



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

67.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 19-24 DE MAYO DE 2014

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

**GINEBRA
2014**

SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

| | |
|---------|---|
| ACNUR | - Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina) |
| ASEAN | - Asociación de Naciones del Asia Sudoriental |
| CCIS | - Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias |
| CIIC | - Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer |
| CIOMS | - Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas |
| FAO | - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura |
| FIDA | - Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola |
| FMI | - Fondo Monetario Internacional |
| JIFE | - Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes |
| OACI | - Organización de Aviación Civil Internacional |
| OCDE | - Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos |
| OIE | - Office international des Épizooties |
| OIEA | - Organismo Internacional de Energía Atómica |
| OIT | - Organización (Oficina) Internacional del Trabajo |
| OMC | - Organización Mundial del Comercio |
| OMI | - Organización Marítima Internacional |
| OMM | - Organización Meteorológica Mundial |
| OMPI | - Organización Mundial de la Propiedad Intelectual |
| ONUDI | - Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial |
| ONUSIDA | - Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA |
| OOPS | - Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente |
| OPS | - Organización Panamericana de la Salud |
| OSP | - Oficina Sanitaria Panamericana |
| PMA | - Programa Mundial de Alimentos |
| PNUD | - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PNUMA | - Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente |
| UIT | - Unión Internacional de Telecomunicaciones |
| UNCTAD | - Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo |
| UNDCP | - Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas |
| UNESCO | - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| UNFPA | - Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 19 al 24 de mayo de 2014, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 133.^a reunión.¹

¹ Decisión EB133(10).

ÍNDICE

| | Página |
|---|---------------|
| Introducción | iii |
| Orden del día | ix |
| Lista de documentos | xv |
| Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones | xxi |

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

| | | |
|----------|---|----|
| WHA67.1 | Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 | 1 |
| WHA67.2 | Mejoramiento de la adopción de decisiones por los órganos deliberantes | 4 |
| WHA67.3 | Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013 | 5 |
| WHA67.4 | Fondos suplementarios para los bienes inmuebles y las obligaciones a largo plazo relacionadas con el personal | 5 |
| WHA67.5 | Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución | 6 |
| WHA67.6 | Hepatitis víricas | 7 |
| WHA67.7 | Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad | 13 |
| WHA67.8 | Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista | 13 |
| WHA67.9 | Psoriasis | 17 |
| WHA67.10 | Plan de acción sobre la salud del recién nacido | 18 |
| WHA67.11 | Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata | 20 |
| WHA67.12 | Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria | 23 |

| | Página |
|-----------------------|--|
| WHA67.13 | Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) 27 |
| WHA67.14 | La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 27 |
| WHA67.15 | Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general 30 |
| WHA67.16 | Informe del Comisario de Cuentas 36 |
| WHA67.17 | Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General 36 |
| WHA67.18 | Medicina tradicional 37 |
| WHA67.19 | Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida 38 |
| WHA67.20 | Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos ... 44 |
| WHA67.21 | Acceso a los productos bioterapéuticos incluidos los productos bioterapéuticos similares y garantía de su calidad, seguridad y eficacia 49 |
| WHA67.22 | Acceso a los medicamentos esenciales 51 |
| WHA67.23 | Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal 55 |
| WHA67.24 | Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal 58 |
| WHA67.25 | Resistencia a los antimicrobianos 59 |
| Decisiones | |
| WHA67(1) | Composición de la Comisión de Credenciales 63 |
| WHA67(2) | Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud 63 |
| WHA67(3) | Constitución de la Mesa de la Asamblea 63 |
| WHA67(4) | Adopción del orden del día 63 |
| WHA67(5) | Elección de la Mesa de las comisiones principales 64 |
| WHA67(6) | Verificación de credenciales 64 |
| WHA67(7) | Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo 65 |

| | Página |
|-----------|--|
| WHA67(8) | Consideración de las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud 65 |
| WHA67(9) | Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño 66 |
| WHA67(10) | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado 67 |
| WHA67(11) | Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS 68 |
| WHA67(12) | Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra 68 |
| WHA67(13) | Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida 69 |
| WHA67(14) | Marco para la colaboración con agentes no estatales 69 |
| WHA67(15) | Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación 70 |
| WHA67(16) | Selección del país en que se ha de reunir la 68. ^a Asamblea Mundial de la Salud 71 |

ANEXOS

| | |
|----|---|
| 1. | Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 75 |
| 2. | Texto modificado del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud 98 |
| 3. | Proyecto de plan acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad 99 |
| 4. | Salud neonatal: plan de acción. Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible 124 |
| 5. | Texto del anexo 7 actualizado del Reglamento Sanitario Internacional (2005) 168 |
| 6. | Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud 170 |

ORDEN DEL DÍA¹

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea de la Salud
 - 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales
 - 1.2 Elección de Presidente
 - 1.3 Elección de cinco Vicepresidentes y de Presidentes de las comisiones principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea
 - 1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales
2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus reuniones 133.^a y 134.^a
3. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General
4. Orador invitado
5. [suprimido]
6. Consejo Ejecutivo: elección
7. Premios
8. Informes de las comisiones principales
9. Clausura de la Asamblea de la Salud

COMISIÓN A

10. Apertura de la Comisión²
11. Reforma de la OMS
 - 11.1 Informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la reforma
 - 11.2 Mejoramiento de la adopción de decisiones por los órganos deliberantes
 - 11.3 Marco para la colaboración con agentes no estatales
 - 11.4 Seguimiento del diálogo sobre financiación

¹ Adoptado en la segunda sesión plenaria.

² Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 11.5 Asignación estratégica de los recursos
- 11.6 Financiación de los gastos administrativos y de gestión
- 12. Enfermedades transmisibles
 - 12.1 Proyecto de estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015
 - 12.2 Plan de acción mundial sobre vacunas
 - 12.3 Hepatitis
- 13. Enfermedades no transmisibles
 - 13.1 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles
 - Informes sobre:
 - El plan de acción para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2008-2013
 - La función de la OMS en la preparación, ejecución y seguimiento del examen y evaluación generales de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2014 sobre los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
 - Examen:
 - Del mandato de un mecanismo de coordinación mundial sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles
 - Del mandato del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles
 - Del conjunto limitado de indicadores para el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades No transmisibles 2013-2020
 - 13.2 Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño
 - 13.3 Discapacidad
 - 13.4 Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista
 - 13.5 Psoriasis
- 14. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida
 - 14.1 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
 - La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015

- 14.2 Salud neonatal: proyecto de plan de acción
- 14.3 Afrontar el problema mundial de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas
- 14.4 Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida
- 14.5 Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata
- 14.6 Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria
- 15. [transferido a la Comisión B]
- 16. Preparación, vigilancia y respuesta
 - 16.1 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - 16.2 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
 - 16.3 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
 - 16.4 Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial
 - 16.5 [transferido a la Comisión B]
- 17. Informes sobre los progresos realizados
 - Enfermedades transmisibles
 - A. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015 (resolución WHA64.14)
 - B. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16)
 - Enfermedades no transmisibles
 - C. Prevención de las lesiones en los niños (resolución WHA64.27)
 - Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida
 - D. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)
 - E. Mutilación genital femenina (resolución WHA61.16)
 - F. Los jóvenes y los riesgos sanitarios (resolución WHA64.28)
 - G. Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños (resolución WHA66.7)

H. Cambio climático y salud (resolución EB124.R5)

Sistemas de salud

I. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (resolución WHA61.21)

J. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos (resolución WHA63.12)

K. Trasplante de órganos y tejidos humanos (resolución WHA63.22)

L. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud

Preparación, vigilancia y respuesta

M. Respuesta de la OMS y función como organismo principal del grupo de acción sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias (resolución WHA65.20)

Servicios corporativos/funciones instrumentales

N. Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12)

COMISIÓN B

18. Apertura de la Comisión¹

19. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

20. Asuntos presupuestarios y financieros

20.1 Presupuesto por programas 2012-2013: evaluación de la ejecución

20.2 Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013

20.3 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

20.4 [suprimido]

20.5 [suprimido]

20.6 [suprimido]

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

21. Asuntos de auditoría y supervisión
 - 21.1 Informe del Comisario de Cuentas
 - 21.2 Informe del Auditor Interno
22. Asuntos de personal
 - 22.1 Recursos humanos: informe anual
 - 22.2 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
 - 22.3 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
 - 22.4 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
23. Asuntos administrativos y jurídicos
 - 23.1 Seguimiento del informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud
 - 23.2 Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra
24. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
15. Sistemas de salud
 - 15.1 Medicina tradicional
 - 15.2 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
 - 15.3 Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación
 - 15.4 Acceso a los medicamentos esenciales
 - 15.5 Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida
 - 15.6 Fortalecimiento del sistema de reglamentación
 - 15.7 Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal

15.8 Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud:
un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal

16. Preparación, vigilancia y respuesta

16.1 Resistencia a los fármacos antimicrobianos

LISTA DE DOCUMENTOS

| | |
|--------------|--|
| A67/1 Rev.1 | Orden del día ¹ |
| A67/2 | Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus reuniones 133. ^a y 134. ^a |
| A67/3 | Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General ante la 67. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A67/4 | Informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la reforma |
| A67/5 | Mejoramiento de la adopción de decisiones por los órganos deliberantes ² |
| A67/5 Add.1 | Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ³ |
| A67/6 | Marco para la colaboración con los agentes no estatales |
| A67/7 | Seguimiento del diálogo sobre financiación |
| A67/8 | Seguimiento del diálogo sobre financiación Evaluación independiente |
| A67/9 | Asignación estratégica de los recursos Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A67/10 | Financiación de los gastos administrativos y de gestión |
| A67/11 | Proyecto de estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 ⁴ |
| A67/12 | Plan de acción mundial sobre vacunas |
| A67/13 | Mejora de la salud de los pacientes con hepatitis víricas |
| A67/13 Add.1 | Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ³ |

¹ Véase p. ix.

² Véase el anexo 2.

³ Véase el anexo 6.

⁴ Véase el anexo 1.

| | |
|--------------------------|--|
| A67/14 | Prevención y control de las enfermedades no transmisibles |
| A67/14 Add.1 | Mandato del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles |
| A67/14 Add.2 | Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas |
| A67/14 Add.3 Rev.1 | Propuesta de plan de trabajo para el mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles correspondiente al periodo 2014-2015 |
| A67/15 y A67/15 Add.1 | Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño |
| A67/16 | Proyecto de plan acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad ¹ |
| A67/17 | Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista |
| A67/17 Add.1 | Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ² |
| A67/18 | Psoriasis |
| A67/18 Add.1 | Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ² |
| A67/19 | Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud |
| A67/20 | La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 |
| A67/21 y Corr.1 | Salud neonatal: proyecto de plan de acción ³ |
| A67/22 | Afrontar el problema mundial de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general |
| A67/23 | Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida |

¹ Véase el anexo 3.

² Véase el anexo 6.

³ Véase el anexo 4.

LISTA DE DOCUMENTOS

| | |
|--------------------------|---|
| A67/24 | Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata |
| A67/25 | Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria |
| A67/26 | Medicina tradicional |
| A67/27 | Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación |
| A67/28 | Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación Proyectos de demostración de investigación y desarrollo sanitarios |
| A67/28 Add.1 | Reuniones de las partes interesadas en los proyectos de demostración de investigación y desarrollo sanitarios seleccionados, 7 a 10 de mayo de 2014 |
| A67/29 | Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación |
| A67/30 | Acceso a los medicamentos esenciales |
| A67/31 | Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida |
| A67/32 | Fortalecimiento del sistema de reglamentación |
| A67/33 | Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal |
| A67/34 | Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal |
| A67/35 y A67/35 Add.1 | Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) ¹ |
| A67/36 | Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios |
| A67/36 Add.1 | Informe de la reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica |

¹ Véase el anexo 5.

| | |
|--------------|---|
| A67/37 | Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico |
| A67/38 | Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial |
| A67/39 | Resistencia a los fármacos antimicrobianos |
| A67/39 Add.1 | Proyecto de plan de acción mundial sobre resistencia a los fármacos antimicrobianos |
| A67/40 | Informes sobre los progresos realizados |
| A67/41 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado |
| A67/42 | Presupuesto por programas 2012-2013: evaluación de la ejecución |
| A67/43 | Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013 |
| A67/43 Add.1 | Propuesta en relación con la asignación de fondos suplementarios para los bienes inmuebles y las obligaciones a largo plazo relacionadas con el personal |
| A67/44 | Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución |
| A67/45 | Informe del Comisario de Cuentas |
| A67/46 | Informe del Auditor Interno |
| A67/47 | Recursos humanos: informe anual |
| A67/48 | Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional |
| A67/49 | Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal |
| A67/50 | Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS |
| A67/51 | Seguimiento del informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud |
| A67/52 | Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra |
| A67/53 | Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales |

LISTA DE DOCUMENTOS

- A67/54 Reforma de la OMS
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/55 Presupuesto por programas 2012-2013: evaluación de la ejecución
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/56 Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/57 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/58 Informe del Comisario de Cuentas
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/59 Informe del Auditor Interno
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/60 Recursos humanos: informe anual
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/61 Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A67/62 Primer informe de la Comisión A
- A67/63 Comisión de Credenciales
- A67/64 Segundo informe de la Comisión A
- A67/65 Tercer informe de la Comisión A
- A67/66 Primer informe de la Comisión B
- A67/67 Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
- A67/68 Cuarto informe de la Comisión A

| | |
|--------|----------------------------------|
| A67/69 | Segundo informe de la Comisión B |
| A67/70 | Quinto informe de la Comisión A |
| A67/71 | Tercer informe de la Comisión B |
| A67/72 | Sexto informe de la Comisión A |
| A67/73 | Cuarto informe de la Comisión B |

Documentos de información

| | |
|------------|---|
| A67/INF./1 | Plan de aplicación de la reforma |
| A67/INF./2 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado Declaración del Gobierno de Israel |
| A67/INF./3 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado Informe del Ministerio de Salud de la República Árabe Siria |
| A67/INF./4 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado Informe del Director de Salud del OOPS |
| A67/INF./5 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado Informe presentado a petición del Observador Permanente de Palestina ante la Oficina de las Naciones Unidas y Otras Organizaciones Internacionales en Ginebra |

Documentos varios

| | |
|------------------|--|
| A67/DIV./1 Rev.1 | Lista de delegados y otros participantes |
| A67/DIV./2 | Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud |
| A67/DIV./3 | Decisiones y lista de resoluciones |
| A67/DIV./4 | Lista de documentos |
| A67/DIV./5 | Alocución de la Excelentísima señora Dra. Christine Kaseba-Sata, Primera Dama de la República de Zambia, ante la 67. ^a Asamblea Mundial de la Salud |
| A67/DIV./6 | Alocución de la Sra. Melinda Gates, Fundación Bill y Melinda Gates, en la 67. ^a Asamblea Mundial de la Salud |

MESA DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD Y COMPOSICIÓN DE SUS COMISIONES

Presidente

Dr. Roberto MORALES OJEDA (Cuba)

Vicepresidentes

Dr. Neil SHARMA (Fiji)

Sr. François IBOVI (Congo)

Sr. Maithripala Yapa SIRISENA (Sri Lanka)

Dr. Vytenis Povilas ANDRIUKAITIS
(Lituania)

Sr. Sadiq bin Abdul Karim AL-SHEHABI
(Bahrein)

Secretario

Dra. Margaret CHAN, Directora General

Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Chile, Etiopía, Iraq, Islandia, Japón, Malasia, Mónaco, Mozambique, Portugal, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea y Zambia.

