

Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

Informe de la Secretaría

1. Los líderes del mundo concurrieron a la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, 20 a 22 de septiembre de 2010), con el fin de examinar los progresos realizados y las medidas que era necesario adoptar.¹ El documento final resultante es la declaración más reciente de los Estados Miembros en la que se describe el consenso sobre las formas de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.² En el presente informe se examinan las últimas tendencias con respecto a los Objetivos relacionados con la salud.³ Además, de conformidad con lo solicitado en la resolución WHA63.24, se evalúan los progresos de la iniciativa de reducir la mortalidad en la niñez mediante la prevención y el tratamiento de la neumonía; asimismo, se reseñan la participación de la OMS en la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las medidas de seguimiento.

SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS

2. Los progresos logrados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud varían de un país a otro y entre un objetivo y otro.

3. La **desnutrición** sigue teniendo una gran prevalencia en la niñez: 115 millones de niños menores de cinco años en el mundo, según estimaciones recientes. Los datos científicos revelan que la prevalencia mundial está disminuyendo, pero el progreso es desigual. En África, el estancamiento de la prevalencia, unido al crecimiento de la población, dio por resultado un aumento del número de niños con insuficiencia ponderal, que pasó de 24 millones en 1990 a 30 millones en 2010. Sin embargo, es en Asia donde vive la mayor cantidad de niños con insuficiencia ponderal: aproximadamente 71 millones en 2010.

4. La **mortalidad en la niñez** sigue disminuyendo a escala mundial. El número total de defunciones de niños menores de cinco años descendió de 12,4 millones en 1990 a 8,1 millones en 2009. La

¹ Esta reunión plenaria de alto nivel constituye una actividad de seguimiento de la Declaración del Milenio y del Consenso de Monterrey de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Monterrey (México), 18 a 22 de marzo de 2002).

² Véase la resolución 65/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas titulada «Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio».

³ Como se pide, entre otras cosas, en la resolución WHA63.15.

mortalidad en este grupo de edad pasó de 89 por 1000 nacidos vivos en 1990 a 60 por 1000 nacidos vivos en 2009, lo que representa una disminución de alrededor de una tercera parte, y el ritmo de la disminución se aceleró en el periodo 2000-2009 en comparación con los años noventa del siglo pasado. A pesar de esas cifras, aún falta mucho por hacer para alcanzar en el año 2015 la meta 4.A de reducir en dos tercios las cifras de mortalidad que había en 1990. La neumonía y las enfermedades diarreicas son dos de las causas más importantes de muerte en los niños menores de cinco años; la primera causa un 18% de las defunciones, y las segundas, un 15%. En estas tasas se incluyen las defunciones que ocurren en el periodo neonatal, las cuales constituyen una proporción cada vez mayor de la mortalidad en este grupo de edad y representan un 40% del total.

5. En 2009, la cobertura de la vacunación antisarampionosa de los niños de 12 a 23 meses fue del 82% a escala mundial, por comparación con el 73% registrado en 1990. No obstante, sigue siendo insuficiente la cobertura de las **intervenciones de salud infantil** contra enfermedades que suelen ser mortales. Entre dichas intervenciones figuran la terapia de rehidratación oral y la administración de cinc contra la diarrea y el tratamiento de casos con antibióticos para la neumonía. La mayor parte de las muertes infantiles por neumonía se podría evitar si las intervenciones eficaces se aplicaran a gran escala y llegaran a los grupos de población más vulnerables.

6. **Mortalidad materna.** Se calcula que el número de mujeres que mueren a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto ha disminuido un 34%, pasando de 546 000 en 1990 a 358 000 en 2008, según las nuevas estimaciones de las Naciones Unidas publicadas en 2010. El progreso es notable, pero el ritmo de disminución anual de 2,3% no llega siquiera a la mitad del 5,5% que se necesita para alcanzar la meta 5.A de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. En 2008, casi todas las muertes maternas (99%) ocurrieron en los países en desarrollo.

7. Se han producido mejoras en la cobertura de las intervenciones para reducir la mortalidad materna, en especial los servicios de planificación de la familia y el acceso de todas las embarazadas a atención calificada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las estimaciones más recientes indican que el 63% de las mujeres de los países en desarrollo en edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que estaban casadas o vivían en pareja usaban alguna forma de anticoncepción. Aunque el 78% de las mujeres embarazadas recibió atención prenatal al menos una vez en el periodo comprendido entre 2000 y 2010, sólo un 53% de ellas se sometió a los cuatro reconocimientos médicos prenatales mínimos recomendados por la OMS. La proporción de partos atendidos por personal de salud calificado aumentó de un 58% en 1990 a un 68% en 2008.

