

## **Informes sobre los progresos realizados en asuntos técnicos y sanitarios**

### **Informe de la Secretaría**

#### **ÍNDICE**

	<b>Página</b>
A. Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (resolución WHA61.1) .....	2
B. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico (resolución WHA60.1) .....	4
C. Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo (resolución WHA60.18) .....	7
D. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA (resolución WHA59.12) .....	9
E. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (resolución WHA59.19) .....	11
F. Fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria (resolución WHA60.27) .....	12
G. Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31) .....	14
H. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25) .....	17
I. Uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16) .....	19
J. Mejora de los medicamentos de uso pediátrico (WHA60.20) .....	20
K. Tecnologías sanitarias (resolución WHA60.29) .....	21
L. Multilingüismo (resolución WHA61.12) .....	22
Intervención de la Asamblea de la Salud .....	24

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

1. En una reunión consultiva urgente de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis celebrada en febrero de 2007, los participantes acordaron una intensificación de las actividades de erradicación durante 24 meses e indicadores específicos para medir los progresos realizados. En mayo de 2008 la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA61.1, instó a todos los Estados Miembros aún afectados por la poliomielitis a recabar la colaboración de todos los sectores de la sociedad civil y política de manera que se logre vacunar sistemáticamente a todos los niños en cada intervención de inmunización suplementaria contra la poliomielitis. Asimismo, instó a Nigeria a que emprenda actividades intensificadas para detener rápidamente el brote de poliomielitis en el norte del país, y al Afganistán, la India y el Pakistán a que realicen actividades de barrido en gran escala para interrumpir sus últimas cadenas de transmisión de poliovirus. La Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que ayude a movilizar los recursos financieros necesarios para aplicar plenamente las actividades de erradicación intensificadas, que tome medidas para que se lleven a cabo las investigaciones necesarias para gestionar los riesgos a largo plazo de reintroducción de poliovirus y de reaparición de la poliomielitis, y que elabore una nueva estrategia que refuerce la lucha para erradicar la poliomielitis en los países aún afectados.

2. En junio de 2008, el Ministro de Salud de Nigeria creó un grupo especial de alto nivel para mejorar la calidad de las actividades suplementarias de inmunización, dos de las cuales se emprendieron urgentemente en los estados del norte en julio y agosto de 2008. Aunque el gran brote de poliomielitis sufrido en 2008 ha remitido, el seguimiento efectuado indica que sigue habiendo importantes lagunas en la cobertura de estas actividades de inmunización, de modo que más del 60% de los niños siguen sin estar plenamente vacunados (es decir, han recibido tres o menos dosis de vacuna antipoliomielítica oral). Debido a un brote todavía no interrumpido causado por un poliovirus de tipo 2 de origen vacunal, el norte de Nigeria es la única zona del mundo en la que están circulando poliovirus de los tres serotipos. Desde junio de 2008, los poliovirus originados en el norte de Nigeria se han propagado a Benin, Burkina Faso, el Chad, Côte d'Ivoire, Ghana, Malí, el Níger y el Togo.

3. En octubre de 2008, la India confirmó que durante 12 meses consecutivos no se habían detectado poliovirus de tipo 1 indígenas en el estado de Uttar Pradesh, afirmándose así la viabilidad técnica de la erradicación de la poliomielitis. Sin embargo, un nuevo brote de poliovirus de tipo 1 registrado en Uttar Pradesh occidental tras la importación del virus desde el estado de Bihar a mediados de 2008 ha venido a destacar la fragilidad de los progresos debido a la eficacia subóptima de la vacuna antipoliomielítica oral en esta zona. En Uttar Pradesh occidental y Bihar central prosiguen las actividades de barrido con vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes, cuya frecuencia media es de una cada seis semanas. Se están evaluando nuevos enfoques para aumentar la eficacia de la vacuna, a fin de acelerar la erradicación en el norte de la India. En diciembre de 2008 se detectó el poliovirus de tipo 1 originado en Uttar Pradesh occidental en una muestra de aguas residuales en El Cairo.

4. En el Pakistán, y en menor medida en el Afganistán, el número de casos de poliomielitis ha aumentado bruscamente en la segunda mitad de 2008 debido al deterioro de las condiciones de seguridad, que ha ocasionado grandes movimientos de población y brotes en zonas anteriormente libres de poliomielitis, especialmente en la provincia pakistaní del Punjab. A finales de 2008 y principios de 2009, el Pakistán incrementó el número de actividades suplementarias de inmunización a escala nacional para suplementar las actividades de barrido en zonas que son reservorios conocidos, tales como la provincia del Sindh, donde la cobertura durante las actividades suplementarias de inmunización era subóptima. A principios de 2009, la poliomielitis estaba en gran medida confinada a zonas donde la inseguridad dificulta las actividades suplementarias de inmunización, y en particular a la provincia pakistaní de la Frontera Noroeste y a tres de las 34 provincias del Afganistán (las tres en la Región Meridional del país).

---

Esta realidad se puso de manifiesto con la muerte en 2008 de dos médicos y un conductor que trabajaban para la OMS en tareas de erradicación de la poliomielitis en la provincia de Kandahar (Afganistán).

5. En 2008 y principios de 2009 han continuado las actividades de respuesta a los brotes en los 16 países que han sufrido casos asociados a la importación de poliovirus. Es preocupante que 12 de esos países se hayan re infectado desde mediados de 2008, lo cual demuestra que sigue la propagación internacional de poliovirus. Tres de los brotes han durado más de 12 meses porque las actividades de respuesta han sido subóptimas:<sup>1</sup> Angola, el Chad y Etiopía y zonas fronterizas del sur del Sudán. Aunque el riesgo de importación de poliovirus sigue siendo elevado a escala mundial, 90 Estados Miembros no han mantenido el nivel de vigilancia de la parálisis flácida aguda que exige la certificación mundial, y 39 no han mantenido la cobertura de la inmunización sistemática con la vacuna antipoliomielítica oral en más del 80%, como se recomienda en la resolución WHA61.1.

6. A fin de reducir el riesgo de propagación internacional de poliovirus, en noviembre de 2008, el Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis instó a la OMS a que modificara sus recomendaciones sobre la inmunización antipoliomielítica en *Viajes internacionales y salud*,<sup>2</sup> para garantizar que todos los viajeros procedentes de países afectados por la poliomielitis, o con destino a ellos, estén plenamente inmunizados. Se recomienda que los viajeros residentes en zonas afectadas por la enfermedad reciban una dosis adicional de vacuna antipoliomielítica oral entre uno y 12 meses antes de cada viaje internacional.

7. Se han mejorado las actividades de movilización de recursos a fin de mantener las medidas intensificadas de erradicación en 2009-2010. En 2008, los países donde la poliomielitis era endémica y diversos donantes, tanto nuevos como antiguos, proporcionaron más fondos para las actividades de erradicación, y hubo nuevos e importantes compromisos plurianuales de la Asociación Rotaria Internacional, la Fundación Bill y Melinda Gates y varios países del G8, estos últimos tras la reiteración del compromiso de sus líderes con la erradicación de la poliomielitis, manifestada en la cumbre del G8 celebrada en Toyako (Hokkaido, Japón) del 7 al 9 de julio de 2008. Las actividades rigurosas de movilización de recursos continuarán, con miras a garantizar la plena financiación de las actividades intensificadas de erradicación. A fecha de 27 de febrero de 2009, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis tenía un déficit mundial de financiación para el periodo 2009-2010 de US\$ 340 millones, frente a un presupuesto de US\$ 1340 millones.

8. Las nuevas investigaciones sobre la gestión de los riesgos a largo plazo de reintroducción de poliovirus y de reaparición de la poliomielitis comprenden: el desarrollo, puesta a prueba sobre el terreno e introducción de una reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real para detectar más rápidamente los poliovirus de origen vacunal circulantes; ocho estudios para caracterizar mejor los riesgos de excreción crónica de poliovirus de origen vacunal asociada a la inmunodeficiencia en países de bajos y medianos ingresos; la investigación del uso de adyuvantes y de estrategias para reducir las dosis y comprimir las pautas de vacunación, a fin de recortar el costo de las vacunas con poliovirus inactivados existentes en la actualidad, y un proyecto de desarrollo clínico para la producción de una vacuna con poliovirus inactivados de la cepa Sabin.

9. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha desarrollado un nuevo plan estratégico para 2009-2013 que servirá como base para renovar la lucha por la erradicación de la enfermedad.

---

<sup>1</sup> Con respecto a las actividades que, en la resolución WHA59.1, se pedía que emprendieran los Estados Miembros.

<sup>2</sup> Conclusiones y recomendaciones del Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis, noviembre de 2008. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, **84**(3):17-28.