Presidente: Dr. Feisul Idzwan MUSTAPHA
(Malasia)

Vicepresidente: Dr. Guy FONES (Chile)

Secretario: Sr. Xavier DANEY, Asesor
Jurídico Principal

Mesa de la Asamblea

La Mesa de la Asamblea estuvo integrada por el Presidente y los Vicepresidentes de la Asamblea de la Salud, los Presidentes de las comisiones principales y delegados de los Estados Miembros siguientes: Afganistán, Angola, Benin, Cabo Verde, China, Costa Rica, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Grecia, Guinea Ecuatorial, Guyana, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República de Corea, Timor-Leste, Túnez, Uruguay.

REPRESENTANTES DEL CONSEJO EJECUTIVO

Profesora Jane HALTON (Australia)

Profesor Ogtay SHIRALIYEV (Azerbaiyán)

Dr. Mohsen ASADI-LARI (República Islámica del Irán)

Profesor PE THET KHIN (Myanmar)

Presidente: Dr. Roberto MORALES OJEDA
(Cuba)

Secretario: Dra. Margaret CHAN, Directora
General

COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 35 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales.

Comisión A

Presidenta: Dra. Pamela RENDI-WAGNER
(Austria)

Vicepresidentes: Profesor PE THET KHIN
(Myanmar) y Dr. Jorge VILLAVICENCIO
(Guatemala)

Relatora: Dra. Helen MBUGUA (Kenya)

Secretario: Dr. Timothy ARMSTRONG,
Coordinador, Vigilancia y Prevención de
base Poblacional

Comisión B

Presidente: Dra. Ruhakana RUGUNDA
(Uganda)

Vicepresidentes: Dr. Mohsen ASADI-LARI
(República Islámica del Irán) y Dr. Siale
AKAUOLA (Tonga)

Relator: Dr. Dipendra Raman SINGH
(Nepal)

Secretario: Dr. Clive ONDARI, Coordinador,
Seguridad y Vigilancia

RESOLUCIONES

WHA67.1 Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el proyecto de estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015;²

Reconociendo los progresos realizados hacia la consecución para 2015 del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 (Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades) en seguimiento de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y las metas conexas relativas a la tuberculosis fijadas para 2015 mediante la adopción de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS), la estrategia Alto a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, así como la financiación de los planes nacionales sobre la base de esos marcos, como se pide, entre otras, en la resolución WHA60.19 relativa al control de la tuberculosis;

Preocupada por la persistencia de carencias y por la desigualdad de los progresos realizados hacia las metas actuales, y por que, además, algunas regiones, Estados Miembros, comunidades y grupos vulnerables precisan estrategias específicas y apoyo para acelerar los avances en la prevención de la morbilidad y la mortalidad y para ampliar el acceso a las intervenciones y los nuevos instrumentos necesarios;

Preocupada además por que, incluso con los importantes progresos realizados, se calcula que cada año tres millones de las personas que contraen la tuberculosis quedarán sin diagnosticar o no recibirán el tratamiento y la atención apropiados;

Consciente de las graves consecuencias económicas y sociales de la tuberculosis y de la carga que soportan muchos de los afectados al buscar atención o cumplir el tratamiento antituberculoso;

Considerando la resolución WHA62.15, relativa a la prevención y el control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente, y el llamamiento a la acción que se hace en ella; consciente de que la respuesta a la crisis ha sido insuficiente hasta la fecha pese a la introducción de nuevas pruebas de diagnóstico rápido y de los esfuerzos desplegados para ampliar el manejo de la enfermedad; consciente asimismo de que la inmensa mayoría de las personas que lo necesitan siguen careciendo de acceso a la prevención, el tratamiento y los servicios de calidad, y alarmada por los graves riesgos sanitarios de índole personal y pública que entraña la tuberculosis multirresistente;

Consciente de que la coinfección por el VIH es la principal razón del fracaso en la consecución de las metas de control de la tuberculosis en los entornos con alta prevalencia de VIH y de que la tuberculosis es una causa importante de mortalidad entre los jóvenes con VIH, y reconociendo la necesidad de reforzar sustancialmente las actuaciones conjuntas destinadas a combatir la doble epidemia de tuberculosis y VIH/sida aumentando la integración de los servicios de atención primaria con el fin de mejorar el acceso a la atención;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/11.

Reconociendo que en los decenios posteriores a 2015 habrá que seguir progresando en lo que se refiere a la tuberculosis y otras prioridades sanitarias definidas en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y que los avances en todas esas prioridades exigen un compromiso general para reforzar los sistemas de salud y encaminarse hacia la cobertura sanitaria universal;

Reconociendo que los progresos de la lucha contra la tuberculosis dependen de las medidas que se adopten dentro del sector de la salud y fuera de él para afrontar los determinantes sociales y económicos de la morbilidad, incluida la ampliación de la protección social y la lucha contra la pobreza;

Orientada por la resolución WHA61.17 relativa a la salud de los migrantes y su llamamiento a la acción, y reconociendo la necesidad de aumentar la colaboración entre los países y las regiones que registran altas y bajas incidencias con el fin de reforzar los mecanismos de seguimiento y control de la tuberculosis, incluso en lo que se refiere al aumento de la morbilidad laboral;

Observando la necesidad de que aumenten las inversiones para acelerar la aplicación de innovaciones a escala de país, así como en la investigación y el desarrollo de nuevos instrumentos de atención y prevención de la tuberculosis esenciales para la eliminación de la tuberculosis,

1. ADOPTA la estrategia mundial y las metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015,¹ con inclusión de lo siguiente:

- 1) su audaz visión de un mundo exento de tuberculosis y sus metas para acabar con la epidemia mundial de tuberculosis para 2035 mediante la reducción de la mortalidad por tuberculosis en un 95% y de la incidencia de tuberculosis en un 90% (o a menos de 10 casos de tuberculosis por 100 000 habitantes), y eliminar los gastos catastróficos conexos para los hogares afectados por la tuberculosis;
- 2) sus hitos asociados para 2020, 2025 y 2030;
- 3) sus principios relativos a la rectoría y la rendición de cuentas de los gobiernos; la creación de coaliciones con las comunidades afectadas y la sociedad civil; la equidad, los derechos humanos y la ética; y la adaptación para ajustarse a las necesidades de todos los contextos epidemiológicos, socioeconómicos y de los sistemas de salud;
- 4) sus tres pilares de atención y prevención integradas y centradas en el paciente; políticas audaces y sistemas propicios; e intensificación de la investigación y la innovación;

2. INSTA a todos los Estados Miembros:²

- 1) a que adapten la estrategia a las prioridades y características nacionales;
- 2) a que apliquen, monitoricen y evalúen las medidas específicas relativas a la tuberculosis, para el sector de la salud y de índole multisectorial que se proponen en la estrategia, contando con un compromiso de alto nivel y de financiación adecuada, teniendo en cuenta los contextos locales;

¹ Véase el anexo 1.

² Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

- 3) a que traten de lograr la plena participación de una amplia variedad de partes interesadas, para prevenir la persistencia de unas altas tasas de incidencia de tuberculosis en determinadas comunidades o entornos geográficos;
3. INVITA a los asociados internacionales, regionales, nacionales y locales del sector de la salud y ajenos a él a que participen en la aplicación de la estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015, y la respalden;
4. PIDE a la Directora General:
 - 1) que proporcione orientaciones a los Estados Miembros sobre el modo de adaptar y hacer operacional la estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015, incluida la promoción de la colaboración transfronteriza para afrontar las necesidades de las comunidades vulnerables, en particular las poblaciones migrantes, y las amenazas planteadas por la farmacoresistencia;
 - 2) que coordine la aplicación de la estrategia, y contribuya a ella, colaborando con los Estados Miembros, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) y otras instituciones mundiales y regionales de financiación, así como todos los integrantes de la Alianza Alto a la Tuberculosis y los asociados multisectoriales adicionales necesarios para cumplir la finalidad y los objetivos de la estrategia;
 - 3) que siga elaborando y actualizando normativas mundiales y orientaciones en materia de políticas sobre la prevención, la atención y el control de la tuberculosis, a medida que se obtengan datos nuevos y se desarrollen innovaciones que vengan a añadirse a los instrumentos y los planteamientos estratégicos disponibles para acabar con la epidemia mundial y avanzar mucho más deprisa hacia la eliminación de la tuberculosis;
 - 4) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la adaptación y la aplicación de la estrategia, así como en la elaboración de indicadores, hitos y metas apropiadas a escala nacional que contribuyan a la consecución de las metas locales y mundiales fijadas para 2035;
 - 5) que vigile la aplicación de la estrategia y evalúe su impacto en el avance hacia los hitos y las metas fijados;
 - 6) que promueva las investigaciones y la generación de conocimientos necesarios para acabar con la epidemia mundial de tuberculosis y eliminar esa enfermedad, incluida la aceleración del descubrimiento y el desarrollo de instrumentos diagnósticos terapéuticos y preventivos nuevos o mejorados, en particular vacunas eficientes, y estimule la utilización de las innovaciones resultantes;
 - 7) que promueva el acceso equitativo a los nuevos instrumentos y productos médicos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis y la tuberculosis multirresistente a medida que se disponga de ellos;
 - 8) que colabore con la Alianza Alto a la Tuberculosis, en particular para apoyar activamente la elaboración del plan mundial de inversiones, y, cuando proceda, sume nuevos asociados capaces de promover compromisos e innovaciones eficaces dentro del sector de la salud y fuera de él para lograr una aplicación eficaz de la estrategia;

9) que informe sobre los progresos realizados a las Asambleas Mundiales de la Salud 70.^a y 73.^a, y posteriormente de forma periódica, por conducto del Consejo Ejecutivo.

(Sexta sesión plenaria, 21 de mayo de 2014 -
Comisión A, primer informe)

WHA67.2 Mejoramiento de la adopción de decisiones por los órganos deliberantes¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el mejoramiento de la adopción de decisiones por los órganos deliberantes,²

1. DECIDE introducir la transmisión por internet de las futuras sesiones públicas de las Comisiones A y B de la Asamblea de la Salud, así como de sus sesiones plenarias, accesible a todos los usuarios de internet mediante un enlace en el sitio web de la OMS, a reserva de que se resuelvan todas las cuestiones técnicas pertinentes y se disponga de recursos financieros;

2. APRUEBA la recomendación del Consejo Ejecutivo que figura en la decisión EB134(3) relativa al alquiler de un sistema de votación electrónica costoeficaz y seguro para la propuesta de nombramiento y el nombramiento de Director General, y a que dicho sistema sea sometido a prueba por los órganos deliberantes mediante votaciones simuladas con anterioridad a la elección del próximo Director General;

3. SUPRIME el artículo 49 y SUSTITUYE el artículo 48 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, con efecto a partir de la clausura de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, por el texto siguiente:

«Las propuestas oficiales relativas a puntos del orden del día se podrán presentar hasta el primer día de una reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud, y no menos de dos días antes de la apertura de una reunión especial. Todas esas propuestas se remitirán a la comisión a la que se haya asignado el punto del orden del día en cuestión, excepto si ese punto se fuera a examinar directamente en una sesión plenaria.»³

4. DECIDE ADEMÁS que en lo sucesivo corresponderá solamente a la Asamblea de la Salud examinar los informes sobre los progresos realizados, y ya no al Consejo Ejecutivo.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014 -
Comisión A, segundo informe)

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/5.

³ Véase el anexo 2.

WHA67.3 Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe financiero y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

ACEPTA el informe financiero y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013 de la Directora General.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014 -
Comisión B, primer informe)

WHA67.4 Fondos suplementarios para los bienes inmuebles y las obligaciones a largo plazo relacionadas con el personal

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013;³

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

1. APRUEBA la siguiente utilización del saldo de US\$ 40 millones del Fondo de contribuciones señaladas de los Estados Miembros:

a) US\$ 25 millones se destinarán al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles a fin de constituir la reserva necesaria para la financiación del capital;

b) US\$ 15 millones se destinarán a cubrir las obligaciones a largo plazo relacionadas con el personal (costos de separación del servicio);

2. PIDE a la Directora General que informe a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud y a las Asambleas de la Salud subsiguientes acerca de la utilización de estos fondos, por medio de los informes financieros y estados financieros comprobados, empezando por el informe financiero correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2014.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014 -
Comisión B, primer informe)

¹ Documento A67/43.

² Documento A67/56.

³ Documentos A67/43 y A67/43 Add.1.

WHA67.5 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas y sobre los Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

Observando que en el momento de la apertura de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud estaban suspendidos los derechos de voto de las Comoras, Granada, Guinea-Bissau, la República Centroafricana y Somalia, y que dicha suspensión seguirá vigente, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, hasta que los atrasos de esos Miembros se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Observando que los derechos de voto de Antigua y Barbuda fueron suspendidos durante la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud con efecto a partir de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, y de que dicha suspensión seguirá vigente, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, hasta que los atrasos de ese Miembro se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Observando que en el momento de la apertura de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud Lesotho, Mauritania, San Vicente y las Granadinas, Sudán del Sur, Suriname y Ucrania tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea de la Salud debiera examinar la procedencia de suspender los derechos de voto de esos países: los de Ucrania en la fecha de apertura de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, y los de los otros cinco Estados Miembros mencionados en la fecha de apertura de la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud,

DECIDE:

1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en la fecha de apertura de la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, Lesotho, Mauritania, San Vicente y las Granadinas, Sudán del Sur y Suriname todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, se les suspenderán los derechos de voto a partir de dicha apertura; y que, de acuerdo con la resolución WHA64.20, si en el momento de la apertura de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud Ucrania todavía tuviera atrasos en el pago de sus contribuciones reprogramadas se le suspenderá automáticamente su derecho de voto;

2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el párrafo 1) *supra* se mantendrá en la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos de Lesotho, Mauritania, San Vicente y las Granadinas, Sudán del Sur, Suriname y Ucrania se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

¹ Documento A67/44.

² Documento A67/57.