8. Desde 2000 ha venido aumentando el número de países en que se ha producido una disminución de los casos confirmados de **paludismo** y de ingresos y defunciones por esta enfermedad.¹ Las actividades mundiales de lucha antipalúdica han dado lugar a una reducción del número estimado de muertes, que pasó de casi 1 millón en 2000 a 781 000 en 2009. El número estimado de casos de paludismo aumentó de 233 millones en 2000 a 244 millones en 2005, pero descendió a 225 millones en 2009. Un total de 11 países y una zona de la Región de África registraron una reducción superior al 50%, ya sea de los casos confirmados de paludismo o de los ingresos y defunciones por la enfermedad, entre 2000 y 2009. Por lo que respecta a las demás regiones de la OMS, el número de casos notificados de paludismo confirmado descendió más de un 50% en 32 países.

¹ Informe mundial sobre el paludismo 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

9. A escala mundial, el número de casos nuevos de **tuberculosis** sigue aumentando ligeramente, pues la lenta disminución de las tasas de incidencia se ve contrarrestada por el crecimiento de la población. En 2009, se calculó que el número de casos oscilaba entre 12 y 16 millones, y los casos nuevos se estimaron en 9,4 millones. Se calcula que en 2009 murieron de tuberculosis unos 1,3 millones de personas seronegativas para el VIH. La mortalidad causada por esta enfermedad se ha reducido más de una tercera parte desde 1990. En 2009, los programas nacionales contra la tuberculosis notificaron 5,8 millones de casos. En 2008, la tasa de éxito del tratamiento llegó al 86% a escala mundial, y al 87% en los países con una carga elevada de morbilidad; fue el segundo año consecutivo en que se superó el objetivo del 85% (solicitado por vez primera por la Asamblea Mundial de la Salud en 1991).¹ A pesar de todo, la tuberculosis multirresistente sigue planteando problemas.

10. Se calcula que en 2009 hubo unos 33,3 millones de personas infectadas por el **VIH**, 2,6 millones de infecciones nuevas y 1,8 millones de muertes relacionadas con el VIH/sida. A escala mundial, el número de personas infectadas por el VIH siguió aumentando y en 2009 fue un 23% más alto que en 1999. Sin embargo, el crecimiento general de la epidemia mundial da indicios de haberse estabilizado pues el número anual de nuevas infecciones por el VIH ha venido disminuyendo de forma sostenida. En 2009, la cantidad estimada de nuevas infecciones por el VIH fue casi un 20% menor que en 1999. El creciente número de personas seropositivas es en parte el resultado de la prolongación de la vida por efecto del tratamiento con antirretrovíricos, del que a diciembre de 2009 se beneficiaban más de cinco millones de personas en países de ingresos bajos y medios. A pesar de este progreso a escala mundial, las tasas de cobertura del tratamiento siguen siendo bajas: en 2009, lo recibieron tan solo un 36% de las personas que lo necesitaban en los países de ingresos bajos y medios. En 2009, cerca de 1,4 millones de mujeres infectadas por el VIH dieron a luz, y aproximadamente 370 000 de sus hijos recién nacidos contrajeron la infección durante el periodo perinatal y de amamantamiento; la mayor parte de esos casos se registraron en el África subsahariana.

11. Las **enfermedades tropicales desatendidas** afectan a más de 1000 millones de personas, principalmente a las poblaciones pobres que habitan en zonas tropicales y subtropicales. Según datos facilitados por 121 países, la prevalencia mundial de la lepra a comienzos de 2009 era de 213 036 casos, y el número de casos nuevos detectados durante 2008 fue de 249 007. En 2009, la filariasis linfática era endémica en 81 países, y 53 de ellos estaban aplicando programas de tratamiento masivo; el número de personas tratadas aumentó de 10 millones en 2000 a 546 millones en 2007. El número de casos nuevos de dracunculosis bajó de 892 055 en 12 países endémicos en 1989 a 3190 en cuatro países en 2009, o sea, un descenso del 99%.² Sin embargo, los brotes epidémicos de dengue están aumentando y abarcando más territorios; actualmente, se notifican casos de esta enfermedad en cinco de las seis regiones de la OMS.