El plan consolida las estrategias de erradicación de eficacia demostrada y las tácticas e instrumentos desarrollados recientemente (por ejemplo, las vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes y su uso), y define iniciativas nuevas y específicas de país para responder a los principales obstáculos existentes en cada una de las zonas que todavía están afectadas por la poliomielitis.<sup>1</sup> Entre esas nuevas iniciativas se encuentran las siguientes: desarrollo de nuevas vacunas (por ejemplo, vacunas antipoliomielíticas orales bivalentes); uso novedoso de las vacunas existentes en zonas donde la eficacia de las vacunas antipoliomielíticas orales esté comprometida (es decir, vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes de tipo 1 con títulos elevados y vacunas antipoliomielíticas inactivadas); uso focalizado de las encuestas de seroprevalencia para evaluar con mayor exactitud la eficacia de las vacunas y la efectividad de los programas; estrategias de administración de dosis adicionales en intervalos cortos para las comunidades residentes en zonas con problemas de seguridad; continuación de las campañas anuales de vacunación antipoliomielítica oral en zonas sujetas a importaciones recurrentes, y ejecución plena de los compromisos de los gobernadores de los estados del norte de Nigeria, expuestos en su comunicado del 2 de febrero de 2009 titulado *Compromisos de Abuja con la erradicación de la poliomielitis en Nigeria*.<sup>2</sup>

10. En octubre de 2008, la Directora General anunció el encargo para marzo de 2009 de una evaluación independiente de la intensificación de las actividades de erradicación al cabo de 24 meses. Tras consultar con las partes interesadas en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, dicha evaluación se centrará en las principales áreas afectadas, prestando especial atención a los principales obstáculos identificados en cada una de ellas,<sup>1</sup> y establecerá una hoja de ruta común de las acciones necesarias para alcanzar las metas fijadas para 2009 y 2010 en el Plan Estratégico de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis 2009-2013.

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

11. En el presente documento se informa sobre la 10ª reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico (Ginebra, 19 y 20 de noviembre de 2008) y la labor de la Secretaría. En la resolución WHA60.1, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que emprendiera en 2010 un examen de gran alcance de los resultados de las investigaciones realizadas de conformidad con los términos de la resolución WHA55.15, a fin de que en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud pudiera alcanzarse un consenso mundial sobre la fecha de destrucción de las reservas de virus variólico.

12. **Actualización sobre las propuestas de investigación presentadas a la OMS.** El Comité Asesor recibió una lista de las propuestas de investigación aprobadas actualmente por su subcomité científico. En total se han aprobado 18 programas de trabajo. Los proyectos de investigación en curso deberán estar finalizados para cuando, en 2010, se emprenda el examen de gran alcance de las investigaciones sobre el virus de la viruela, y sólo se examinará su posible extensión después de que haya concluido dicho examen; esto no impide la presentación de propuestas de investigación, pero significa que es imprescindible que las investigaciones tengan objetivos claros para que puedan ser evaluadas.

---

<sup>1</sup> Conclusiones y recomendaciones del Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis, noviembre de 2008. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, **84**(3):17-28.

<sup>2</sup> Disponible en [www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org).

13. **Cepas de virus en los dos repositorios.**<sup>1</sup> El Comité examinó los datos sobre las cepas y aislados primarios de virus de la viruela conservados en las dos colecciones. La capacidad de investigación aumentará con la creación, prevista para 2009, de un nuevo laboratorio con nivel de bioseguridad 4 en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América. El repositorio a largo plazo no ha sufrido adiciones ni eliminaciones desde el anterior informe del Comité,<sup>2</sup> pero se ha sacado material de las reservas del laboratorio para la realización de trabajos relacionados con los protocolos de investigación acordados. En el Centro VECTOR de la Federación de Rusia se ha creado un nuevo repositorio con grandes medidas de seguridad física. Durante el año pasado se destruyeron 200 reservas de trabajo de material no viable o duplicado, con lo que el número de viales existentes en el repositorio ruso es de 691.

14. **Actualización sobre la profilaxis y el tratamiento.** Se informó al Comité de los progresos realizados en la investigación sobre anticuerpos monoclonales quiméricos humanos y de chimpancé. Las combinaciones de anticuerpos protegieron totalmente a ratones expuestos a *Vaccinia virus* y también presentaron actividad terapéutica. Entre los avances recientes en el desarrollo de antivíricos contra los ortopoxvirus se encuentra la síntesis y análisis de la actividad antivírica en cultivos celulares de una serie de compuestos frente a diversos ortopoxvirus; se demostró la actividad de 74 compuestos de tres grupos y está previsto ampliar esa investigación a los *Cowpox virus* y *Ectromelia virus* en ratones. En la actualidad se está investigando la administración oral del profármaco del cidofovir (CMX001) y una serie de otros compuestos. A fin de establecer las dosis apropiadas, se han realizado nuevos estudios sobre la farmacocinética de la administración oral del ST-246, que ha demostrado ser eficaz en el modelo primate de viruela símica. En 2007 se utilizó el ST-246 en el tratamiento de emergencia (uso compasivo) de un caso clínico de eczema vacunal, y el fabricante tomará en consideración nuevas peticiones directas en caso de que vuelva a ser necesario dicho uso.

15. **Actualización sobre las pruebas diagnósticas.** El Comité fue informado de los avances recientes en materia de pruebas diagnósticas. Se diseñaron dos pruebas basadas en la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real para ser utilizadas sobre el terreno: una que diferencia el virus de la viruela de otros ortopoxvirus, y otra que distingue la viruela mayor de la viruela menor. La información sobre ambas pruebas es del dominio público. Otra vía de investigación ha sido el desarrollo de pruebas diagnósticas basadas en proteínas para detectar antígenos y anticuerpos que puedan utilizarse en el lugar de consulta. Los estudios piloto de una prueba serológica realizados sobre el terreno en la República Democrática del Congo han confirmado la robustez del ensayo. El Comité tomó nota de la posibilidad de aplicar estos sistemas diagnósticos sobre el terreno, en la medida en que estén disponibles y sean asequibles.

16. **Actualización sobre los modelos animales.** El Comité recibió información sobre el desarrollo a lo largo de cinco años de un modelo primate autorizado por la OMS para facilitar la evaluación y el registro de antivíricos y vacunas, utilizando para ello la *Animal Efficacy Rule* de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América. Estos modelos simulan la viruela humana, pero podrían mejorarse reproduciendo vías de exposición más naturales. Se describieron otras mejoras, pero aunque hay paralelismos entre la viruela humana y la viruela símica, el Comité oyó puntos de vista discrepantes sobre la utilidad de la viruela símica como modelo adecuado de la viruela. Se han hecho grandes avances, pero son deseables nuevos perfeccionamientos de los modelos animales.

---

<sup>1</sup> El Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas (VECTOR) de Rusia (Koltsovo, Región de Novosibirsk, Federación de Rusia) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América).

<sup>2</sup> Documento EB122/29 Add.1, sección E.

17. **Actualización sobre las vacunas y la vacunación.** El Comité recibió información sobre los resultados de experimentos para evaluar diferentes regímenes de vacunación en los que se utilizaron virus de la viruela vivos como diana de pruebas de neutralización por reducción de placa. Los datos indican que esas pruebas pueden ser importantes para evaluar las vacunas contra la viruela. El Comité también recibió información actualizada sobre la vacuna LC16m8, con *Vaccinia virus* atenuados, que se está almacenando en el Japón y puede proporcionar al ser humano inmunidad protectora a largo plazo. El Comité tomó nota de las ventajas de la vacuna LC16m8, y se observó que ésta no ha recibido suficiente atención como vacuna antivariólica menos reactógena.

18. **Aspectos de reglamentación.** Se ofreció una visión general de las estrategias actuales para mejorar la seguridad de la vacuna antivariólica, manteniendo su eficacia. En los Estados Unidos de América, el Centro de Investigación y Evaluación de Productos Biológicos de la Administración de Alimentos y Medicamentos exige que se demuestre la eficacia de toda nueva vacuna experimental en múltiples modelos animales de viruela, pero no necesariamente en un modelo de infección por virus de la viruela. No obstante, la utilización de virus de la viruela vivos sería deseable para agilizar el proceso de examen, y necesaria para evaluar nuevos antivíricos. Se argumentó que no se debería subestimar la utilidad de los modelos animales no variólicos y que habría que explotarlos plenamente. Otros miembros destacaron que, para que se puedan evaluar nuevas vacunas experimentales y nuevos tratamientos, podría ser necesaria una mejor comprensión de la patogénesis o los correlatos de la inmunidad.

19. **¿Es necesaria una reserva de ST-246?** La Secretaría comunicó al Comité que su informe anterior había generado interés entre los Estados Miembros, en particular en lo que se refiere al acceso a los antivíricos. El Comité consideró que sería prematura la creación de una reserva OMS de cualquier fármaco que haya presentado una actividad prometedora en modelos animales de viruela, pero cuyo uso todavía no haya sido aprobado por las autoridades de reglamentación farmacéutica. Para calcular la necesidad de fármacos cuando estuvieran aprobados sería necesaria una evaluación en profundidad de los posibles escenarios epidemiológicos. La Secretaría actuaría como facilitadora entre los posibles usuarios y la empresa en el caso de que se necesitara recurrir al uso compasivo de emergencia del ST-246.

