



Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
A. Fortalecimiento de los sistemas de salud (resoluciones WHA64.9, WHA64.8, WHA63.27, WHA62.12 Y WHA60.27)	3
B. Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias (resolución WHA63.21)	7
C. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (resolución WHA61.21)	9
D. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico (resolución WHA60.1)	14
E. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16)	15
F. Enfermedad de Chagas: control y eliminación (resolución WHA63.20)	17
G. Hepatitis virales (resolución WHA63.18)	18
H. Prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente (resolución WHA62.15)	20
I. Mecanismo para el control y la prevención del cólera (resolución WHA64.15)	22
J. Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2)	23
K. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015 (resolución WHA64.14)	24
L. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: estrategia mundial (resolución WHA59.19)	26
M. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)	30

N.	Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos (resolución WHA63.3)	33
O.	Cambio climático y salud (resoluciones EB124.R5 y WHA61.19)	35
P.	Alianzas (resolución WHA63.10).....	37
Q.	Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12)	39

A. FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD (resoluciones WHA64.9, WHA64.8, WHA63.27, WHA62.12 Y WHA60.27)

1. Al adoptar la resolución WHA62.12 sobre atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, la Asamblea de la Salud reafirmó el compromiso de los Estados Miembros con la renovación de la atención primaria y el avance hacia la salud para todos. En la resolución se identificaron cuatro orientaciones de política para la labor de la Organización en materia de renovación y fortalecimiento de la atención primaria, a saber: avanzar hacia la cobertura universal; situar a las personas en el centro de la prestación de servicios; integrar la salud en políticas públicas más amplias y asumir un liderazgo integrador y una gobernanza eficaz en pro de la salud. La labor de fortalecimiento de los sistemas de salud ha recibido apoyo también en las resoluciones WHA60.27 sobre los sistemas de información sanitaria como parte de los sistemas nacionales de salud, WHA63.27 sobre fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud, WHA64.8 sobre fortalecimiento del diálogo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos, y WHA64.9 sobre estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. En el presente documento se resumen los progresos realizados en la aplicación de las resoluciones y la colaboración entre todos los niveles de la Organización que ello ha supuesto, teniendo en cuenta los comentarios efectuados por los Estados Miembros cuando, en su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del informe sobre los progresos realizados.¹

2. La Oficina Regional para las Américas sigue avanzando hacia la aplicación de sistemas de salud basados en la atención primaria, de acuerdo con la Declaración de Montevideo (2005). Esa Oficina ha creado una comunidad de intercambio de prácticas dedicada a la atención primaria y un campus virtual de salud pública. Asimismo, está evaluando la situación de la atención primaria en la Región de las Américas, valorando el desempeño de los sistemas de salud desde la perspectiva de la atención primaria, integrando programas para enfermedades específicas en el sistema de salud, y aplicando la metodología de gestión productiva de los servicios de salud.

3. En su 61.^a reunión, celebrada en octubre de 2010, el Comité Regional para el Pacífico Occidental aprobó, tras dos años de consultas, la Estrategia Regional del Pacífico Occidental en pro de unos sistemas de salud basados en los valores de la atención primaria.²

4. En la Región de Europa, el fortalecimiento de los sistemas se rige actualmente por la labor de la Secretaría orientada a aclarar los conceptos de salud pública y sistemas de salud e identificar los servicios de salud pública esenciales para Europa, de conformidad con los compromisos consagrados en la Carta de Tallin: Sistemas sanitarios para la salud y la riqueza (2008). Se ha hecho hincapié en el apoyo técnico a los países en materia de políticas de financiación de la salud y se ha prestado especial atención a la mejora del rendimiento de dicha financiación, todo ello en consonancia con los objetivos generales de política identificados en el Documento de política sobre la financiación de la salud en Europa 2008/1 *Política de financiación de la salud: guía para las instancias decisorias*. Muchos Estados Miembros, entre ellos Estonia, Portugal y Turquía, se han beneficiado de evaluaciones del desempeño de sus sistemas de salud con la orientación técnica de la Secretaría.

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

² Resolución WPR/RC61.R2.

5. En la Región del Mediterráneo Oriental los trabajos se guían por la Carta y Declaración de Doha sobre Atención Primaria de Salud (2008). Se han actualizado los perfiles sanitarios de 23 Estados Miembros con miras a utilizarlos como base de un diálogo sobre políticas, y algunos Estados Miembros han recibido apoyo para formular sus planes nacionales de salud. El Comité Regional adoptó la resolución EM/RC57/R.7, en la que se insta a los Estados Miembros a que adopten y adapten seis orientaciones estratégicas para mejorar la financiación de la atención sanitaria, y se pide al Director Regional que preste apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por aplicar las orientaciones estratégicas y acelerar los progresos hacia la cobertura universal. Se ha iniciado un estudio sobre la función del sector privado en la prestación de servicios de salud esenciales, y un grupo especial regional está promoviendo los sistemas de salud de distrito mediante un enfoque basado en la medicina de familia.

6. En la Región de África y la Región de Asia Sudoriental la orientación la proporcionan, respectivamente, la Declaración de Uagadugú sobre la atención primaria de salud y los sistemas de salud en África (2008), y el marco estratégico elaborado por la Reunión Regional sobre Reforma de la Asistencia Sanitaria (Bangkok, 20-22 de octubre de 2009). Grupos especiales y grupos de trabajo técnicos regionales se han encargado de la supervisión y el asesoramiento para ayudar a traducir los compromisos, en documentos de estrategia de cooperación en los países y actividades de planificación bienal.

7. En todo el mundo, los esfuerzos de la Secretaría por aplicar estas resoluciones están organizados en torno a las cuatro líneas que se describen a continuación.

8. **Intensificar el apoyo a los Estados Miembros para fomentar un liderazgo integrador y una gobernanza eficaz en pro de la salud.** En todo el mundo, 108 países han iniciado amplios procesos de planificación nacional con diversos grados de participación de las partes interesadas en el diálogo nacional sobre cuestiones normativas. La situación actual en lo concerniente a la planificación del personal sanitario es ilustrativa de una tendencia hacia una gobernanza más integradora. De 57 países con grave escasez de personal, 30 notificaron que contaban con mecanismos de coordinación intersectoriales (por ejemplo, un comité nacional) en los que participaban las partes interesadas pertinentes. Además, 28 países notificaron que tenían una amplia representación, más allá del ministerio de salud, y 24 países comunicaron que tenían representación del sector no público (incluidos el sector privado, el privado sin fines de lucro y las organizaciones comunitarias o religiosas). Los asociados externos de 29 países, incluidas organizaciones bilaterales o multilaterales, estuvieron presentes en el comité de Recursos Humanos para la Salud. La situación del sector sanitario fue objeto de exámenes participativos realizados en 69 países con el fin de evaluar los progresos relativos a políticas, estrategias y planes nacionales de salud sobre la base de valoraciones del desempeño del sistema sanitario acordadas.¹ En 2011 tuvieron lugar evaluaciones conjuntas de las estrategias nacionales en 10 países. En la Región de las Américas los marcos normativos y la legislación se revisaron y actualizaron en 11 países. En la Región de Europa, seis países completaron evaluaciones del desempeño de sus sistemas sanitarios. En la Región del Mediterráneo Oriental, 13 países realizaron estudios de evaluación sobre la reglamentación del sector privado.

9. La Secretaría prestó apoyo directo a más de 60 países para examinar la planificación del sector sanitario y el diálogo normativo; en 34 países esto se llevó a cabo en el marco de una operación conjunta de los tres niveles de la Organización, generalmente en colaboración con otros organismos. Se proporcionó apoyo multinacional por medio de talleres internacionales y se prestó asistencia a los países en el contexto del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y la

¹ La información sobre el objetivo estratégico 10 proporcionada en el presupuesto por programas 2010-2011: evaluación del desempeño (documento WHO/PRP/12.1) proporciona datos más detallados sobre los países que participan en esos esfuerzos (en la sala de reunión hay copias disponibles, solo en inglés).

Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). Se prestó asistencia específica en lo concerniente a la armonización entre los donantes de recursos para el fortalecimiento de los sistemas de salud y su adecuación a los mecanismos nacionales de gestión fiduciaria, seguimiento y evaluación, así como en lo relativo al desarrollo de nuevas propuestas para fortalecer el financiamiento de los sistemas de salud o las políticas de financiamiento directo del sistema sanitario, las estrategias y los planes resultantes de las evaluaciones conjuntas de las estrategias nacionales. Con el apoyo de la Unión Europea se ha puesto en marcha en siete países un nuevo programa, cuyo ámbito se prevé ampliar en 2012, orientado a fortalecer a largo plazo el apoyo a los procesos nacionales de diálogo sobre políticas, estrategias y planes sanitarios. Además, se suministró asistencia técnica a los países en materia de marcos normativos, evaluación del desempeño del sistema sanitario y funciones básicas de salud pública. La Secretaría se centró en el mejoramiento de la capacidad nacional para obtener información estratégica mediante la creación de portales de información y observatorios, así como la organización de foros de debate e intercambio sobre las políticas. Para apoyar este esfuerzo, la Organización está reformulando su labor en materia de sistemas de salud y programas para enfermedades específicas. Asimismo, ha elaborado instrumentos adecuados que incluyen una base de datos sobre los ciclos de planificación sanitaria nacional. Además, se ha puesto en marcha en todas las regiones un programa mundial de aprendizaje destinado a reforzar la capacidad de la Organización para prestar apoyo al diálogo sobre políticas en los Estados Miembros. Setenta y cinco oficinas de la OMS en los países (617 funcionarios) completaron la primera fase de ese programa y elaboraron hojas de ruta relativas al apoyo de la OMS a los ciclos de planificación en sus países.

10. Situar a las personas en el centro de la prestación de servicios. Las áreas comunes de preocupación para los Estados Miembros incluyen el envejecimiento y la creciente carga que suponen las enfermedades crónicas (múltiples); la distribución desigual de los servicios de salud y la atención de salud; la asequibilidad y la sostenibilidad; el acceso a los avances tecnológicos y los medicamentos; y la fragmentación, la comercialización y los sistemas hospitalarios centrales. En muchos países, estos problemas se ven agravados por el hecho de que el número de suministradores privados no reglamentados supera con creces el de suministradores públicos o privados reglamentados, en un contexto de gran dependencia de los pagos directos. En todas las regiones, pero especialmente en las Regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, los Estados Miembros han procurado imprimir un mayor dinamismo al sector sanitario, haciendo más hincapié en la atención primaria, la coordinación de la atención y la reformulación de la función hospitalaria.¹ La Secretaría ha respaldado esos esfuerzos mediante la convocatoria a consultas con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes. En ese contexto, la Secretaría ha puesto la gestión de los recursos humanos y la prestación de servicios en el centro de su apoyo al diálogo nacional normativo y a los exámenes antes mencionados.

11. Avanzar hacia la cobertura universal. Muchos países aún padecen una grave escasez de recursos financieros para la salud, mientras que otros dependen enormemente de los pagos directos para financiar los servicios de salud; esta situación impide a millones de personas el acceso a la atención y, en consecuencia, cada año unos 100 millones de personas que buscan atención se ven empujadas a la pobreza. Anualmente los gobiernos deben hacer frente a un reto constante para mejorar la eficiencia y proteger la equidad en la utilización de los recursos. En respuesta a la resolución WHA64.9 la Secretaría ha llevado a cabo amplias consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados multilaterales y bilaterales en todos los niveles de la Organización. El *Informe sobre la salud en el*

¹ Rechel B. et al, eds. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2009. Saltman R, Durán A y Dubois H, eds. *Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud. European Observatory Studies Series, No. 25, 2011.

mundo 2010,¹ y la intensificación de los trabajos de investigación pertinentes es ilustrativo de ello. Se ha elaborado un plan de acción centrado en la prestación de apoyo a los Estados Miembros para que examinen su situación en lo que respecta a la cobertura universal; evalúen cómo continuar desarrollando sus sistemas de financiación de la salud de modo que puedan seguir acercándose a este objetivo; pongan en marcha y efectúen un seguimiento de los cambios que consideren necesarios y generen sinergias sólidas con los planes y estrategias nacionales de salud. Esto refleja el hecho de que en el último año más de 50 Estados Miembros contactaron con la OMS para recabar información sobre asistencia técnica en lo concerniente a la financiación de los sistemas de salud. El plan de acción describe la manera en que la OMS ampliará su apoyo a los países proporcionándoles información sobre las prácticas óptimas, facilitando el intercambio de experiencias y enseñanzas y desarrollando la capacidad nacional para controlar los recursos, evaluar las estrategias y políticas de financiación e introducir cambios y realizar su seguimiento. La Organización también está mejorando sus bases de datos, tal como se pide en la resolución. En todas estas esferas, la OMS ha reforzado su colaboración con asociados bilaterales y multilaterales, los círculos académicos y la sociedad civil, especialmente por medio de la iniciativa Providing for Health (P4H) sobre protección social de la salud.

12. Fortalecer los sistemas de información sanitaria como parte de los sistemas nacionales de salud. En la resolución WHA60.27 se instó a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, emprendieran esta actividad. En el contexto de la Alianza Sanitaria Internacional e iniciativas conexas (IHP+), la OMS está colaborando con un número cada vez mayor de países para fortalecer el componente de seguimiento, evaluación y examen de sus estrategias nacionales de salud. Para ello se está abordando el problema de la carencia de datos, mejorando su calidad y fortaleciendo la capacidad para realizar análisis que orienten los exámenes del sector sanitario. Existe actualmente un consenso entre los principales organismos de desarrollo en lo que respecta a un conjunto racional de indicadores y un marco común de seguimiento y evaluación para evaluar el desempeño. En sus recomendaciones, la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños aboga por sistemas de seguimiento, examen y acción más sólidos en 75 países en los que se produce más del 95% de la carga mundial de mortalidad maternoinfantil.² Esto brinda una nueva oportunidad para seguir fortaleciendo los sistemas de información sanitaria y movilizar apoyos colectivos en favor de una plataforma de información y rendición de cuentas dirigidas por los países en el contexto de la estrategia sanitaria nacional.

13. Aunque el apoyo de la Secretaría a los Estados Miembros sigue centrado en la creación de capacidad en los países con miras a maximizar sus propios recursos y utilizarlos de la mejor manera posible, se ha prestado considerable atención al mejoramiento de la eficacia de la ayuda. Las Oficinas Regionales para África, las Américas, Europa, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental han centrado crecientemente su atención en la coordinación de los donantes del sector sanitario, y en la armonización de sus fondos y actividades con los planes y prioridades nacionales en materia de salud. En ocho países de la Región del Mediterráneo Oriental se realizó una evaluación de la eficacia de la ayuda y de la coordinación de los donantes. Sus resultados se utilizarán para elaborar una estrategia regional. En torno a la Alianza Sanitaria Internacional e iniciativas conexas (IHP+) a las que la OMS y el Banco Mundial sirven conjuntamente de secretaría se han aunado muchos de los esfuerzos colectivos destinados a fortalecer los sistemas de salud y aumentar la eficacia de la ayuda, entre ellos la Plataforma de

¹ *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

² *Manteniendo promesas, evaluando los resultados: Comisión de información y rendición de cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños*. Organización Mundial de la Salud, 2011, en imprenta (http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/accountability_commission/final_report/Final_ES_Web.pdf, consultado el 20 de marzo de 2012).

