documento en el que se comienza a definir un marco para analizar el impacto del sector de la salud en el medio ambiente y aportar una respuesta oportuna. Por otra parte, se ha rediseñado y actualizado el sitio web de la OMS sobre el clima y la salud.

95. **Participación en alianzas con otras organizaciones de las Naciones Unidas y sectores distintos del de la salud.** La OMS ha contribuido activamente al mecanismo de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación y a mecanismos conexos. Esto ha hecho que se reconozcan en mayor medida las repercusiones sanitarias del cambio climático en los documentos pertinentes de las Naciones Unidas, como el informe sobre el cambio climático y sus posibles repercusiones para la seguridad² presentado por el Secretario General a la Asamblea General en su sexagésimo cuarto periodo de sesiones. La OMS también ha contribuido al proceso de negociación de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático respaldando la inclusión de una referencia clara al impacto del cambio climático en la salud en el nuevo acuerdo sobre el clima. Además, participó activamente en el 15.^o periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco (Copenhague, 7 a 18 de diciembre de 2009). La participación de la OMS consistió en organizar eventos durante las sesiones preparatorias de la Conferencia; y, en las reuniones preparatorias celebradas en Bangkok y Barcelona, la Organización estudió con diversas Partes en la Convención Marco la mejor manera de reflejar las preocupaciones en materia de salud en el texto del nuevo acuerdo. Asimismo, la OMS organizó un evento colateral sobre protección de la salud frente al cambio climático durante la serie de sesiones de alto nivel de la citada Conferencia de las Partes. Participaron en el evento los Ministros de Salud de Bangladesh y Samoa, el Ministro de Salud y Familia de la República de Maldivas y representantes de alto nivel de otros países. La Organización participó también en la Tercera Conferencia Mundial sobre el Clima de la Organización Meteorológica Mundial (OMM) (Ginebra, 31 de agosto a 4 de septiembre de 2009), guiando la sesión de trabajo técnica sobre el clima y la salud humana.

¹ Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

² Documento A/64/350.

96. En respuesta a la iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas de promover un sistema de las Naciones Unidas sin emisiones de carbono, se ha llevado a cabo en la Sede y en otras oficinas de la OMS un análisis completo de la huella de CO₂. La Secretaría está revisando las opciones de política y elaborando un plan de acción para reducir sus emisiones de dióxido de carbono.

97. **Promoción y respaldo de la generación de pruebas científicas.** La OMS ha publicado los resultados de una consulta mundial destinada a definir una agenda de investigaciones aplicadas en este terreno. También se ha puesto en marcha un proyecto de colaboración internacional para mejorar las estimaciones relativas a la carga mundial de morbilidad atribuible al cambio climático. En noviembre de 2009, un consorcio internacional, del que forma parte la OMS, publicó una primera evaluación de las repercusiones sanitarias de las medidas para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero.¹ Un ejemplo de esos resultados, en su mayoría positivos, sería una disminución del impacto negativo de la contaminación del aire en la salud. La OMS también examinó y publicó una serie de datos científicos de carácter general sobre la relación entre el cambio climático y la salud, que se dieron a conocer con motivo del 15.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco.²

98. **Fortalecimiento de los sistemas de salud para proteger a las poblaciones de las amenazas que plantea el cambio climático.** Las actividades en apoyo de este objetivo se están integrando en los marcos normativos regionales pertinentes, como la Declaración de Libreville sobre la salud y el medio ambiente en África (2008).

99. La Oficina Regional para las Américas ha actualizado las directrices para evaluar las amenazas que plantea el cambio climático para la salud de las poblaciones locales y elegir las medidas de adaptación necesarias; esas directrices se están aplicando a título experimental en varios países. En agosto de 2009, la Oficina Regional para Asia Sudoriental organizó una serie de conferencias para ofrecer capacitación sobre el cambio climático y la salud. En septiembre de 2009 se celebró una reunión técnica sobre la mejora de los sistemas de alerta temprana en apoyo de la lucha contra el paludismo. Durante 2009, la OMS y gobiernos nacionales organizaron conjuntamente talleres de fomento de la capacidad en Albania, Bhután, la ex República Yugoslava de Macedonia, la Federación de Rusia, Maldivas, Omán y Uzbekistán.

100. La OMS ha iniciado proyectos nacionales sobre el cambio climático y la salud en siete países de Europa oriental (con el apoyo del Gobierno de Alemania). A principios de 2010 se recibió financiación del Fondo para el Medio Ambiente Mundial destinada a un nuevo proyecto mundial que abarcará siete países y se ejecutará en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; los países interesados serán Barbados, Bhután, China, Fiji, Jordania, Kenya y Uzbekistán. Se han recibido fondos de España para proyectos adicionales en China y Jordania.

101. El presente informe se refiere a las actividades realizadas durante un año en cumplimiento de la resolución WHA61.19. Sin embargo, la Asamblea de la Salud quizá desee considerar la posibilidad de

¹ Wilkinson P. et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: household energy; y Woodcock J. et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: urban land transport. *The Lancet*, 374 (5 de diciembre de 2009): 1917-1943. Publicado inicialmente en línea.