20. **Síntesis de virus de la viruela.** El Comité recibió información sobre una breve revisión bibliográfica que indicó que la tecnología existente en la actualidad podría permitir la recreación de la totalidad del genoma del virus de la viruela exclusivamente por síntesis química, tal como se ha hecho con otros microorganismos más complejos. La Secretaría recordó al Comité que la OMS ha publicado directrices<sup>1</sup> sobre la utilización de fragmentos de ADN de virus de la viruela en las que se excluye estrictamente la síntesis del virus. Se alentó vivamente a los miembros del Comité a que diseminan ampliamente esas directrices, no sólo entre los investigadores de los ortopoxvirus, sino también entre los planificadores de políticas y otros investigadores.

21. **Examen de las propuestas de investigación.** El Comité aceptó la sugerencia de elevar a siete el número de miembros del Subcomité Científico, aprobó su composición y acordó los mecanismos para incrementar su eficiencia.

22. **El examen a efectuar en 2010 y su proceso.** El Comité examinó el calendario necesario para emprender el examen de gran alcance en 2010, y decidió tomar en consideración los pasos siguientes: 1) una revisión completa de la bibliografía existente y de los datos no publicados acerca de la investiga-

---

<sup>1</sup> *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2008, **83**(44):393.

ción con virus de la viruela vivos, que será llevada a cabo por un grupo de científicos aprobado por el Comité y en el que estén representadas todas las áreas de investigación y desarrollo en materia de ortopoxvirus; 2) un examen de dicha revisión por el Comité Asesor; 3) un examen externo de dicha revisión efectuado por expertos independientes ajenos a la investigación sobre el virus de la viruela, y 4) la preparación de un informe sobre el examen de gran alcance que se someterá a la consideración final del Comité Asesor. Se presentaría un informe de la Secretaría a la consideración del Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 2011, y en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud se examinaría dicho informe, así como las observaciones del Consejo Ejecutivo. El Comité acordó que el examen sobre el estado de la cuestión debería dirigirse a un amplio abanico de lectores y abordar los temas siguientes: el estado actual de las reservas y repositorios, las pruebas diagnósticas, la genómica, las vacunas, los agentes terapéuticos, los modelos animales y la patogénesis del virus de la viruela, así como los beneficios. El examen final por el Comité Asesor también abordaría aspectos de políticas tales como la respuesta a los brotes y su gestión o la reglamentación de los fármacos y productos biológicos pertinentes, además de ofrecer conclusiones y recomendaciones sobre el camino a seguir en el futuro.

23. **Red de diagnóstico de virus de la viruela.** El Comité examinó la posible necesidad de una «red oficiosa OMS de laboratorios para la confirmación del diagnóstico de la viruela», y consideró que dicha red sería importante, pero que son necesarios más pormenores en relación con los criterios para establecer su composición, la gestión de la calidad y las pruebas diagnósticas. Una preocupación concreta fue la limitación de los cultivos de material potencialmente infeccioso. El Comité también examinó cómo podría formalizarse dicha red, y en particular la verificación de las capacidades de diagnóstico de la viruela con la participación de los dos Centros Colaboradores de la OMS para la viruela, pero no se establecieron los criterios.

24. En su 124ª reunión, celebrada en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota del presente informe sobre los progresos realizados.<sup>1</sup>

25. En Marzo de 2009, un equipo de bioseguridad de la OMS llevó a cabo una inspección del repositorio autorizado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América). El equipo quedó impresionado con las medidas de seguridad y protección, e hizo algunas recomendaciones que deben ser consideradas como una contribución al proceso de mejora continua. Se está ultimando el informe de la misión, que, tal como se pidió en la resolución WHA60.1, quedará disponible para información pública.

### **C. PALUDISMO, INCLUIDA LA PROPUESTA DE ESTABLECIMIENTO DE UN DÍA MUNDIAL DEL PALUDISMO (resolución WHA60.18)**

26. La OMS convocó un grupo de trabajo en enero de 2008 para que examinara los aspectos técnicos en que reposa la lucha contra el paludismo y se pronunciara sobre la viabilidad de erradicar la enfermedad. Los logros de los últimos años demuestran que, con una rápida multiplicación de las intervenciones antipalúdicas eficaces, es posible reducir sustancialmente la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el paludismo en un plazo relativamente corto y en cualquier situación epidemiológica. Sin embargo, con las herramientas existentes hoy por hoy no es posible erradicar la enfermedad. La Secretaría propone que en 2010 se convoque una reunión del Comité de Expertos de la OMS en Paludismo para que haga recomendaciones técnicas sobre el control y la eliminación de la enfermedad.

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB124/2009/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión, sección 4.

27. La OMS ha trabajado a todos los niveles con asociados como el UNICEF, el Programa de Estímulo del Banco Mundial para la Lucha contra el Paludismo, la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo o el grupo de trabajo sobre armonización de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, con el propósito de ayudar a los países a preparar solicitudes para la séptima y octava rondas del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Ese apoyo ha deparado un resultado sin precedentes: alrededor de un 70% de las solicitudes de financiación de los países para actividades de control y eliminación del paludismo obtuvieron respuestas favorables.

28. El Secretario General de las Naciones Unidas anunció el nombramiento del Sr. Raymond G. Chambers (Estados Unidos de América) como su Enviado Especial para el Paludismo e hizo un llamamiento a la acción para cumplir el doble objetivo de proporcionar a África cobertura universal para finales de 2010 por lo que respecta a intervenciones antipalúdicas fundamentales y de reducir casi a cero el número de muertes prevenibles por paludismo para 2015.

29. Con el apoyo de todas las oficinas regionales de la OMS, se celebró en todo el mundo el primer Día Mundial del Paludismo con manifestaciones en torno al tema «*El paludismo: una enfermedad sin fronteras*». El Día Mundial del Paludismo ofreció a países y regiones una plataforma idónea para fomentar un mayor grado de sensibilización y garantizar la continuidad de las actividades de promoción en todas las regiones.

30. El 18 de septiembre de 2008, la Directora General presentó el *Informe mundial sobre el paludismo*.<sup>1</sup> En él se cifraba en 247 millones el número de casos de paludismo y en 881 000 el número de muertes causadas por la enfermedad en 2006, mayormente entre niños africanos. Un 91% de las víctimas mortales se concentraron en África, y en el 85% de los casos se trataba de menores de cinco años. Pese a todo, en el informe se ofrecían pruebas concluyentes de que la lucha mundial contra el paludismo, que viene experimentando un renovado empuje desde el principio del milenio, se ha acelerado aún más en los últimos años. Una mayor integración de las estrategias existentes ayudará a alcanzar los objetivos.

31. La Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo presentó el Plan de Acción Mundial sobre el Paludismo con ocasión de la Cumbre de 2008 dedicada al paludismo en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

32. Entre otros compromisos internacionales de financiación del Plan de Acción Mundial contra el Paludismo suscritos en 2008, el Fondo Mundial se comprometió a proporcionar US\$ 1620 millones en dos años como parte de un plan para distribuir 100 millones de mosquiteros adicionales, a lo que hay que sumar US\$ 1100 millones del Banco Mundial, US\$ 168,7 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates para investigación sobre vacunas y £ 40 millones del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte para, entre otras cosas, prestar apoyo al tratamiento combinado con artemisinina.

33. Es necesario seguir prestando atención a las siguientes limitaciones importantes de los recursos y la capacidad:

- La financiación insuficiente de la lucha antipalúdica sigue siendo un problema en algunos países en los que faltan fondos nacionales o no se gestionan adecuadamente los fondos disponibles.

---

<sup>1</sup> *Informe mundial sobre el paludismo 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

- En países donde el paludismo es endémico se necesitan más recursos humanos para garantizar que los programas nacionales de lucha contra la enfermedad tengan la capacidad técnica y de gestión necesaria para llevar a cabo las intervenciones.
  - Las peticiones de apoyo técnico van en aumento, pero no así los fondos necesarios para responder a ellas, por lo que la OMS y sus asociados afrontan el problema crucial de tener que mantener un nivel suficiente de recursos humanos para cubrir las necesidades de los países.
  - El gran esfuerzo para incrementar la capacidad de los sistemas de salud debería ir más allá de los establecimientos sanitarios, con el fin de capacitar a las comunidades para alcanzar los objetivos terapéuticos y profilácticos.
  - Ante la disminución de la incidencia y la mortalidad del paludismo en muchos lugares, hay una demanda creciente de sistemas de vigilancia para hacer un seguimiento de los avances logrados.
  - Se necesitan recursos para apoyar las investigaciones sobre la mejora de las formulaciones de los tratamientos combinados basados en la artemisinina, especialmente para los niños, y sobre nuevas combinaciones de medicamentos.
34. En su 124ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del presente informe sobre los progresos realizados.

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

35. La Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA, en su 20ª reunión (Ginebra, 25 a 27 de junio de 2007), abogó por la creación de un grupo de referencia para la supervisión y aplicación de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas acerca de la mejora de la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA. La OMS ha sido designada para representar a los 10 copatrocinadores del ONUSIDA en el grupo de referencia de supervisión del Equipo mundial de tareas.