12. Entre 1990 y 2008, la proporción de la población mundial con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de **agua potable** aumentó del 77% al 87%. Un componente de la meta 7.C del séptimo Objetivo de Desarrollo del Milenio es reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable. Teniendo en cuenta el ritmo actual, es probable que la meta se cumpla. Aun así, en 2008 unos 884 millones de personas seguían dependiendo de fuentes de agua no mejoradas, y el 84% de esas personas vivía en zonas rurales. El otro componente de la meta 7.C es el de reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a servicios básicos de saneamiento. El ritmo actual de progreso hacia la consecución de esta meta no es suficiente. En 2008, 2600 millones de personas no estaban utilizando instalaciones sanitarias mejoradas, y de ellas 1100 millones no tenían acceso a aseos ni instalaciones de saneamiento de ningún tipo. Si las tendencias actuales continúan, este componente de la meta 7.C no se cumplirá.

¹ Véase la resolución WHA44.8.

² Para obtener más información, véase el documento EB128/15.

13. Los países en desarrollo siguen afrontando escasez y costos elevados de los **medicamentos esenciales**. Según estudios efectuados en más de 40 países, sobre todo de ingresos bajos y medios, algunos medicamentos genéricos se podían conseguir en tan solo un 42% de los establecimientos sanitarios del sector público y en un 64% de los del sector privado. La falta de medicamentos en el sector público obliga a los pacientes a comprar los medicamentos a nivel privado. En el sector privado el precio de los medicamentos genéricos es por término medio un 630% más elevado que el precio de referencia internacional, y las marcas de origen suelen ser aún más caras.

Neumonía

14. Como consecuencia de la adopción de la resolución WHA63.24 sobre la prevención y el tratamiento de la neumonía, varios países han introducido la atención integrada de los casos en la comunidad como una de las estrategias reconocidas para aumentar el acceso a la asistencia de buena calidad. Etiopía y Malawi han demostrado que dichas estrategias pueden ayudar a reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

15. Las declaraciones conjuntas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS sobre la atención de los niños con enfermedades diarreicas y neumonía han sido utilizadas por muchos países como base para el diálogo de políticas sobre el aumento del acceso a la asistencia. Esa asistencia puede ser prestada por agentes de salud comunitarios debidamente capacitados y supervisados. De los 68 países monitoreados por la iniciativa Cuenta regresiva para 2015,¹ 29 han cambiado sus normas para permitir la atención de la neumonía en la comunidad. Nepal y el Senegal han logrado resultados positivos con la ampliación de los programas comunitarios.

16. Con el fin de apoyar y facilitar la ejecución de intervenciones coordinadas y ampliadas para el control de la neumonía y las enfermedades diarreicas en los niños menores de cinco años que viven en países en desarrollo, la OMS está planificando la celebración de cuatro talleres regionales (tres en la Región de África y uno en la Región de Asia Sudoriental) entre 2011 y 2012, en colaboración con los ministerios de salud, el UNICEF y otros asociados. En dichas regiones se registra la carga más elevada de mortalidad por neumonía y enfermedades diarreicas y en ellas se encuentran muchos países que no van camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (reducir la mortalidad en la niñez).

17. En las Regiones de África, las Américas y el Mediterráneo Oriental, un número sin precedentes de países están listos para introducir las vacunas antineumocócicas conjugadas durante el año próximo con el apoyo de la Alianza GAVI. Los ensayos clínicos realizados en países en desarrollo (así como la experiencia en los países industrializados que han usado las vacunas) indican que estas vacunas, junto con la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b que ya se está usando en ellos, ejercerá un efecto notable en la morbilidad y mortalidad causadas por la neumonía. En 2010, Gambia y Rwanda, donde se utiliza la vacuna antineumocócica heptavalente, cambiarán a la nueva vacuna que protege contra 13 serotipos del neumococo, en particular los que tienen una gran prevalencia en los países en desarrollo. A comienzos de 2011, Kenya introducirá una vacuna decavalente, mientras que Guyana, Honduras y Nicaragua introducirán la 13-valente. Rwanda ha aprovechado la introducción de las vacunas antineumocócicas conjugadas para ampliar otras estrategias de control de la neumonía, y Kenya planea hacerlo también. Otros países que están introduciendo las vacunas recibirán apoyo para hacer algo parecido. En 2011, el Camerún, el Congo, Malí, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Sierra Leona y el Yemen se están preparando para introducir la vacuna antineu-

¹ *Countdown to 2015 decade report (2000-2010): taking stock of maternal, newborn and child survival*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2010.

emocionante 13-valente, mientras que Benin, Burundi, Etiopía, Madagascar, Malawi y el Pakistán tienen programado introducir las vacunas en 2012.