Financiación de los Sistemas de Salud, la iniciativa Providing for Health (P4H) sobre protección social de la salud, la colaboración para acordar un marco común de seguimiento y evaluación, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, la iniciativa Armonización para la Salud en África, las subvenciones de Financiación innovadora basada en resultados o la Iniciativa Catalizadora para Salvar un Millón de Vidas. El objetivo prioritario de IHP+ consiste en aumentar el número de asociados alineados con los planes y las estrategias nacionales de salud. En la actualidad, la IHP+ cuenta con 55 miembros, de los cuales 30 son países en desarrollo (seis se incorporaron en 2011). El examen independiente de la IHP+ realizado en 2011 fortaleció la dinámica positiva generada por la reunión celebrada en diciembre de 2010, y confirmó las futuras orientaciones de la Alianza. Con miras a orientar la colaboración con sus asociados, 16 países han firmado memorandos de entendimiento o acuerdos; otros cinco memorandos están en preparación. Para el seguimiento y la evaluación existen «hojas de ruta» comunes a todas las partes interesadas en ocho países. A fin de asegurar la mutua rendición de cuentas, un consorcio independiente («IHP+ Results») realiza anualmente una comprobación de los progresos relativos al cumplimiento de los compromisos contraídos por los organismos y los países. Las actividades de seguimiento efectuadas en 2011 abarcaron 10 países y 15 donantes. El enfoque integrador y la atención al sentido de pertenencia de los países que caracteriza la forma de trabajo de IHP+ está cobrando mayor notoriedad en países que no pertenecen a la Alianza.

B. FUNCIÓN Y RESPONSABILIDADES DE LA OMS EN LAS INVESTIGACIONES SANITARIAS (resolución WHA63.21)

14. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

15. Se reseñan en el presente informe las actividades desplegadas en las oficinas regionales y la Sede para apoyar la ejecución de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud.

16. En la Región de África la Secretaría ha empezado a trabajar en unas directrices inspiradas en el marco para la aplicación de la Declaración de Argel para reforzar las investigaciones en salud: colmar la laguna de conocimientos para mejorar la salud de África.

17. El Comité Regional para las Américas respaldó la política de investigación para la salud de la OPS (CD49.R10).

18. La preparación de una estrategia sobre las investigaciones en pro de la salud se debatió en el Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias de la Región del Mediterráneo Oriental (El Cairo, 18 y 19 de octubre de 2010) y en una consulta de expertos posterior (El Cairo, 5 y 6 de junio de 2011). El Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, en su 58.^a reunión (El Cairo, del 2 al 5 de octubre de 2011), avaló, mediante la resolución EM/RC58/R.3, las orientaciones estratégicas para ampliar las investigaciones en pro de la salud en la Región.

19. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental se ha concentrado en la gobernanza de las investigaciones en la Región mediante el fortalecimiento del examen de la ética de la investigación y el intercambio de datos para mejorar la salud pública. Organizó una reunión de consulta de expertos de la Región con el fin de formular recomendaciones en estas áreas (Manila, 16 al 18 de agosto de 2011).

20. En fecha reciente, como parte de la planificación operativa para el bienio 2012-2013, la Región de Europa ha otorgado prioridad a la investigación y el uso de los datos aportados por esta para la

¹ Véanse los documentos EB130/35 y EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 5.

formulación de políticas. Entre las actividades figura la reconstitución formal del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias de la Región de Europa, el inicio del trabajo en torno a una estrategia regional sobre investigaciones en pro de la salud y el establecimiento de la Evidence Informed Policy Network (EVIPNet) a escala regional.

21. En la Sede, la ejecución de la estrategia sobre investigaciones en pro de la salud se armoniza con la ejecución de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.¹ Los principales productos publicados son: una reseña de las actividades de investigación relacionadas con la OMS, basada en los resultados de una encuesta que abarcó de 2006 a 2007;² definiciones prácticas de investigación operativa, investigación de la ejecución e investigación sobre sistemas de salud en el contexto de las investigaciones para fortalecer dichos sistemas;³ y una lista de comprobación para el establecimiento de prioridades en las investigaciones sanitarias que abarca nueve temas comunes de buenas prácticas.⁴

22. La 62.^a Asamblea Mundial de la Salud trasladó la consideración de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,⁵ que la adoptó mediante la resolución WHA63.21. Tanto bajo la forma de proyecto como una vez adoptada, la estrategia ha servido de guía para elaborar el programa de investigaciones en varias esferas técnicas como la gripe, las enfermedades transmitidas por los alimentos, los riesgos de las radiaciones y los determinantes sociales de la salud. El proyecto de estrategia se utilizó en el informe de la OMS sobre las mujeres y la salud con el fin de preparar un programa de seis puntos para las investigaciones sensibles a las cuestiones de género.⁶

23. Se ha preparado un proyecto de código de buenas prácticas de investigación para los funcionarios y las investigaciones vinculadas con la OMS, que se incluirá en el *eManual* de la OMS una vez terminado.

24. La Secretaría ha actualizado las *Guías operacionales para comités de ética que evalúan investigación biomédica* de la OMS. La nueva publicación lleva por título *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*.⁷

25. La Secretaría forma parte de un grupo de importantes donantes internacionales que financian investigaciones de salud pública y se han comprometido a colaborar para aumentar la disponibilidad

¹ Véase el documento A65/26 (C).

² Terry RF, van der Rijt T. Overview of research activities associated with the World Health Organization: results of a survey covering 2006/07. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:25 (<http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/25>, consultado el 23 de febrero de 2012).

³ Remme JHF, Adam T, Becerra-Posada F et al. Defining research to improve health systems. *PLoS Medicine* (November 2010): <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001000> (consultado el 23 de febrero de 2012).

⁴ Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:36 (<http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/36>, consultado el 23 de febrero de 2012).

⁵ Documento WHA62/2009/REC/1, acta resumida de la primera sesión de la Mesa, sección 1.

⁶ *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

⁷ *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

de los datos derivados de las investigaciones que costean. La finalidad es acelerar los adelantos en el campo de la salud pública.

26. La Secretaría está preparando un método que permita trazar de manera más automatizada el mapa de las inversiones mundiales en investigaciones sanitarias mediante el establecimiento de una clasificación de las investigaciones y un mecanismo de traslación de los resultados de estas a la práctica. Lograr lo anterior ayudaría en el futuro a trazar los mapas del flujo de recursos para la investigación y el desarrollo, a fin de facilitar la detección de lagunas y coadyuvar en la planificación y coordinación.

27. El Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales convocó reuniones relacionadas con determinadas enfermedades y de grupos temáticos para que examinaran las necesidades y los problemas con respecto a las investigaciones en torno a las enfermedades desatendidas y las opciones para la actuación. En abril de 2012 se publicará el primero de una serie de informes bienales mundiales acerca de las enfermedades infecciosas de la pobreza.

28. Los conceptos y marcos descritos en la estrategia se ampliarán en el *Informe sobre la salud en el mundo 2012*, cuyo tema serán las investigaciones en pro de la salud.

C. ESTRATEGIA MUNDIAL Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD PÚBLICA, INNOVACIÓN Y PROPIEDAD INTELECTUAL (resolución WHA61.21)

29. En su 130ª reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.¹

30. En la resolución WHA61.21 se pidió a la Directora General, entre otras cosas, que realizara un seguimiento del desempeño y los progresos en la ejecución de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual y que, tras la presentación de un informe a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,² informase a la Asamblea de la Salud cada dos años, por conducto del Consejo Ejecutivo. En el presente informe se ofrece una visión general del estado actual de la aplicación de esa resolución.

31. En un esfuerzo colectivo de toda la Organización y con la participación de asociados externos, la Secretaría ha convertido la estrategia mundial y plan de acción en un plan aplicable, con actividades de alcance mundial, regional y nacional, así como plazos y resultados definidos para cada una de las medidas concretas.

32. La aplicación se ha dividido en fases. La fase preparatoria concluyó en septiembre de 2010; la fase actual de aplicación experimental durará hasta diciembre de 2012, y a continuación se iniciará una fase de aplicación más amplia que durará hasta diciembre de 2015. En la fase actual de aplicación experimental se están estableciendo las relaciones necesarias con los gobiernos y otras partes interesadas.

33. La Secretaría ha concluido la planificación de las actividades pertinentes emprendidas por varios departamentos y entidades externas, con el fin de coordinar mejor las actividades de los asociados

¹ Véanse los documentos EB130/35 (C) y EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimotercera sesión, sección 5.

² Véase el documento A63/6.

pertinentes. Se ha establecido un comité consultivo interno de la OMS, integrado por representantes de alto nivel de todas las oficinas principales. En el contexto de la estrategia global la Secretaría ha elaborado un instrumento para la evaluación nacional de los sistemas de innovación y las condiciones de acceso. Ese instrumento de evaluación se puso a prueba en Kenya.

34. La aplicación de la estrategia mundial está armonizada con la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud,¹ en particular con el elemento 1, Establecimiento de un orden de prioridad de las necesidades de investigación, y el elemento 2, Promoción de las actividades de investigación y desarrollo. Esta última estrategia se ha utilizado para orientar las actividades en varias esferas técnicas, tales como las concernientes a la gripe, las enfermedades de transmisión alimentaria, las vacunas y los riesgos de la radiación. Las seis oficinas regionales de la OMS han tomado medidas para aplicar esa estrategia sanitaria.

35. La publicación del informe mundial sobre las prioridades de investigación en materia de enfermedades infecciosas de la pobreza está prevista para el 17 de abril de 2012 en Bruselas, con ocasión de la conferencia sobre innovación en la atención sanitaria sin fronteras,² que congrega a investigadores y gobiernos para analizar los temas incluidos en el informe, y en cuya preparación han participado el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Redactado por destacados expertos mundiales en salud, el informe expone 10 razones para investigar las enfermedades infecciosas de la pobreza, plantea una serie de posibilidades de acción e incluye capítulos especialmente dedicados al medio ambiente, los sistemas de salud y la innovación. El informe se ha elaborado con las aportaciones de más de 130 expertos, organizados en 10 grupos temáticos de referencia y sobre enfermedades concretas. Los resultados de sus trabajos, que han recibido financiación de la Unión Europea, se publicarán en la Serie de Informes Técnicos de la OMS.

36. En 2012 también se publicará un informe sobre el panorama de la financiación de la investigación y el desarrollo para hacer frente a las enfermedades infecciosas de la pobreza. El informe es un trabajo conjunto del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y el Consejo de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo/Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias y Policy Cures, con el apoyo financiero de la Unión Europea. El informe pone de relieve los marcos, prioridades, estrategias y políticas utilizados por los financiadores de la investigación, y en particular las diferencias en lo concerniente al apoyo a la investigación sobre las enfermedades infecciosas de la pobreza, entre los países de la OCDE y los países en los que esas enfermedades son endémicas.

37. En relación con el elemento 3 de la estrategia mundial, a saber, Creación de capacidad de innovación y mejora de la misma, la OMS ha publicado normas y orientaciones operacionales para los comités de ética de las investigaciones relacionadas con la salud en las que participen seres humanos.³ Esas normas y orientaciones operacionales proporcionan a los Estados Miembros patrones de referencia sobre el mejoramiento de la calidad de sus mecanismos relativos a la ética de las investigaciones, y sobre el fortalecimiento de la protección, en relación con la investigación, de las comunidades y poblaciones que participan en investigaciones sanitarias.

¹ Véase el documento A65/26 (B).

² La conferencia sobre Innovación en la atención sanitaria sin fronteras está organizada por los servicios de la Comisión Europea (http://ec.europa.eu/research/health/events-13_en.html, consultado el 24 de febrero de 2012).

³ *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

38. Además de fortalecer en todos los niveles de la Organización la capacidad de su personal en la esfera de la ética de la investigación, la OMS ha trabajado activamente en el fortalecimiento de la capacidad de los comités nacionales de ética, en estrecha colaboración con otras organizaciones internacionales, la Red mundial OMS de Centros Colaboradores en materia de Bioética y los comités nacionales de ética de diferentes países. Actualmente se están realizando preparativos para la Cumbre Mundial de Comités Nacionales de Ética 2012, a la que la OMS presta servicios de secretaría permanente (la Cumbre tendrá lugar en Túnez en septiembre de 2012).

39. La mejora de la transparencia de las actividades relacionadas con la investigación sanitaria es una responsabilidad compartida por muchas partes interesadas de la comunidad mundial, tales como los investigadores, los patrocinadores, las instancias normativas o las organizaciones internacionales. El compromiso con este objetivo queda reflejado en la creación por la OMS, en 2005, de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos. En los dos últimos años se han tomado muchas iniciativas a nivel nacional e internacional para establecer registros primarios y aumentar la calidad de la información disponible. La Alianza Panafricana de Ensayos Clínicos, en la que están representados más de 20 países del África subsahariana, es un ejemplo de esfuerzo colectivo por mejorar la supervisión de los ensayos clínicos. El 14 de septiembre de 2011, el Registro de Ensayos Clínicos de la Unión Europea fue el 14.º miembro en unirse a la Red de Registros Primarios de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos. En febrero de 2012 el Registro de Ensayos Clínicos de la Unión Europea se convertirá en un suministrador de datos al portal de búsquedas de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos, mediante la incorporación de 38 000 registros de ensayos clínicos. Además, la Plataforma es un componente de una iniciativa encargada por la Unión Europea, conocida como Proyecto OPEN (To **O**vercome failure to **P**ublish **n**egative fi**N**dings).

40. A través de un programa de becas para la promoción profesional clínica que gestiona el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, se han formado 18 científicos de países de ingresos bajos y medios en materia de prácticas clínicas adecuadas y gestión de proyectos en el entorno del desarrollo farmacéutico.

41. En relación con el elemento 4 de la estrategia global, a saber, Transferencia de tecnología, la OMS ha completado la fase inicial de un proyecto respaldado por la Unión Europea en colaboración con la UNCTAD y el Centro Internacional de Comercio y Desarrollo Sostenible. En el marco de ese proyecto, se ha emprendido una amplia labor preparatoria sobre los retos y los obstáculos a la producción local y a la transferencia de tecnología que ello requiere en las áreas de los productos farmacéuticos, los productos diagnósticos y las vacunas. En el corpus de datos existente se han incorporado una serie de informes con miras a elaborar un documento marco que oriente las actividades de la segunda fase del proyecto.¹

42. La Secretaría ha llevado a cabo un análisis general de todas las experiencias de transferencia de tecnologías en el ámbito de las vacunas, con el fin de identificar las tendencias y condiciones propicias en esa esfera. En el ámbito del proyecto iniciado en 2006 sobre la transferencia de tecnologías relacionadas con las vacunas contra la gripe pandémica a los países en desarrollo, se suministró financiamiento y se transfirió tecnología a 13 países en desarrollo, cuatro de los cuales han logrado obtener licencias para vacunas antipandémicas de producción local, y los restantes están procurando obtenerlas. Además, la OMS ha negociado, en nombre de los países en desarrollo, una licencia libre de regalías para una tecnología basada en virus gripales vivos atenuados, y ha puesto esa tecnología a disposición de tres fabricantes de países en desarrollo, uno de los cuales ya ha obtenido autorización para

¹ Véase http://www.who.int/phi/publications/local_production/en/index.html (consultado el 24 de febrero de 2012).

vender el producto en el mercado local. Como parte de ese mismo esfuerzo, la OMS ha facilitado el establecimiento en la Universidad de Lausana (Suiza) de un centro de excelencia cuya labor está centrada en la formación y la transferencia de tecnologías modernas relacionadas con los coadyuvantes; ese centro ha completado la capacitación de dos fabricantes de vacunas de países en desarrollo, uno de los cuales ha comenzado a producir coadyuvantes.

43. Con respecto a la aplicación del elemento 5 de la estrategia mundial (aplicación y gestión del régimen de propiedad intelectual para contribuir a la innovación y promover la salud pública), la OMS ha emprendido una serie de actividades destinadas a fortalecer la capacidad de los países en desarrollo para aplicar y gestionar la propiedad intelectual de modo que se maximice la innovación relacionada con la salud y se fomente el acceso a productos sanitarios.

44. En el marco de su cooperación trilateral, la OMS, la OMPI y la OMC han iniciado una serie de simposios técnicos conjuntos sobre temas relacionados con la salud pública, la propiedad intelectual y el comercio. Hasta ahora se han celebrado dos simposios, uno en 2010 y otro en 2011.¹ Además, las tres organizaciones están preparando un estudio conjunto sobre las intersecciones entre la salud pública, la propiedad intelectual y el comercio en el marco del fomento del acceso a la innovación médica.²

45. En otras actividades de cooperación, la OMS, el PNUD y el ONUSIDA han publicado conjuntamente un documento normativo sobre la utilización de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para mejorar el acceso al tratamiento del VIH/sida.³ Además, en colaboración con la OMPI, la OMS está elaborando un perfil de las tendencias de las patentes en el campo de las vacunas.