36. La Secretaría ha seguido trabajando con los países para mejorar la planificación de sus respectivas respuestas al VIH/SIDA, lo que incluye la elaboración de planes nacionales del sector de la salud relativos al VIH/SIDA que estén armonizados con la Estrategia y Plan de Acción sobre el SIDA del ONUSIDA, la Alianza Sanitaria Internacional y otros procesos conexos, como la Alianza Sanitaria Internacional Plus (IHP+). En el proceso se ha prestado apoyo a 40 países en la elaboración de planes nacionales de lucha contra el VIH de carácter multisectorial y con indicación de costos.

37. La OMS ha participado en este último proceso con el objetivo de colaborar en la elaboración del modelo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para la financiación de programas para los países a través de solicitudes nacionales sobre estrategias.

38. La OMS ha revisado su labor en materia de VIH para adaptarla a la matriz de división del trabajo del ONUSIDA. A fin de definir mejor su ámbito de actividades, la OMS ha elaborado una guía sobre las intervenciones prioritarias del sector de la salud en la prevención, el tratamiento y la aten-

ción del VIH/SIDA. En esa guía se resumen la política y las recomendaciones técnicas de la OMS acerca de cada intervención y se proporcionan referencias sobre los recursos de la Organización y demás materiales para apoyar la adopción de decisiones y su aplicación.

39. La OMS ha colaborado con el UNICEF y el ONUSIDA para armonizar los indicadores y los sistemas de seguimiento y evaluación destinados a medir los progresos realizados en materia de ampliación de las intervenciones del sector de la salud en los países, e informa anualmente de la situación mundial. Los Estados Miembros han recibido apoyo para la aplicación de sus marcos nacionales de seguimiento, y la OMS ha participado en la evaluación conjunta de las respuestas y programas nacionales de varios países en materia de infección por el VIH.

40. La matriz de división del trabajo del ONUSIDA ha sido revisada para aclarar las funciones de los diferentes copatrocinadores en las áreas siguientes: género; minorías sexuales, comprendidos los hombres que tienen relaciones homosexuales, y VIH en situaciones de emergencia humanitaria o en las que haya problemas de seguridad. La OMS, en colaboración con el PNUD y el ONUSIDA, ha intensificado su labor en temas relacionados con los hombres que tienen relaciones homosexuales. En septiembre de 2008, la Secretaría celebró en Ginebra una reunión consultiva sobre prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual en hombres que tienen relaciones homosexuales.

41. A finales de octubre de 2008 se habían establecido equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el SIDA en 89 países. La OMS ha contribuido a poner en marcha un proceso de examen anual para supervisar el funcionamiento de esos equipos.

42. En 2007, el Equipo mundial conjunto de apoyo a la resolución de problemas y a la aplicación redefinió su mandato para centrarlo en problemas de dimensión mundial que afecten a la ejecución de programas en los países. Ese equipo ha formulado una serie de principios para la prestación de apoyo técnico. Se ha creado una base de datos mundial en línea denominada «Coordinación del apoyo técnico sobre el SIDA» que responde al objetivo de mejorar la planificación y coordinación de las actividades de apoyo técnico a los países, y en particular la aplicación de subvenciones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

43. La Secretaría de la OMS ha reforzado su apoyo técnico a los países con el fin de «hacer que el dinero rinda». Se ha creado un grupo de trabajo que coordina el apoyo técnico de la OMS para lograr que los países puedan obtener y utilizar subvenciones del Fondo Mundial. Por ejemplo, los 72 países que presentaron solicitudes referentes al VIH/SIDA a la octava ronda de la convocatoria de propuestas del Fondo Mundial recibieron, sin excepción, asistencia de las oficinas de la OMS en los países. Además, la OMS participó en misiones de apoyo técnico a 52 países para la elaboración de propuestas, incluidas misiones conjuntas con la OIT, el ONUSIDA, el UNFPA y el UNICEF.

44. La OMS está creando redes de colaboradores técnicos, entre ellos los centros colaboradores y los centros de intercambio de conocimientos de la OMS, para prestar una asistencia técnica coordinada a intervenciones prioritarias en el sector de la salud. Como primera medida, la Oficina Regional para el Pacífico Occidental acogió en diciembre de 2008 una reunión regional de centros colaboradores y asociados técnicos cuyo objetivo consistió en planificar la creación de una red técnica OMS en materia de VIH y salud en la Región del Pacífico Occidental. Para la primera mitad de 2009 está prevista una reunión mundial de centros colaboradores, centros de intercambio de conocimientos y otros asociados técnicos.

45. La financiación del apoyo técnico no ha seguido el ritmo de la demanda de los países y colaboradores. Al elaborar el presupuesto y plan de trabajo unificados del ONUSIDA para 2010-2011 habrá

que reorientar los recursos para que se pueda proporcionar una financiación adecuada del apoyo técnico a los países y garantizar una perfecta consonancia con la división del trabajo del ONUSIDA.

46. En su 124ª reunión, celebrada en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.

## **E. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (resolución WHA59.19)**

47. Desde 2006 hasta la fecha, la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015 ha sido presentada en diversas conferencias internacionales, regionales y nacionales, y, en consulta con los países y las partes interesadas, se ha elaborado un plan de acción para orientar su ejecución.

48. A nivel mundial, 28 países han informado de que han fortalecido el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y han actualizado las correspondientes directrices terapéuticas nacionales. Treinta instructores de 10 Estados Miembros insulares del Pacífico recibieron formación sobre el manejo de las infecciones de transmisión sexual en un curso de capacitación de instructores celebrado en Suva en octubre de 2008.

49. Se ha expandido el cribado de la sífilis durante el embarazo en el Brasil, China, Haití, Indonesia, Madagascar, Mozambique, Myanmar, Papua Nueva Guinea, el Perú y Sri Lanka. La iniciativa del Caribe para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis fue objeto de acuerdo y será lanzada en 2009. Algunos países de América Latina han designado un día nacional para la eliminación de la sífilis congénita. En apoyo de esas dos iniciativas, la OMS ha difundido las razones y la estrategia para eliminar la sífilis congénita.

50. Se han recibido los fondos necesarios para financiar un puesto previsto en la sede de la OMS para orientar las actividades de vigilancia a nivel mundial. Para principios de 2009 está prevista la publicación de una guía actualizada de la OMS sobre la vigilancia.

51. Se han introducido mejoras en el seguimiento de la resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a los antimicrobianos en diversos países de las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental, y se han ultimado los planes para la vigilancia en África, América del Sur y el Caribe.

52. La Región del Pacífico Occidental normalizó las definiciones y el conjunto mínimo de datos para la notificación de los casos de infección de transmisión sexual. En la Región de Europa, la capacitación para la gestión en materia de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual pasó a ser una de las tareas del Centro de Intercambio de Conocimientos de Vigilancia para el VIH en el Centro Colaborador de la OMS en Croacia. Se llevó a cabo un análisis de la situación de las infecciones de transmisión sexual en nueve países de la Región del Mediterráneo Oriental. En América Latina, 20 países informaron de que habían emprendido análisis de las políticas nacionales de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. En el sitio web de la OMS se facilitará un informe, en español y en inglés, sobre los resultados de esos análisis. Los países participantes se han comprometido a aplicar medidas de control de las infecciones de transmisión sexual y de eliminación de la sífilis congénita.

53. Tomando como referencia los programas de países de Asia y el Pacífico que propugnan la utilización sistemática del preservativo, en África se han lanzado iniciativas tendentes a mejorar el control

de las infecciones de transmisión sexual y a extender el uso del preservativo entre los profesionales del sexo. Viet Nam puso en marcha el tratamiento periódico de los casos sospechosos como medida para controlar las infecciones de transmisión sexual en dos lugares que suponen una población destinataria de 33 000 trabajadores sexuales y hombres que tienen relaciones homosexuales.

54. La OMS, con el copatrocinio del PNUD y el ONUSIDA, convocó una reunión consultiva sobre la prevención y el tratamiento de la infección por VIH y de otras infecciones de transmisión sexual en hombres que tienen relaciones homosexuales (Ginebra, septiembre de 2008). La OMS y los copatrocinadores citados destacaron la apremiante necesidad de expandir las intervenciones y reforzar la vigilancia en ese grupo de población.

55. En 2008 se lanzó la Comunidad mundial en línea para la vacuna contra los papilomavirus humanos<sup>1</sup> a modo de foro para intercambiar conocimientos y recursos en ese terreno. En Madagascar, Malawi, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia se están expandiendo el cribado del cáncer cervicouterino basado en la inspección visual tras la aplicación de ácido acético y la crioterapia. La OMS ha publicado cuatro guías para la prevención del cáncer cervicouterino e información sobre las vacunas contra los papilomavirus humanos, material que puede encontrarse en el sitio web de la Organización.