² *Protecting health from climate change: connecting science, policy and people*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

establecer un ciclo bienal de presentación de informes, como se sugirió durante el debate sobre esta cuestión celebrado en la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2009.¹

J. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, INCLUIDO EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD (resolución WHA62.12)

102. En el presente informe se resumen los progresos logrados en el apoyo a la planificación para la renovación de la atención primaria de salud mediante la participación de la sede de la OMS y sus oficinas regionales y en los países.

103. Cada región ha dado a conocer muchos casos de países que han emprendido reformas, con frecuencia integrales, encaminadas a renovar la atención primaria de salud en las que la cobertura universal y la atención primaria centrada en las personas ocupan un lugar destacado. Las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud están conformando las iniciativas para establecer la acción multisectorial como una característica central. Estos son los temas recurrentes:

- avanzar hacia la cobertura universal mediante esfuerzos encaminados a ampliar la oferta de servicios, eliminar las barreras al acceso y ampliar la protección sanitaria social mediante mecanismos de pago anticipado mancomunados;
- transformar la prestación convencional de asistencia sanitaria en redes de atención primaria centradas en las personas, con menciones frecuentes del carácter abarcador, la integración y la continuidad de la atención y la redistribución de las funciones entre los equipos de atención primaria cercanos a los usuarios y los hospitales;
- aumentar la conciencia acerca de las desigualdades sanitarias, reforzar la capacidad para las intervenciones y respuestas rápidas de salud pública, e introducir el enfoque de inclusión de la salud en todas las políticas;
- entablar un diálogo de políticas en torno a las estrategias nacionales generales para el desarrollo sanitario, y pugnar por lograr el consenso político en torno a las responsabilidades y el grado de implicación del Estado en el sector de la salud, con participación e involucramiento de la sociedad civil.

104. Cada región está trazando planes para apoyar la renovación de la atención primaria de salud. En la Región de África dichos planes se guían por la Declaración de Uagadugú sobre la atención primaria de salud y los sistemas de salud en África (2008); en la Región de las Américas, por el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2008-2012, modificado; en la Región de Asia Sudoriental, por el marco estratégico elaborado por la Reunión Regional sobre Reforma de la Asistencia Sanitaria (Bangkok, del 20 al 22 de octubre de 2009); en la Región de Europa, por la Carta de Tallin: sistemas sanitarios para la salud y la riqueza (27 de junio de 2008); y en la Región del Mediterráneo Oriental por la Carta y Declaración de Doha sobre Atención Primaria de Salud (noviembre de 2008). La Región del Pacífico Occidental comenzó a planificar su labor, que se centra principalmente en la cobertura universal, en la Reunión sobre la Acción de la OMS en materia de Atención Primaria de Salud y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, celebrada entre países (Manila, 14 y 15 de abril de 2009). Grupos especiales y grupos de trabajo técnicos a escala regional brindan supervi-

¹ Véase el documento WHA62/2009/REC/3, acta resumida de la séptima sesión.

sión y asesoramiento para transformar los compromisos en documentos de estrategia de cooperación en los países y en elementos de la planificación del bienio 2010-2011.

105. Con el fin de velar por que todas las iniciativas institucionales a todos los niveles de la Organización contribuyan a la renovación de la atención primaria de salud, la Secretaría ha empezado a facilitar apoyo a los Estados Miembros:

- iniciando procesos de formulación de estrategias y planes nacionales de salud que respondan a los problemas sanitarios, las dificultades y las expectativas del sistema sanitario del país para la renovación de la atención primaria de salud;
- creando arreglos institucionales y de gestión para ejecutar estas estrategias y planes;
- usando estas estrategias y planes nacionales para negociar la consecución de recursos suficientes con las partes interesadas a escala nacional y mundial.

106. En concordancia con lo anterior, la OMS está priorizando de nuevo su trabajo y:

- ha empezado a vincular todos sus programas y estrategias de cooperación en los países con los procesos nacionales de planificación y elaboración de estrategias; en estos procesos se abordan las repercusiones de la renovación de la atención primaria de salud en cada uno de los elementos constitutivos de los sistemas de salud;
- está empezando a formular un plan plurianual a nivel de toda la Organización para reforzar su capacidad de apoyar el diálogo de políticas, a nivel de los países y mundial, sobre la renovación de la atención primaria de salud;
- ha empezado a utilizar la preparación del *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, sobre la financiación de la cobertura universal, y otras iniciativas institucionales como un medio para abordar cuestiones que anteriormente no habían recibido suficiente atención, como la inversión en la infraestructura de asistencia sanitaria, en particular los hospitales, y la inclusión de la sociedad civil en el diálogo de políticas sobre las estrategias y planes sanitarios nacionales;
- está trabajando con miras a crear un comité asesor técnico en atención primaria de salud y fortalecimiento de los sistemas de salud;
- ha intensificado sus esfuerzos para armonizar las intervenciones de alcance mundial con los planes nacionales de salud mediante, entre otras medidas: la provisión, junto con el Banco Mundial, de servicios de secretaría a la Alianza Sanitaria Internacional; la facilitación de las tentativas del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI y el Banco Mundial para avanzar hacia unos mecanismos de financiación más armonizados; y la intensificación de la colaboración con los asociados, en particular el UNICEF.

107. El Consejo Ejecutivo tomó nota de este informe sobre los progresos realizados en su 126.^a reunión, celebrada en enero de 2010.¹

¹ Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

108. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota de los informes sobre los progresos realizados consignados *supra*.

= = =