46. En el marco del elemento 6 de la estrategia mundial, Mejora de la difusión y el acceso, se pide el fortalecimiento del programa de precalificación de la OMS. Se ha iniciado la precalificación de algunos principios activos y productos farmacéuticos para las enfermedades tropicales desatendidas y se han llevado a cabo investigaciones sobre los beneficios y las repercusiones de la precalificación. Entre enero de 2010 y diciembre de 2011 la OMS ha precalificado 42 medicamentos (28 para el tratamiento del VIH/sida, 7 antituberculosos, 1 antipalúdico, 1 antivírico específico contra la gripe y 5 productos relacionados con la salud reproductiva), 2 principios farmacéuticos activos (para antipalúdicos), 35 vacunas, 2 pruebas diagnósticas rápidas para el paludismo, 3 pruebas de diagnóstico rápido del VIH, 5 pruebas de la carga viral del VIH y 1 CD4 technology, y 9 laboratorios de control de la calidad (uno en cada uno de los países siguientes: Bélgica, Canadá, Estado Plurinacional de Bolivia, India, Perú, República Unida de Tanzania y Uruguay, y dos en Ucrania).

47. En 2010, la OMS precalificó por vez primera el artesunato en polvo para inyección (el primer producto estéril precalificado de fabricación china); asimismo precalificó la primera combinación de tenofovir/lamivudina y el primer genérico de emtricitabina.

¹ Para más información, incluidos los programas y los informes resumidos, véase <http://www.who.int/phi/> (consultado el 24 de febrero de 2012).

² Véase también http://www.who.int/phi/news/promoting_access_medical_innovation/en/index.html (consultado el 24 de febrero de 2012).

³ ONUSIDA, OMS, PNUD. *Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment: policy brief*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/phi/phi_trips_policybrief_en.pdf, consultado el 24 de febrero de 2012).

48. La colaboración entre organismos de reglamentación, la armonización y la creación de capacidad han seguido siendo componentes fundamentales de los programas de precalificación de la OMS. En 2011 la Organización consideró que el organismo de reglamentación nacional de China funciona adecuadamente, lo cual hizo posible la precalificación de vacunas producidas en ese país. En 2010, tras una evaluación conjunta con la Comunidad del África Oriental, se completó una precalificación simultánea en tres países africanos (Kenya, República Unida de Tanzania y Uganda). Las encuestas realizadas entre los fabricantes revelan que consideran muy valiosa las actividades de creación de capacidad llevadas a cabo por el programa.

49. Con respecto al elemento 7, Promoción de mecanismos de financiación sostenibles, la Secretaría está facilitando la labor del Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación.¹

50. En 2010, el 50.º Consejo Directivo de la OPS adoptó una resolución sobre el Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos,² con el fin de preservar la calidad, inocuidad y eficacia de esos productos. La resolución define los instrumentos y mecanismos necesarios para fortalecer la reglamentación y supervisión de las funciones de salud pública e insta a los países a que evalúen y refuercen sus funciones esenciales de reglamentación. Sobre la base de los resultados de las evaluaciones, la autoridad reguladora nacional puede establecer un plan de desarrollo institucional o puede ser designada como autoridad reguladora de referencia regional, una vez que haya alcanzado el máximo nivel en la evaluación. Algunos países de la Región de las Américas están participando en esta iniciativa; en la actualidad, cuatro autoridades reguladoras nacionales se consideran referencias regionales en el marco de este mecanismo (Argentina, Brasil, Colombia y Cuba).

51. En respuesta a los requisitos del elemento 8, Establecimiento de sistemas de seguimiento y presentación de informes, la OMS, en coordinación con la Oficina Regional para las Américas, está desarrollando una plataforma basada en la web para hacer un seguimiento de los progresos en la aplicación de la estrategia mundial, e informar a ese respecto. La plataforma global sobre innovación y acceso se basará en la Plataforma regional de la OPS sobre el acceso a las tecnologías de la salud y su innovación, y su versión beta se presentará en mayo de 2012 en la Asamblea Mundial de la Salud.

52. En mayo de 2012 se pondrá en funcionamiento en la Oficina Regional para las Américas una plataforma regional sobre el acceso a las tecnologías de la salud y su innovación. En la Región de Asia Sudoriental se ha celebrado la primera reunión consultiva para elaborar un marco regional para la estrategia mundial y plan de acción (Nueva Delhi, 5 y 6 de abril de 2011), y los Estados Miembros han acordado, entre otras cosas, reforzar su compromiso con el fomento de la investigación y el desarrollo en materia de salud, compartir información sobre temas relacionados con la propiedad intelectual, desarrollar su capacidad de negociación en temas de salud pública y propiedad intelectual, y fomentar las industrias nacionales con el fin de mejorar su capacidad para atender las necesidades de medicamentos y tecnologías médicas asequibles.

53. Las redes nacionales y regionales en pro de la innovación son componentes fundamentales para garantizar la aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Se ha creado la Red africana para la innovación en materia de medicamentos y medios de diagnóstico, orientada por los propios países africanos. La creación de la Red ha recibido el apo-

¹ Véase también el documento EB130/23.

² Resolución CD50.R9.

yo de la OMS, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para África, el Banco Africano de Desarrollo, la Comisión Europea y la Unión Africana. La Red africana para la innovación en materia de medicamentos y medios de diagnóstico, iniciada por el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, es albergada en la actualidad por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para África en Addis Abeba. También se están creando redes similares para Asia y las Américas.

D. ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA: DESTRUCCIÓN DE LAS RESERVAS DE VIRUS VARIÓLICO (resolución WHA60.1)

54. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

55. En el presente documento se resumen los resultados de la 13.^a reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico (Ginebra, 31 de octubre y 1 de noviembre de 2011).

56. El Comité recordó las disposiciones sobre investigación mencionadas en la resolución WHA60.1, en la cual la Asamblea de la Salud «concedió autorización para permitir la realización de investigaciones esenciales para la salud pública mundial, incluidas nuevas investigaciones internacionales sobre agentes antivirales y vacunas mejores y más seguras».

57. En su 13.^a reunión el Comité Asesor recibió informes de los dos lugares de almacenamiento de virus variólico autorizados (VECTOR, Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas (Koltsovo, Federación de Rusia) y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América)) acerca de la colección de virus que conservan. En el primero no se han realizado investigaciones con virus vivos en 2011, y en los Centros se han creado bases de datos seguras para el seguimiento del uso de virus vivos.

58. Todos los archivos de la OMS sobre su Programa de Erradicación de la Viruela han sido digitalizados y subidos a una base de datos especial. El material reunido reproduce unos 730 000 documentos impresos, así como mapas, fotografías y otros registros. Hay planes en marcha para hacer los archivos accesibles por internet.

59. El Comité Asesor observó que hay dos antivirales candidatos excelentes (ST-246 (tecovirimat) y CMX001 (hexadeciloxipropilcidifovir)) en fases avanzadas de desarrollo. Se están realizando estudios farmacocinéticos en animales para determinar las dosis a emplear en el hombre.

60. Hay además dos vacunas antivariólicas basadas en virus vivos atenuados (LC16m8 y MVA) que muestran un buen perfil de seguridad en el ser humano y confieren protección contra enfermedades inducidas por varios ortopoxvirus en modelos animales.

61. Las pruebas diagnósticas basadas en la reacción en cadena de la polimerasa y desarrolladas por los investigadores en los lugares de almacenamiento del virus variólico en la Federación de Rusia y los Estados Unidos de América han demostrado ser precisas y sensibles. Pueden detectar el ADN variólico y distinguirlo del ADN de otros ortopoxvirus patógenos para el ser humano.

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

62. El Comité Asesor recomendó que se siga desarrollando la red de laboratorios antivariólicos en colaboración y coordinación con la Red de Laboratorios sobre Agentes Patógenos Emergentes y Peligrosos, establecida recientemente por la OMS.

63. Los otros objetivos del programa de investigación se centran en mejorar la reproducibilidad del modelo de infección por virus variólico en primates no humanos para obtener nuevos datos sobre la eficacia de los antivirales y las vacunas. Dichos datos permitirían reforzar la confianza de los organismos reguladores en la eficacia de esos fármacos y vacunas contra el virus variólico y acelerarían en consecuencia el proceso de autorización de los mismos. El Comité recomendó que se prosigan esos trabajos.

64. Se están planificando las visitas de inspección de la bioseguridad que realizará la OMS a los repositorios autorizados de la Federación de Rusia y los Estados Unidos de América. La visita a las instalaciones de contención en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades tendrá lugar en mayo de 2012, y a VECTOR en octubre del mismo año. En una reunión de la OMS realizada en Oslo del 31 de enero al 3 de febrero de 2012, los repositorios de ambos lugares pudieron examinar el proceso de inspección. Se acordó que las inspecciones se ceñirán al marco de la norma de gestión de riesgos biológicos de laboratorio CWA 15793:2011 del Comité Europeo de Normalización.

65. El Comité Asesor recomendó que el Comité ad hoc sobre ortopoxvirus se reúna nuevamente para deliberar sobre la respuesta de emergencia a un posible brote de viruela en el futuro.

66. Se informó al Comité Asesor de que los miembros del subcomité científico habían sido renovados.

E. ERRADICACIÓN DE LA DRACUNCULOSIS (resolución WHA64.16)

67. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

68. En mayo de 2011, la Asamblea de la Salud, por medio de la resolución WHA64.16, exhortó a intensificar las actividades de erradicación y pidió a la Directora General que siguiera de cerca la aplicación de la presente resolución e informase cada año hasta que se certifique la erradicación de la dracunculosis.

69. Los Estados Miembros donde la dracunculosis es endémica han seguido realizando progresos constantes con miras a erradicarla. Durante 2011 se notificaron solo 1058 casos nuevos en cuatro países (Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur²), lo que equivale a un 41% menos que en 2010, y 483 aldeas notificaron casos, lo que supone un descenso del 38% respecto a 2010. Ghana no ha notificado casos desde mayo de 2010, lo cual indica que la transmisión se ha interrumpido, y este país se encuentra ya en la fase anterior a la certificación.

70. Todos los países donde la enfermedad es endémica o que están en la fase anterior a la certificación (excepto Kenya) informaron cada mes a la OMS, aunque no hubiera casos que notificar. Todos los países que son endémicos o lo fueron, con excepción de Sudán del Sur, cuentan con sistemas para recompensar la notificación de los casos de dracunculosis.

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

² Hasta el 9 de julio de 2011 se denominó «sur del Sudán».

71. A recomendación de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis en su octava reunión (Ginebra, del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2011), otros cinco países (Burkina Faso y Togo, países en los que la dracunculosis era endémica, y Bosnia y Herzegovina, Brunei Darussalam y Eritrea, donde la enfermedad no ha sido endémica, no al menos en época reciente, han sido declarados libres de dracunculosis. Al final de 2011, 192 países y territorios habían sido declarados libres de dracunculosis.

72. El gran problema para erradicar la dracunculosis sigue siendo la interrupción de la transmisión de la enfermedad en los cuatro países siguientes.

73. **Chad.** Diez años después de que este país notificara su último caso, en 2010 se denunciaron 10 casos autóctonos en ocho aldeas y ninguno de estos casos fue contenido. En 2011, se comunicaron diez casos en nueve aldeas y solo cuatro casos fueron contenidos. La investigación detallada indica que en años recientes se han pasado por alto casos, lo que ha favorecido la transmisión sostenida. Se están tomando medidas para interrumpir la transmisión. Sin embargo, una restricción considerable es la imposibilidad de entrar en algunas zonas con riesgo de transmisión por causa de la inseguridad. La OMS y el Centro Carter han prestado asistencia técnica y apoyo financiero para darle nuevo ímpetu al programa de erradicación y fortalecer la vigilancia.

74. **Etiopía.** Gracias a la intensificación de las actividades de vigilancia y contención de casos, este país notificó ocho casos de cinco aldeas en 2011, un 62% menos que en 2010. De los ocho, seis eran casos autóctonos, mientras que los otros dos fueron importados de Sudán del Sur. Se contuvieron siete de estos casos. La vigilancia de la dracunculosis se ha ampliado mediante el sistema nacional integrado de vigilancia y respuesta sanitarias y la educación en materia de salud.

75. **Malí** era el único país del África occidental donde se mantenía la transmisión de la dracunculosis. Durante 2011 se notificaron 12 casos, en comparación con 57 en 2010; solo se tiene noticia de la contención de 5 (42%) de los 12 casos. Esos casos se notificaron en 6 aldeas.

76. **Sudán del Sur** concentró el 97% de los casos nuevos notificados en 2011. Este año, 463 aldeas notificaron en total 1028 casos nuevos, un 39% menos que en 2010, y se logró contener el 74% de ellos; 775 casos (75%), sin embargo, se dieron en el Estado de Equatoria Oriental, que notificó un número significativamente mayor de casos en 2011 que en 2010. En el distrito de Kapoeta del Este se registraron el 76% de todos los casos notificados en el Estado de Equatoria Oriental en 2011. El aumento del número de casos en el distrito de Kapoeta del Este (de 478 en 2010 a 590 en 2011) probablemente se explique porque en 2010 solo se logró contener un 67% de los casos, solo el 52% de las aldeas endémicas aplicaron medidas de lucha antivectorial a las fuentes de agua no potable, y solo el 6% de las aldeas endémicas tenían por lo menos una fuente de agua salubre. No obstante, desde junio de 2011 la enfermedad está mostrando un descenso alentador en comparación con el mismo periodo de 2010, y al parecer se pudo contener el 80% de los casos registrados en el distrito en 2011.

77. Otros problemas son la falta de suministro de agua potable y el mantenimiento de una vigilancia nacional eficaz de la dracunculosis, incluidas las zonas libres de la enfermedad. En 2011, 388 de las 483 aldeas (80%) que notificaron casos no tenían por lo menos una fuente de agua salubre. Urge suministrar agua potable suficiente a las comunidades en que la enfermedad es endémica.

78. La OMS y el Centro Carter calcularon un déficit de financiación de US\$ 62 millones para el periodo 2011-2015. El Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte ha prometido una suma de hasta £ 20 millones, la Fundación Bill y Melinda Gates ha confirmado un apoyo adicional de US\$ 23,3 millones, y los fondos restantes serán aportados por el Gobierno de los Emiratos

Árabes Unidos (US\$ 10 millones) y la Children's Investment Fund Foundation, que ha prometido US\$ 6,7 millones. Estas cifras comprenden aproximadamente US\$ 8 millones para contingencias.

F. ENFERMEDAD DE CHAGAS: CONTROL Y ELIMINACIÓN (resolución WHA63.20)

79. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

80. Controlar y eliminar la enfermedad de Chagas son objetivos factibles. Gracias a la labor de lucha antivectorial y a los análisis de sangre sistemáticos se ha logrado reducir sustancialmente la incidencia de la enfermedad de Chagas en la Región de las Américas (que es la más afectada de las regiones de la OMS). Se calcula que el número de nuevos casos ha caído en un 32%: de los 41 000 registrados en 2006 se pasó a 28 000 en 2010. En siete países donde la enfermedad es endémica, así como en ciertas zonas de endemicidad de otros siete países, se ha cumplido el objetivo de interrumpir la transmisión vectorial intradomiciliaria. En 20 de los 21 países donde la enfermedad es endémica se han instaurado análisis de sangre sistemáticos de carácter universal. Gracias a ello ha disminuido la prevalencia en los grupos de edad más jóvenes, y el número de personas expuestas en el mundo se ha reducido en un 40%: de 108 millones en 2006 a 65 millones en 2010.

81. La incesante labor de lucha antivectorial se ha traducido en los siguientes resultados: i) se ha certificado la interrupción de la transmisión vectorial de *Tripanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en todos los países centroamericanos donde la enfermedad es endémica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) y México, con apoyo del Canadá, España y el Japón; ii) se ha certificado la interrupción de la transmisión por *Triatoma infestans* en las regiones peruanas de Moquegua y Tacna, con apoyo del Canadá y España, así como en La Paz (Estado Plurinacional de Bolivia); y iii) se ha avanzado sustancialmente en el control del vector en las provincias argentinas de Catamarca, La Rioja, Misiones, San Luis y Santa Fe, con apoyo de España, gracias a lo cual es de prever que pronto se confirme la interrupción de la transmisión en las provincias de Misiones y Santa Fe.