56. A nivel regional, se publicaron la Estrategia regional de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2007-2015 para la Región de Asia Sudoriental y el Plan estratégico regional para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual 2008-2012 para la Región del Pacífico Occidental. En 2008 se publicó también el Marco operacional de Asia-Pacífico para la vinculación de los servicios de VIH/ITS y los servicios de salud reproductiva, de los adolescentes, y de la madre, el recién nacido y el niño. Estas publicaciones pueden consultarse en los sitios web de las respectivas oficinas regionales de la OMS. La Estrategia regional de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2009-2015 fue respaldada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental en octubre de 2008. La Estrategia y plan de acción regionales de la OPS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino fue presentada en el Comité Regional para las Américas en septiembre de 2008. Se están preparando planes de acción regionales de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual para las Regiones de Europa y África.

57. En su 124ª reunión, celebrada en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo examinó y tomó nota del informe de la Secretaría sobre este tema; se hizo referencia a la importancia que tiene el control de las infecciones de transmisión sexual en la mejora de la salud sexual y reproductiva y la prevención de la infección por el VIH.

## **F. FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA (resolución WHA60.27)**

58. La OMS y la Red de Sanimetría han seguido prestando apoyo al fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria a través de una serie de actividades, exámenes y consultas que han involucrado a todos los niveles de la Organización. La OMS es uno de los principales asociados del sistema estadístico internacional, y fomenta en toda su labor la observancia de los principios que rigen las actividades esta-

---

<sup>1</sup> <http://hpv-vaccines.net>.

dísticas internacionales.<sup>1</sup> La OMS ha seguido contribuyendo al fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria a través del desarrollo de un sistema integrado de flujo de la información basado en datos e indicadores con normas comunes; del compromiso con los principios de intercambio y acceso a datos y estadísticas y de la promoción de dichos principios; de la colaboración con los asociados mundiales y nacionales para mejorar la eficacia y la eficiencia de las inversiones internacionales, y de la prestación de apoyo técnico para mejorar las prácticas de seguimiento y evaluación del desempeño, de acuerdo con los principios del marco de evaluación común de la Alianza Sanitaria Internacional Plus.<sup>2</sup>

59. Para apoyar la Alianza Sanitaria Internacional Plus, la OMS ha elaborado un marco de evaluación que ayude a mejorar el seguimiento y la evaluación de las diferentes actividades para hacer frente a enfermedades concretas y fortalecer los sistemas de salud, y que sienta las bases para la presentación de informes a nivel internacional. El objetivo del marco consiste en garantizar que las demandas de rendición de cuentas y los resultados de las iniciativas conjuntas o de donantes aislados se traduzcan en medidas bien coordinadas de seguimiento y evaluación. El marco fomenta asimismo la importancia que hay que dar a una forma de trabajar que contribuya al fortalecimiento de la capacidad organizativa y de los sistemas de información sanitaria en los países, posibilitando así la adopción de decisiones basadas en datos científicos y la mejora del desempeño en los países.

60. En su apoyo al fortalecimiento de los sistemas nacionales de información sanitaria, las prioridades de la Secretaría son las siguientes: el fortalecimiento de las encuestas sanitarias (prestando especial atención a la salud de los adultos); la mejora de los registros de nacimientos y muertes a través de una labor de promoción política de alto nivel; la elaboración de instrumentos y métodos para mejorar los registros de las defunciones y la asignación de las causas de muerte; la mejora de las estadísticas de vigilancia y servicios; la elaboración y aplicación de normas y directrices sobre la vigilancia de enfermedades, en consonancia con las obligaciones contraídas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005); el seguimiento del fortalecimiento de los sistemas de salud, y el fortalecimiento de la capacidad nacional de análisis y utilización de la información.

61. La OMS y la Red de Sanimetría han prestado apoyo constante a la actualización del *Framework and standards for country health information systems* (Marco y normas para los sistemas de información sanitaria de los países), que sigue evolucionando teniendo en cuenta las experiencias de los países y de los asociados, y en particular el trabajo de la Red de Sanimetría sobre la aplicación en seis países de la primera ola (Belice, Camboya, Etiopía, República Árabe Siria, Sierra Leona y Zambia).<sup>3</sup>

62. La Red de Sanimetría ha prestado apoyo a 64 países en la realización de evaluaciones para identificar deficiencias de sus sistemas de información sanitaria, y 37 de ellos se encuentran en fases avanzadas de preparación de planes de largo alcance, con indicación de costos, para corregir esas deficiencias. Además, se han movilizado más de US\$ 158 millones de nuevos fondos para fortalecer los sistemas de información de los países.

63. Un examen realizado en 65 países en julio de 2008 reveló que la coordinación de los sistemas de información sanitaria en los países ha mejorado. En particular, los países han señalado una mejor co-

---

<sup>1</sup> Dichos principios están disponibles en línea en:  
[http://unstats.un.org/unsd/methods/statorg/Principles\\_stat\\_activities/principles\\_stat\\_activities.pdf](http://unstats.un.org/unsd/methods/statorg/Principles_stat_activities/principles_stat_activities.pdf).

<sup>2</sup> *Framework and standards for country health information systems*, 2ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, junio de 2008.

<sup>3</sup> Los países de la primera ola son países que tienen prioridad en lo que respecta a la financiación y asistencia técnica de la Red de Sanimetría.

laboración entre las oficinas nacionales de estadística y los ministerios de salud. La mejor coordinación permitirá reducir la fragmentación y ayudará a fomentar un sistema de información sanitaria único en «cada país». Los países también informaron del aumento de la asignación de recursos internos destinados a fortalecer el sistema de información sanitaria entre 2006 y 2008.

64. Las oficinas regionales y las oficinas en los países de la OMS, junto con la Red de Sanimetría, han prestado apoyo a 12 países en la preparación de solicitudes al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para financiar intervenciones relativas al sistema de información sanitaria en la octava ronda. Se prevé un apoyo similar a los países en relación con la novena ronda del Fondo Mundial para la presentación de propuestas.

65. En su 124ª reunión, celebrada en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe sobre los progresos realizados.

## **G. HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN LAS INTERVENCIONES DE SALUD MATERNA, DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO (resolución WHA58.31)**

66. Las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño han ayudado a disminuir el número de defunciones de menores de cinco años de 10,3 millones en 2004 a 9,5 millones en 2006. Sólo las defunciones debidas al sarampión descendieron de 757 000 en 2000 a 242 000 en 2006. La mortalidad materna permaneció estable entre 1990 y 2005, aunque en ninguna región se llegó a la disminución del 5,5% anual necesaria para alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. En el África subsahariana, las tasas anuales de reducción de la mortalidad materna y de menores de cinco años son especialmente bajas, situándose en el 0,1% y el 1% respectivamente.

### **Niveles actuales de cobertura**

67. La cobertura con intervenciones eficaces sigue siendo limitada y se han observado grandes inequidades en materia de acceso entre los países y dentro de ellos. A tenor de los datos comunicados en 2007, la proporción de mujeres que deseaban aplazar la procreación o dejar de procrear pero carecían de acceso a métodos anticonceptivos variaba entre el 10% y el 24%, según las regiones. Consecuencia de ello son las altas tasas de fecundidad registradas, siendo las adolescentes particularmente vulnerables a embarazos no deseados. El 75% de las embarazadas de países de bajos ingresos se habían sometido a un examen prenatal, pero sólo la mitad se sometieron a reconocimiento médico al menos cuatro veces. La proporción de partos asistidos por un trabajador de salud calificado aumentó empero en un 8% entre 2006 y 2008. Los mayores aumentos de la cobertura con intervenciones de salud infantil en un periodo de tres años contados a partir de 2000 (respecto de países con dos puntos de datos) se observaron en la distribución de mosquiteros tratados con insecticida en determinados países (7%) y en la protección contra el tétanos neonatal (5%). Las intervenciones que requieren servicios durante las 24 horas del día, como la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia, aumentaron en un 1% entre 2006 y 2008. La cobertura con la vacuna en tres dosis contra la difteria, el tétanos y la tos ferina aumentó del 73% en 2000 al 81% en 2007, y la cobertura con la vacuna antisarampionosa pasó del 72% al 82%. El cuadro 1 ilustra los niveles de cobertura en 68 países con alta carga de morbilidad entre 2000 y 2006.

68. La baja cobertura de las intervenciones está naturalmente asociada con las deficiencias del sistema de salud. La densidad de la fuerza laboral en 54 de los 68 países disminuyó por debajo del umbral necesario para realizar intervenciones de atención primaria de salud. En 60 países, la proporción

de los pagos realizados por los hogares a los servicios de salud en el punto de prestación fue superior al 15%, un nivel que puede conducir a una situación de penuria y al empobrecimiento.

### **Medidas para mejorar la cobertura**

69. La OMS vigila, junto con los asociados, los progresos en materia de nutrición y salud reproductiva y de salud del recién nacido y del niño, incluso mediante la participación en la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 a fin de seguir de cerca los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. El 95% de los países informan anualmente de la cobertura de inmunización. La OMS también ha elaborado perfiles nacionales respecto de la salud materna y ha apoyado a los países en la adopción de indicadores para evaluar la salud reproductiva. En 2008 finalizó una evaluación de las políticas nacionales fundamentales en materia de salud materna, del recién nacido y del niño, que puso de manifiesto la necesidad de seguir fortaleciendo la acción en esta esfera.