REUNIÓN PLENARIA DE ALTO NIVEL DE LA ASAMBLEA GENERAL SOBRE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, Y SEGUIMIENTO DE ESTA

18. El documento final adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas establece una serie de acciones que, con una expansión suficiente y un ajuste a las situaciones específicas de cada país, pueden conducir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio también se identificaron compromisos importantes por parte de la comunidad internacional, en particular los que figuran en el documento final, y se propugnaron nuevas iniciativas audaces, tales como la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño. Elaborada con el apoyo y la facilitación de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (de la que es miembro la OMS), dicha estrategia se debatió inicialmente en reuniones de información técnica celebradas durante la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010.

19. El documento final se basa en diez años de esfuerzos y progresos, así como en una serie de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y en informes que han respaldado acciones prioritarias que reflejan un consenso con respecto a varios Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y los aspectos pertinentes de los sistemas de salud.¹ Las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud y de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud sirven de orientación para las iniciativas sanitarias de la OMS y los países destinadas a reforzar los vínculos con la salud, la reducción de la pobreza, las cuestiones de género y los derechos humanos, y tratar de resolver las inequidades en materia de salud, acciones que son respaldadas también en el documento final. De acuerdo con su Constitución, el objetivo de la OMS es «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud», lo cual requiere una serie de intervenciones técnicas. Por otra parte, la ejecución de los programas de salud depende de las relaciones con otros sectores y de la solución de temas familiares para la política exterior² y las instancias decisorias nacionales: desarrollo económico y social, acción humanitaria, asignación de recursos, comercio, transferencia de tecnología, propiedad intelectual, eficacia de la ayuda, rendición mutua de cuentas, calidad de la gobernanza, soberanía nacional y seguridad humana. Estas acciones ayudan a garantizar que la salud siga ocupando un lugar destacado en la agenda política. Las declaraciones hechas en 2009 y 2010 por las naciones del Grupo de los Ocho han confirmado su respaldo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y su adhesión a compromisos contraídos en el pasado.

20. Las acciones concretas emprendidas por la OMS que están directamente relacionadas con los Objetivos se describen más a fondo en otros documentos presentados a la Asamblea de la Salud, como los que tratan del fortalecimiento de los sistemas de salud; la financiación de la OMS en el futuro; la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida 2011-2015; el paludismo; la visión y estrategia

¹ Entre ellos, la Declaración Ministerial adoptada con ocasión del examen ministerial anual celebrado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 2009 acerca de los objetivos y compromisos convenidos internacionalmente en relación con la salud pública mundial.

² Véanse, por ejemplo, las resoluciones 63/33 y 64/108 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, así como el informe A/64/365, en los que se propugnan un mayor compromiso por parte de los responsables de formular la política exterior con respecto a la salud y una mayor atención a la potenciación de la coherencia entre la salud y la política exterior.

mundial de inmunización; la nutrición del lactante y el niño pequeño y el plan integral de aplicación conexo; la erradicación de la dracunculosis, y la gestión sin riesgos del agua potable.¹

21. La OMS colaboró ampliamente con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y con la Oficina del Secretario General en los preparativos de la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y participó de forma activa en más de 20 actos paralelos (un tercio de los actos paralelos de esa reunión estuvieron dedicados a la salud), entre ellos, algunos que abrieron el camino a los preparativos de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (prevista para septiembre de 2011).² Las declaraciones hechas en la Asamblea General indicaron que los asuntos sanitarios seguían ocupando un lugar destacado en las agendas nacionales.

Seguimiento de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño

22. Antes de la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la OMS, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial (conocidos como el grupo H4+) facilitaron, a petición de la Oficina del Secretario General, procesos consultivos sobre el proyecto de estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño en 25 de los países con ingresos más bajos y una elevada carga de mortalidad. El objetivo era identificar los compromisos nacionales con las medidas prioritarias de la agenda sobre la salud maternoinfantil, en el contexto de los procesos y mecanismos de coordinación ya existentes en las Naciones Unidas. El grupo H4+ dirigió los debates con los gobiernos y los interesados directos nacionales. Los compromisos identificados se pusieron de relieve en la mencionada reunión y se anexaron a la Estrategia Mundial.