82. La mejora de las labores de diagnóstico y tratamiento ha deparado varios resultados. Gracias a las iniciativas subregionales emprendidas en las Américas con apoyo de la OMS y la OPS, se ha detectado un mayor número de casos y se ha ampliado el acceso al tratamiento. De los menos de 50 tratamientos con nifurtimox administrados en 2005 se pasó a más de 1500 en 2010. Ha aumentado la demanda de benznidazol, y ahora se trata con este medicamento a más de 7000 personas al año. La mejora del diagnóstico y el tratamiento ha permitido detectar un mayor número de casos y determinar las zonas donde hay transmisión activa (la región sudamericana del Chaco, la Amazonia y la frontera entre El Salvador y Guatemala), y también detectar en mayor medida y tratar con más eficacia los casos resultantes de transmisión congénita (en Argentina, el número de embarazadas sometidas a análisis sistemático pasó de 50 000 en 1997 a 130 000 en 2010) y de transmisión accidental, por transfusión sanguínea o por vía oral, así como los casos de coinfección (por el VIH y *T. cruzi*). Como parte de estas medidas de refuerzo se siguen armonizando los protocolos de diagnóstico y tratamiento, y cuatro países tienen instituidos sistemas de vigilancia del tratamiento y detección de farmacorresistencias.

83. En ocho países donde la enfermedad es endémica, un equipo coordinado por la OMS y la OPS ha efectuado encuestas seroepidemiológicas para determinar las condiciones de transmisión y certificar la interrupción de la transmisión vectorial.

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

84. Entre las medidas destinadas a incidir en los determinantes sociales de la enfermedad de Chagas están la sustitución o mejora de las viviendas y estructuras peridomiciliarias en 11 países, así como intervenciones centradas en la participación social y comunitaria en 18 países.

85. Existen alianzas establecidas específicamente para combatir con más eficacia la enfermedad de Chagas. Gracias a la colaboración de la Iniciativa Medicamentos para las Enfermedades Desatendidas con la empresa farmacéutica que fabrica el benznidazol en el Brasil, pronto estará disponible una formulación de uso pediátrico. El proceso de colaboración entre la mencionada iniciativa y la OPS depuró una aplicación informática que los Estados Miembros pueden utilizar para estimar sus necesidades de benznidazol. La Argentina y Colombia se han comprometido a destinar recursos a la investigación para perfeccionar las técnicas de laboratorio utilizadas en el control de diagnósticos y tratamientos. El Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales presta apoyo con actividades de creación de capacidad e investigación para perfeccionar las herramientas de diagnóstico y la lucha antivectorial. Los Centros Colaboradores de las Américas trabajan ahora mismo en varias iniciativas.

86. El acceso a nifurtimox de gran calidad está garantizado hasta 2017 gracias a donaciones de la empresa farmacéutica Bayer AG. El acceso al benznidazol sigue siendo problemático, y están en marcha negociaciones con el fabricante para responder a la inquietud por el suministro y la fabricación de este fármaco.

87. En las Regiones de Europa y el Pacífico Occidental se crearon sendas redes destinadas a mejorar la obtención de datos y a estandarizar normas para la lucha contra la enfermedad de Chagas (prevención, control de la transmisión y atención sanitaria). Además, los países donde la enfermedad no es endémica están reforzando la vigilancia, a fin de conjurar el riesgo de transmisión por transfusión sanguínea o trasplante de órganos, y mejorando las medidas de control de la transmisión congénita.

G. HEPATITIS VIRALES (resolución WHA63.18)

88. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

89. En 2010 la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA63.18, en la que se alude a la necesidad de un enfoque integrado de la prevención y el control de las hepatitis víricas. Para responder a las peticiones formuladas en la resolución, la Secretaría ha adoptado un planteamiento amplio en el que se incluyen la expansión de las intervenciones que han tenido éxito, el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la formulación de nuevas estrategias, al mismo tiempo que se movilizan los recursos que tanto se necesitan. La labor de la Secretaría sigue cuatro ejes estratégicos.

90. **Eje estratégico 1: sensibilización y movilización de recursos.** Las actividades se centran en la sensibilización sobre el problema de las hepatitis víricas entre las instancias normativas, los profesionales sanitarios y el público; el fortalecimiento de las medidas de prevención y control, y la eliminación de la discriminación de los infectados.

91. La OMS patrocinó la celebración del primer Día Mundial de la Hepatitis el 28 de julio de 2011. Bajo el lema «Esto es la hepatitis... Conócela. Afróntala. La hepatitis afecta a todos, en todas partes», la OMS apoyó una serie de actividades en colaboración con la sociedad civil. Entre los materiales de la campaña (producidos en diferentes idiomas) hubo notas descriptivas técnicas, notificaciones

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

en la web, noticias, comunicados de prensa, una declaración en vídeo de la Directora General, pósteres, intervenciones en las redes sociales y una serie de productos audiovisuales. La amplia participación de los medios de comunicación contribuyó a aumentar la notoriedad tanto de los problemas causados por las hepatitis víricas como de las soluciones disponibles para hacer frente a las diferentes enfermedades en cuestión.

92. Eje estratégico 2: datos para las políticas y la acción. La OMS está actualizando las estimaciones de la prevalencia y la carga mundiales de las hepatitis víricas. Se están haciendo esfuerzos para comunicar los resultados y crear instrumentos que permitan a los gobiernos elaborar políticas y planes costoeficaces y basados en pruebas científicas. Se están ultimando directrices y normas sobre la vigilancia, de modo que los países puedan priorizar mejor los recursos y seleccionar intervenciones adecuadas, que van de la inmunización al tratamiento antivírico, y de la realización de pruebas de detección en los suministros de sangre a la garantía de la seguridad en las prácticas y los entornos de la atención sanitaria. También se van a publicar orientaciones sobre las encuestas serológicas como medio para seguir las tendencias de las hepatitis víricas y evaluar el impacto de las medidas preventivas.

93. Eje estratégico 3: prevención de la transmisión. Las medidas preventivas eficaces se están adaptando al crecimiento de la población, a los cambios epidemiológicos y a las nuevas limitaciones económicas. La OMS está reexaminando las políticas de inmunización, tales como las relacionadas con los calendarios vacunales, la protección de los recién nacidos y el personal sanitario (especialmente frente a la infección por el virus de la hepatitis B), la ampliación de las funciones de las vacunas existentes contra la hepatitis A, las nuevas vacunas contra la hepatitis E o estrategias innovadoras para el futuro. Igual que la aparición de la epidemia de VIH/sida en los años ochenta llevó a la realización de campañas que cambiaron muchos comportamientos, la promoción continua de la salud debe centrarse en los comportamientos modificables que conllevan un riesgo de infección. Los mensajes clave para la prevención de las hepatitis son el control de la infección, la seguridad de las relaciones sexuales y la formulación de estrategias que los países puedan aplicar a la seguridad de los productos sanguíneos, las inyecciones y los alimentos y el agua.

94. Eje estratégico 4: detección, atención y tratamiento. En el último decenio se han hecho progresos rápidos en el tratamiento farmacológico de las hepatitis B y C. En consecuencia, la hepatitis C suele ser curable y la hepatitis B crónica puede controlarse a largo plazo. Es de importancia capital que se proporcionen directrices sobre la detección de los pacientes con hepatitis B y C, a fin de incrementar su acceso a la atención y gestionar la resistencia farmacológica. Habrá que prestar especial atención a los entornos con escasos recursos. Por consiguiente, la Secretaría está desarrollando un paquete de recursos entre los que se encuentran la dispensación de asesoramiento adecuado antes y después de la realización de las pruebas de detección, como parte de un marco asistencial, terapéutico y de prestación de apoyo a los países para que logren que los tratamientos sean más accesibles y asequibles.

95. La OMS ha establecido un equipo dedicado a las hepatitis que está radicado en la sede y dispone de coordinadores en las oficinas regionales, y que será el encargado de coordinar la colaboración con los asociados y los Estados Miembros a fin de crear instrumentos y productos que permitan seguir avanzando en la importante labor que se está realizando en cada uno de estos ejes. Gracias a este esfuerzo se creará o desarrollará en los países un marco operacional que permita cumplir el mandato establecido en la resolución WHA63.18.

96. A fin de que los Estados Miembros y la Secretaría puedan controlar estrechamente los progresos hacia la plena aplicación de la resolución WHA63.18, se están desarrollando instrumentos para la evaluación por países de la prevención y el control integrales de las hepatitis, y se ha empezado a trabajar en una segunda serie de informes sobre estudios nacionales de las políticas y la aplicación.

H. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE Y LA TUBERCULOSIS ULTRARRESISTENTE (resolución WHA62.15)

97. En la resolución WHA62.15, la Asamblea de la Salud insta a los Estados Miembros a que implanten el acceso universal al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis multirresistente y ultrarresistente y solicita a la OMS que apoye el proceso. Se han logrado unos progresos considerables, y 26 de los 27 Estados Miembros que representan más del 85% de los casos nuevos de tuberculosis multirresistente a nivel mundial tienen actualmente planes para ampliar el acceso a la atención. En septiembre de 2011, el Comité Regional para Europa adoptó el Plan de acción unificado para prevenir y combatir la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente en la Región de Europa de la OMS, 2011-2015 (resolución EUR/RC61/R7).

98. Como parte de los esfuerzos para prevenir la aparición de la tuberculosis farmacorresistente, los 22 países con una carga elevada de esta enfermedad han adoptado las estrategias recomendadas por la OMS para implicar en las actividades de control a prestadores de servicios de salud pertinentes mediante colaboraciones publicoprivadas. En 2011, entre un 20% y un 40% de los casos de tuberculosis registrados fueron notificados por prestadores de servicios ajenos a los programas nacionales antituberculosos en 20 países (entre ellos 10 con una carga elevada de esta enfermedad) en zonas que están poniendo en práctica los métodos mixtos publicoprivados. Habida cuenta de que los medicamentos de calidad asegurada son esenciales para prevenir y tratar la tuberculosis farmacorresistente, la OMS ha facilitado asistencia técnica y asesoramiento estratégico sobre normas de calidad y cuestiones de reglamentación a fabricantes y autoridades de reglamentación en más de 70 países.

99. Entre 2008 y 2011 la OMS introdujo nuevas políticas sobre la gestión programática de la tuberculosis farmacorresistente y nuevos instrumentos para el diagnóstico de laboratorio; además, avaló seis tecnologías nuevas para efectuar la prueba de sensibilidad a los antibióticos, en particular el ensayo Xpert MTB/RIF, una nueva técnica molecular para diagnosticar tanto la tuberculosis como la resistencia a la rifampicina en menos de dos horas. La OMS ha preparado guías para los países acerca del uso de estas pruebas y está coordinando el proyecto de Ampliación del acceso a nuevos métodos de diagnóstico de la tuberculosis, que pretende mejorar el acceso a las pruebas de sensibilidad a los antibióticos en 27 países prioritarios. En 18 de esos países la transferencia de tecnología ha culminado o está en vías de hacerlo. A fines de 2011, 40 países en desarrollo habían implantado la tecnología Xpert MTB/RIF.

100. En 2011 se puso en marcha un nuevo marco mundial con el fin de coordinar el apoyo prestado por la OMS y sus asociados a los países con miras a que estos amplíen el acceso a la asistencia por parte de los pacientes con tuberculosis multirresistente. Actualmente, todos los países tienen derecho a comprar medicamentos antituberculosos de segunda línea de calidad asegurada por conducto del Servicio Farmacéutico Mundial (mecanismo de adquisición apoyado por la OMS), pero el costo de estos productos sigue siendo demasiado alto. Se prevé que en torno a 2013 empezarán a usarse en la clínica dos nuevos medicamentos antituberculosos, y la OMS está preparando las normas para su introducción y uso correctos.

101. La OMS brinda apoyo a los países para que vigilen el acceso de los enfermos con tuberculosis multirresistente a la asistencia y para que modernicen los sistemas de tecnología de la información que están usando con esta finalidad. Unos 21 países con una carga elevada de tuberculosis están usando o se proponen adoptar sistemas electrónicos para la gestión de datos, y 10 están planificando, han empezado recientemente o han finalizado encuestas de farmacorresistencia con el fin de mejorar la exactitud de la información recopilada.

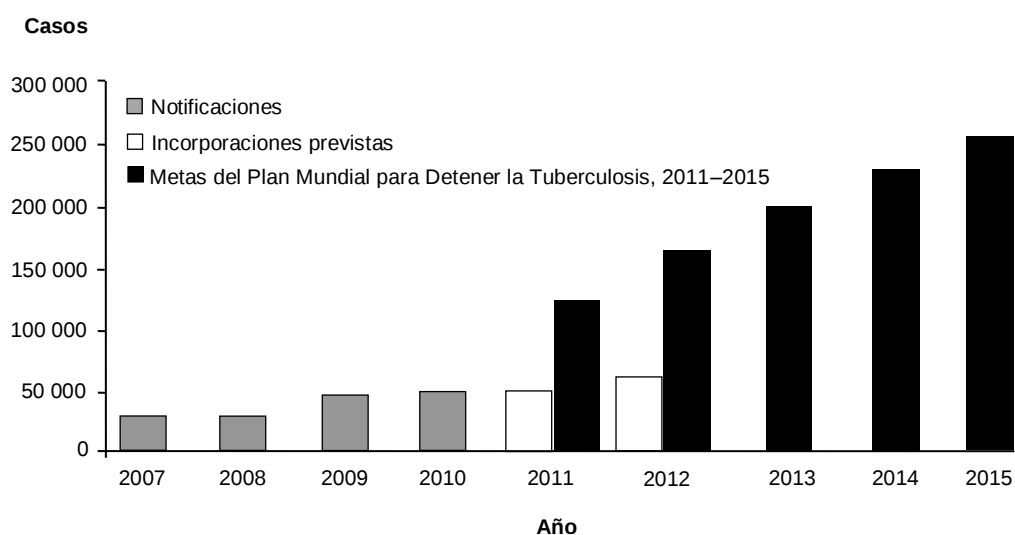
102. A pesar de estos progresos, al ritmo actual de mejoras no se cumplirán las metas fijadas en la resolución WHA62.15. A escala mundial, apenas un 6% de las unidades de asistencia sanitaria básica

que atienden enfermos tuberculosos también se ocupan de los afectados por la forma multirresistente. La notificación total de casos de tuberculosis multirresistente aumentó de 29 000 en 2008 a alrededor de 53 000 en 2010, pero está muy por debajo de la meta (véase la figura). Si la prueba de sensibilidad a los antibióticos se pudiera practicar a todos los pacientes tuberculosos notificados, se detectarían unos 290 000 casos de tuberculosis multirresistente cada año, pero en 2010 solo unos 46 000 pacientes con esta forma de la enfermedad (un 16% del total estimado) estaban incorporados en programas de tratamiento, según los informes; y de estos, apenas 13 000 eran tratados de conformidad con las normas de la OMS.

103. Es sumamente urgente que los países se comprometan a destinar más fondos a los programas antituberculosos, aumenten el acceso a pruebas diagnósticas rápidas y asequibles, y traten a una proporción mayor de los enfermos con tuberculosis farmacorresistente. Hay que disminuir los costos del tratamiento y aumentar la capacidad de producción de medicamentos de segunda línea de calidad asegurada. También es preciso fortalecer la capacidad programática para atender a los pacientes tuberculosos mediante la ejecución de la política descrita en la resolución WHA62.15.

104. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹ Durante los debates se hizo referencia a la necesidad de que los Estados Miembros intensifiquen su respuesta a la tuberculosis multirresistente. Un estudio realizado recientemente en la India entre personas infectadas por formas prácticamente intratables y multirresistentes de tuberculosis² es un indicio de los riesgos a los que podrían quedar expuestos los países si no se acelera la aplicación de la resolución WHA62.15.