70. En julio de 2008, la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial acordaron un marco de acción coordinada en los países para reducir el número de defunciones de madres y recién nacidos. A través de la Alianza Sanitaria Internacional, la campaña mundial para la salud y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, la OMS también trabajó para mejorar la armonización. La OMS desempeñó un destacado papel en la organización de la Iniciativa «Las mujeres dan vida» y de la Conferencia «Las mujeres dan vida» para la promoción a escala mundial (Londres, 18-20 de octubre de 2007).

71. La Secretaría ha colaborado con los Estados Miembros para formular estrategias y planes de acción referentes a la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, y para comenzar a aplicar directrices actualizadas. También ha promovido políticas encaminadas a aumentar la cobertura y la calidad de la atención, en particular la autorización a las parteras para cumplir tareas que pueden salvar vidas y a los trabajadores sanitarios de la comunidad para atender las enfermedades comunes de la infancia.

72. En cuanto a la organización, la Secretaría está trabajando en la formulación de directrices para la integración de los servicios, en particular la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia y del embarazo y el parto. Por ejemplo, los contactos con ocasión de las vacunaciones se utilizan para distribuir cápsulas de vitamina A, mosquiteros tratados con insecticida y medicamentos vermífugos. La prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño está incluida en la atención prenatal y posnatal. Se fomentan los vínculos entre los servicios de salud sexual y reproductiva y los de VIH/SIDA. En 2004, la OMS creó tres redes nacionales de expertos sobre el paludismo durante el embarazo. Hay una cuarta red en formación en Asia.

73. La OMS está evaluando la eficacia de los criterios que se aplican para incrementar el acceso a los servicios, tales como la abolición de las tasas que pagan los usuarios por los servicios de salud materno-infantil, la subcontrata de servicios de salud reproductiva y los planes de pago en función de los resultados, incluida la colaboración con el sector privado y la sociedad civil.

74. La necesidad de aumentar las inversiones en el ámbito de la salud materna, del recién nacido y del niño se puso de relieve en el marco de acción de Toyako, redactado en la Cumbre del G8 celebrada en 2008 (Toyako (Japón), 7-9 de julio de 2008), y en múltiples foros, como las conferencias Cuenta regresiva para 2015 y Las mujeres dan vida, así como en la mesa redonda de la Directora General con dirigentes femeninas celebrada con ocasión de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (25 de septiembre de 2008). La OMS apoya la Alianza GAVI en su asignación de fondos para el fortalecimiento de los sistemas de salud y fomenta la creación de

capacidad en los países para potenciar al máximo la utilización del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y reforzar los servicios de salud reproductiva y materno-infantil.

**Cuadro 1. Indicadores clave de la cobertura de las intervenciones en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño<sup>1</sup>**

Número de países		MARGEN		
		Medio (%)	Bajo (%)	Alto (%)
<b>Cobertura con intervenciones de nutrición</b>				
63	Proporción de lactantes menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna	28	1	88
63	Proporción de lactantes de seis a nueve meses que recibían alimentación complementaria y seguían siendo amamantados	62	10	91
55	Proporción de niños menores de cinco años que recibieron dos dosis de suplemento de vitamina A en los 12 últimos meses	78	0	99
<b>Cobertura con intervenciones de salud del niño</b>				
68	Proporción de lactantes vacunados contra el sarampión	80	23	99
68	Proporción de lactantes menores de un año que habían recibido la tercera dosis de la vacuna DPT (difteria/tos ferina/tétanos)	81	20	99
57	Proporción de niños menores de cinco años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral o aumentaron los fluidos gracias a una alimentación continuada	38	7	76
35	Proporción de niños menores de cinco años que durmieron bajo un mosquitero tratado con insecticida en las últimas 24 horas*	7	0	49
34	Proporción de niños menores de cinco años con fiebre en las dos últimas semanas que recibieron tratamiento antipalúdico*	40	0	63
60	Proporción de niños menores de cinco años con presunta neumonía para los que se solicitó atención a un proveedor de asistencia sanitaria calificado	48	12	93
19	Proporción de niños menores de cinco años con neumonía que recibieron tratamiento con antibióticos	32	3	82

<sup>1</sup> Los datos se compilaron respecto de 68 países a los que corresponde el 97% de las defunciones maternas e infantiles. La columna «Número de países» indica los países sobre los cuales se disponía de datos comparables en el periodo 2000-2006. Se incluyó en el análisis el punto de datos más reciente. En la columna «Media» se indica el nivel medio de cobertura en los países con datos pertinentes, pero quedan ocultas las inequidades entre los países y dentro de ellos. El «Margen» se refiere a los niveles de cobertura más bajos y más altos. Los indicadores marcados con un \* se refieren a intervenciones aplicables a los 45 países (de un total de 68) que tienen paludismo endémico. Fuentes de los datos: Multiple Indicator Cluster Surveys, Demographic and Health Surveys, vigilancia mundial interorganismos de la cobertura de inmunización y de la cobertura de la suplementación de vitamina A. Se puede encontrar información más detallada en el Countdown Report 2008 en: [www.countdown2015mnch.org](http://www.countdown2015mnch.org).

Número de países		MARGEN		
		Medio (%)	Bajo (%)	Alto (%)
<b>Cobertura con intervenciones de salud reproductiva, materna y del recién nacido</b>				
64	Proporción de mujeres en edad fecunda (15 a 49 años) que utilizan (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo en algún momento determinado	29	3	87
40	Necesidad de planificación familiar insatisfecha	23	9	41
39	Proporción de mujeres que tuvieron cuatro o más contactos de atención prenatal durante el último embarazo en los cinco años anteriores a la encuesta más reciente	49	12	87
64	Proporción de embarazadas que recibieron dos dosis de la vacuna anti-tetánica	81	31	94
22	Proporción de embarazadas que recibieron al menos una dosis de tratamiento preventivo intermitente contra el paludismo*	7	0	61
66	Proporción de partos asistidos por un trabajador sanitario calificado	53	6	100
47	Proporción de lactantes que comenzaron a mamar dentro de la primera hora de vida	43	23	78

75. En su 124ª reunión, en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.

## **H. ESTRATEGIA PARA INCORPORAR EL ANÁLISIS Y LAS ACCIONES DE GÉNERO EN LAS ACTIVIDADES DE LA OMS (resolución WHA60.25)**

76. Se han logrado avances significativos en la aplicación de las cuatro orientaciones estratégicas en materia de género definidas en la estrategia OMS. Por lo que respecta a la primera (Desarrollo en la OMS de la capacidad de analizar y planificar las cuestiones de género), se realizaron actividades de capacitación en materia de género, mujer y salud, lo que incluye una atención de salud que tenga en cuenta las cuestiones de género. Más de 215 administradores sanitarios de más de 30 países han recibido formación en análisis de las cuestiones de género y elaboración consiguiente de medidas. Se impartió formación a 59 personas utilizando la herramienta experimental «género y VIH», concebida para ayudar a los administradores de programas sobre el VIH/SIDA del sector de la salud a integrar en ellos las cuestiones de género. Las actividades de formación hicieron posible la creación de redes duraderas para secundar esta labor en los países. Se está acabando de preparar un curso por ordenador dirigido a todo el personal de la OMS acerca de la incorporación de las cuestiones de género, otro sobre la manera de afrontar la violencia de género en situaciones de emergencia y un módulo sobre la prestación de una atención de salud que tenga en cuenta las cuestiones de género.

77. También se ha avanzado en la segunda orientación estratégica (Integrar una perspectiva de género en todos los ámbitos de administración de la OMS), entre otras cosas incorporando las cuestiones de género a la planificación operacional y el apoyo sistemático y/o la colaboración en curso de 17 programas y departamentos que en conjunto abarcan todos los objetivos estratégicos de la Organización. A fin de prestar apoyo a los países, además de la formación dispensada se ha actualizado la guía electrónica para estrategias de cooperación en países en desarrollo para que recoja la necesidad de integrar análisis y actuaciones referentes al género. Ahora mismo se están elaborando, y se han aplicado experimentalmente en dos regiones, nuevas herramientas para evaluar los aspectos ligados a los derechos humanos y a la igualdad de género en los planes nacionales del sector sanitario.

78. También se ha observado cierto progreso en la tercera orientación estratégica (Fomentar la utilización de datos desglosados por sexo y análisis por género), entre otras cosas introduciendo el análisis por género en la Encuesta Mundial de Salud, el método PASOS<sup>1</sup> de la OMS para vigilar los factores de riesgo de enfermedad crónica, el «Estudio mundial de la salud de los alumnos en las escuelas» y el acceso a los servicios de salud y su utilización. Algunas regiones han incluido datos desglosados por sexo en sus estadísticas sanitarias, mientras que otras están creando capacidad dentro de los países para reunir y analizar información sanitaria desglosada por sexo, edad y otras variables de interés, como la etnicidad.