- 3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014 -
Comisión B, primer informe)

WHA67.6 Hepatitis víricas¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre hepatitis;²

Reafirmando la resolución WHA63.18, adoptada en 2010 por la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud, en la que se reconocía que las hepatitis víricas eran un problema de salud pública mundial y que era necesario que los gobiernos y las poblaciones adoptasen medidas para prevenirlas, diagnosticarlas y tratarlas, y en la que se pedía a la Directora General, entre otras cosas, que estableciera las necesarias estrategias para apoyar estas actividades, y expresando preocupación por la lentitud de la aplicación;

Recordando también la resolución WHA45.17 sobre inmunización y calidad de las vacunas, en la que se instaba a los Estados Miembros a incluir la vacuna contra la hepatitis B en los programas nacionales de inmunización, y expresando preocupación por el hecho de que la cobertura mundial de vacunación de los lactantes contra la hepatitis B se estima en la actualidad en aproximadamente el 79% y, por tanto, inferior a la meta mundial del 90%;

Recordando, además, la resolución WHA61.21, en la que se adoptó la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

Observando con profunda preocupación que las hepatitis víricas ocasionan actualmente 1,4 millones de muertes al año (en comparación con los 1,6 millones de muertes provocadas por el VIH y el sida, los 1,3 millones de muertes causadas por la tuberculosis y las 600 000 muertes causadas por la malaria), que aproximadamente 500 millones de personas padecen en la actualidad hepatitis víricas y que unos 2000 millones están infectadas por el virus de la hepatitis B, y teniendo en cuenta que la mayoría de las personas con hepatitis B o C crónicas no saben que están infectadas y corren un grave riesgo de desarrollar cirrosis o cáncer hepático, lo que contribuye al aumento mundial de estas dos enfermedades crónicas;

Observando asimismo que cada año se producen millones de infecciones agudas por los virus de la hepatitis A y la hepatitis E, que ocasionan decenas de miles de muertes, casi exclusivamente en los países de ingresos bajos y medios;

Considerando que, aunque la hepatitis C no es prevenible mediante vacunación, los tratamientos actuales ofrecen elevadas tasas de curación que, según las previsiones, mejorarán aún más con la próxima aparición de nuevos tratamientos; y que, aun cuando la hepatitis B es prevenible mediante una vacuna segura y eficaz, existen 240 millones de personas infectadas por el virus de la hepatitis B, y las terapias eficaces existentes podrían impedir que muchas de ellas desarrollasen cirrosis y cáncer hepático;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/13.

Expresando preocupación por que las medidas preventivas no se aplican de manera universal y por que en muchas partes del mundo no se dispone o no se puede acceder de forma equitativa a productos diagnósticos y regímenes terapéuticos de calidad, eficaces y asequibles contra las hepatitis B y C, especialmente en los países en desarrollo;

Reconociendo el papel de la promoción de la salud y la prevención en la lucha contra las hepatitis víricas, y haciendo hincapié en la importancia de reforzar las estrategias de vacunación como medida de salud pública costoefectiva y de gran impacto;

Observando con preocupación que la tasa de cobertura de la administración al nacer de una dosis de vacuna contra la hepatitis B sigue siendo inaceptablemente baja;

Reconociendo también que en Asia y África sigue habiendo importantes brotes de hepatitis A y E, aun cuando se dispone de una vacuna segura y eficaz contra la hepatitis A desde hace casi dos decenios y de vacunas experimentales contra la hepatitis E que, sin embargo, todavía no han sido certificadas por la OMS, que la falta de higiene y saneamiento básicos aumenta los riesgos de transmisión de los virus de las hepatitis A y E y que las poblaciones más vulnerables no tienen acceso a esas vacunas;

Teniendo en cuenta el hecho de que el uso excesivo de inyecciones y las prácticas poco seguras son responsables de una carga sustancial de mortalidad y discapacidad, con una cifra estimada de 1,7 millones de infecciones por el virus de la hepatitis B y 320 000 por el virus de la hepatitis C en 2010;

Reconociendo la necesidad de que las personas que reciben sangre tengan acceso a sangre segura, tal y como establecen la resolución WHA28.72 sobre la utilización y el suministro de sangre y productos sanguíneos humanos, en la que la Asamblea de la Salud recomendaba la creación de servicios públicos nacionales de donación de sangre, y la resolución WHA58.13, en la que la Asamblea de la Salud acordó instituir el Día Mundial del Donante de Sangre, y considerando que la vía parenteral es una de las principales vías de transmisión de los virus de las hepatitis B y C;

Reconociendo también la necesidad de reforzar los sistemas de salud e integrar estrategias colaborativas y sinergias entre las medidas de prevención y control de las hepatitis víricas y las relativas a la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual o sanguínea conexas, otras infecciones transmitidas de la madre al niño y los programas de lucha contra el cáncer y otras enfermedades no transmisibles;

Observando que el virus de la hepatitis B, y en particular el virus de la hepatitis C, afectan de forma desproporcionada a los consumidores de drogas inyectables, y que se calcula que 10 de los 16 millones de dichos consumidores que hay en el mundo están infectados por el virus de la hepatitis C, y 1,2 millones por el virus de la hepatitis B;

Recordando el párrafo 59(h) de la resolución 65/277 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el que se recomienda «considerar, según proceda, la posibilidad de ejecutar y ampliar programas de reducción de riesgos y daños, teniendo en cuenta la Guía técnica de la Organización Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, destinada a los países para la definición de objetivos na-

cionales de acceso universal a los programas de prevención de VIH y a servicios de tratamiento y atención para los consumidores de drogas inyectables,¹ de conformidad con la legislación nacional»,² por ser componentes importantes de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones tanto por el virus de la hepatitis B como por el virus de la hepatitis C, y que el acceso a ellos sigue siendo limitado o inexistente en muchos países que tienen una gran carga de infección por los virus de las hepatitis B y C;

Consciente de que entre 4 y 5 millones de personas con VIH están coinfectadas por el virus de la hepatitis C, y más de tres millones por el virus de la hepatitis B, lo que se ha convertido en una importante causa de discapacidad y mortalidad entre las personas bajo tratamiento antirretrovírico;

Teniendo en cuenta que las hepatitis víricas son un problema de gran envergadura entre las comunidades indígenas de algunos países;

Acogiendo con satisfacción la elaboración por la OMS de una estrategia mundial sobre prevención y control de las hepatitis víricas que está centrada en los sistemas de salud;³

Considerando que la mayoría de los Estados Miembros carecen de sistemas adecuados de vigilancia de las hepatitis víricas para poder adoptar políticas basadas en datos probatorios;

Teniendo en cuenta que es esencial evaluar periódicamente la aplicación de la estrategia de la OMS para hacer un seguimiento de la respuesta mundial a las hepatitis víricas, y el hecho de que el proceso se inició con la publicación en 2013 del informe mundial sobre políticas de prevención y control de las hepatitis víricas en los Estados Miembros de la OMS (*Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States*);⁴

Reconociendo la necesidad de reducir las tasas de mortalidad por cáncer hepático y el hecho de que las hepatitis víricas causan el 78% de los casos de cáncer hepático primario, y acogiendo con satisfacción la inclusión de un indicador sobre la vacunación contra la hepatitis B en el marco mundial de vigilancia integral adoptado en la resolución WHA66.10 sobre el Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Reconociendo la necesidad de combatir y eliminar la estigmatización y discriminación que sufren las personas afectadas por las hepatitis víricas y determinada a proteger y salvaguardar sus derechos humanos,

1. INSTA a los Estados Miembros:⁵

- 1) a que elaboren y apliquen estrategias nacionales multisectoriales coordinadas, basadas en el contexto epidemiológico local, para prevenir, diagnosticar y tratar las hepatitis víricas;

¹ Se puede consultar en www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html.

² WHO, UNODC, UNAIDS *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

³ Prevención y control de las hepatitis virales: marco para la acción mundial. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

⁴ *Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

⁵ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

- 2) a que potencien las medidas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las hepatitis víricas, y estimulen y refuercen las estrategias de inmunización, entre ellas contra la hepatitis A, basándose en el contexto epidemiológico local;
- 3) a que promuevan la participación de la sociedad civil en todos los aspectos de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis víricas;
- 4) a que establezcan un sistema de vigilancia adecuado de las hepatitis víricas en apoyo de la adopción de decisiones para formular políticas basadas en datos probatorios;
- 5) a que refuercen el sistema de recolección para que la sangre se obtenga de donantes de bajo riesgo, voluntarios y no remunerados; para que toda la sangre donada sea sometida a pruebas de detección de calidad garantizada, con objeto de evitar la transmisión del VIH, las hepatitis B y C, y la sífilis; y para que se sigan buenas prácticas transfusionales, a fin de garantizar la seguridad del paciente;
- 6) a que refuercen el sistema de cribado de calidad garantizada de todos los donantes de tejidos y órganos con objeto de evitar la transmisión del VIH, las hepatitis B y C, y la sífilis;
- 7) a que reduzcan la prevalencia de la infección crónica por el virus de la hepatitis B tal como proponen los comités regionales de la OMS, en particular potenciando los esfuerzos de prevención de la transmisión perinatal mediante la administración de una dosis de vacuna contra la hepatitis B al nacer;
- 8) a que refuercen las medidas de prevención de las hepatitis A y E, en particular el fomento de la inocuidad de los alimentos y del agua de bebida, y de la higiene;
- 9) a que refuercen el control de las infecciones en el entorno sanitario mediante todas las medidas necesarias para evitar la reutilización de equipos destinados a un solo uso y mediante la limpieza y la desinfección intensiva o la esterilización, según proceda, de todos los equipos reutilizables;
- 10) a que, cuando proceda, incluyan en los programas nacionales de inmunización la vacunación de los lactantes contra la hepatitis B, tratando de alcanzar una cobertura total;
- 11) a que en las políticas introduzcan disposiciones especiales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las poblaciones afectadas por las hepatitis víricas, en particular los pueblos indígenas, los migrantes y otros grupos vulnerables, según proceda;
- 12) a que consideren, cuando sea oportuno, la utilización de mecanismos para hacer uso de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio con el fin de promover el acceso a productos farmacéuticos específicos;¹

¹ El Consejo General de la OMC, en su decisión de 30 de agosto de 2003 sobre la Aplicación del párrafo 6 de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública decidió que «por 'producto farmacéutico' se entiende cualquier producto patentado, o producto manufacturado mediante un proceso patentado, del sector farmacéutico necesario para hacer frente a los problemas de salud pública reconocidos en el párrafo 1 de la Declaración. Queda entendido que estarían incluidos los ingredientes activos necesarios para su fabricación y los equipos de diagnóstico necesarios para su utilización».

- 13) a que consideren, siempre que sea necesario, la utilización de medios administrativos o jurídicos con el fin de promover el acceso a las tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas;
 - 14) a que pongan en práctica programas integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis para las personas que consumen drogas inyectables, incluidas las nueve intervenciones básicas,¹ según sea oportuno, de conformidad con la Guía técnica de la OMS, UNODC y ONUSIDA destinada a los países para la definición de objetivos nacionales de acceso universal a los programas de prevención de VIH y a servicios de tratamiento y atención para los consumidores de drogas inyectables,² de conformidad con la Estrategia mundial del sector sanitario sobre el VIH/Sida 2011-2015, y la resolución 65/277 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en función del contexto, la legislación y las responsabilidades jurisdiccionales de los países;
 - 15) a que traten de completar para 2017 la transición al uso exclusivo en las inyecciones terapéuticas de dispositivos de inyección precalificados por la OMS o de dispositivos equivalentes que cuenten con mecanismos para impedir su reutilización, como las jeringuillas de prevención de la reutilización y los dispositivos de prevención de lesiones punzantes, y que formulen políticas nacionales conexas;
 - 16) a que revisen, según proceda, las políticas, prácticas y procedimientos asociados a la estigmatización y la discriminación de las personas afectadas por las hepatitis víricas, tales como la denegación de empleo, formación o educación, o las restricciones a los viajes, o que les impidan disfrutar plenamente del grado máximo de salud que se pueda lograr;
2. INSTA a todos los fondos, programas y organismos especializados de las Naciones Unidas pertinentes y a otras partes interesadas:
 - 1) a que incluyan la prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas en sus respectivos programas de trabajo y colaboren estrechamente;
 - 2) a que identifiquen y difundan mecanismos para prestar apoyo a los países en la provisión de una financiación sostenible para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas;
 3. PIDE a la Directora General:
 - 1) que proporcione el apoyo técnico necesario para que los Estados Miembros puedan elaborar estrategias nacionales robustas, con objetivos sujetos a plazos, de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas;
 - 2) que elabore directrices específicas sobre algoritmos de diagnóstico adecuados, eficaces y asequibles para los países en desarrollo;

¹ Programas de distribución de jeringuillas y agujas; tratamiento de sustitución con opioides y otros tratamientos de la drogodependencia; pruebas de detección del VIH y asesoramiento de los pacientes; tratamiento antirretrovírico; prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; programas de distribución de preservativos entre los consumidores de drogas inyectables y sus parejas sexuales; información, educación y comunicación focalizadas para los consumidores de drogas inyectables y sus parejas sexuales; diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas y vacunación contra ellas, y prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

² WHO, UNODC, UNAIDS *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

- 3) que, en consulta con los Estados Miembros, elabore un sistema para el seguimiento y la notificación periódicos de los progresos realizados en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis víricas;
- 4) que proporcione directrices técnicas sobre modos costoeficaces de integrar la prevención, la atención y el tratamiento de las hepatitis víricas en los actuales sistemas de atención de salud haciendo el mejor uso posible de las infraestructuras y estrategias existentes;
- 5) que colabore con las autoridades nacionales, a petición de estas, para fomentar en los planes nacionales el acceso integral y equitativo a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas, prestando especial atención a los programas de distribución de jeringuillas y agujas y a los tratamientos de sustitución de opioides u otros tratamientos basados en datos probatorios para los consumidores de drogas inyectables, tomando en consideración los procedimientos y el contexto de las políticas nacionales, y que ayude a los países, a petición de estos, a poner en práctica estas medidas;
- 6) que proporcione orientación técnica sobre la prevención de las hepatitis B y C transmitidas por las transfusiones mediante la donación segura por voluntarios no remunerados de bajo riesgo, el asesoramiento, derivación y tratamiento de los donantes infectados, y el tamizaje eficaz de la sangre;
- 7) que estudie la viabilidad de la eliminación de las hepatitis B y C y las estrategias necesarias para ello, con miras a la posible fijación de metas mundiales;
- 8) que estime el impacto económico y la carga mundial, regional y nacional de las hepatitis víricas en colaboración con los Estados Miembros y las organizaciones pertinentes, teniendo en cuenta los conflictos de intereses potenciales o percibidos;
- 9) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros en el uso de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, cuando sea necesario, de conformidad con la Estrategia mundial y plan de acción de la OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;
- 10) que encabece un debate y la colaboración con las partes interesadas clave para facilitar el acceso equitativo a tratamientos y productos diagnósticos de calidad, eficaces, asequibles y seguros contra las hepatitis B y C;
- 11) que preste apoyo a los Estados Miembros para garantizar el acceso equitativo a tratamientos y productos diagnósticos de calidad, eficaces, asequibles y seguros contra las hepatitis B y C, especialmente en los países en desarrollo;
- 12) que potencie al máximo las sinergias entre los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas y las actividades en curso para aplicar el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020);
- 13) que informe a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, o antes si fuera necesario, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA67.7 Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe mundial sobre discapacidad 2011,² el informe sobre discapacidad³ y el proyecto de Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad,

1. ADOPTA el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad;⁴
2. INSTA a los Estados Miembros a que pongan en práctica las acciones propuestas para los Estados Miembros en el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad, adaptadas a las prioridades y los contextos específicos nacionales;
3. INVITA a los asociados internacionales, regionales y nacionales a que pongan en práctica las acciones necesarias para contribuir al logro de los tres objetivos del Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad;
4. PIDE a la Directora General:
 - 1) que ponga en práctica las acciones para la Secretaría que figuran en el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad;
 - 2) que presente a la 70.^a y a la 74.^a Asambleas Mundiales de la Salud sendos informes sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, quinto informe)

WHA67.8 Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista;⁵

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. *World report on disability 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

³ Documento A67/16.