Notificación de tuberculosis multirresistente, incorporaciones previstas y metas



¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

² Udwadia Z et al. Correspondence: Totally Drug-Resistant Tuberculosis in India. *Clinical Infectious Diseases*. doi:10.1093/cid/cir889 (publicado en línea el 21 de diciembre de 2011).

I. MECANISMO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DEL CÓLERA (resolución WHA64.15)

105. En respuesta a la solicitud formulada por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA64.15 relativa al mecanismo para el control y la prevención del cólera, el presente informe ofrece información actualizada sobre la situación mundial en lo concerniente al cólera y una evaluación de los esfuerzos realizados en relación con los métodos para la prevención y el control de esa enfermedad. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.¹

106. En 2010² se notificaron 317 534³ casos de cólera, 7543 de ellos mortales (tasa de letalidad del 2,38%), lo que supone un incremento de los casos de un 43% con respecto a 2009,⁴ y de un 130% con respecto a 2000.^{5,6} Cuarenta y ocho países notificaron casos. Por primera vez desde 1995 la proporción de casos notificados a la OMS desde el continente africano descendió de un nivel superior al 90% del total mundial a menos del 50%, debido al gran brote que comenzó en Haití en octubre de 2010.⁵ El 79% de los casos y el 89% de las defunciones por cólera a nivel mundial⁵ correspondieron a tres brotes, que afectaron a la cuenca del Lago Chad en África central, la República Dominicana y Haití en el Caribe, y Papua Nueva Guinea en Oceanía.

107. Las actividades destinadas a ampliar las medidas de control prosiguieron durante todo el año. Por ejemplo, Kenya desarrolló un amplio plan de acción nacional, que ya se está aplicando y que servirá de ejemplo para otros países de la región de África. Asimismo, se ha propuesto la ejecución, con carácter experimental, de un plan innovador de educación sanitaria dirigido por las comunidades.

108. En una reunión especial organizada por la OMS en Ginebra en mayo de 2011, los expertos participantes examinaron los principios de un plan de respuesta integrada a brotes para crisis humanitarias en gran escala. Se llegó a un sólido consenso con respecto al empleo de vacunas anticoléricas de forma reactiva durante los brotes, a fin de reducir la mortalidad en las zonas en que no se pueden llevar a cabo con eficacia otras intervenciones. Es importante que esas campañas de vacunación no entorpezcan otras intervenciones de alta prioridad.

109. En septiembre de 2011 se celebró en Ginebra una consulta de la OMS en la que los expertos examinaron una estrategia para establecer una reserva de vacuna anticolérica. Se ha presentado una propuesta para financiar un proyecto en el que un grupo de trabajo se encargará de determinar los siguientes pasos a seguir. La precalificación por la OMS de una segunda vacuna en septiembre de 2011 constituyó un paso importante para mejorar la disponibilidad de vacunas contra el cólera.

110. Los países están haciendo grandes esfuerzos por mejorar el control del cólera en las zonas en que la enfermedad es endémica, pero los progresos se han visto dificultados por el creciente número de per-

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

² Cholera, 2010; *Weekly Epidemiological Record*, 2011, **86**(31):325-340.

³ Todos los datos utilizados en este informe se notificaron a la OMS a través de los sistemas nacionales de vigilancia de las enfermedades.

⁴ Cholera 2009; *Weekly Epidemiological Record*, 2010, **85**(31):293-308.

⁵ Cholera 2000; *Weekly Epidemiological Record*, 2001, **76**:233-240.

⁶ En las tendencias y los niveles relativos a los casos y defunciones notificados influyen las tasas de notificación de los sistemas nacionales de vigilancia y el número de países que presentan información.

sonas que vive en condiciones insalubres, el aumento de las migraciones, las deficiencias en las infraestructuras, el impacto del cambio climático y la competencia entre las prioridades de salud pública.

111. El 11 de enero de 2012, con ocasión del segundo aniversario del terremoto de Haití, la comunidad internacional —con inclusión de la OPS, el UNICEF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América)— lanzaron la iniciativa Llamado a la acción: la Hispaniola libre de cólera. La finalidad de esta iniciativa consistía en pasar del control del cólera a su erradicación mediante inversiones esenciales en infraestructura de abastecimiento de agua, saneamiento e higiene, ya que se considera que son las únicas medidas para el control de esta enfermedad a largo plazo.

112. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) acogen ya oficialmente la Red Internacional de Promoción del Tratamiento y el Almacenamiento Seguro del Agua Doméstica. Está previsto redoblar los esfuerzos para promover las actividades en las zonas en que el cólera es endémico. Este tema se examinó en el Sexto Foro Mundial sobre el Agua (Marsella, 7-12 de marzo de 2012), en el marco del cual se celebró también una reunión sobre la prevención y el control del cólera en África.

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

113. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

114. Por primera vez en 50 años, el número de casos notificados de tripanosomiasis africana humana ha disminuido por debajo de 10 000; se notificaron 9878 casos nuevos en 2009, y 7139 en 2010. El número de casos notificados ha disminuido en un 73,4% en el periodo 2001-2010.

115. La forma crónica de la enfermedad, causada por *Trypanosoma brucei gambiense*, es endémica en 24 países. En 2009 y 2010, 11 de esos países (Benin, Burkina Faso, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Níger, Senegal, Sierra Leona y Togo) no notificaron casos nuevos, mientras que otros ocho (Camerún, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Guinea, Guinea Ecuatorial, Nigeria y Uganda) notificaron un promedio de menos de 100 al año. Angola, el Chad, la República Centroafricana y el Sudán han notificado entre 100 y 1000 nuevos casos al año, mientras que la República Democrática del Congo, el país más afectado, ha notificado más de 1000.

116. La forma aguda de la tripanosomiasis africana humana, causada por *T. b. rhodesiense*, es endémica en 13 países. Durante el mismo periodo, Botswana, Burundi, Etiopía, Mozambique, Namibia, Rwanda y Swazilandia no han notificado casos; Kenya y Zimbabwe han notificado casos esporádicos; Malawi, la República Unida de Tanzania y Zambia han notificado menos de 100 nuevos casos al año, y Uganda ha notificado entre 100 y 1000.

117. Las alianzas publicoprivadas han permitido que los países donde la tripanosomiasis africana humana es endémica utilicen las mejores opciones terapéuticas disponibles. En abril de 2009, el Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales aprobó para el tratamiento del estadio 2 de la enfermedad por *T. b. gambiense* la combinación de eflornitina y nifurtimox, que reduce la duración del tratamiento farmacológico, facilita su administración y proporciona el mismo nivel de

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

eficacia que el tratamiento únicamente con eflornitina. Gracias a esta nueva opción terapéutica, solo se trataron con melarsoprol, más tóxico, el 12% de los casos notificados en 2010, frente al 86% de los notificados en 2008. Este éxito se atribuye a la creación de capacidad y a la distribución gratuita de un kit que contiene todo el material necesario para administrar la combinación de los dos fármacos.

118. Pese a los resultados alentadores y a las buenas perspectivas, el proceso todavía es frágil, y la tripanosomiasis africana humana sigue siendo una amenaza en África, en vista de lo cual los países en los que la enfermedad es endémica deberían recibir apoyo para reforzar las actividades de control mediante la identificación de bolsas aisladas de transmisión de la enfermedad y la mejora de la vigilancia y la notificación. Para ello debería adoptarse una estrategia integrada, en la que las actividades de vigilancia y de control se enmarquen en sistemas de salud reforzados y operacionales.

119. La reducción del número de casos notificados de tripanosomiasis africana humana ha contribuido a mermar el interés por la cooperación, tanto bilateral como entre las organizaciones no gubernamentales y los donantes, así como la concienciación acerca de la amenaza que la enfermedad representa para el desarrollo y la salud pública en países en los que es endémica. Esta tendencia se está viendo reforzada por el establecimiento de otras prioridades en materia de salud pública. Por consiguiente, se corre el riesgo de que el control y la vigilancia se estanquen, algo que ya ocurrió a finales de los años sesenta y que en última instancia condujo al retorno de la enfermedad. Para garantizar que la historia no se repita hay que mantener la sensibilización acerca de la enfermedad, redoblando los esfuerzos en materia de promoción. El objetivo debería consistir en velar por que a la enfermedad se le conceda prioridad en las agendas sanitarias tanto de los donantes como de los países en los que es endémica. Es necesario fortalecer el control y la vigilancia sobre el terreno, y acelerar la investigación sobre instrumentos que respalden el desarrollo de nuevas estrategias para involucrar a los sistemas de salud en el control y la vigilancia costoeficaces y sostenibles de la tripanosomiasis africana humana.

120. En su lucha contra esta enfermedad, la OMS sigue colaborando con la Comisión de la Unión Africana en el marco de la Campaña Panafricana de Erradicación de la Mosca Tsetse y la Tripanosomiasis, y con la FAO en el marco del Programa Interinstitucional contra la Tripanosomiasis Africana.

K. ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR SANITARIO PARA EL VIH/SIDA, 2011-2015 (resolución WHA64.14)

121. En su resolución WHA64.14, la Asamblea de la Salud aprobó la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015. El presente informe responde a la solicitud formulada en dicha resolución de que la Directora General diera cuenta de los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

122. Se elaboró un plan operativo en el que se detallan los principales resultados de la OMS para secundar la aplicación de la Estrategia, plan que está en consonancia con el marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas para 2012-2015 del ONUSIDA.² El Departamento de VIH/Sida culminó en julio de 2011 un proceso de reajuste estratégico destinado a optimizar su estructura y plantilla para aplicar la Estrategia en una coyuntura de escasez de recursos.

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

² http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/20110526_UBRAF%20Part%201_final.pdf (en inglés) (consultado el 21 de febrero de 2012).

123. El 20 de junio de 2011 se celebraron en Ginebra consultas con Estados Miembros, el ONUSIDA, asociados para el desarrollo, entidades de la sociedad civil y copatrocinadores sobre el modo de plasmar la Estrategia mundial en medidas concretas en los países. Se ha avanzado en el proceso de adaptar la Estrategia a cada región. En octubre de 2010 el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, en su resolución EM/RC57/R.5, aprobó la estrategia regional. En septiembre de 2011 el Comité Regional para Asia Sudoriental aprobó una resolución en la que acogía con beneplácito la aprobación de la Estrategia por parte de la Asamblea de la Salud,¹ y en octubre de 2011 el Comité Regional para Europa, en su resolución EUR/RC61/R8, aprobó un plan de acción. En el primer semestre de 2012 se revisará el plan regional de la OPS para 2006-2015.² La Oficina Regional para África está actualizando una estrategia regional,³ que el Comité Regional para África examinará en 2012. El 10 de junio de 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su *Declaración política sobre el VIH y el Sida*, hacía notar la Estrategia mundial.⁴

124. Se han definido prioridades para el bienio 2012-2013. En una reunión de consulta sobre el uso estratégico de medicamentos antirretrovíricos para prevenir y tratar la infección por el VIH,⁵ se abordaron temas como nuevas investigaciones sobre los efectos preventivos de la terapia antirretrovírica, los beneficios sanitarios generales de empezar a administrar cuanto antes un tratamiento antirretrovírico, la eficacia de la profilaxis previa a la exposición al VIH con fármacos antirretrovíricos o el uso de microbicidas vaginales. Uno de los resultados de la consulta es un conjunto de directrices, ahora en preparación, sobre el uso prioritario de fármacos antirretrovíricos. Como parte de la división del trabajo dentro del ONUSIDA,⁶ la OMS, junto con el UNICEF, encabeza las actividades sobre prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y ha intervenido activamente en la concepción de un plan mundial para eliminar las infecciones por el VIH en los niños.⁷ La iniciativa «Tratamiento 2.0», coordinada por la OMS y el ONUSIDA, tiene por finalidad optimizar la administración del tratamiento contra el VIH con el fin de hacer realidad el acceso universal a ese tratamiento para 2015.

125. La Secretaría continúa siguiendo de cerca la pandemia de VIH y la respuesta del sector de la salud. En noviembre de 2011, la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF publicaron conjuntamente un informe sobre la respuesta mundial al VIH/sida.⁸ Nuevos datos ponen de manifiesto que la incidencia mundial del VIH ha decrecido: según las estimaciones, en 2010 hubo 2,7 millones (2,4 a 2,9 millones)

¹ Véase la resolución SEA/RC64/R6.

² Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015, OPS, 2005, http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf (consultado el 21 de febrero de 2012).

³ Documento AFR/RC56/8, HIV prevention in the African Region: a strategy for renewal and acceleration.

⁴ Resolución A/RES/65/277 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, <http://files.sld.cu/sida/files/2011/09/declaracion-politica-sobre-el-vih-y-el-sida-onu-2011.pdf> (consultado el 21 de febrero de 2012).

⁵ Se trata de una consulta oficiosa de la OMS acerca del uso estratégico de medicamentos antirretrovíricos que tuvo lugar en Ginebra del 14 al 16 de noviembre de 2011, con la participación de Estados Miembros, investigadores, asociados para el desarrollo, entidades de la sociedad civil y especialistas en la formulación de programas.

⁶ Véase el documento: División del trabajo de apoyo técnico del ONUSIDA: resumen y fundamentos. Ginebra, ONUSIDA, 2005.

⁷ Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, 2011-2015, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_sp.pdf (consultado el 21 de febrero de 2012).

⁸ *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

de nuevos casos de infección, lo que representa un 15% menos que en 2001, cuando se registraron 3,1 millones (3 a 3,3 millones) de nuevos casos. También ha disminuido el número de defunciones anuales relacionadas con el sida: del pico máximo de 2,2 millones (2,1 a 2,5 millones) registrado en 2005 se pasó a alrededor de 1,8 millones (1,6 a 1,9 millones) en 2010. Sin embargo, estas cifras ocultan sustanciales diferencias entre las regiones.

126. Se ha avanzado considerablemente en la respuesta del sector de la salud al VIH. En 13 países del África subsahariana con elevada carga de infección se han ampliado los programas de prevención por circuncisión masculina médica. En 2010 se practicaron 410 000 operaciones, si bien esta cifra corresponde apenas a un 2% del número de operaciones que según los cálculos habría que realizar. Ahora hay más personas que conocen su estado serológico gracias al incremento del 22% en el número de centros de salud que ofrecían servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH en 2010, en comparación con 2009. Sin embargo, aún son insuficientes los servicios relacionados con el VIH para las poblaciones expuestas a mayor riesgo, esto es, consumidores de drogas inyectables, profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones homosexuales y personas transexuales. Sigue adelante la fructuosa ampliación del tratamiento contra el VIH: a finales de 2010, en los países de ingresos bajos o medios estaban recibiendo terapia antirretrovírica 6,6 millones de personas, lo que supone un incremento del 27% con respecto a finales de 2009. También ha mejorado el acceso a fármacos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil: en 2010, el porcentaje de embarazadas VIH-positivas que tuvieron acceso a ese tratamiento fue del 59%, por un 48% en 2009.

L. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: ESTRATEGIA MUNDIAL (resolución WHA59.19)

127. El presente informe ofrece una puesta al día de los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual, adoptada por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA59.19. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

128. En la Región de Europa de la OMS se elaboró un marco regional para aplicar la estrategia mundial, que posteriormente fue examinado por representantes de los Estados Miembros de la Región, organizaciones internacionales asociadas y la sociedad civil. Se llevaron a cabo sendas misiones a Kirguistán, Tayikistán y Ucrania con el fin de prestar apoyo técnico para fortalecer las intervenciones para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual. En septiembre de 2011, con ocasión del 26.º Congreso Europeo de la Unión Internacional contra las Infecciones de Transmisión Sexual (Riga (Letonia), del 8 al 10 de septiembre de 2011), la OMS organizó un simposio que permitió catalizar el compromiso de los países de la Región.