79. La aplicación de la última orientación estratégica (Establecer mecanismos de responsabilización) empezó con la creación de un marco de vigilancia y valoración y una evaluación de la situación de partida en la que participaron más de 2000 funcionarios de la OMS de todas las regiones y de la sede. Las conclusiones preliminares de esa evaluación dejan pensar que el personal profesional conoce bastante bien el tema de la igualdad de género, si bien aún hay que mejorar en las siguientes líneas: aplicar el análisis por género; reforzar el apoyo institucional; promover y emplear sistemáticamente datos desglosados por sexo y análisis por género en las principales publicaciones de la OMS; y lograr que en los discursos importantes de los altos cargos de la Organización quede patente el compromiso con la igualdad de género. La gestión de la actuación profesional de algunos altos cargos incorpora objetivos que los hacen responsables de incorporar una perspectiva de género. Aún queda trabajo por delante para universalizar esta práctica en la Organización.

80. La red sobre género, mujer y salud de la Secretaría ha facilitado la aplicación de la resolución WHA60.25 en la Región de África: 11 países del África central participaron en un taller destinado a acelerar la aplicación de la estrategia regional en pro de la salud femenina y consolidar así la integración de la perspectiva de género como elemento estratégico importante para mejorar el estado de salud de las mujeres. En la Región de las Américas, la resolución se está aplicando en consonancia con la política de igualdad de género de la OPS. También se elaboraron un plan de acción regional y 13 planes de acción preliminares, en otros tantos países, para incorporar la perspectiva de género.

81. La Región del Mediterráneo Oriental integró la cuestión de la igualdad de género en el marco de gestión basada en los resultados e impartió formación a administradores sanitarios de nueve países sobre análisis de las cuestiones de género y elaboración consiguiente de medidas. La Región de Europa se está centrande en lograr que la igualdad de género adquiera carácter institucional y sea considerada un importante determinante social de la salud. En la Región de Asia Sudoriental se elaboraron orientaciones estratégicas de ámbito regional y se impartió formación al personal de la OMS y de colaboradores fundamentales de ocho países sobre análisis de las cuestiones de género y elaboración consiguiente de medidas. La Región del Pacífico Occidental centró sus esfuerzos en la salud reproductiva, sobre todo de los jóvenes, y en la formación de participantes de 10 países sobre el tema «género y derechos».

82. En su 124ª reunión, en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre los progresos realizados.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> El método progresivo de la OMS para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles (PASOS) es un método sencillo y normalizado para reunir, analizar y difundir datos en los Estados Miembros.

<sup>2</sup> Véase el documento EB124/2009/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión.

## I. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS (resolución WHA60.16)

83. En la resolución WHA60.16, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que fortaleciera el liderazgo de la OMS en lo referente a fomentar el uso racional de los medicamentos de forma científicamente documentada; ayudar a los países a aplicar los programas nacionales; reforzar la coordinación del apoyo; fomentar la investigación sobre las intervenciones sostenibles, y promover el debate sobre el tema entre las autoridades sanitarias, los profesionales y los pacientes.

84. La Secretaría ha diseñado una estrategia de apoyo a los programas nacionales en la cual la coordinación de las políticas nacionales será facilitada por un proceso llevado a cabo en países piloto con la participación de múltiples partes interesadas. Se creará un ciclo de mejora de la calidad para identificar, establecer y aplicar prioridades a los problemas relacionados con el uso de los medicamentos, y para resolverlos. Asimismo, se llevará a cabo una evaluación. El proceso será guiado por un comité directivo mundial. La estrategia ha sido aprobada por las seis regiones de la OMS, pero aún no se ha empezado a aplicar y se están buscando recursos para ello.

85. La Secretaría está publicando información basada en datos científicos sobre los perfiles del uso de los medicamentos y el impacto de las intervenciones sobre dicho uso en los países en desarrollo y en transición.<sup>1</sup>

86. El apoyo técnico a los países en relación con diversos aspectos de la promoción del uso racional de los medicamentos ha continuado como antes, a petición de los interesados. Dicho apoyo incluye:

- la revisión de las listas de medicamentos esenciales, la elaboración y aplicación de directrices clínicas, la vigilancia de las prácticas de uso de los medicamentos, las intervenciones para corregir problemas relacionados con el uso de los medicamentos, y la formación de profesionales de la salud y consumidores;
- la publicación de nuevas recomendaciones de la OMS para el tratamiento de las infecciones en la infancia: la administración de soluciones de rehidratación oral y zinc contra la diarrea, y el tratamiento antibiótico durante tres días, en lugar de cinco, para la neumonía; ambas medidas están basadas en los resultados de investigaciones y podrían reducir el uso irracional de los antibióticos;
- la preparación de un documento técnico que aporta información basada en evidencias sobre el uso de medicamentos psicotrópicos contra trastornos mentales y por abuso de sustancias comunes en el ámbito de la atención primaria, en particular en los países de ingresos bajos y medios;<sup>2</sup>
- la prosecución de la estrategia DOTS contra la tuberculosis, aplicada actualmente en 183 países y que permitió tratar 31,8 millones de casos en 2006. Además, 46 000 pacientes con tuberculosis multirresistente de 56 países han sido tratados con antituberculosos de segunda línea de calidad garantizada, tras la aprobación oportuna por el Comité Luz Verde. Sin embargo, la posibilidad de obtener medicamentos antituberculosos sin receta y su uso

---

<sup>1</sup> *Medicines use in primary care in developing and transitional countries: fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.

<sup>2</sup> *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.

indebido son problemas que siguen suscitando gran preocupación y que las autoridades sanitarias y los profesionales han de resolver junto con los consumidores.

## **J. MEJORA DE LOS MEDICAMENTOS DE USO PEDIÁTRICO (resolución WHA60.20)**

87. En su resolución EB121.R2, el Consejo Ejecutivo decidió establecer temporalmente un subcomité del Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales encargado de preparar una lista de medicamentos para los niños. El subcomité se reunió en julio de 2007 y septiembre de 2008, y en octubre de 2007 el Comité de Expertos aprobó el informe de la reunión de julio de 2007,<sup>1</sup> en el que figuraba la primera Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales. En la preparación de la Lista, el Comité de Expertos tuvo en cuenta las enfermedades prioritarias identificadas en la resolución WHA60.20 y las directrices terapéuticas de la OMS. Se identificaron numerosas lagunas importantes en materia de investigación y productos. En su reunión de septiembre de 2008, el subcomité recomendó nuevos trabajos para mantener y ampliar la Lista, pero observó que esto podría hacerse constituyendo un Comité de Expertos cuyos miembros tuvieran los conocimientos técnicos especializados necesarios, y no manteniendo el subcomité. El informe del subcomité se examinó en la reunión del Comité de Expertos celebrada en marzo de 2009.

88. El mandato del subcomité incluía el examen de las formas farmacéuticas óptimas de los medicamentos de uso pediátrico y la viabilidad de su fabricación. El informe preparado tras una consulta técnica sobre este tema habría de ser examinado por el Comité de Expertos en marzo de 2009. Se pedirá al Comité que recomiende que se consideren las formas farmacéuticas orales sólidas flexibles como las preferibles para los niños y las más viables para los fabricantes.

89. Con el fin de fomentar la aplicación de la Lista y de las directrices terapéuticas, la OMS ha recibido donaciones para un programa de trabajo que incluye la promoción de normas nacionales para los medicamentos pediátricos y de la disponibilidad de medicamentos específicos para los niños, así como la elaboración con los Estados Miembros de estrategias para mejorar el acceso a los medicamentos pediátricos esenciales y garantizar un mejor uso de éstos.

90. En los trabajos relacionados con la Lista han participado varios departamentos. La Lista incluye combinaciones de dosis fijas «ideales» para el tratamiento del VIH/SIDA; se están elaborando especificaciones similares para los medicamentos antituberculosos, y el subcomité ha preparado una lista de medicamentos adecuados para los recién nacidos que será examinada por el Comité de Expertos. En las regiones de la OMS han comenzado los trabajos para fomentar la adopción de la Lista por los países tras la realización de una encuesta sobre la disponibilidad de medicamentos pediátricos en varios países de África y la celebración de talleres regionales en las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.

91. Antes de la Conferencia Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica de 2008 se celebró una preconferencia de dos días para debatir la reglamentación de los medicamentos pediátricos, a raíz de la cual se formará un grupo de trabajo internacional sobre reglamentación que examinará las normas existentes que regulan esos medicamentos y tratará de mejorar la disponibilidad de medicamentos pediátricos de buena calidad.

---

<sup>1</sup> OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 950, 2007.