⁴ Véase el anexo 3.

⁵ Documento A67/17.

Recordando la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; la resolución 62/139 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se declaró el día 2 de abril como Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo; y la resolución 67/82 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, referente a la atención de las necesidades socioeconómicas de las personas, las familias y las sociedades afectadas por los trastornos del espectro autístico, los trastornos del desarrollo (TD) y las discapacidades asociadas;

Recordando además, según proceda, la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país, y la resolución WHA66.9 sobre discapacidad; la resolución SEA/RC65/R8 adoptada por el Comité Regional para Asia Sudoriental sobre las actividades integrales y coordinadas para el tratamiento de los trastornos del espectro del autismo y las discapacidades del desarrollo; la resolución EUR/RC61/R5 adoptada por el Comité Regional para Europa sobre la Declaración Europea y el Plan de Acción de la OMS sobre la salud de los niños y jóvenes con discapacidad intelectual y sus familias; y la resolución EM/RC57/R.3 adoptada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental sobre la salud mental de la madre, el niño y el adolescente: desafíos y orientaciones estratégicas 2010-2015, todas las cuales subrayan la necesidad de responder vigorosamente a las necesidades de las personas con trastornos del desarrollo, en particular los del espectro del autismo;

Reiterando los compromisos adquiridos de salvaguardar a los ciudadanos de la discriminación y la exclusión social por causa de discapacidad, al margen de que el trastorno subyacente sea físico, mental, intelectual o sensorial, de conformidad con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y velando por las necesidades básicas de todas las personas en cuanto a la vida, la educación, la atención sanitaria y la seguridad social, así como la atención a las personas vulnerables;

Observando que a escala mundial está aumentando el número de niños en quienes se detectan trastornos del espectro del autismo y otros trastornos del desarrollo, y que probablemente haya más personas que no han sido identificadas o que han sido mal diagnosticadas en la sociedad y en los establecimientos de asistencia sanitaria;

Haciendo hincapié en la inexistencia de cualquier prueba científica válida de que la vacunación lleva a la aparición de trastornos del espectro del autismo;

Sabiendo que los trastornos del espectro del autismo son trastornos del desarrollo y afecciones que se manifiestan en la primera infancia y en la mayoría de los casos persisten a lo largo de toda la vida y están marcados por la presencia de un desarrollo alterado de la capacidad de interacción y comunicación sociales y un repertorio limitado de actividades e intereses, acompañados o no de discapacidades intelectuales y del lenguaje, y que las manifestaciones de esos trastornos varían mucho en cuanto a las combinaciones y la gravedad de los síntomas;

Señalando además que las personas con trastornos del espectro autista siguen encontrando barreras para participar en condiciones de igualdad en la sociedad, y reiterando que la discriminación contra cualquier persona por razón de discapacidad es incompatible con la dignidad humana;

Profundamente preocupada por que las personas con autismo y sus familias se enfrentan a graves problemas, como la estigmatización social, el aislamiento y la discriminación, y porque los niños y las familias que precisan asistencia, especialmente en entornos de escasos recursos, suelen tener un acceso deficiente a apoyo y servicios adecuados;

Reconociendo que el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020¹ y, cuando proceda, las medidas de política recomendadas en la resolución WHA66.9 sobre discapacidad, que pueden tener una importancia decisiva para los países en desarrollo a la hora de ampliar la atención de salud de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

Reconociendo la necesidad de crear o fortalecer, según proceda, sistemas de salud que respalden a todas las personas con discapacidad o trastornos de salud mental o del desarrollo, sin ningún tipo de discriminación,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que reconozcan debidamente las necesidades específicas de las personas afectadas por trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo en los programas y políticas relacionados con el desarrollo en la primera infancia y la adolescencia, como parte de un enfoque integral para abordar los problemas de salud mental y los trastornos del desarrollo en la infancia y la adolescencia;
- 2) a que elaboren o actualicen políticas, leyes y planes multisectoriales pertinentes, según proceda, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA65.4, relativa a la carga mundial de trastornos mentales, y prevean recursos humanos, financieros y técnicos suficientes con el fin de abordar cuestiones relacionadas con los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, como parte de un enfoque integral para apoyar a todas las personas afectadas por problemas o discapacidades de salud mental;
- 3) a que apoyen la investigación y las campañas de sensibilización pública y en contra de la estigmatización, de conformidad con lo dispuesto en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad;
- 4) a que aumenten la capacidad de los sistemas de salud y de asistencia social, cuando proceda, para prestar servicios a las personas y las familias afectadas por trastornos del espectro autista u otros trastornos del desarrollo;
- 5) a que integren la vigilancia y la promoción del desarrollo del niño y el adolescente en los servicios de atención primaria de salud a fin de garantizar la detección y el tratamiento oportunos de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, en función de las circunstancias nacionales;
- 6) a que reorienten sistemáticamente la atención de salud, de modo que, en lugar de atender al paciente en centros de estancia prolongada, se privilegien los servicios de base comunitaria no residenciales;
- 7) a que, cuando proceda, refuercen los diferentes niveles de infraestructura para una gestión integral de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, que incluya atención, educación, apoyo, intervenciones, servicios y rehabilitación;
- 8) a que promuevan la difusión de prácticas óptimas y conocimientos sobre los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

¹ Véase el documento WHA66/2013/REC/1, anexo 3.

- 9) a que promuevan el intercambio de tecnología para prestar apoyo a los países en desarrollo a diagnosticar y tratar los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;
- 10) a que ofrezcan atención de salud y apoyo social y psicológico a las familias afectadas por trastornos del espectro autista, incluidas las personas con trastornos del espectro autista y trastornos del desarrollo y a sus familias en los regímenes de prestaciones por discapacidad, cuando existan y si procede;
- 11) a que reconozcan la contribución de los adultos afectados por los trastornos del espectro autista a la fuerza laboral, y a que sigan apoyando la participación de esos trabajadores en colaboración con el sector privado;
- 12) a que identifiquen y corrijan las disparidades en el acceso a los servicios de las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;
- 13) a que mejoren los sistemas de información y vigilancia sanitarias a fin de recabar datos sobre los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo y a que como parte de ese proceso evalúen las necesidades a nivel nacional;
- 14) a que promuevan investigaciones específicas para cada contexto sobre aspectos relacionados con la salud pública y la prestación de servicios en relación con los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, reforzando la colaboración internacional en materia de investigación para identificar las causas y los tratamientos;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que colabore con los Estados Miembros y los organismos asociados para brindar apoyo al reforzamiento de la capacidad nacional para atender los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo como parte de un enfoque bien equilibrado, que fortalezca los sistemas, para hacer frente a los problemas y discapacidades de salud mental, y esté en consonancia con los planes de acción e iniciativas conexos;
- 2) que participe en las actividades de las redes sobre el autismo, así como en otras iniciativas regionales, según proceda, y que promueva la creación de redes con las diferentes partes interesadas internacionales que se ocupan de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;
- 3) que colabore con los Estados Miembros para facilitar la movilización de recursos en las distintas regiones, en particular en los países con pocos recursos, en consonancia con el presupuesto por programas aprobado, para atender los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;
- 4) que aplique la resolución WHA66.8 relativa al plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, así como la resolución WHA66.9 sobre discapacidad, a fin de ampliar la atención de salud a las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, cuando proceda y como componente integrado de la ampliación de la atención para todas las necesidades de salud mental;
- 5) que realice un seguimiento de la situación mundial en lo que respecta a los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo y evalúe los progresos realizados en los diferentes programas e iniciativas en colaboración con los asociados internacionales, como parte de las actividades de vigilancia emprendidas ya incorporadas en planes de acción e iniciativas conexos;

6) que informe a la 68.^a, la 71.^a y la 74.^a Asambleas Mundiales de la Salud acerca de los progresos realizados en relación con los trastornos del espectro autista, de manera sincronizada con el ciclo de presentación de informes acerca del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, quinto informe)

WHA67.9 Psoriasis¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la psoriasis;²

Recordando todas las resoluciones y decisiones pertinentes adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud acerca de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y subrayando lo importante que es para los Estados Miembros que sigan haciendo frente a los principales factores de riesgo de dichas enfermedades mediante la aplicación del plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;³

Reconociendo la necesidad urgente de perseverar en los esfuerzos multilaterales por promover y mejorar la salud humana, y proporcionar acceso al tratamiento y a la educación sanitaria;

Reconociendo también que la psoriasis es una enfermedad no transmisible crónica, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no hay cura;

Reconociendo asimismo que además del dolor, el prurito y el sangrado que causa la psoriasis, muchas de las personas afectadas en todo el mundo sufren estigmatización y discriminación social y laboral;

Subrayando el hecho de que las personas con psoriasis corren un alto riesgo de sufrir varias afecciones comórbidas, tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, síndrome metabólico, accidentes cerebrovasculares o hepatopatías;

Subrayando que hasta un 42% de los pacientes con psoriasis también presentan artritis psoriásica, que es causa de dolor, rigidez y tumefacción articular, y puede producir desfiguración y discapacidad permanentes;

Subrayando que en el mundo hay demasiadas personas con sufrimientos innecesarios causados por la psoriasis debido a diagnósticos incorrectos o tardíos, a opciones terapéuticas inadecuadas y a un acceso insuficiente a la atención;

Reconociendo las actividades de promoción de las partes interesadas, en particular las realizadas el 29 de octubre de cada año en muchos países, para sensibilizar con respecto a la psoriasis y en particular la estigmatización que sufren los pacientes con esa enfermedad;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/18.

³ Véase el documento WHA66/2013/REC/1, anexo 4.

Acogiendo con beneplácito que el Consejo Ejecutivo haya examinado en su 133.^a reunión cuestiones relacionadas con la psoriasis,

1. ALIENTA a los Estados Miembros a que se involucren en actividades de promoción para aumentar la concienciación acerca de la psoriasis, a fin de combatir la estigmatización de estos enfermos, en particular mediante actividades desplegadas el 29 de octubre de cada año en los Estados Miembros;
2. PIDE a la Directora General:
 - 1) que ponga en conocimiento del público las repercusiones sanitarias de la psoriasis y que publique un informe mundial sobre esta enfermedad, con inclusión de su incidencia y prevalencia mundiales, subrayando la necesidad de realizar más investigaciones y seleccionar métodos eficaces para integrar la atención de la psoriasis en los servicios de enfermedades no transmisibles, dirigido a las partes interesadas, en particular los formuladores de políticas, para finales de 2015;
 - 2) que agregue información sobre el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la psoriasis en el sitio web de la OMS, con el fin de sensibilizar a la población acerca de la psoriasis y sus factores de riesgo compartidos y de ofrecer oportunidades para aumentar la educación y los conocimientos sobre esta enfermedad.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, quinto informe)

WHA67.10 Plan de acción sobre la salud del recién nacido¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes relativos al proyecto de plan de acción sobre salud neonatal,² al monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud³ y a la salud en la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015;⁴

Recordando la resolución WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, la resolución WHA63.15, Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la resolución WHA64.9, Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal, la resolución WHA64.13, Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal, y la resolución WHA65.7, Aplicación de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño;

Reconociendo que un gran número de Estados Miembros y asociados han hecho promesas y asumido compromisos con la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, que tiene por objeto salvar 16 millones de vidas de aquí a 2015;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/21.

³ Documento A67/19.

⁴ Documento A67/20.

Reconociendo que cada año millones de mujeres y niños mueren innecesariamente durante el parto o el periodo que rodea al parto, y que se dispone de intervenciones efectivas y viables para su aplicación a escala con objeto de poner fin a la mortalidad prevenible de madres, recién nacidos y niños;

Reconociendo que poner fin a la mortalidad materna acelerará la consecución de la meta relativa a la mortalidad del recién nacido;

Preocupada por la insuficiencia y falta de uniformidad en los avances hacia la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (Mejorar la salud materna);

Preocupada también por el hecho de que, si bien se ha avanzado hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil) en relación con la reducción general de la mortalidad infantil, la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal se ha estancado y está aumentando el porcentaje de muertes neonatales en relación con todas las muertes infantiles;

Reconociendo la necesidad de intensificar con urgencia las medidas destinadas a poner fin a la mortalidad neonatal prevenible y a la mortalidad fetal prevenible, sobre todo mejorando la calidad de la atención de salud y el acceso de las mujeres y los recién nacidos a ella, particularmente para las personas en riesgo, especialmente las que pertenecen a grupos de alto riesgo, e incluida la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, en el marco del proceso asistencial continuo para la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño,

1. REFRENDA el plan de acción sobre la salud del recién nacido;¹
2. INSTA a los Estados Miembros² a poner en práctica el plan de acción sobre la salud del recién nacido, a través de las siguientes medidas entre otras:
 - 1) examinando, revisando y fortaleciendo sus estrategias, políticas, planes y directrices nacionales en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño de acuerdo con el objetivo, las metas y los indicadores definidos en el plan de acción sobre la salud del recién nacido, y comprometiéndose firmemente a su aplicación, con particular atención a los grupos de alto riesgo;
 - 2) comprometiéndose, en la medida de sus capacidades, a asignar suficientes recursos humanos y económicos para mejorar el acceso a la atención y su calidad, particularmente la atención de la madre y el recién nacido durante el parto, alrededor del nacimiento y en la primera semana, y lograr las metas nacionales en materia de salud del recién nacido, en consonancia con el plan de acción mundial;
 - 3) reforzando los sistemas de información sanitaria con objeto de mejorar la vigilancia de la calidad de la atención y el seguimiento de los avances logrados para poner fin a la mortalidad materna y neonatal y a la mortalidad fetal prevenibles;
 - 4) intercambiando información sobre las lecciones extraídas, los progresos realizados, los desafíos pendientes y las medidas actualizadas para alcanzar las metas nacionales en materia de salud materna y del recién nacido;

¹ Véase el anexo 4.

² Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que promueva la armonización y la coordinación de todas las partes interesadas para apoyar la aplicación del plan de acción sobre la salud del recién nacido;
- 2) que identifique y movilice, en el marco de los presupuestos por programas actuales y subsiguientes aprobados, más recursos humanos y financieros para brindar apoyo técnico con objeto de aplicar el componente de salud del recién nacido de los planes nacionales y vigilar sus efectos;
- 3) que otorgue prioridad a la finalización del plan de seguimiento más detallado, con indicadores de cobertura y resultados que permitan seguir los progresos del plan de acción sobre la salud del recién nacido;
- 4) que tome debidamente en cuenta las opiniones expresadas en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud así como el contexto nacional al prestar apoyo a la aplicación del plan de acción a escala nacional;
- 5) que vigile los progresos realizados e informe periódicamente hasta 2030 a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados para alcanzar los objetivos y metas mundiales utilizando el marco de rendición de cuentas propuesto para orientar los debates y las actividades futuras.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, sexto informe)

WHA67.11 Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre las repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata;²

Recordando las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud WHA60.17 sobre la salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad, WHA63.25 sobre la mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional, y WHA59.15 sobre el enfoque estratégico de la gestión de los productos químicos a nivel internacional, así como la Estrategia para el fortalecimiento de la participación del sector de la salud en la aplicación del Enfoque Estratégico aprobada por la Conferencia Internacional sobre Gestión de los Productos Químicos en su tercer periodo de sesiones;

Reconociendo la importancia de abordar de forma efectiva los aspectos relacionados con la salud de los problemas que pueden conllevar los productos químicos y los desechos, incluido el mercurio;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/24.

rio, especialmente para las poblaciones vulnerables, en particular las mujeres, los niños y, a través de ellos, las generaciones venideras;

Recordando los renovados compromisos con el desarrollo sostenible contenidos en el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) (Río de Janeiro, Brasil, 20 a 22 de junio de 2012) titulado «El futuro que queremos»,¹ así como la Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas, de 2010, y la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Helsinki en 2013, en la cual se abogó por la colaboración entre todos los sectores para promover la buena salud de las poblaciones;

Tomando nota de que las negociaciones sobre el texto de un nuevo acuerdo medioambiental multilateral sobre el mercurio finalizaron en octubre de 2013 con la adopción del Convenio de Minamata sobre el Mercurio —en el que, por primera vez en un acuerdo multilateral sobre el medio ambiente, se ha incluido un artículo específico sobre los aspectos relacionados con la salud—, así como otras disposiciones pertinentes, y de que el Convenio impone ciertas obligaciones a las Partes que requerirán, cuando proceda, la adopción de medidas por el sector de la salud y otros sectores componentes, como la eliminación gradual, derivada de la prohibición de la fabricación, importación o exportación antes de 2020, de los termómetros y los esfigmomanómetros de mercurio, los cosméticos que contienen mercurio —incluidos los jabones y las cremas para aclarar la piel—, los antisépticos tópicos que contienen mercurio y la amalgama dental con mercurio añadido, así como la elaboración de estrategias de salud pública sobre la exposición al mercurio de los mineros que se dedican a la extracción de oro artesanal y en pequeña escala y sus comunidades;

Recordando que el objetivo del Convenio de Minamata sobre el Mercurio es proteger la salud humana y el medio ambiente de las emisiones y liberaciones antropógenas de mercurio y compuestos de mercurio;

Teniendo presente que en el Convenio de Minamata sobre el Mercurio se alienta a las Partes a:

- a)* promover la elaboración y la ejecución de estrategias y programas que sirvan para detectar y proteger a las poblaciones en situación de riesgo, especialmente las vulnerables, que podrán incluir la aprobación de directrices sanitarias de base científica relacionadas con la exposición al mercurio y los compuestos de mercurio, el establecimiento de metas para la reducción de la exposición al mercurio, según corresponda, y la educación del público, con la participación del sector de la salud pública y otros sectores interesados;
- b)* promover la elaboración y la ejecución de programas educativos y preventivos de base científica sobre la exposición ocupacional al mercurio y los compuestos de mercurio;
- c)* promover servicios adecuados de atención sanitaria para la prevención, el tratamiento y la atención de las poblaciones afectadas por la exposición al mercurio o los compuestos de mercurio; y
- d)* establecer y fortalecer, según corresponda, la capacidad institucional y de los profesionales de la salud para prevenir, diagnosticar, tratar y vigilar los riesgos para la salud que plantea la exposición al mercurio y los compuestos de mercurio;

Tomando nota de que el Convenio de Minamata sobre el Mercurio establece que, al examinar las actividades relacionadas con la salud, la Conferencia de las Partes debería consultar y colaborar con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo y otras organizaciones intergubernamentales pertinentes, según proceda, y promover la cooperación y el intercambio de información con ellas;

Agradeciendo a la Secretaría la labor preparatoria realizada durante las negociaciones, en particular el análisis de los diferentes riesgos y los productos alternativos disponibles, así como el análisis

¹ Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, anexo.

y la determinación de las esferas que requieren medidas nuevas o adicionales con arreglo al Convenio de Minamata sobre el Mercurio, y alentándola a que siga realizando análisis adicionales y adoptando otras medidas que se precisen,

1. ACOGE CON SATISFACCIÓN la adopción oficial por las Partes en el Convenio de Minamata sobre el Mercurio en octubre de 2013;

2. ALIENTA a los Estados Miembros:¹

1) a adoptar las disposiciones necesarias a nivel nacional para firmar, ratificar y aplicar sin demora el Convenio de Minamata sobre el Mercurio, que contempla medidas jurídicamente vinculantes de ámbito internacional para hacer frente a los riesgos que conllevan el mercurio y los compuestos del mercurio para la salud humana y el medio ambiente;

2) a participar activamente en las actividades nacionales, regionales e internacionales destinadas a aplicar el Convenio de Minamata sobre el Mercurio;

3) a abordar los aspectos relacionados con la salud de la exposición al mercurio y los compuestos del mercurio en el contexto de sus usos en el sector de la salud, así como los demás efectos negativos sobre la salud que se deberían prevenir o tratar, garantizando la gestión racional del mercurio y los compuestos del mercurio durante todo su ciclo de vida;

4) a reconocer la interrelación entre el medio ambiente y la salud pública en el contexto de la aplicación del Convenio de Minamata sobre el Mercurio y el desarrollo sostenible;

5) a promover servicios sanitarios adecuados para la prevención, el tratamiento y la atención de las poblaciones afectadas por la exposición al mercurio o los compuestos del mercurio, que incluyan estrategias eficaces de comunicación de riesgos dirigidas a grupos vulnerables como los niños y las mujeres en edad de procrear, en especial, las mujeres embarazadas;

6) a promover la cooperación estrecha de los ministerios de salud con los ministerios de medio ambiente, así como con los ministerios de trabajo, industria, economía y agricultura y otros ministerios encargados de la aplicación de los diversos aspectos del Convenio de Minamata sobre el Mercurio;

7) a facilitar el intercambio de información epidemiológica sobre las repercusiones para la salud de la exposición al mercurio y los compuestos del mercurio, en estrecha cooperación con la OMS y otras organizaciones pertinentes, según corresponda;

3. PIDE a la Directora General:

1) que facilite las actividades de la OMS destinadas a brindar asesoramiento y apoyo a los Estados Miembros para ayudarlos en la aplicación del Convenio de Minamata sobre el Mercurio, en particular en lo que respecta a todos los aspectos relacionados con la salud contemplados en el programa de trabajo de la OMS, con el fin de promover y proteger la salud humana;

2) que preste apoyo a los Estados Miembros en la elaboración y ejecución de estrategias y programas que sirvan para detectar y proteger a las poblaciones en situación de riesgo, especialmente las vulnerables, que podrán incluir la aprobación de directrices sanitarias de base científica relacionadas con la exposición al mercurio y los compuestos de mercurio, el establecimiento de

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

metas para la reducción de la exposición al mercurio, según corresponda, y la educación del público, con la participación del sector de la salud y otros sectores interesados;

3) que coopere estrechamente con el Comité de Negociación Intergubernamental del Convenio de Minamata sobre el Mercurio, la Conferencia de las Partes y otras organizaciones y organismos internacionales, en particular el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, para respaldar plenamente la aplicación de los aspectos relacionados con la salud del Convenio de Minamata sobre el Mercurio, y que facilite información al Comité y a la Conferencia de las Partes sobre los progresos realizados en esta esfera;

4) que en 2017 informe a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, sexto informe)

WHA67.12 Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria;²

Reafirmando los principios de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en que se afirma que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas;

Reafirmando el derecho de todo ser humano, sin distinciones de ninguna especie, a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, y a disfrutar de un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia;

Recordando la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud de 1978 y la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, que prevén la coordinación, cooperación y actuación intersectorial en pro de la salud;

Tomando nota del documento final de la de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) (Río de Janeiro, Brasil, 20 a 22 de junio de 2012) titulado «El futuro que queremos»,³ y, en particular, del hecho de que reconoce que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible, y de su petición de que todos los agentes pertinentes participen en una acción multisectorial coordinada, a fin de atender urgentemente las necesidades de salud de la población mundial;

Recordando la resolución WHA42.44 sobre promoción de la salud, información pública y educación para la salud, la resolución WHA51.12 sobre promoción de la salud, la resolución WHA57.16

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/25.

³ Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, anexo.

promoción de la salud y modos de vida sanos, la resolución WHA60.24 sobre promoción de la salud en un mundo globalizado, y la resolución WHA65.8 sobre determinantes sociales de la salud, y tomando nota de los documentos finales de las siete conferencias mundiales de la OMS sobre promoción de la salud,¹ en particular la Carta de Ottawa, la Declaración de Adelaida y el Llamamiento a la Acción de Nairobi;

Reafirmando los compromisos contraídos con la salud mundial en el contexto de la política exterior y reiterando la solicitud de que se examine la cobertura sanitaria universal en los debates sobre la agenda para el desarrollo después de 2015, y considerando asimismo la adopción de medidas amplias de salud pública, la protección de la salud y la toma en consideración de los determinantes de la salud mediante políticas en todos los sectores;

Recordando la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No transmisibles² y la estrategia mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y el plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020,³ en que se reconoce que recae en los gobiernos el papel primordial de responder al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, y que la participación y el compromiso de todos los sectores son esenciales, más que la mera introducción de cambios en las políticas del sector de la salud, así como el importante papel que desempeñan la comunidad internacional y la cooperación internacional cuando se trata de prestar asistencia a los Estados Miembros en este empeño;

Tomando nota de que el sector de la salud desempeña un papel fundamental a la hora de colaborar con otros sectores y garantizar la calidad del agua potable, el saneamiento, la inocuidad de los alimentos y la seguridad nutricional y la calidad del aire, y limitar la exposición a productos químicos y a niveles de radiación perjudiciales para la salud, como se reconoce en distintas resoluciones de la Asamblea de la Salud;⁴

Reconociendo que cierto número de trastornos mentales son prevenibles y que la salud mental se puede promover en el sector de la salud y en sectores ajenos a esta, y que es necesario contar con apoyo internacional para trabajar a nivel nacional y local en el ámbito de la salud mental y el desarrollo, por ejemplo mediante el plan de acción integral de la OMS sobre salud mental 2013-2020 y la plataforma de la OMS MiNDbank;

Observando asimismo la pertinencia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco para muchos sectores, en que se subraya la importancia de abordar los factores de riesgo comunes a las enfermedades no transmisibles en todos los sectores y la necesidad de cooperar que se establece en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), incluso entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y entre los Estados Miembros y dentro de estos;

Reconociendo el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud,⁵ como fuente de datos probatorios, así como la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la

¹ Ottawa, 1986; Adelaida (Australia), 1988; Sundsvall (Suecia), 1991; Yakarta, 1997; México D.F., 2000; Bangkok, 2005; Nairobi 2009.

² Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, anexo.

³ Resoluciones WHA53.17 y WHA66.10.