129. En la Región del Pacífico Occidental se llevó a cabo una reunión para efectuar un examen a mitad de periodo del Plan de acción estratégico regional para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual (Ulaanbaatar (Mongolia), del 18 al 20 de octubre de 2010). En la reunión se dieron a conocer los progresos realizados en la ejecución del plan mencionado; se informó del descenso de las tasas de infecciones de transmisión sexual, incluida la causada por el VIH, así como el mantenimiento de la prevalencia baja de infección por el VIH en Camboya, Filipinas, Mongolia, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam. En Camboya, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual, incluida la causada por el VIH, entre los profesionales del sexo se ha reducido gracias a

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

una intervención integral focalizada que combina actividades de extensión y educación entre compañeros, promoción del uso de condones, el programa «Uso del condón al 100%» y la prestación de servicios regulares para atender las infecciones de transmisión sexual. En Filipinas, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam, las tasas de infecciones de transmisión sexual en los profesionales del sexo han disminuido gracias al tratamiento periódico presuntivo, además de otras intervenciones dirigidas especialmente a ellos.

130. En la Región de las Américas se han preparado y distribuido orientaciones para integrar los servicios y programas de salud sexual y reproductiva con las actividades de prevención de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH. En el Caribe, la Secretaría apoyó a Guyana en la preparación de la estrategia nacional contra las infecciones de transmisión sexual. En 2010 se realizó una reunión con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta, Estados Unidos de América) y otras partes interesadas que se centró en la atención y la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual en el Caribe. Se evaluó lo realizado por ocho países en cuanto a la prevención y el control de dichas infecciones en el contexto de la respuesta de los sistemas de salud frente a la infección por el VIH en el periodo 2008-2011. La prevención de las enfermedades de transmisión sexual también ha sido un componente destacado de las actividades regionales para mejorar la educación sexual completa y la promoción de la salud sexual, de conformidad con la Declaración Ministerial de la Ciudad de México: «Prevenir con educación» (2008).

131. En la Región de Asia Sudoriental, la Secretaría, apoyándose en la Estrategia regional para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH, para 2007-2015, ha propugnado la aplicación de un método integrado. Se ha alentado a los Estados Miembros a incluir el control de las infecciones de transmisión sexual en las propuestas presentadas al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, preparadas con el apoyo técnico de la Secretaría. En 2011, la Oficina Regional para el Asia Sudoriental formuló unas directrices para la atención de las infecciones de transmisión sexual que se distribuyeron en los países. La Secretaría también proporcionó apoyo técnico para poner al día las directrices nacionales sobre las infecciones de transmisión sexual en Indonesia, las Maldivas, Myanmar y Sri Lanka. Se realizaron misiones técnicas en Myanmar para preparar y realizar encuestas de la prevalencia de dichas infecciones en grupos de alto riesgo. Además, se patrocinó la estancia en Bangkok de dos profesionales del laboratorio nacional de salud de Yangon a fin de que se capacitaran en la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual; en Myanmar, todo el personal de laboratorio de los consultorios para la atención de estas infecciones fue capacitado a nivel nacional en materia de diagnóstico. Como parte del examen externo de la respuesta del sector de la salud frente a la infección por el VIH, se evaluó en Indonesia el programa contra las infecciones de transmisión sexual. En la India, Sri Lanka y Tailandia siguieron bajando las tasas de estas infecciones en los profesionales del sexo gracias a la aplicación del tratamiento sintomático y causal, la promoción del uso de preservativos y otras intervenciones. La Oficina Regional también impulsó la ejecución de estrategias con miras a ampliar la vigilancia de la resistencia de los gonococos a los antibióticos.

132. En la Región de África, aún no se conoce del todo la prevalencia real de las infecciones de transmisión sexual, lo que obedece sobre todo a la falta de datos. Como resultado, la mayoría de los países de la Región han incluido la prevención y el control como partes integrales de los programas de prevención de la infección por el VIH y de salud sexual y reproductiva. En 2010, los Estados Miembros de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo adoptaron un marco para la prevención y el control que concuerda con la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Posteriormente, muchos de los países interesados han puesto al día las directrices nacionales correspondientes. Como parte de la notificación de los progresos realizados en la aplicación del marco se han recogido en los países datos sobre dos indicadores pertinentes: 1) el núme-

ro de lugares donde se prestan servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual a los profesionales del sexo (expresado como tasa por 1000); y 2) la prevalencia de sífilis en las mujeres que asisten a los consultorios de atención prenatal. En 2009, nueve países informaron acerca del primer indicador, y 28 acerca del segundo. Los resultados variaron ampliamente, pues la tasa de lugares que prestan servicios para atender las infecciones de transmisión sexual varió desde 0,5 por 1000 profesionales del sexo en Guinea hasta 14,4 por 1000 en Santo Tomé y Príncipe. La prevalencia de sífilis en las mujeres atendidas en consultorios prenatales sobrepasó el 5% en países como el Chad, Ghana, Madagascar, Mozambique y Zambia. El tamizaje del cáncer cervicouterino mediante inspección visual con ácido acético y el tratamiento con crioterapia se están ampliando en Madagascar, Malawi, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Uganda y Zambia.

133. En la Región del Mediterráneo Oriental se han llevado a cabo los exámenes regionales anuales de las actividades de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH, y se han formulado recomendaciones a los ministerios de salud y los organismos asociados. La reunión regional de partes interesadas para la puesta en práctica de la Estrategia regional para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual 2009-2015 (Hammamet (Túnez), del 8 al 11 de junio de 2009) estableció prioridades, objetivos, cronogramas e indicadores de desempeño. Se brindó apoyo a tres países —Irán (República Islámica del), República Árabe Siria y el Yemen— para que elaboraran el plan nacional de acción contra las infecciones de transmisión sexual y lo integrasen en los planes nacionales contra la infección por el VIH. Se ha dado apoyo técnico a Irán (República Islámica del), el Iraq, Marruecos, Omán, la Ribera Occidental y la Franja de Gaza, Somalia, el Sudán, Sudán del Sur, Túnez y el Yemen con respecto a la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH, junto con un examen a fondo de los sistemas de vigilancia correspondientes.

134. De acuerdo con el papel protagónico de la OMS al frente de la coordinación y las actividades mundiales contra la resistencia a los antibióticos, la Secretaría ha trazado un plan de acción mundial para controlar la propagación y reducir los efectos de dicho fenómeno en *Neisseria gonorrhoeae*, con el objetivo de mejorar la prevención, el diagnóstico y el control de la infección en el mundo, así como mitigar los efectos sanitarios de la farmacoresistencia, mediante medidas multisectoriales en colaboración mejoradas, sostenidas y basadas en datos científicos. La OMS ha establecido una red de laboratorios especializados que vigilan la propagación mundial de *N. gonorrhoeae* y brindan asesoramiento al respecto. Dichos laboratorios están en Australia, el Canadá, la India, Sudáfrica y Suecia. Asimismo, se ha fortalecido la colaboración con la División de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos), el Organismo de Protección de la Salud (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) y el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades con el fin de combatir la resistencia de *N. gonorrhoeae* a los antibióticos en el mundo. A día de hoy, los datos recopilados muestran que están circulando cepas multirresistentes de gonococos, principalmente en la Región del Pacífico Occidental, que no son afectadas por la combinación de cefalosporinas, quinolonas, penicilinas o tetraciclinas por la vía oral. Han surgido en el Japón gonococos cuya sensibilidad a los antibióticos está disminuida en las pruebas de laboratorio y, en fecha más reciente, ocasionan una resistencia clínica que se manifiesta por el fracaso del tratamiento, lo que es motivo de inquietud en todo el mundo. En la región de Asia y el Pacífico se están propagando gonococos con sensibilidad disminuida y resistencia a las cefalosporinas orales, que también están apareciendo en otras regiones del mundo. Cabe destacar igualmente que programas de vigilancia en los Estados Unidos y el Reino Unido han notificado una tendencia ascendente de la disminución de la sensibilidad de los gonococos a las cefalosporinas orales y la ceftriaxona, algo semejante a lo observado con la penicilina y la tetraciclina en los años cuarenta y cincuenta del pasado siglo. Estudios de resistencia a los antibióticos realizados en varias partes de Sudáfrica han confirmado una resistencia extendida de los gonococos al ciprofloxacino, pero hasta la fecha no hay indicios de resistencia a la cefixima ni a la ceftriaxona. Un estudio semejante realizado en Namibia

comprobó una prevalencia de resistencia al ciprofloxacino del 24% en general; como consecuencia, en 2008 el Ministerio de Salud y Servicios Sociales modificó las directrices nacionales y se sustituyó el ciprofloxacino por la cefixima para tratar las infecciones presuntamente causadas por gonococos. En Marruecos, las directrices nacionales respectivas también se modificaron y, con apoyo técnico de la Secretaría, se estableció una red nacional para la vigilancia de la farmacorresistencia en *N. gonorrhoeae*.

135. En varias regiones se ha brindado capacitación para mejorar y ampliar la vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el monitoreo de la resistencia de las infecciones gonocócicas a los antibióticos. En noviembre de 2010, se llevó a cabo un taller —organizado por la Universidad de Saskatchewan (Saskatoon, Canadá)— para reactivar el Programa para la vigilancia de la susceptibilidad de los gonococos a los agentes antimicrobianos en América Latina y el Caribe. La OPS está fortaleciendo la vigilancia de la sensibilidad de *N. gonorrhoeae* mediante una red institucionalizada en los ministerios de salud de la que formarán parte los laboratorios nacionales de referencia. En la Región de África, 23 enfermeros y tres técnicos de laboratorio recibieron capacitación en Harare en octubre de 2010; dos biólogos de Madagascar se capacitaron en el laboratorio de referencia de Sudáfrica en marzo de 2011; y tres técnicos de laboratorio de la República Unida de Tanzania se capacitaron en Sudáfrica en junio de 2011. En la Región de Asia Sudoriental, se llevó a cabo un taller de capacitación para cuatro técnicos de laboratorio de Bhután en el laboratorio de referencia de la India, en junio de 2010. En diciembre de 2010, en ese mismo centro recibieron capacitación un microbiólogo de Bhután, nueve de la India y uno de Sri Lanka. En este último país, en octubre de 2011, unos 20 directores de programas de los 11 países de la Región de Asia Sudoriental recibieron capacitación completa en materia de vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual.

136. Se han realizado progresos con respecto a la iniciativa de la OMS para lograr la eliminación mundial de la sífilis congénita. Se estableció un sistema de monitoreo dentro del sistema de notificación de las actividades de la OMS para lograr la meta del acceso universal a la prevención, el tratamiento y el apoyo relacionados con la infección por el VIH. En 2010, 16 países de ingresos bajos y medianos habían alcanzado la meta de la eliminación mundial para 2015 consistente en efectuar la detección de la sífilis en al menos el 90% de las embarazadas de entre 15 y 24 años de edad que recibían atención prenatal. En junio de 2011 se emprendió una iniciativa piloto en torno a la eliminación simultánea de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y la infección por el VIH mediante el fortalecimiento de los servicios de atención prenatal, en la que intervienen seis países de la Región de África: Ghana, Madagascar, Mozambique, República Centroafricana, República Unida de Tanzania y Zambia. En 2009, 11 países de la Región de las Américas presentaron datos indicativos de que podían haber logrado la meta de eliminación de la sífilis congénita como un problema de salud pública al alcanzar una incidencia inferior a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. En noviembre de 2009, la OPS y el UNICEF pusieron en marcha la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis en América Latina y el Caribe,¹ avalada por entidades regionales clave como los médicos jefes del Caribe y el Grupo de Ministros Responsables de la Salud de la CARICOM, así como la Reunión de Ministros de Salud de la Región Andina (REMSA) de 2010.² En septiembre de 2010, el Consejo Directivo de la OPS adoptó la estrategia y aprobó el Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita hasta el 2015,³ y 22 países han implantado planes para lograr la eliminación. En septiembre de 2011, en la región de Asia-Pacífico se implantó un marco para

¹ Véase: *2010 Situation analysis: elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas*. Washington DC, PAHO, 2011.

² REMSA. Eliminación de la sífilis congénita, de la transmisión vertical del VIH y disminución del VIH pediátrico. Resolución REMSA XXIV/3. Caracas, 2010.

³ Resolución CD50.R12.

la eliminación de las nuevas infecciones pediátricas por el VIH y la sífilis congénita para el periodo 2011-2015.¹ La Región de Asia Sudoriental ha preparado los indicadores, una definición de casos y las metas de la eliminación. Por último, en la Región del Pacífico Occidental el método de «todo en un solo lugar» logró reducir en Mongolia las tendencias de la sífilis congénita notificada.

137. Con el fin de colmar las lagunas de información estratégica sobre las infecciones de transmisión sexual, se han efectuado estimaciones de la prevalencia e incidencia mundiales y regionales en adultos de 15 a 49 años de edad de las infecciones susceptibles de tratamiento causadas por *Chlamydia trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* y *Trichomonas vaginalis*. Se calcula que el número total de casos nuevos por año alcanzó los 448 millones en 2005. Se ha seguido trabajando para actualizar las estimaciones mediante el análisis de los datos entre 2005 y 2008; así pues, se calcula que en 2008 se produjeron 498 millones de casos nuevos de las cuatro infecciones mencionadas.

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

138. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.²

139. En la resolución WHA57.12, la Asamblea de la Salud pidió al Director General que asigne suficiente prioridad, compromiso y recursos institucionales para apoyar una promoción y aplicación efectivas de la estrategia de salud reproductiva; que preste apoyo a los Estados Miembros para asegurar el abastecimiento de productos de salud reproductiva; y que presente informes al respecto, cuando menos bienales. En septiembre de 2010, el Secretario General de las Naciones Unidas presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño, que vuelve a centrar la atención en el papel crucial de la salud reproductiva en la salud general de la mujer y el niño, y a destacar la necesidad de acelerar los progresos.

140. La Secretaría sigue colaborando con los Estados Miembros en sus esfuerzos por lograr el acceso universal a una atención de calidad de la salud sexual y reproductiva. El trabajo en las regiones incluye el apoyo a los marcos normativos y a los planes para acelerar la mejora de la salud reproductiva, así como la contribución a los documentos de las cumbres ministeriales y parlamentarias sobre la salud reproductiva y el desarrollo. Se está prestando apoyo técnico en varias áreas, como la financiación de la atención sanitaria, el diálogo sobre las políticas, los recursos humanos o el fortalecimiento de la capacidad para atender las necesidades de prestación de servicios relacionados con los componentes fundamentales de la salud sexual y reproductiva.

141. En 2011 la OMS realizó entre los Estados Miembros un cuestionario para evaluar la aplicación de la estrategia mundial sobre la salud reproductiva. Sus resultados indican que se han hecho progresos. Entre los 58 Estados Miembros que respondieron a la encuesta, los progresos se habían visto facilitados por:

¹ Véase: *Elimination of new paediatric HIV infections and congenital syphilis in Asia-Pacific, 2011-2015*. United Nations Children's Fund East Asia and Pacific Regional Office, Bangkok, 2011 (Se consigue en: http://www.unicef.org/eapro/PPTCT_CF_and_ME_guide_17Aug11.pdf; consultado el 22 de febrero de 2012.)

² Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

- el fortalecimiento de las alianzas destinadas a mejorar la capacidad del sistema de salud, formar y fidelizar profesionales sanitarios cualificados y aumentar el acceso a la atención obstétrica de urgencias;
- la actualización de marcos legislativos y normativos armonizados con los planes estratégicos nacionales;
- la obtención de compromisos políticos mediante la demostración de la relación fundamental entre la mejora de la salud reproductiva y el desarrollo;
- el fortalecimiento del seguimiento, la evaluación y la rendición de cuentas a fin de mejorar el acervo de datos para establecer las prioridades, y
- la asignación de recursos nacionales a la salud reproductiva: más del 50% de los países encuestados tenían establecidos procedimientos para seguir los flujos de los recursos.

142. Los resultados de la encuesta también muestran que se estaban poniendo en práctica las intervenciones cada vez más numerosas puestas a punto por la OMS para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud reproductiva. Más del 85% de los países que respondieron indicaron que la atención prenatal focalizada se había integrado en los programas de salud reproductiva y materna; en el 95% de ellos está aprobado el uso del sulfato de magnesio para reducir la mortalidad de la eclampsia, lo cual supone una importante mejora en comparación con los resultados de la encuesta llevada a cabo en 2009, y en más del 95% los medicamentos esenciales para la salud reproductiva figuran en las listas nacionales de medicamentos esenciales. Sin embargo, solo unos dos tercios han incluido la anticoncepción de emergencia entre los métodos anticonceptivos proporcionados por los sistemas públicos de salud, y solo tres cuartos referían tener programas de detección temprana del cáncer cervicouterino. El cribado de la sífilis congénita durante el embarazo todavía no es universal.