23. Tras la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio se compilaron y analizaron los compromisos específicos con los 25 países que tienen una gran carga de morbilidad, a fin de determinar las medidas y actividades necesarias, así como el apoyo a su concretización. Los resultados se están utilizando para orientar a la OMS y a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la definición de sus prioridades en materia de prestación de apoyo técnico y de otra índole a los países. El marco analítico servirá también para garantizar la rendición de cuentas.

24. En los otros 24 países con los ingresos más bajos se ha iniciado la labor de identificación de los compromisos necesarios para áreas cruciales en las que una mayor atención y una mayor disponibilidad de recursos podrían dar resultados importantes. Se está utilizando un enfoque similar al empleado en la identificación de compromisos previa a la Reunión Plenaria de Alto Nivel.

Coherencia y planes, políticas y estrategias nacionales de salud

25. La consecución de los Objetivos requiere políticas sanitarias nacionales y mundiales coherentes. La Secretaría ha seguido prestando apoyo a los países para que mejoren la coordinación de sus estrategias, políticas y planes nacionales de salud, con miras a que los sistemas de salud ofrezcan paquetes integrados de servicios para combatir todas las enfermedades y aúnen la labor de todas las partes inte-

¹ Documentos A64/12 y A64/13; A64/4; A64/15; A64/19; A64/14; A64/22; A64/20 y A64/24.

² Véanse los documentos A64/21 y A64/21 Add.1.

resadas, planteamiento que requiere un liderazgo político de alto nivel y un apoyo continuo por parte de los asociados para el desarrollo.

26. Mientras llega el momento de celebrar el Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, que está previsto del 26 de noviembre al 1 de diciembre de 2011 en Busán (República de Corea), la OMS seguirá prestando su apoyo a la aplicación de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005) y al Programa de Acción de Accra (2008). El constante respaldo de la OMS a los compromisos internacionales hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud fomentará la elaboración y utilización de estrategias, políticas y planes nacionales de salud como forma de incrementar la alineación con las prioridades nacionales y la coherencia del asesoramiento sobre las políticas nacionales de financiación. Asimismo, la OMS está colaborando con el Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza GAVI en el desarrollo de una base común de financiación, acorde con las recomendaciones del Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud.

27. El aumento de la alineación y la coherencia en los países requiere la colaboración de una serie de partes interesadas, como se ha destacado repetidamente en el documento final. Por consiguiente, la OMS está redoblando sus esfuerzos a este respecto, a través, por ejemplo, de su labor en la Alianza Sanitaria Internacional Plus (IHP+) y de su renovado compromiso con la atención primaria de salud.

Fortalecimiento de los sistemas de salud

28. La consecución de los Objetivos relacionados con la salud dependerá en gran medida de las posibilidades de integrar los programas de salud y de fortalecer los sistemas de salud (especialmente en lo que se refiere al personal sanitario y la financiación y organización de la prestación de servicios). La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud,¹ que ahora hay que poner en práctica. Las estrategias de financiación de la salud se resumen en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*.

29. Para garantizar una mayor solidez de las respuestas nacionales será necesario que las oficinas de la OMS en los países tengan mayor capacidad y sean más eficaces, sobre todo en sus funciones de convocación, facilitación y prestación de apoyo a los esfuerzos de las autoridades nacionales para dar mayor relevancia a la salud en la agenda nacional, coordinar múltiples partes interesadas, mejorar planes nacionales mensurables y, de ese modo, incrementar la coherencia de las políticas, su coordinación y la colaboración.

30. La OMS está colaborando con diversos asociados para encontrar formas de potenciar la acción multisectorial en pro de la salud, y en particular el uso de indicadores para seguir el impacto de diferentes estrategias. La Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que se celebrará en Río de Janeiro (Brasil) del 19 al 21 de octubre de 2011, constituirá un foro para proceder a la identificación de esas estrategias.

Cómo asegurar los recursos necesarios

31. Siguen siendo motivo de preocupación la recaudación de los recursos necesarios para alcanzar los Objetivos relacionados con la salud, la corrección de los déficit de financiación y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Datos recientes sobre la evolución de las cifras per cápita de la asistencia oficial para el desarrollo en materia de salud en los 46 países de la Región de África indican que la

¹ Véase la resolución WHA63.16.

financiación destinada a la consecución del sexto Objetivo (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades) ha aumentado significativamente, pero que la financiación de otros Objetivos no ha variado. Además, una tercera parte de las personas que viven en la pobreza absoluta residen en Estados que reciben hasta un 40% menos de ayuda per cápita que otros países de ingresos bajos.