⁴ Resoluciones WHA59.15, WHA61.19, WHA63.25, WHA63.26, WHA64.15 y WHA64.24.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

salud y su petición de establecer y aplicar medidas de bienestar social sólidas, respaldadas por datos probatorios y fiables, y reconociendo la importante función de promoción que desempeñan los ministerios de salud a ese respecto;

Reconociendo que la expresión «incorporación de la salud en todas las políticas» se refiere a que hay que tener en cuenta de forma sistemática las repercusiones sanitarias de las decisiones en las políticas públicas en todos los sectores, tratando de generar sinergias y de evitar efectos perjudiciales para la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria, mediante la evaluación de las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes de la salud, el bienestar y los sistemas de salud;

Preocupada por las deficiencias que pueda haber en la toma en consideración por los distintos poderes públicos y los diferentes niveles de gobierno de los efectos de las políticas en la salud, la equidad sanitaria y el funcionamiento del sistema de salud,

1. TOMA NOTA con reconocimiento de la Declaración de Helsinki sobre la incorporación de la salud a todas las políticas, respaldada por la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 10 a 14 de junio de 2013), así como de los trabajos en curso en el marco de incorporación de la salud a todas las política para la actuación en los países;

2. INSTA a los Estados Miembros:¹

1) a que fomenten la salud y promuevan la equidad sanitaria con carácter prioritario, y adopten medidas eficaces con relación a los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, en consonancia con la resolución WHA65.8, incluida la prevención de las enfermedades no transmisibles;

2) a que adopten medidas, incluso, cuando corresponda, una legislación eficaz, estructuras transectoriales, procesos, métodos y recursos tales como el instrumento de evaluación de la equidad en la salud urbana y respuesta que permitan la aplicación de políticas sociales que tengan en cuenta y aborden sus efectos en los determinantes de la salud, la protección de la salud, la equidad sanitaria y el funcionamiento de los sistemas de salud, y la medición y el seguimiento de los determinantes sociales y las disparidades sanitarias;

3) a que desarrollen, según proceda, capacidad institucional sostenible con conocimientos y competencias adecuados para evaluar los efectos para la salud de las iniciativas normativas en todos los sectores, identifiquen soluciones y negocien políticas entre los sectores, incluso dentro de las autoridades sanitarias y los centros de investigación y desarrollo pertinentes, como los institutos nacionales de salud pública, con el fin de conseguir mejores resultados desde la perspectiva de la salud, la equidad sanitaria y el funcionamiento de los sistemas de salud;

4) a que adopten medidas encaminadas a mejorar la salud y a salvaguardar los intereses de la salud pública frente a la influencia indebida de cualquier tipo de conflicto de intereses, ya sea real, aparente o potencial, mediante la gestión de riesgos, el fortalecimiento de la diligencia debida y la rendición de cuentas, y una mayor transparencia en la toma de decisiones y la participación;

5) a que incluyan, según corresponda, a partes interesadas pertinentes tales como las comunidades locales y los agentes de la sociedad civil en la elaboración, aplicación y seguimiento de las políticas en todos los sectores;

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

6) a que contribuyan a la elaboración de la agenda para el desarrollo después de 2015, subrayando el hecho de que las políticas aplicadas en sectores distintos al de la salud tienen efectos importantes en los resultados sanitarios, y estableciendo sinergias entre los objetivos de las políticas sanitarias y los de otros sectores;

3. PIDE a la Directora General:

1) que prepare, para su examen por la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, en consulta con los Estados Miembros,¹ las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas pertinentes, según proceda, y con arreglo a los recursos existentes, un marco para la actuación en los países que pueda adaptarse a los distintos contextos y en el que se tenga cuenta la Declaración de Helsinki sobre la incorporación de la salud en todas las políticas, con miras a ayudar a los países a que mejoren la salud y garantizar la protección de la salud, la equidad sanitaria y el funcionamiento de los sistemas de salud, en particular mediante la adopción de medidas multisectoriales para abordar los determinantes de la salud y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, sobre la base de los mejores conocimientos y datos empíricos disponibles;

2) que proporcione orientaciones y asistencia técnica a los Estados Miembros que lo soliciten destinadas a los esfuerzos que despliegan con el fin de crear las capacidades, las estructuras, los mecanismos y los procesos necesarios para integrar las perspectivas sanitarias en las políticas de los sectores ajenos al de la salud, incluso, cuando proceda, incorporando la salud a todas las políticas, y para medir los determinantes sociales y las desigualdades sanitarias y hacer un seguimiento de los mismos;

3) que refuerce la función, las capacidades y los conocimientos de la OMS, incluso compilando y analizando las buenas prácticas de los Estados Miembros, con el fin de que proporcione orientaciones y asistencia técnica respecto de la aplicación de políticas multisectoriales en los diversos niveles de gobernanza, y garantice la coherencia y la colaboración entre los programas y las iniciativas de la OMS;

4) que siga ejerciendo su liderazgo y colaborando con las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los bancos de desarrollo y otras organizaciones y fundaciones internacionales, con el fin de alentarlos a tener en cuenta las consideraciones relativas a la salud en la formulación y supervisión de las principales iniciativas estratégicas, en particular la agenda para el desarrollo después de 2015, y para lograr la coherencia y la sinergia con los compromisos y las obligaciones relacionados con la salud y los determinantes de la salud, incluidos los determinantes sociales de la salud, en la labor que llevan a cabo con los Estados Miembros;

5) que informe sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, sexto informe)

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

WHA67.13 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005);²

Recordando la reunión y el informe recientes del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización,³ que, tras ultimar el estudio científico y el análisis de datos contrastados sobre cuestiones ligadas a la vacunación anti-amarillá, llegó a la conclusión de que una sola dosis de vacuna contra la fiebre amarilla basta para conferir inmunidad sostenida y protección vitalicia contra la enfermedad, por lo que no hay necesidad alguna de administrar una dosis de refuerzo de la vacuna;

Tomando nota de que, en su informe, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización recomendó a la OMS que revisara las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) relativas al plazo de validez de los certificados internacionales de vacunación anti-amarillá,

ADOPTA, con arreglo al párrafo 3 del artículo 55 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), la versión actualizada del anexo 7 del Reglamento Sanitario Internacional (2005).⁴

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, sexto informe)

WHA67.14 La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015³

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015;⁵

Reafirmando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se declara que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Reafirmando asimismo los principios de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la resolución 55/2, incluidas la dignidad del ser humano, la igualdad y la equidad, y recalcando la necesidad de que se recojan en la agenda para el desarrollo después de 2015;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/35.

³ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, abril de 2013. Conclusiones y recomendaciones. *Weekly epidemiological record*. 2013, 88(20):201-216.

⁴ Véase el anexo 5.

⁵ Documento A67/20.

Recordando la resolución 66/288, «El futuro que queremos», de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en cuyo anexo se reconoce que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de todas las dimensiones del desarrollo sostenible;

Subrayando también que los problemas relacionados con la equidad sanitaria y el derecho a la salud deberían abordarse en los esfuerzos por lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Recordando la resolución WHA66.11 sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015, en la que se insta a los Estados Miembros a que velen por que la salud ocupe un sitio central en la agenda para el desarrollo después de 2015;

Reafirmando la necesidad de mantener los logros actuales e intensificar los esfuerzos en los países donde sea necesario avanzar con más celeridad hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en especial la salud materna, neonatal e infantil;

Conocedora de la carga de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil, de la carga de las enfermedades transmisibles, en particular el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y de las enfermedades tropicales desatendidas y las enfermedades emergentes, así como de la creciente carga de las enfermedades no transmisibles y las lesiones;

Consciente de que la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a una serie de servicios de salud esenciales y necesarios de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y rehabilitador, que se determinará a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales seguros, asequibles, eficaces y de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades económicas, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población;

Reconociendo la importancia de cumplir los compromisos pertinentes acordados internacionalmente, en particular la Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y sus conferencias de examen hasta la fecha, la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, así como la Declaración política sobre el VIH y el sida y la resolución 67/81, Salud mundial y política exterior, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, para conseguir la cobertura sanitaria universal y una mejora de los resultados sanitarios;

Reconociendo la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud y de la creación de las capacidades necesarias para adoptar medidas amplias de salud pública, proteger la salud y tomar en consideración los determinantes de la salud con miras a alcanzar una cobertura universal equitativa;

Subrayando que las políticas y las medidas aplicadas en sectores distintos al de la salud tienen efectos importantes en los resultados sanitarios y viceversa, con la consiguiente necesidad de establecer sinergias entre los objetivos de las políticas del sector de la salud y los de otros sectores mediante un enfoque hacia la agenda para el desarrollo después de 2015 que tenga un carácter pangubernamental y pansocial y que integre la salud en todas las políticas;

Reiterando su firme voluntad de adoptar medidas sobre los determinantes sociales de la salud conforme a lo acordado colectivamente en la resolución WHA62.14;

Reconociendo la importancia de fortalecer la cooperación internacional y cumplir los compromisos en relación con la financiación nacional e internacional de la salud, y de velar por que la cooperación internacional para el desarrollo referida a la salud sea efectiva y este armonizada con las prioridades sanitarias nacionales;

Reconociendo que el seguimiento de la mejora de la salud debería incluir la medición del desempeño de los sistemas de salud, así como los resultados sanitarios que permiten conocer la esperanza de vida sana, la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad;

Reconociendo la importancia del personal sanitario y su esencial contribución al funcionamiento de los sistemas de salud, y la necesidad de mantener el compromiso contraído en las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular la resolución WHA63.16, relativa al Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud,

1. INSTA a los Estados Miembros,¹ en el contexto de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015,

- 1) a que participen activamente en los debates acerca de la agenda para el desarrollo después de 2015 respetando los procesos establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas;
- 2) a que velen por que la salud ocupe un lugar central en la agenda para el desarrollo después de 2015;
- 3) a que garanticen que la agenda para el desarrollo después de 2015 acelere y mantenga los progresos de cara al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, esto es, sobre salud infantil, materna, sexual y reproductiva, nutrición, VIH/sida, tuberculosis y paludismo;
- 4) a que reconozcan que hay que prestar más atención a la salud del recién nacido y a las enfermedades tropicales desatendidas;
- 5) a que integren en la agenda para el desarrollo después de 2015 la necesidad de adoptar medidas para reducir la carga prevenible y evitable de mortalidad, morbilidad y discapacidad relacionada con las enfermedades no transmisibles y las lesiones, y al mismo tiempo promuevan la salud mental;
- 6) a que fomenten la cobertura sanitaria universal, definida como el acceso universal a servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de calidad, y la protección frente a los riesgos económicos como elementos fundamentales del componente sanitario de la agenda para el desarrollo después de 2015;
- 7) a que subrayen la necesidad de adoptar medidas multisectoriales para abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, para reducir las inequidades sanitarias y contribuir al desarrollo sostenible, integrando la salud en todas las políticas cuando proceda;
- 8) a que pidan que se realice plenamente el derecho de todos a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y tengan en cuenta que este derecho es fundamental para un desarrollo sostenible equitativo e integrador;
- 9) a que reconozcan la importancia de la rendición de cuentas a través de la evaluación periódica de los progresos mediante el fortalecimiento de los sistemas de registro civil y estadísticas demográficas e información sanitaria, con datos desglosados a efectos del seguimiento de la equidad sanitaria;

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

10) a que incluyan indicadores de salud para medir el progreso en todas las dimensiones pertinentes de desarrollo sostenible;

11) a que hagan hincapié en la importancia de fortalecer los sistemas de salud, incluidos los seis componentes clave de todo sistema de salud (prestación de servicios; dotación de personal sanitario; información; productos médicos, vacunas y tecnologías; financiación de los sistemas de salud; y gobernanza y liderazgo), para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y la mejora de los resultados sanitarios, y sostener los avances conseguidos;

2. PIDE a la Directora General:

1) que continúe la participación activa en torno a los debates en curso sobre la agenda para el desarrollo después de 2015, colaborando con el Secretario General de las Naciones Unidas a fin de garantizar el lugar central de la salud en todos los procesos pertinentes;

2) que siga informando a los Estados Miembros y prestando apoyo con respecto a las cuestiones y los procesos relativos a la inclusión de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, sexto informe)

WHA67.15 Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre cómo afrontar el problema mundial de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general;²

Recordando la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, la resolución WHA56.24, relativa a la aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*,³ y la resolución WHA61.16, relativa a la mutilación genital femenina;

Consciente de las numerosas iniciativas existentes en todo el sistema de las Naciones Unidas para afrontar el problema de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, incluidos el informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y todas las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Consejo de Derechos Humanos, así como todas las conclusiones acordadas por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/22.

³ *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Tomando nota de que la OMS define la violencia como «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones»;¹

Tomando nota también de que la violencia interpersonal, distinguida de la violencia autoinfligida y la violencia colectiva, se divide en violencia familiar y de pareja y violencia comunitaria e incluye formas de violencia que se prolongan durante toda la vida, como el maltrato de niños, la violencia de pareja, el maltrato de personas mayores, la violencia entre los miembros de la familia, la violencia juvenil, los actos violentos arbitrarios, la violación o la agresión sexual, y la violencia en contextos institucionales como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos;¹

Recordando la definición de violencia contra la mujer enunciada en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993;²

Preocupada por que la salud y el bienestar de millones de personas y familias se ven negativamente afectados por la violencia y que muchos casos no se denuncian;

Preocupada también por que la violencia tiene consecuencias relacionadas con la salud, como muertes, discapacidad y lesiones físicas, secuelas para la salud mental, y consecuencias para la salud sexual y reproductiva, así como consecuencias sociales;

Reconociendo que los sistemas de salud con frecuencia no afrontan apropiadamente el problema de la violencia ni contribuyen a dar una respuesta multisectorial integral;

Profundamente preocupada por que, a nivel mundial, una de cada tres mujeres sufre al menos una vez en su vida violencia física y/o sexual, en particular por parte de su cónyuge;³

Preocupada por que la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, se ve a menudo exacerbada en situaciones de emergencia humanitaria y después de conflictos, y reconociendo que los sistemas nacionales de salud tienen una función importante que desempeñar en la respuesta a sus consecuencias;

Observando que prevenir la violencia interpersonal contra los niños, de ambos sexos, puede contribuir considerablemente a prevenir la violencia interpersonal contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, que ser maltratado o mal atendido durante la lactancia y la primera infancia aumenta la probabilidad de que esos niños varones acaben con el tiempo cometiendo actos de violencia contra las mujeres, maltratando a sus propios hijos y participando en actos de violencia juvenil, y subrayando que existen pruebas sólidas de la eficacia de los programas de apoyo a la crianza de los hijos para prevenir el maltrato y la desatención de los niños con miras a poner fin a la perpetuación intergeneracional de la violencia interpersonal;

Observando también que la violencia contra las niñas requiere una atención específica porque las mujeres y las niñas son sometidas a formas de violencia relacionadas con la desigualdad de género que

¹ Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

² Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. *Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

con demasiada frecuencia permanecen ocultas y no son reconocidas por la sociedad, incluidos los proveedores de asistencia sanitaria, y mientras que el maltrato (físico o emocional) y la desatención afectan por igual a los niños de ambos sexos, las niñas son víctimas más frecuentes de la violencia sexual;

Profundamente preocupada por que la violencia contra las mujeres durante el embarazo conlleva graves consecuencias para la salud de la mujer y para el embarazo, tales como el aborto o el parto prematuro, así como para el bebé, por ejemplo, el bajo peso al nacer, y reconociendo la oportunidad que brinda la atención prenatal para identificar precozmente, y prevenir que esa violencia se repita;

Preocupada por que los niños, particularmente en los hogares encabezados por menores, son vulnerables a la violencia, incluida la violencia física, sexual y emocional, como la intimidación, y reafirmando la necesidad de adoptar medidas en todos los sectores para promover la seguridad, el apoyo, la protección, la atención de salud y el empoderamiento de los niños, especialmente las niñas en los hogares encabezados por menores;

Reconociendo que los niños y los hombres jóvenes son algunos de los grupos más afectados por la violencia interpersonal, que contribuye en gran medida a la carga mundial de mortalidad, lesiones y discapacidad prematuras, particularmente entre los hombres jóvenes, y tienen repercusiones de por vida en el funcionamiento psicológico y social de los afectados;

Profundamente preocupada por que la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, persiste en todos los países del mundo y representa un importante reto para la salud pública, que es una violación generalizada del derecho de todos a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr y un gran obstáculo para el logro de la igualdad de género, y que tiene consecuencias socioeconómicas negativas;

Reconociendo que la violencia contra las mujeres y las niñas es una forma de discriminación, que los desequilibrios de poder y la desigualdad estructural entre hombres y mujeres se encuentran entre sus causas fundamentales, y que para abordar de manera eficaz la violencia contra las mujeres y las niñas se necesitan medidas en todos los niveles de gobierno, en particular por parte del sistema de salud, así como el compromiso de la sociedad civil, la participación de los hombres, tanto adultos como niños, y la adopción y aplicación de enfoques polifacéticos e integrales que promuevan la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas y que modifiquen las actitudes, las costumbres, las prácticas y los estereotipos nocivos;