143. Al mismo tiempo, los Estados Miembros han identificado obstáculos a la mejora de los servicios de salud reproductiva. Entre ellos se encuentran la inestabilidad o las crisis políticas, la baja calidad de la atención, la mala coordinación de los esfuerzos, la escasez de recursos humanos y la baja motivación del personal, la falta de financiación y de productos, la pobreza, la escasa participación de la comunidad y los factores socioculturales.

144. Esos obstáculos también contribuyen a la irregularidad de los progresos y explican las disparidades observadas con respecto a los resultados en materia de salud reproductiva, y en particular a las variaciones de la reducción de la mortalidad materna entre regiones. A nivel mundial, la reducción anual de la razón de mortalidad materna fue del 2,3% entre 1990 y 2008. En las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, la reducción anual estimada de la razón de mortalidad materna fue del 5%, mientras que en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental fue del 1,7% y 1,5%, respectivamente. Los progresos más lentos en la reducción de la mortalidad materna en el África subsahariana, en comparación con Asia, y el aumento del número de nacimientos han dado lugar a un importante cambio regional de la mortalidad materna. En 1990, aproximadamente un 58% de las muertes maternas mundiales correspondían a Asia y el 36% al África subsahariana; en 2008, esta tendencia se ha invertido, con un 39% de las muertes maternas en Asia y un 57% en el África subsahariana.

145. El acceso a la atención durante el embarazo y el parto es crucial para mejorar la salud materna y reducir su mortalidad. La proporción mundial de partos atendidos por personal sanitario cualificado ha aumentado del 61% en los años noventa al 66% en la década de 2000. Pese a los espectaculares progresos hechos en muchas regiones, la cobertura (es decir, la proporción de partos asistidos por personal cualificado) sigue siendo baja en las Regiones de Asia Sudoriental y África, donde se produce la

mayoría de las muertes maternas. Existen inequidades dependientes del lugar de residencia: en los últimos años el valor mediano de la proporción de partos asistidos por profesionales sanitarios cualificados es del 63% en las zonas rurales, en comparación con el 89% en las zonas urbanas.

146. La planificación familiar es un componente fundamental de la salud sexual y reproductiva, y puede evitar hasta un tercio de las muertes maternas.¹ Aunque el uso mundial de anticonceptivos entre las mujeres casadas o en pareja supera el 60%, hay grandes diferencias entre las regiones. El menor uso de anticonceptivos corresponde a las mujeres del África subsahariana (22% en 2008). Las necesidades desatendidas en materia de planificación familiar, es decir, la diferencia entre las mujeres que desean dejar de tener hijos o tenerlos más tarde y aquellas que no utilizan método anticonceptivo alguno, no ha cambiado en el África subsahariana desde 1990: 26% en 1990 y 25% en 2008.² En los países, dichas necesidades desatendidas son inversamente proporcionales a la riqueza de la familia.²

147. El embarazo supone un riesgo de problemas de salud y sociales para las adolescentes, sobre todo porque tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de salud reproductiva.³ Los datos de 22 países del África subsahariana en el periodo 1998-2008 muestran que las mujeres de 15-19 años casadas o en pareja utilizan los anticonceptivos mucho menos que la totalidad de las mujeres en edad fértil casadas o en pareja (10% y 21%, respectivamente) y tiene niveles similares de necesidades desatendidas en materia de anticoncepción (aproximadamente 25%). Por consiguiente, la proporción de adolescentes cuya demanda de anticoncepción es atendida es mucho menor que la de las mujeres de más edad (29% y 45%, respectivamente).

148. Los adolescentes del sexo masculino y los hombres también necesitan servicios de salud sexual y reproductiva, e información al respecto. En las regiones en desarrollo, hay menos de un 40% de hombres jóvenes que saben que dos formas de evitar las infecciones de transmisión sexual son el uso del preservativo y la abstinencia o el mantenimiento de relaciones con una sola pareja no infectada. La proporción de hombres jóvenes que refieren haber utilizado el preservativo en su última relación sexual de alto riesgo varía entre el 38% en Asia meridional y el 56% en el Caribe.⁴ Se ha demostrado que los programas de educación sexual tienen un importante efecto de reducción de los comportamientos sexuales de alto riesgo.⁵

¹ Cleland J et al. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006, 368:1810–1827.

² Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011. Naciones Unidas, Nueva York, 2011, p. 33, http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2011_SP (consultado el 1 de marzo de 2012).

³ Véase en el documento EB130/12 información más detallada sobre la tasa de nacimientos en adolescentes, que sigue siendo elevada en el África subsahariana (122 nacimientos por 1000 mujeres de 15-19 años). Pese a la disminución de la fecundidad total en América Latina, el Caribe y Asia meridional, la fecundidad de las adolescentes sigue siendo elevada en esas regiones.

⁴ The Millennium Development Goals Report 2011 - Statistical Annex. Naciones Unidas, Nueva York, 2011, p. 12, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf> (consultado el 1 de marzo de 2012).

⁵ Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet*, 2006; 368:1706–1728.

N. FOMENTO DE LAS INICIATIVAS EN MATERIA DE INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS (resolución WHA63.3)

149. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.¹

150. Los últimos brotes de enfermedades de transmisión alimentaria, como el que causó *Escherichia coli* O104:H4 en Europa occidental en 2011, y la contaminación radiactiva de algunos alimentos tras la emergencia declarada en la central nuclear de Fukushima en el Japón han puesto de relieve la necesidad de adoptar medidas mundiales consolidadas que garanticen la inocuidad de los alimentos en todos los Estados Miembros a todos los niveles.

151. En la resolución WHA63.3 se reconoce la importancia de un compromiso pleno por parte del sector de la salud, en colaboración con otros sectores, para garantizar la buena gestión de la inocuidad de los alimentos, y se pide a los Estados Miembros y a la Directora General que adopten medidas esenciales para impulsar las iniciativas en esa esfera. A continuación se presenta una puesta al día sobre la labor de la Secretaría en las áreas pertinentes.

152. **Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN).** La Red se ha transformado en un programa conjunto que ha sido cogestionado por la FAO y la OMS desde junio de 2010. Esta colaboración ha ampliado la disponibilidad de información para las autoridades alimentarias y mejorado la gestión general. También ha potenciado la interacción entre las iniciativas pertinentes de ambas organizaciones, garantizando la sinergia entre ellas, y ha imprimido un mayor impulso al desarrollo de la Red.

153. La primera reunión mundial de INFOSAN, celebrada del 14 al 16 de diciembre de 2010 en Abu Dhabi, brindó a los puntos focales y los puntos de contacto para emergencias la oportunidad de formular recomendaciones prácticas para mejorar la comunicación y la colaboración. Las actividades de la secretaría de INFOSAN se han centrado en lo siguiente: fortalecer la capacidad a nivel nacional y regional para promover la participación en INFOSAN, tender vínculos con los esfuerzos emprendidos a fin de desarrollar la capacidad básica de los países para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y garantizar la prestación continuada de apoyo técnico.

154. A lo largo de varios eventos de contaminación de alimentos y brotes de enfermedades de transmisión alimentaria, la secretaría de INFOSAN ha recopilado y verificado información importante antes de compartirla con los miembros de INFOSAN.

155. En diversas regiones de la OMS, a través de talleres y actividades de apoyo técnico, se ha desarrollado la capacidad de los países tanto para colaborar con INFOSAN como para detectar, evaluar y gestionar los incidentes y emergencias en materia de inocuidad de los alimentos a nivel nacional.

156. **Instrumentos de intercambio de información.** La creación de vínculos entre las diversas fuentes de datos sobre inocuidad de los alimentos y la mejora del acceso a los mismos puede ayudar a los Estados Miembros a gestionar la inocuidad de los alimentos a nivel nacional. Pensando en eso, se ha diseñado una herramienta interactiva en línea de fácil uso para integrar los datos e información oportunos. Esa herramienta, FOSCOLLAB, debería permitir mejorar el intercambio de datos para respaldar la

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

evaluación de riesgos y la adopción de decisiones en materia de inocuidad de los alimentos. Tras un proceso de consultas con los países, se ha elaborado un plan de trabajo detallado para la herramienta.

157. Evaluación de la carga de enfermedades de transmisión alimentaria. El grupo de referencia de la OMS sobre la Epidemiología de la Carga de Enfermedades de Transmisión Alimentaria ha seguido evaluando la carga mundial de esas enfermedades por todas las causas (ya sea microbiológicas, parasitarias o químicas). Se han iniciado evaluaciones piloto de la carga a nivel nacional en cuatro países (Albania, Japón, Tailandia y Uganda). Además, se han elaborado orientaciones sobre la aplicación de la evidencia científica en la formulación de políticas y la práctica.

158. Apoyo constante a la labor de la Comisión del Codex Alimentarius. La OMS ha seguido prestando apoyo financiero y técnico para las actividades de la Comisión del Codex Alimentarius y sus órganos subsidiarios. Además, durante el último bienio se celebraron diez reuniones de expertos científicos para evaluar los peligros químicos y biológicos de origen alimentario, sobre todo como base para el asesoramiento científico a los comités pertinentes de la Comisión.

159. El Proyecto y Fondo de la FAO y la OMS en favor de la Participación en el Codex (Fondo Fiduciario del Codex) ha proporcionado un mayor apoyo a los Estados Miembros para reforzar la participación de los países en desarrollo en la labor de la Comisión del Codex Alimentarius. A finales de 2010 el apoyo prestado por el Fondo Fiduciario del Codex había permitido a un total de 1423 participantes de 132 países asistir a las reuniones del Codex y formar parte de grupos especiales y grupos de trabajo. Otras 336 personas han recibido apoyo para participar en cursillos y talleres de capacitación del Codex.

160. Las enfermedades zoonóticas en la interacción entre el hombre y los animales. Se está intensificando la colaboración con la FAO y el OIE a fin de reforzar la orientación normativa para hacer frente a los riesgos sanitarios que plantean los ecosistemas hombre-animal. En apoyo de esas actividades, los tres organismos están compartiendo responsabilidades y coordinando actividades conjuntas, y han dado a conocer los pormenores de su colaboración en una nota conceptual tripartita.¹ Se está aplicando un plan de acción conjunta tripartito que traduce la orientación normativa en medidas concretas, teniendo en cuenta las actividades que están dando buenos resultados. Entre estas últimas cabe citar la colaboración en el Sistema mundial de alerta anticipada ante las principales enfermedades de los animales, incluidas las zoonosis (GLEWS), iniciativa que aprovecha el valor añadido de la combinación y coordinación de la capacidad de alerta y respuesta tempranas de los tres organismos contra las amenazas zoonóticas.

161. Creación de capacidad. Además de las actividades llevadas a cabo a través del Fondo Fiduciario del Codex, se han organizado talleres de formación en las áreas de evaluación de riesgos por contaminantes de los alimentos, resistencia a los antimicrobianos por uso de antibióticos en la agricultura, y capacidad de laboratorio. Esos talleres se organizaron generalmente por conducto de las oficinas regionales de la OMS.

162. Sensibilización y promoción de comportamientos saludables. Se ha seguido elaborando material de promoción de la salud e información para el público en relación con la inocuidad de los alimentos, material que ha sido traducido a diversos idiomas y ensayado sobre el terreno, y al que se ha dado difusión. En este sentido, la Secretaría ha seguido apoyando a los Estados Miembros en sus acti-

¹ FAO, OIE, OMS. *The FAO-OIE-WHO collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. A tripartite concept note.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Office International des Épizooties, World Health Organization, 2010. (Disponible en línea en <http://www.fao.org/docrep/012/ak736e/ak736e00.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2012).

vidades de desarrollo y mantenimiento de medidas preventivas sostenibles, incluidos programas de educación sobre el tema basados en el concepto de las Cinco claves para la inocuidad de los alimentos.

163. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha elaborado un proyecto de estrategia regional del Pacífico Occidental en materia de inocuidad de los alimentos (2011-2015), que abarca temas importantes que requieren medidas de los Estados Miembros en ese terreno. Dicha estrategia fue sometida a la consideración del Comité Regional para el Pacífico Occidental en su 62.^a reunión, celebrada en octubre de 2011.¹ El Comité aprobó ulteriormente la Estrategia en su resolución WPR/RC62.R5. La Oficina Regional para Asia Sudoriental está terminando de elaborar una estrategia similar. Entre las actividades técnicas llevadas a cabo en todas las regiones de la OMS cabe citar la creación de capacidad de gestión de la inocuidad de los alimentos, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio, el apoyo al fortalecimiento de los sistemas de respuesta a las emergencias de inocuidad de los alimentos, y la orientación en materia de legislación sobre inocuidad alimentaria.

O. CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD (resoluciones EB124.R5 y WHA61.19)

164. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.²

165. El presente informe responde a la solicitud formulada en la resolución EB124.R5, en la cual el Consejo Ejecutivo le pide a la Directora General que informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA61.19 y del plan de trabajo. También se actualiza la información proporcionada a la Asamblea de la Salud en mayo de 2011.³

166. **Promoción y respaldo de la generación de pruebas científicas.** La Secretaría ha colaborado estrechamente con la OMM, celebrando una reunión consultiva y aportando información técnica para el componente de salud del nuevo Marco Mundial para los Servicios Climáticos. Funcionarios de la OMS siguen contribuyendo al Informe Especial del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático acerca de los fenómenos extremos⁴ y al próximo Quinto Informe de Evaluación. La Secretaría sigue tratando de determinar los probables beneficios sanitarios de las estrategias para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero por los sectores fundamentales evaluados por el Grupo, y ha publicado informes sobre los sectores de la vivienda⁵ y el transporte.⁶ La OMS ha preparado nuevos informes técnicos y orientaciones sobre temas como la evaluación de la vulnerabilidad y la adaptación⁷

¹ Véase el documento WPR/RC62/7.

² Véanse los documentos EB130/35 Add.1 y EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión.

³ Documento A64/26.

⁴ Intergovernmental Panel on Climate Change. WHO. UNEP. Special report: Managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation (<http://ipcc-wg2.gov/SREX/>, consultado el 23 de febrero de 2012).

⁵ *Health in the green economy : health co-benefits of climate change mitigation - housing sector*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712_eng.pdf, consultado el 23 de febrero de 2012).

⁶ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. WHO. *Urban transport and health: on behalf of Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011, encargado por el Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (BMZ) (Alemania) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443_eng.pdf, consultado el 23 de febrero de 2012).

⁷ Protecting health from climate change. Vulnerability and adaptation assessment. Documento preliminar para debate. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2010 (http://www.who.int/globalchange/VA_Guidance_Discussion.pdf, consultado el 23 de febrero de 2012).

y género, cambio climático y salud.¹ También se ha publicado una carpeta de orientación acerca de las respuestas sanitarias ante las olas de calor.²

167. Actividades de promoción y sensibilización. La Secretaría ha trabajado con los Estados Miembros para destacar la importancia de la salud en la política de cambio climático, así como los nexos existentes entre el cambio climático y otros determinantes ambientales y sociales de la salud. Ello ha incluido la realización de actividades en la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud, la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro (Brasil), del 19 al 21 de octubre de 2011) y la 17.^a Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (Durban, Sudáfrica, del 28 de noviembre al 9 de diciembre de 2011). La Secretaría coordina un grupo de contacto de delegados nacionales a la Convención Marco con el fin de promover que en las negociaciones se tenga en cuenta la salud; también ha establecido un grupo de consulta de asociaciones de profesionales sanitarios y organizaciones no gubernamentales para producir y distribuir información para las actividades de promoción en pro de la salud. Por otra parte, la Secretaría también ha actualizado una auditoría de la huella de CO₂ de algunas oficinas de la OMS como parte de la iniciativa «Por un ecosistema» de las Naciones Unidas, y ahora está considerando propuestas de políticas para reducir emisiones.