92. Se ha recibido financiación para un formulario basado en la Lista que sirva como fuente de información independiente sobre los medicamentos pediátricos esenciales. Dicho formulario se elaborará en consulta con los Estados Miembros y podrá adaptarse a las necesidades de los países. Han comenzado los trabajos de actualización de las directrices terapéuticas esenciales sobre medicamentos pediátricos, entre ellas las directrices sobre la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

93. La campaña de promoción de la OMS conocida como Medicamentos a la medida de los niños, lanzada en diciembre de 2007, ha sido respaldada por la industria farmacéutica, a través de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento, y por organizaciones de la sociedad civil como *Médecins sans Frontières* o Caritas Internationalis, asociaciones profesionales y organizaciones como el UNICEF, la Agencia Europea de Medicamentos o los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América. La OMS ha colaborado estrechamente con el UNICEF en la elaboración de la Lista, y las dos organizaciones han publicado conjuntamente el primer informe sobre fuentes y precios de los medicamentos pediátricos.<sup>1</sup>

#### **K. TECNOLOGÍAS SANITARIAS (resolución WHA60.29)**

94. En la resolución WHA60.29, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que, entre otras cosas, prestara a los Estados Miembros asesoramiento técnico en la aplicación de políticas sobre tecnologías sanitarias, y apoyo tanto en la evaluación de las necesidades nacionales en materia de tecnologías sanitarias, especialmente de dispositivos médicos, como en la jerarquización, selección y utilización de dichas tecnologías. En la resolución también se pidió a la Directora General que creara un centro de intercambio de información sobre tecnologías sanitarias accesible a través de la web, a fin de proporcionar orientación sobre dispositivos médicos apropiados, según los niveles de atención y las intervenciones sanitarias previstas. Asimismo, se le pidió que proporcionara apoyo a los Estados Miembros a fin de identificar dispositivos médicos apropiados que faciliten el acceso a servicios de calidad en la atención primaria de salud. En el presente informe se presenta un resumen de la labor realizada para poner en práctica dicha resolución, la colaboración entre la OMS, sus centros colaboradores y los asociados internacionales, regionales y nacionales que ello ha supuesto, y los progresos realizados.

95. Las amplias deliberaciones mantenidas por el Consejo Ejecutivo en sus 118<sup>a</sup>, 120<sup>a</sup> y 121<sup>a</sup> reuniones han conferido un gran impulso a un proceso de consultas con organizaciones de las Naciones Unidas y con la industria, así como a la movilización de recursos. En abril de 2008 se obtuvieron fondos de la Fundación Bill y Melinda Gates para un periodo de tres años, financiación que ha permitido a la Secretaría emprender una ejecución más amplia de la resolución WHA60.29.

96. La Secretaría se encuentra en la actualidad en la fase de elaboración de mecanismos para evaluar las necesidades nacionales en materia de tecnologías sanitarias, y en especial de dispositivos médicos, con miras a la identificación de carencias según los niveles de atención y las intervenciones sanitarias previstas. Una vez que se hayan elaborado, esos mecanismos serán validados por expertos de los Estados Miembros y se iniciarán pruebas piloto en las seis regiones.

---

<sup>1</sup> "Sources and prices of selected medicines for children, including therapeutic food, dietary vitamin and mineral supplementation". Accesible en línea en: [http://www.unicef.org/supply/index\\_47129.html](http://www.unicef.org/supply/index_47129.html).

97. La Secretaría está colaborando con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, instituciones académicas y organizaciones profesionales para ofrecer a los Estados Miembros directrices, instrumentos, normas y criterios de jerarquización, selección y utilización de tecnologías sanitarias, y en especial de dispositivos médicos.

98. Asimismo, la Secretaría está revisando y actualizando las directrices de la OMS sobre la donación de material sanitario, y preparando directrices sobre la adquisición de dispositivos médicos.

99. Se están actualizando y adaptando a las necesidades de los Estados Miembros las diversas directrices para apoyar la ejecución de políticas sobre tecnologías sanitarias, y en especial sobre dispositivos médicos.

100. Una reunión consultiva de expertos de carácter oficioso, organizada con la OPS (Washington DC, junio de 2008), sentó las bases del centro de intercambio de información sobre tecnologías sanitarias basado en la web, pues definió el tipo de usuarios previstos, el tipo de información que incluirá y las normas de gestión generales. El centro se encuentra actualmente en fase de desarrollo, y tiene como objetivo proporcionar orientación sobre los dispositivos médicos en función de los niveles de atención y las intervenciones sanitarias previstas.

101. En 2007 se estableció un proyecto sobre dispositivos médicos muy prioritarios en colaboración con el Gobierno de los Países Bajos. Se ha elaborado una metodología general para detectar el suministro insuficiente de dispositivos médicos utilizables en el tratamiento de las 15 enfermedades que concentran la mayor carga de morbilidad en todo el mundo. El informe final se publicará a mediados de 2009.

102. En su 124ª reunión, celebrada en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe sobre los progresos realizados.<sup>1</sup>

## **L. MULTILINGÜISMO (resolución WHA61.12)**

103. En enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota del calendario de ejecución del plan de acción<sup>2</sup> y de un cuadro en el que se consignaban sus repercusiones financieras para la aplicación del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. En el presente informe se facilita una actualización a ese respecto.

104. **Prioridades en materia de traducción.** El grupo de coordinación de la política de publicaciones establecido para asesorar a la Directora General en cuestiones relativas a las publicaciones ha propuesto una estrategia para determinar las prioridades en materia de traducción.

105. Parte de la estrategia consistirá en consultar a los Estados Miembros oficiosamente acerca de las prioridades de traducción de las publicaciones de la OMS existentes y planificadas, para lo cual se pueden facilitar a los Estados Miembros dos listas. Una de ellas es una lista principal de los productos de información de la Secretaría cuya publicación ha sido aprobada. La lista, que contiene información sobre los idiomas previstos para cada producto, se puede consultar en una plataforma electrónica que

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB124/2009/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión.

<sup>2</sup> Véase el documento EB124/2009/REC/2, acta resumida de la undécima sesión.

---

permite efectuar búsquedas por temas y expresiones clave. Ya puede acceder a ella el conjunto de la Secretaría, y se está poniendo a punto el acceso para los Estados Miembros.

106. La segunda lista es un inventario de los documentos y productos de información de la OMS existentes, en el que se detallan los idiomas oficiales en que se producen. Todos los funcionarios pueden consultar la lista a través de la Intranet de la Secretaría, y se está poniendo a punto el acceso para los Estados Miembros. Los Estados Miembros pueden servirse de esas dos listas para determinar las publicaciones cuya traducción a los idiomas apropiados debería ser prioritaria. Las primeras reuniones para examinar las prioridades en los idiomas chino y ruso se celebraron en 2008.

107. **Equipo multilingüe de editores del sitio web.** El número de páginas web multilingües publicadas en el sitio web de la OMS en los idiomas oficiales ha superado las metas fijadas para 2008. Ese año, el número de páginas web nuevas publicadas en cada idioma fueron: árabe, 582; chino, 549; español, 1365; francés, 1874; inglés, 5749; ruso, 518.

108. **Fondo institucional.** Se estableció un grupo de trabajo mundial, integrado por bibliotecarios, funcionarios de la web y otros expertos del conjunto de la Organización, con el fin de establecer un fondo institucional de productos de información en idiomas oficiales y no oficiales. El grupo de trabajo acordó unas normas comunes en materia de metadatos, requisitos de los sistemas y contenidos. Se ultimó una propuesta para un sistema de archivo y se está probando una aplicación informática. Se está preparando una lista de documentos que ya están disponibles en formato electrónico, que se contarán entre los primeros que figuren en el Fondo Institucional Mundial de la OMS.

109. **Estilo y terminología.** Los editores del sitio web, con aportaciones de los servicios de traducción, han preparado guías de estilo para los idiomas árabe, chino, francés y ruso, sobre la base de la guía de estilo en inglés, que se están utilizando para mejorar la coherencia de los contenidos del sitio web de la OMS en esos idiomas. Las versiones en español y en inglés se ultimarán durante la primera mitad de 2009. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha preparado también una nueva guía de estilo para los productos de información en árabe.

110. **Publicaciones.** La OMS produce sus propias publicaciones multilingües, en particular más de un centenar de documentos al año en todos los idiomas oficiales para las reuniones de los órganos deliberantes. Además, la Organización está aumentando su colaboración con los asociados externos para aumentar el número de productos de información multilingües de la OMS, de resultas de lo cual a finales de 2008 se habían publicado 237 documentos multilingües en 44 idiomas, cuando en 2007 habían sido 153 documentos. Por otra parte, está aumentando el número de «Bibliotecas azules» distribuidas en árabe, francés, inglés y portugués. El objetivo es distribuir 200 o más bibliotecas durante el presente bienio en todos los idiomas.

111. **Perfeccionamiento del personal.** Los funcionarios siguieron perfeccionando sus conocimientos lingüísticos, y 1382 funcionarios de la Sede y de las oficinas regionales tomaron clases de idiomas durante el bienio 2006-2007. En la Sede, el número de alumnos de clases de idiomas aumentó de 493 a 653 entre 2007 y 2009.

112. En su 124ª reunión, en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión precedente de este informe.<sup>1</sup>

### **INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

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

= = =

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB124/2009/REC/2, acta resumida de la undécima sesión, sección 3.