Consciente de que el proceso en curso en relación con la agenda para el desarrollo después de 2015 puede, en principio, contribuir a abordar desde una perspectiva sanitaria las consecuencias para la salud de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, por medio de una respuesta integral y multisectorial;

Reconociendo asimismo los numerosos esfuerzos regionales y subregionales y nacionales dirigidos a coordinar la prevención y la respuesta de los sistemas de salud a la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general;

Tomando nota con gran reconocimiento del liderazgo que la OMS ha desempeñado en el establecimiento de la base científica sobre la magnitud, los factores de riesgo y de protección,¹ las conse-

¹ Son factores de protección los que disminuyen o amortiguan el riesgo y las consecuencias de la violencia. Si bien las investigaciones sobre la violencia ejercida sobre las mujeres y contra los niños se han centrado en gran medida en los factores de riesgo, para la prevención también es importante que se conozcan los factores de protección. Las estrategias y programas de prevención tienen por objeto la disminución de los factores de riesgos y/o el aumento de los factores de protección.

cuencias, la prevención y la respuesta a la violencia,¹ en particular la violencia contra las mujeres y las niñas,² y contra los niños en general, en la elaboración de normas y pautas, en la promoción y en el apoyo a las actividades encaminadas a fortalecer la investigación, los programas de prevención y los servicios para los afectados por la violencia;³

Tomando nota también de que el objetivo de abordar la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, está incluido en las prioridades de liderazgo del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019, en especial para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud;

Reconociendo la necesidad de ampliar la escala de las políticas y los programas de prevención de la violencia interpersonal a los que contribuye el sistema de salud y que, si bien existen orientaciones basadas en pruebas objetivas en materia de intervenciones eficaces, se necesitan más investigaciones y evaluaciones de estas y otras intervenciones;

Subrayando la importancia de prevenir la violencia interpersonal antes de que comience o se repita, y observando que la función del sistema de salud en la prevención de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, incluye apoyar los esfuerzos encaminados a lo siguiente : reducir el maltrato de niños, por ejemplo mediante programas de apoyo a la crianza de los hijos; abordar el abuso de sustancias, incluido el uso nocivo del alcohol; prevenir la repetición de la violencia proporcionando atención sanitaria y psicosocial o rehabilitación a las víctimas y los perpetradores y a aquellos que hayan presenciado la violencia; y acopiar y difundir pruebas sobre la eficacia de las intervenciones de prevención y respuesta;

Afirmando la función del sistema de salud en la promoción, como elemento de la prevención, de intervenciones para combatir la aceptabilidad y la tolerancia social respecto de la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, haciendo hincapié en la función que dicha promoción puede desempeñar en el fomento de la transformación social;

Reconociendo que la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, puede producirse dentro del propio sistema de salud, lo que puede ejercer efectos negativos en el personal de salud y en la calidad de la asistencia sanitaria prestada y puede llevar a la falta de respeto y el maltrato de los pacientes, y a la discriminación en el acceso a los servicios prestados;

Afirmando la función importante y específica que deben desempeñar los sistemas nacionales de salud en la detección y documentación de incidentes de violencia, y en la prestación de atención clínica y la derivación apropiada de los casos para los afectados por esos incidentes, en particular las mujeres y las niñas, y los niños en general, así como en la contribución a la prevención y la promoción dentro de los gobiernos y entre todas las partes interesadas para dar una respuesta eficaz, integral y multi-sectorial a la violencia,

¹ Incluido el Informe mundial sobre la violencia y la salud (2002).

² Incluidos los siguientes: WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses (2005); Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud (2013); y Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines (2013).

³ De esta labor se encargan principalmente el Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad, el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias y el Departamento de Manejo de los Riesgos en las Emergencias y Respuesta Humanitaria, en estrecha colaboración con las oficinas regionales y las oficinas en los países.

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

1) a que refuercen la función de sus sistemas de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general, a fin de asegurar que todas las personas en peligro y/o afectadas por la violencia puedan acceder a tiempo, de manera eficaz y asequible, a servicios de salud, incluidos los de promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y apoyo, sin verse expuestas a abuso, falta de respeto ni discriminación, a fin de fortalecer su contribución a los programas de prevención, y de prestar apoyo a las actividades de la OMS relacionadas con la presente resolución;

2) a que velen por la interacción del sistema de salud con otros sectores, entre ellos los de educación, justicia, servicios sociales, asuntos de la mujer y desarrollo del niño, a fin de promover y elaborar una respuesta eficaz, integral, nacional y multisectorial a la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, mediante, entre otras cosas, la consideración apropiada de la violencia en los planes de salud y desarrollo y el establecimiento y la financiación suficiente de estrategias nacionales multisectoriales en materia de prevención y respuesta a la violencia, incluida la protección, así como la promoción de la activa participación de las partes interesadas pertinentes;

3) a que refuercen la contribución del sistema de salud para poner fin a la aceptabilidad y la tolerancia de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, incluso recurriendo a la promoción, el asesoramiento y el acopio de datos y, al mismo tiempo, promoviendo la participación de los hombres y los niños, adecuada en función de la edad, junto con las mujeres y las niñas, como agentes del cambio, en sus familias y comunidades, de forma que permita promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas;

4) a que fortalezcan la respuesta nacional, en particular la respuesta del sistema nacional de salud, mejorando el acopio y, cuando proceda, la difusión de datos comparables desglosados por sexo, edad y otros factores pertinentes, sobre la magnitud, los factores de riesgo y de protección, los tipos y las consecuencias sanitarias de la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, así como información sobre prácticas óptimas, incluida la calidad de la atención y las estrategias eficaces de prevención y respuesta;

5) a que sigan reforzando la función de los sistemas de salud a fin de contribuir a los esfuerzos multisectoriales orientados a prevenir la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, incluso mediante la promoción y la protección de los derechos humanos, en la medida en que se refieran a los resultados sanitarios;

6) a que proporcionen acceso a los servicios de salud, según proceda, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva;

7) a que traten de prevenir la repetición de los actos de violencia y rompan el ciclo de la violencia interpersonal, reforzando cuando proceda el acceso oportuno de las víctimas, los perpetradores y las personas afectadas por la violencia interpersonal a servicios sanitarios, sociales y psicológicos eficientes, y a que evalúen la eficacia de esos programas para reducir la repetición de la violencia interpersonal;

8) a que mejoren las capacidades, incluso mediante la formación continua adecuada de todos los profesionales públicos y privados de los sectores de la salud y otros, así como de los cuidadores y los agentes de salud comunitarios, para que puedan prestar asistencia y apoyo, así como

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

otros servicios relativos a prevención y promoción de la salud, a las víctimas y las personas afectadas por la violencia, en particular las mujeres y las niñas, y los niños en general;

9) a que promuevan, establezcan, apoyen y fortalezcan los procedimientos de operación normalizados que tienen por objeto detectar la violencia contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, teniendo presente el importante papel del sistema de salud en la prestación de asistencia y en la derivación de casos a los servicios de apoyo;

2. PIDE a la Directora General:

1) que elabore, con la plena participación de los Estados Miembros,¹ y en consulta con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas pertinentes, centrándose en la función del sistema de salud según proceda, un proyecto de plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, basándose en los trabajos realizados por la OMS al respecto;

2) que siga reforzando las actividades de la OMS encaminadas a ampliar los datos probatorios sobre la magnitud, las tendencias, las consecuencias sanitarias y los factores de riesgo y de protección de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, y actualice los datos periódicamente, teniendo en cuenta las aportaciones de los Estados Miembros, y que acopie información sobre prácticas óptimas, en particular la calidad de la atención y las estrategias eficaces de prevención y respuesta, con el fin de establecer una prevención y respuesta eficaces en los sistemas nacionales de salud;

3) que siga apoyando a los Estados Miembros que lo soliciten, prestándoles asistencia técnica para el fortalecimiento de la función del sistema de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con objeto de abordar la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general;

4) que informe al Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución, y sobre la finalización, en 2014, de un informe mundial de situación sobre la violencia y la salud que se está preparando en colaboración con el PNUD y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y que refleja las actividades nacionales de prevención de la violencia, y que asimismo informe al Consejo Ejecutivo en su 138.^a reunión sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución y presente el proyecto de plan de acción mundial para su consideración por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión A, sexto informe)

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

WHA67.16 Informe del Comisario de Cuentas

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud;¹

Habiendo tomado nota del informe conexo del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

ACEPTA el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, segundo informe)

WHA67.17 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General³

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General;⁴

1. FIJA en US\$ 172 436 el sueldo bruto anual correspondiente a los cargos de Subdirector General y Director Regional, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 134 205 (con familiares a cargo) o de US\$ 121 527 (sin familiares a cargo);
2. FIJA en US\$ 189 744 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 146 321 (con familiares a cargo) o de US\$ 131 682 (sin familiares a cargo);
3. FIJA en US\$ 252 055 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 176 836 (con familiares a cargo) o de US\$ 157 262 (sin familiares a cargo);
4. DECIDE que los ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2014.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, segundo informe)

¹ Documento A67/45.

² Documento A67/58.

³ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

⁴ Documento A67/49.

WHA67.18 Medicina tradicional¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre medicina tradicional;¹

Recordando las resoluciones WHA22.54, WHA29.72, WHA30.49, WHA31.33, WHA40.33, WHA41.19, WHA42.43, WHA44.34, WHA54.11, WHA56.31, WHA61.21, y en particular la resolución WHA62.13 sobre medicina tradicional, en la que la Asamblea de la Salud pedía a la Directora General que, entre otras cosas, actualizara la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 en función de los progresos realizados por los países y los nuevos retos en materia de medicina tradicional;

Afirmando la importancia y el valor crecientes de la medicina tradicional en la prestación de atención sanitaria en los países y en todo el mundo, y que esas medicinas ya no se limitan exclusivamente a ninguna región ni comunidad en particular;

Observando el gran interés que despiertan algunos aspectos de las prácticas de medicina tradicional y complementaria y sus profesionales, así como la demanda conexas de los consumidores y gobiernos que reclaman que se considere la posible incorporación de esos elementos en la prestación de servicios de salud con el propósito de promover la vida sana;

Observando también que los principales problemas en el área de la medicina tradicional y complementaria incluyen deficiencias en lo relativo a: gestión y políticas basadas en el conocimiento; reglamentación apropiada de prácticas y profesionales; seguimiento y aplicación de reglamentos relativos a productos, e integración adecuada de los servicios de medicina tradicional y complementaria en la prestación de servicios de atención de salud y el cuidado de la propia salud,

1. TOMA NOTA de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, de sus tres objetivos y de las orientaciones y medidas estratégicas pertinentes que guían al sector de la medicina tradicional en su desarrollo y de la importancia de los indicadores clave del desempeño para orientar la evaluación de la aplicación de la estrategia a lo largo del próximo decenio;

2. INSTA a los Estados Miembros a que, de conformidad con sus capacidades, prioridades, legislación pertinente y circunstancias nacionales:

1) adopten, adapten y apliquen, según proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 como base para sus programas y planes de trabajo nacionales sobre medicina tradicional y complementaria;

2) elaboren y apliquen, según proceda, planes de trabajo para integrar la medicina tradicional en los servicios de salud, en particular en los servicios de atención primaria de salud;

3) informen a la OMS, según proceda, sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023;

¹ Documento A67/26.

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que facilite a los Estados Miembros que lo soliciten la aplicación de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 mediante el apoyo a la formulación de políticas, normas y reglamentaciones nacionales conexas basadas en el conocimiento, y el consiguiente fortalecimiento de la creación de capacidad nacional por medio del intercambio de información, las redes y los talleres de capacitación;
- 2) que continúe proporcionando a los Estados Miembros orientación normativa sobre la manera de integrar servicios de medicina tradicional y complementaria en sus sistemas nacionales y/o subnacionales de salud, así como orientación técnica que permita velar por la seguridad, calidad y eficacia de esos servicios de medicina tradicional y complementaria, prestando especial atención a la garantía de la calidad;
- 3) que continúe promoviendo la cooperación y colaboración internacional en la esfera de la medicina tradicional y complementaria, a fin de intercambiar información basada en datos fidedignos, teniendo en cuenta las tradiciones y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas;
- 4) que haga un seguimiento de la aplicación de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 y asigne los fondos adecuados para ello, de conformidad con el presupuesto por programas de la OMS;
- 5) que periódicamente, según proceda, informe a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, tercer informe)

WHA67.19 Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida;²

Recordando la resolución WHA58.22 relativa a la prevención y el control del cáncer, en particular los aspectos relacionados con los cuidados paliativos;

Teniendo en cuenta las resoluciones 53/4 y 54/6 de la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas sobre promoción de una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de drogas lícitas sometidas a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso, y sobre promoción de una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso, respectivamente;

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/31.

Reconociendo el informe especial de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos,¹ y la orientación de la OMS sobre la forma de garantizar el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados;²

Teniendo en cuenta también la resolución 2005/25 del Consejo Económico y Social relativa al tratamiento del dolor mediante el uso de analgésicos opioides;

Teniendo presente que los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, planteamiento que se concreta en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y terapia del dolor y otros problemas, ya sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual;

Reconociendo que los cuidados paliativos, cuando están indicados, son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, aumentar su alivio y reforzar su dignidad humana, puesto que son un servicio de salud efectivo centrado en las personas, que tiene en cuenta la necesidad de los pacientes de recibir información adecuada sobre su estado de salud, adaptada específicamente a ellos y a su cultura, y el papel primordial de esos pacientes en la adopción de decisiones sobre el tratamiento recibido;

Afirmando que el acceso a cuidados paliativos y a medicamentos esenciales para fines médicos y científicos fabricados con sustancias fiscalizadas, entre otras, analgésicos opioides, como la morfina, de acuerdo con lo dispuesto en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas de las Naciones Unidas,³ contribuye a la realización del derecho al goce del grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr;

Reconociendo que es responsabilidad ética de los sistemas de salud proporcionar cuidados paliativos y que los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de aliviar el dolor y el sufrimiento, ya sea de orden físico, psicosocial o espiritual, independientemente de que la enfermedad o afección se pueda o no curar, y que los cuidados terminales son uno de los componentes esenciales de los cuidados paliativos;

Reconociendo que actualmente más de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año; previendo que la necesidad de cuidados paliativos crecerá, dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas en el mundo entero; teniendo presente la importancia de los cuidados paliativos para los niños y, a este respecto, reconociendo que los Estados Miembros deberían contar con estimaciones de las cantidades de medicamentos sometidos a fiscalización internacional que se necesitan, incluidos medicamentos en formulaciones pediátricas;

Consciente de lo urgente que resulta incluir los cuidados paliativos en la totalidad del proceso asistencial, en particular a nivel de la atención primaria de salud, y reconociendo que no integrar ade-

¹ Documento E/INCB/2010/1/Supp.1.