32. La Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha generado varios compromisos con la consecución de los Objetivos relacionados con la salud. Se han prometido más de US\$ 40 000 millones en un periodo de cinco años para apoyar la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. La Reunión Plenaria de Alto Nivel también ha influido en el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria a través de su Tercera Reposición Voluntaria en la Segunda Reunión (Nueva York, 4 y 5 de octubre de 2010), en la que los donantes prometieron US\$ 11 700 millones, la mayor suma hasta la fecha, para el periodo 2011-2013. La Alianza GAVI celebró una reunión similar. Iniciativas como el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) (que recauda aproximadamente US\$ 300 millones al año) y el Mecanismo Internacional de Financiación de Programas de Inmunización también aportan una contribución significativa a la financiación de los Objetivos relacionados con la salud.

Mejora de la rendición de cuentas y de los sistemas de información e inteligencia

33. Teniendo en cuenta lo importante que es garantizar la rendición de cuentas con respecto a los compromisos contraídos en la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Secretario General de las Naciones Unidas ha pedido a la Directora General que lidere la elaboración de un marco de rendición de cuentas para proceder al seguimiento de los compromisos y los resultados relacionados con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. Así, la OMS va a crear una comisión de duración limitada sobre la información y la rendición de cuentas en materia de salud materno-infantil. En ella participarán líderes y expertos de los Estados Miembros, el sistema multilateral, el mundo universitario, la sociedad civil y el sector privado; está previsto que se presente información sobre los progresos realizados en la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. La Comisión identificará los principios de una estructura mundial eficaz de la información y la rendición de cuentas en materia de salud. Además, examinará la posibilidad de crear un marco que sea utilizado por todos los países e incluya indicadores básicos de los recursos sanitarios y los resultados esperados. El objetivo no consiste en crear una infraestructura y un sistema totalmente nuevos de presentación de informes, sino en armonizar y compaginar los mecanismos existentes. La Comisión identificará también las oportunidades para utilizar tecnologías innovadoras de información sanitaria en este contexto.

34. Para efectuar un seguimiento de los progresos en la consecución de los Objetivos relacionados con la salud y de otros objetivos nacionales de salud y en materia de equidad hacen falta sistemas de información sanitaria que funcionen bien. Asimismo, para fundamentar los procesos nacionales e internacionales de toma de decisiones son necesarios exámenes del rendimiento de los sistemas. Los sistemas de información sanitaria requieren datos de múltiples fuentes, como encuestas, centros sanitarios y organismos administrativos. En muchos países se han hecho algunos progresos para potenciar los sistemas de información sanitaria a través de los sistemas de registro civil y los registros de las causas de muerte; no obstante, todavía quedan muchas deficiencias, sobre todo en materia de monitorización. La OMS está colaborando con los asociados y la Red de Sanimetría para prestar apoyo a los países en sus esfuerzos por mejorar la calidad y disponibilidad de datos sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros indicadores.

35. La OMS seguirá informando de las estimaciones más recientes en su publicación anual *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, que incluye una evaluación de los progresos hacia la consecución de los Objetivos relacionados con la salud. El informe ofrece estimaciones comparativas de los principales indicadores sanitarios. No obstante, la calidad de las estimaciones mundiales depende de la disponibi-

lidad y la calidad de los datos de los países, que siguen siendo insuficientes con respecto a muchos indicadores.

36. Los sistemas de información electrónica y las aplicaciones de ciber salud ofrecen la posibilidad de proporcionar un acceso más amplio a una atención de mayor calidad mediante el uso adecuado de los registros sanitarios electrónicos y los dispositivos móviles. Estas tecnologías están modificando también el modelo de información sanitaria, al fomentar el control local y el acceso a los registros de datos en todos los niveles de los sistemas de salud. La función de la OMS será fundamental para garantizar la aplicación de normas adecuadas y políticas nacionales progresivas, con el fin de optimizar la utilización de estas tecnologías.

37. En su 128.^a reunión, celebrada en enero de 2011, el Consejo Ejecutivo examinó una versión anterior del presente informe¹ y adoptó la resolución EB128.R1.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

38. Se invita a la Asamblea de la Salud a adoptar la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB128.R1.

= = =

¹ Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la tercera sesión, sección 3, y la quinta sesión.