168. Fortalecimiento de los sistemas de salud para proteger a las poblaciones de los efectos adversos del cambio climático en la salud. En la Región de las Américas y la Región de África, la OMS ha conseguido el respaldo ministerial necesario para los nuevos marcos destinados a proteger la salud del cambio climático, que servirán de guía para los planes de adaptación de los sistemas nacionales de salud. La Secretaría ha culminado evaluaciones de la vulnerabilidad sanitaria y las necesidades de adaptación consiguientes en más de 30 países. Se ha cumplido el primer año de un proyecto preliminar a escala mundial sobre la adaptación de salud pública al cambio climático en siete países (Barbados, Bután, China, Fiji, Jordania, Kenya y Uzbekistán). Además, la Oficina Regional para Europa ha finalizado el segundo año de un proyecto de adaptación de los sistemas de salud que está coordinando en Asia central y Europa oriental (abarca Albania, la Federación de Rusia, Kazajistán, Kirguistán, la ex República Yugoslava de Macedonia, Tayikistán y Uzbekistán); en China, Filipinas y Jordania también está comenzando el tercer año del trabajo en torno a los componentes de salud de los proyectos de los equipos de las Naciones Unidas en los países. Por último, la OMS ha iniciado un proyecto nuevo a gran escala sobre el cambio climático y las enfermedades de transmisión vectorial en la Región del Pacífico Occidental.

169. Alianza con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras partes. La OMS ha aportado la perspectiva de la salud a la respuesta que frente al cambio climático han articulado diferentes órganos de las Naciones Unidas, como la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación; el Comité de Alto Nivel sobre Programas; la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y sus reuniones de política y técnicas; y el Grupo de Trabajo sobre las dimensiones sociales del cambio climático del Comité de Alto Nivel sobre Programas, coorganizado por la OMS. La Organización también encabeza actividades para idear redes regionales sobre cambio climático y salud; de igual manera, convoca comités directivos intersectoriales para poner en práctica proyectos nacionales sobre el clima y la salud. Gracias a ello en la

¹ *Gender, climate change and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<http://www.who.int/globalchange/GenderClimateChangeHealthfinal.pdf>, consultado el 23 de febrero de 2012).

² *Public health advice on preventing health effects of heat*. Copenhague, Oficina Regional para Europa, 2011 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147265/Heat_information_sheet.pdf, consultado el 23 de febrero de 2012).

actualidad se reconoce que el sector de la salud es uno de los sectores fundamentales en los esfuerzos mundiales de adaptación.

170. La Secretaría apoya estas actividades por conducto de un programa de fortalecimiento de la capacidad que comprende materiales de capacitación, una base de datos de expertos nacionales, orientación acerca del acceso a fuentes de financiación, una caja de herramientas para los directores de programas relacionadas con la adaptación de salud pública y un centro distribuidor de información sobre los proyectos existentes en materia de adaptación de los sistemas de salud pública.

P. ALIANZAS (resolución WHA63.10)¹

171. En 2010, mediante su resolución WHA63.10, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que creara un marco operacional relativo a la acogida de alianzas formales por parte de la OMS y que aplicara la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida a fin de asegurar la compatibilidad de esos acuerdos con los principios plasmados en dicha política. En la resolución se pedía también a la Directora General que presentara al Consejo Ejecutivo toda propuesta de acogida de una alianza formal por la OMS, para que la examinara y tomara una decisión al respecto. En el presente documento se dan a conocer los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA63.10 y las diversas medidas adoptadas por la Secretaría en relación con las alianzas para poner en práctica la política. En su 130.^a reunión, celebrada en enero de 2012, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe sobre los progresos realizados.²

172. **Nuevas alianzas formales.** Durante los últimos cinco años no se ha establecido ninguna alianza formal nueva. Actualmente, la OMS acoge 13 alianzas formales en pro de la salud y programas especiales.³

173. **Situación de algunas alianzas acogidas.** Desde el año 2009, ha habido cambios en la situación de cuatro alianzas formales, lo que refleja la fluidez de las relaciones de la OMS con las alianzas. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria se separó de la OMS en 2009, convirtiéndose en una fundación totalmente independiente con arreglo a la legislación suiza. El Consejo de Colaboración para el Abastecimiento de Agua y el Saneamiento Ambiental se trasladó de la OMS a la Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas en 2009, debido a la mayor

¹ En el documento A63/44, párrafo 1, nota a pie de página 2, se da una definición de la expresión «alianza mundial en pro de la salud», señalándose que designa en general «las relaciones oficiales de colaboración entre distintas organizaciones que comparten los riesgos y los beneficios para alcanzar un objetivo común. Esas alianzas tienen sus propios órganos de gobierno». En la OMS, esas alianzas carecen de identidad jurídica propia. En la política relativa a la participación de la OMS en las alianzas mundiales en pro de la salud y los acuerdos de acogida (documento WHA63/2010/REC/1, anexo 1), el párrafo 6 indica que «por “alianzas formales” se entienden las asociaciones que pueden estar dotadas o no de personalidad jurídica propia pero cuentan con mecanismos de gobierno propios (por ejemplo, una junta o un comité directivo) que adopta decisiones relativas a dirección, planes de trabajo y presupuestos».

² Véase el documento EB130/2012/REC/2, acta resumida de la decimocuarta sesión, sección 2.

³ A saber: Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, Alianza Mundial Alto a la Tuberculosis, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Red de Sanimetría, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana.

consonancia entre esta y las actividades del Consejo. En 2010 se puso término al Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química y se creó la secretaría del Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (no acogida por la OMS). En 2011, el servicio de seguimiento de la salud y la nutrición se reincorporó a la OMS al concluir su misión original y en vista de su compatibilidad con un nuevo equipo reforzado de vigilancia epidemiológica en situaciones de emergencia humanitaria en el nuevo grupo orgánico Poliomielitis, Emergencias y Colaboración con los Países de la OMS.

174. Marco operativo de la OMS. Desde el comienzo de las alianzas albergadas, se ha previsto que estas observen cabalmente las normas y los reglamentos de la OMS.¹ En 2011, la Secretaría elaboró un documento acerca del marco operativo interno en el que se resumen y dan a conocer los diversos requisitos para acoger una alianza y su secretaría. Además, en la versión revisada del Manual electrónico de la OMS se ha incluido una sección acerca de las alianzas. Estas mejoras se han regido por la nueva «política relativa a la participación de la OMS en las alianzas mundiales en pro de la salud y los acuerdos de acogida», que fue refrendada en la resolución WHA63.10,² por las actuales normas y reglamentos de la OMS, y por las prácticas óptimas de la OMS, según proceda.

175. Personal y recursos de las alianzas. A 31 de diciembre de 2011, había unos 424 funcionarios con nombramiento de largo plazo o temporal que trabajaban para alianzas albergadas por la OMS, programas especiales o la secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Los ingresos registrados para esas alianzas y programas especiales en el ejercicio 2010-2011 fueron de aproximadamente US\$ 1055 millones, de los cuales US\$ 650 millones correspondieron a UNITAID y el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis. En consonancia con la política sobre la participación en alianzas, la OMS ha preparado un sistema para «obtener el reembolso de todos los gastos de apoyo administrativo y técnico incurridos en el cumplimiento de sus funciones de anfitrión de las alianzas y en la ejecución o el apoyo de sus actividades»,³ teniendo en cuenta las actuales retenciones en concepto de gastos de apoyo a programas y tasa por puesto ocupado.

176. Normas Contables Internacionales para el Sector Público. Estas normas se aplican plenamente en todos los informes financieros de la Organización desde el 1 de enero de 2012. Todas las alianzas acogidas, exceptuando UNITAID, el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis, el ONUSIDA, el Centro Internacional de Cálculos Electrónicos y el CIIC, seguirán consolidadas en el informe financiero de la OMS de acuerdo con lo estipulado en dichas normas.

177. Evaluaciones de las secretarías de las alianzas. En noviembre de 2010 la Oficina de Servicios de Supervisión Interna evaluó la participación de la Organización en algunas alianzas. En 2011, el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión empezó a examinar los acuerdos de acogida de la OMS para las alianzas. Los dos órganos examinaron la relación de acogida entre la OMS y las alianzas y respaldaron la idea de que es necesario que estas observen lo estipulado en las normas y los reglamentos de la OMS. Aunque algunas alianzas encargan sus propias evaluaciones independientes, la Secretaría está elaborando un método simple y normalizado para la vigilan-

¹ Debe entenderse por tales la Constitución de la OMS, el Reglamento Financiero y Normas de Gestión Financiera, el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal de la OMS, y otras normas administrativas, políticas, procedimientos, prácticas y directrices, incluidas las normas, directrices y procedimientos técnicos de la OMS, y las resoluciones pertinentes de los órganos deliberantes de la OMS.

² Véase el documento WHA63/2010/REC/1, anexo 1.

³ Véase el documento WHA63/2010/REC/1, anexo 1, párrafo 23.

cia y evaluación de la eficacia, la sinergia y el alineamiento de las secretarías de las alianzas con las normas y los reglamentos de la OMS.

178. **Arreglos de colaboración de otro tipo.** Además de las alianzas formales, la OMS sigue colaborando con diversas organizaciones de las Naciones Unidas y partes interesadas no estatales en la aplicación del plan estratégico a plazo medio 2008-2013. Algunas de esas iniciativas figuran en el informe de la Secretaría sobre la colaboración,¹ del que tomó nota la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud,² y en los informes anuales presentados por el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al Consejo Ejecutivo. La gestión por la OMS de más de 60 redes y alianzas (las que carecen de sus propios mecanismos de gobernanza) permite a la Organización reunir a los interesados directos y facilitar el logro de los objetivos, entre ellos la promoción de los resultados sanitarios, la coordinación óptima de las actividades sobre el terreno y una prestación de servicios coherente y eficaz. Como ejemplo de alianzas fructíferas pueden citarse la Alianza Sanitaria Internacional (secretaría conjunta OMS-Banco Mundial), la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y la Iniciativa Armonización para la Salud en África.

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

Base de datos sobre capacidades lingüísticas del personal

179. En 2008, en virtud de su resolución WHA61.12, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General, entre otras cosas, que velara por el establecimiento de una base de datos que permitiera determinar en qué idiomas oficiales de la Organización podrían hablar con fluidez los funcionarios de la OMS de la categoría profesional. Esa petición se satisfizo mediante la creación de una base de datos a la que los funcionarios pueden acceder por medio de la Intranet de la OMS con el fin de modificar o actualizar la información sobre sus capacidades lingüísticas. La base de datos, que está a disposición de todo el personal desde septiembre de 2011, se mejoró para permitir la inclusión de destrezas lingüísticas distintas de la fluidez. Además, la incorporación de una función de búsqueda ha posibilitado a los funcionarios la identificación de colegas con capacidades en un idioma en particular.

180. Al 17 de febrero de 2012, más de 1000 funcionarios de la Sede, las oficinas regionales y algunas oficinas en los países han introducido datos sobre sus conocimientos lingüísticos. De ellos, casi la mitad son funcionarios de la categoría profesional y de categorías más altas. Los datos consignados hasta el presente revelan que de todos los funcionarios encuestados un 12% habla con fluidez el árabe; un 2% el chino; un 15% el español, un 53% el francés, un 96% el inglés y un 5% el ruso. Además, los funcionarios notifican algún grado de competencia en más de 160 idiomas distintos de los idiomas oficiales.

Exposición sobre multilingüismo

181. El 13 de mayo de 2011 la Secretaría organizó una exposición sobre multilingüismo, con el fin de promover la diversidad lingüística y acrecentar la sensibilización acerca de la importancia del multilingüismo para la consecución de los objetivos sanitarios globales de la OMS. La exposición incluyó una serie de 17 carteles, un concurso para identificar los idiomas de 16 libros publicados por la OMS, y la proyección de un vídeo con testimonios de usuarios finales de información multilingüe de la OMS

¹ Documento A64/42.

² Véase el acta resumida de la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, cuarta sesión de la Comisión B, sección 3.

en la Región del Pacífico Occidental. Hasta mayo de 2011 las publicaciones de la OMS se habían traducido a más de 77 idiomas diferentes, y muchos ejemplos se presentaron en la exposición.

El sitio web de la OMS

182. En el sitio web de la OMS una nueva página sobre multilingüismo¹ promueve la comunicación multilingüe como instrumento de mejoramiento de la salud global.

183. El equipo multilingüe de editores del sitio web da prioridad a los contenidos en los idiomas oficiales, sobre la base de las estadísticas relativas a los textos consultados en el sitio web en los seis idiomas oficiales, los comentarios formulados directamente por los usuarios de la web, y las prioridades temáticas de la Organización. El equipo ha funcionado sin editores de algunos de los idiomas oficiales, lo que ha dificultado el mantenimiento del actual volumen de trabajo.

Fondo institucional para el intercambio de información

184. El Fondo institucional para el intercambio de información es una biblioteca digital que permite, por medio de una interfaz multilingüe, el libre acceso en línea a todo el material de la OMS publicado.² En noviembre de 2011, en la reunión especial del Consejo Ejecutivo sobre la reforma de la OMS, este esfuerzo recibió un impulso adicional cuando algunos Estados Miembros pidieron a la OMS que permitiera un acceso más amplio a los textos completos de la documentación de los órganos deliberantes, mediante una plataforma de biblioteca digital que permitiese realizar búsquedas, a fin de facilitar una consulta rápida de ese material.³ El Fondo institucional se presentó a los Estados Miembros en una actividad paralela a la 130.^a reunión del Consejo Ejecutivo, en enero de 2012. El Fondo, que contiene documentos en los idiomas oficiales, permite realizar búsquedas por palabras clave y está enriquecido con descripciones completas (metadatos) y epígrafes temáticos (vocabularios controlados), a fin de posibilitar una mejor integración de esos documentos en los sitios web de actualidad de la OMS y asegurar que se puedan encontrar por medio de los motores de búsqueda de internet.

Servicios lingüísticos

185. Los servicios lingüísticos son el principal recurso multilingüe de la Organización. Los recientes aumentos del número de reuniones de los órganos deliberantes y del volumen de la documentación conexa han incrementado considerablemente el volumen de trabajo de interpretación y traducción. Ahora bien, al mismo tiempo, sigue siendo necesario contar con traducciones de alta calidad de los documentos técnicos. En 2011 se prestaron servicios de interpretación para 108 reuniones a lo largo de 216 días civiles, lo que totaliza 2870 días/intérprete trabajados, y, habida cuenta de las limitaciones de recursos, el mercado de profesionales independientes es una fuente de servicios importante. La OMS es el principal organismo de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación en las negociaciones entabladas con la Asociación Internacional de Traductores de Conferencia y participa activamente en la renegociación del acuerdo paralelo con la Asociación Internacional de Intérpretes de Conferencias. El objetivo consiste en asegurar la calidad y la continuidad del servicio de los contratistas externos en el futuro.

¹ Disponible en <http://www.who.int/about/multilingualism/en/index.html> (visitada el 18 de marzo de 2012).

² La propuesta de creación de un fondo institucional se describe en el documento EB121/6, del que el Consejo Ejecutivo tomó nota en su 121.^a reunión (véase el acta resumida de la decimotercera sesión, sección 4).

³ Véase el documento EBSS/2/2011/REC/1, acta resumida de la tercera sesión.

186. Sobre la base de la guía de estilo en inglés, la Oficina Regional de la OMS para Europa ha elaborado versiones localizadas en alemán, francés y ruso. Asimismo, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha desarrollado una versión en árabe.

Informe de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas

187. En junio de 2010 la OMS contribuyó a la preparación del informe de la Dependencia Común de Inspección del sistema de las Naciones Unidas sobre multilingüismo en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, que actualmente se está finalizando.

Aprendizaje de idiomas

188. Se siguen ofreciendo cursos gratuitos de idiomas a los funcionarios. En el bienio 2010-2011 las matriculaciones en los cursos de idiomas que se imparten en la Sede ascendieron a 1844, de las cuales 84 fueron para cursos de árabe, 24 de chino, 353 de español, 1109 de francés, 225 de inglés y 49 de ruso.

= = =