² *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

³ La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

cuadramente los cuidados paliativos en los sistemas de salud y asistencia social es uno de los principales factores causantes de que el acceso a esa atención no sea equitativo;

Observando que la disponibilidad y el uso adecuado de medicamentos sometidos a fiscalización internacional con fines médicos y científicos, en particular para aliviar el dolor y el sufrimiento, siguen siendo insuficientes en muchos países, y destacando la necesidad de que los Estados Miembros, con el apoyo de la Secretaría de la OMS, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, velen por que las medidas destinadas a evitar el desvío de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional en cumplimiento de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas de las Naciones Unidas no se conviertan en barreras reglamentarias al acceso a esos fármacos con fines médicos;

Teniendo en cuenta que la falta de conocimientos sobre cuidados paliativos perpetúa el sufrimiento evitable provocado por síntomas que se pueden tratar, y subrayando la necesidad de que todos los prestadores de atención hospitalaria y comunitaria y otros cuidadores, así como los trabajadores de organizaciones no gubernamentales y los familiares de los pacientes, reciban una formación constante y adecuada;

Reconociendo la existencia de diversos modelos costoeficaces y eficientes de prestación de cuidados paliativos, consciente de que para proporcionar cuidados paliativos se sigue un enfoque interdisciplinario a fin de responder a las necesidades de los pacientes y sus familiares, y observando que hay más probabilidades de que se presten cuidados paliativos de calidad cuando existen vínculos estrechos entre los dispensadores profesionales de cuidados paliativos, quienes prestan cuidados de apoyo (incluidos apoyo espiritual y asesoramiento, según sea necesario), los voluntarios y las familias afectadas, así como entre las comunidades y los dispensadores de atención en las enfermedades agudas y de cuidados a personas mayores;

Reconociendo asimismo la necesidad de cuidados paliativos en relación con los distintos grupos de enfermedades (no transmisibles e infecciosas, incluidas la infección por VIH/sida y la tuberculosis multirresistente) y en todos los grupos de edad;

Acogiendo con agrado la inclusión de los cuidados paliativos en la definición de cobertura sanitaria universal y destacando la necesidad de que los servicios de salud presten cuidados paliativos integrados de forma equitativa, a fin de atender a las necesidades de los pacientes en el contexto de la cobertura sanitaria universal;

Reconociendo la necesidad de mecanismos que garanticen la financiación adecuada de los programas de cuidados paliativos, incluidos los medicamentos y los productos médicos, especialmente en los países en desarrollo;

Acogiendo con satisfacción la inclusión de las medidas y los indicadores relacionados con los cuidados paliativos en el marco mundial de vigilancia integral de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;

Observando con agrado la inclusión de los medicamentos necesarios para el alivio del dolor y los síntomas en el contexto de los cuidados paliativos en la 18.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y la 4.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales, y encomiando los esfuerzos de los centros colaboradores de la OMS relacionados con el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos para mejorar el acceso a esos cuidados;

Observando con agradecimiento los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil por seguir resaltando la importancia de los cuidados paliativos, en particular en relación con la disponibilidad adecuada y el uso apropiado para fines médicos y científicos de sustancias sometidas a fiscalización internacional, de conformidad con lo dispuesto en los tratados de las Naciones Unidas sobre fiscalización internacional de drogas;

Reconociendo la limitada disponibilidad de servicios de cuidados paliativos en buena parte del mundo, así como el enorme sufrimiento de millones de pacientes y sus familias, que podría evitarse, y haciendo énfasis en la necesidad de crear o reforzar, según proceda, sistemas de salud que incluyan la asistencia paliativa como componente integral del tratamiento de las personas en la totalidad del proceso asistencial,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que formulen, refuercen y apliquen, según convenga, políticas de cuidados paliativos en apoyo del fortalecimiento integral de los sistemas de salud, con miras a incorporar en la totalidad del proceso asistencial unos servicios de asistencia paliativa basados en criterios científicos, costoeficaces y equitativos, y ello en todos los niveles, con énfasis en la atención primaria, la atención comunitaria y domiciliaria y los programas de cobertura universal;
- 2) a que aseguren a nivel nacional una financiación y una asignación adecuadas de los recursos humanos, según proceda, en relación con las iniciativas de asistencia paliativa, en particular para la formulación y aplicación de políticas de cuidados paliativos, programas de formación y capacitación e iniciativas de mejora de la calidad, y apoyen la disponibilidad y el uso apropiado de los medicamentos esenciales, incluidos medicamentos fiscalizados, para fines de tratamiento de los síntomas;
- 3) a que proporcionen apoyo básico, por ejemplo a través de alianzas multisectoriales, a las familias, los voluntarios comunitarios y demás personas que hagan las veces de cuidadores, bajo la supervisión de profesionales calificados, según proceda;
- 4) a que traten de incluir los cuidados paliativos como componente integral dentro de los programas de educación continua y formación ofrecidos a los dispensadores de atención, dependiendo de sus respectivas funciones y responsabilidades, de conformidad con los principios siguientes:
 - a) la formación básica y la educación continua en materia de cuidados paliativos deberá integrarse sistemáticamente como elemento clave en todos los planes de estudios de las facultades de medicina y escuelas profesionales de enfermería y formará parte de la formación en el servicio impartida a quienes dispensan cuidados en el primer nivel de atención, incluidos los profesionales sanitarios, los cuidadores que atienden las necesidades espirituales de los pacientes y los trabajadores sociales;
 - b) deberá ofrecerse formación intermedia a todos los trabajadores sanitarios que habitualmente trabajan con pacientes afectados por enfermedades potencialmente mortales, por ejemplo los profesionales de los servicios de oncología, control de enfermedades infecciosas, pediatría, geriatría y medicina interna;

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

- c) habrá disponibles programas de formación especializada en cuidados paliativos para facilitar preparación a los profesionales que ulteriormente se encargarán de dispensar una atención integral a pacientes con necesidades que van más allá del tratamiento de síntomas corrientes;
- 5) a que evalúen las necesidades nacionales en materia de cuidados paliativos, incluidas las relacionadas con los medicamentos para el tratamiento del dolor, y promuevan fórmulas de colaboración que permitan garantizar un abastecimiento adecuado de medicamentos esenciales para la asistencia paliativa y evitar situaciones de escasez;
- 6) a que examinen y, cuando proceda, revisen las legislaciones y políticas nacionales y locales sobre fiscalización de medicamentos, sobre la base de las orientaciones normativas de la OMS¹ en relación con la mejora del acceso y el uso racional de los fármacos para el tratamiento del dolor, de conformidad con los tratados de las Naciones Unidas sobre fiscalización internacional de drogas;
- 7) a que actualicen, según sea necesario, las listas nacionales de medicamentos esenciales, a la luz de la reciente incorporación de una sección dedicada a los analgésicos y medicamentos para cuidados paliativos tanto en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales como en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales;
- 8) a que promuevan alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil, incluidas organizaciones de pacientes, para apoyar, según convenga, la prestación de servicios para pacientes que precisan cuidados paliativos;
- 9) a que apliquen, y supervisen, las intervenciones de cuidados paliativos incluidas en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;
2. PIDE a la Directora General:
- 1) que vele por que los cuidados paliativos sean un componente integral de todos los planes mundiales pertinentes de control de enfermedades y fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos los relacionados con las enfermedades no transmisibles y la cobertura sanitaria universal, y también por que sean incluidos dentro de los oportunos planes de cooperación nacional y regional;
- 2) que actualice o prepare, según proceda, directrices y demás instrumentos basados en criterios científicos sobre asistencia paliativa, incluidas opciones para el tratamiento del dolor, en adultos y niños, y que en ese sentido asegure, en particular, la elaboración de unas directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico del dolor, y vele por que todos ellos se difundan debidamente;
- 3) que elabore y refuerce, según proceda, directrices basadas en criterios científicos sobre la integración de los cuidados paliativos en los sistemas nacionales de salud, para todos los grupos de enfermedades y niveles de atención, que aborden debidamente las cuestiones éticas relacionadas con la dispensación de servicios integrales de asistencia paliativa, por ejemplo referidas al acceso equitativo, la prestación de una atención centrada en las personas y respetuosa con ellas y la

¹ *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

participación de la comunidad, y que vele por que los programas de formación sobre manejo del dolor y tratamiento de los síntomas y apoyo psicosocial estén debidamente fundamentados;

4) que siga prestando apoyo a los Estados Miembros, a través del programa de la OMS para el acceso a medicamentos fiscalizados, para revisar y mejorar las legislaciones y políticas nacionales, con objeto de asegurar un justo equilibrio entre la prevención del uso indebido, la desviación y el tráfico ilícito de sustancias fiscalizadas y la garantía de un acceso apropiado a los medicamentos fiscalizados, de conformidad con los tratados de las Naciones Unidas sobre fiscalización internacional de drogas;

5) que estudie posibles opciones para aumentar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos utilizados en los servicios de cuidados paliativos, mediante la celebración de consultas con los Estados Miembros, las redes pertinentes y la sociedad civil, así como con otros interesados directos internacionales, según proceda;

6) que colabore con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, los ministerios de salud y otras instancias competentes con el fin de promover la disponibilidad y el control equilibrado de los medicamentos fiscalizados utilizados para fines de manejo del dolor y tratamiento de los síntomas;

7) que siga cooperando con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes para ayudar a los Estados Miembros a efectuar estimaciones precisas que permitan asegurar la disponibilidad de medicamentos utilizados para el alivio del dolor y los cuidados paliativos, entre otras cosas mediante una aplicación más eficiente de las orientaciones para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional;¹

8) que colabore con el UNICEF y otros asociados pertinentes en la promoción e implantación de servicios de cuidados paliativos destinados a los niños;

9) que realice un seguimiento de la situación mundial en materia de cuidados paliativos, evaluando los progresos realizados dentro de distintas iniciativas y programas, en colaboración con los Estados Miembros y sus asociados internacionales;

10) que colabore con los Estados Miembros para lograr que se obtenga suficiente financiación y que mejore la cooperación en relación con los programas de cuidados paliativos e iniciativas de investigación conexas, en particular en los países de pocos recursos, de conformidad con el presupuesto por programas 2014-2015 aprobado, que aborda la cuestión de la asistencia paliativa;

11) que aliente la realización de investigaciones destinadas a concebir modelos de asistencia paliativa que resulten eficaces en los países de ingresos bajos y medios, con la debida atención a las buenas prácticas en la materia;

12) que informe en 2016 a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, tercer informe)

¹ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Organización Mundial de la Salud. Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional. Nueva York, Naciones Unidas, 2012.

WHA67.20 Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el fortalecimiento del sistema de reglamentación;²

Acogiendo con agrado los esfuerzos de la Directora General y reconociendo la función fundamental que tiene la OMS en la prestación de apoyo a los países para que refuercen sus sistemas de reglamentación de los productos médicos para uso en humanos³ y promuevan un acceso equitativo a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles;

Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Recordando asimismo la resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior, en la que, entre otras cosas, se reconoce la importancia de la cobertura universal en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante la atención primaria y los mecanismos de protección social, para proporcionar acceso a los servicios de salud a toda la población, y en particular a sus segmentos más pobres;

Recordando además las resoluciones WHA45.17, WHA47.17, WHA52.19, WHA54.11, WHA59.24, WHA63.12, y WHA65.19, en todas las cuales se incluyen aspectos relacionados con la necesidad de fomentar la calidad, seguridad, eficacia y asequibilidad de los medicamentos, entre ellos los productos sanguíneos;

Reafirmando la resolución WHA65.19 sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación, que establece un nuevo mecanismo de Estados Miembros para la colaboración internacional desde la perspectiva de la salud pública, con exclusión de consideraciones de carácter comercial y de propiedad intelectual, con el objetivo de prevenir y controlar los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación y promover el acceso a productos médicos asequibles, seguros y de calidad;

Reconociendo que los sistemas de reglamentación eficaces son un componente esencial del fortalecimiento del sistema de salud y que contribuyen a la obtención de mejores resultados en el ámbito de la salud pública, que el personal de esos sistemas es una parte esencial del personal sanitario, y que los sistemas de reglamentación ineficientes pueden constituir en sí mismos un obstáculo al acceso a productos médicos seguros, eficaces y de calidad;

Reconociendo también que son necesarios sistemas de reglamentación eficaces para poner en práctica la cobertura sanitaria universal, responder a la doble carga que suponen las enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles, y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (reducir la mortalidad infantil), 5 (mejorar la salud materna) y 6 (Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades);

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/32.

³ A efectos de la presente resolución, por productos médicos se entienden los medicamentos, vacunas, productos diagnósticos y dispositivos médicos.

Consciente de que los sistemas de salud han de promover el acceso a los productos médicos esenciales y que para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria, el uso racional de los medicamentos y la sostenibilidad de los sistemas de salud son necesarias medidas urgentes por parte de la comunidad internacional, los Estados Miembros y las instancias pertinentes de los sistemas de salud;

Muy preocupada por las repercusiones que tienen en los pacientes los productos médicos deficientes en cuanto a su calidad, seguridad y eficacia en aspectos tales como las intoxicaciones, la inadecuación o nulidad de los tratamientos, la contribución a la farmacorresistencia, la carga económica conexas y la erosión de la confianza del público en los sistemas de salud;

Consciente de los desafíos normativos que plantea la complejidad cada vez mayor de las cadenas de suministro de productos médicos y acogiendo con beneplácito el plan de trabajo del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación;

Destacando la función que desempeña la OMS en el fortalecimiento de los sistemas de reglamentación de los productos médicos desde la perspectiva de la salud pública y en la prestación de apoyo a los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica y a los órganos regionales competentes en esta esfera, en particular en los países en desarrollo;

Recordando la Estrategia mundial y plan de acción de la OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, en particular el elemento tres, en que se pide que se cree y se fortalezca la capacidad de reglamentación en los países en desarrollo, por ser una política eficaz para crear capacidad de innovación y mejorarla, y el elemento seis, en que se promueve el establecimiento y el fortalecimiento de mecanismos para mejorar el examen ético y controlar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos sanitarios y los dispositivos médicos;

Tomando nota con reconocimiento de las numerosas actividades nacionales y regionales existentes para fortalecer la capacidad de reglamentación (incluso recurriendo a una variedad de modelos), aumentar la coherencia regulatoria y la convergencia de los organismos de reglamentación, y mejorar las buenas prácticas de gobernanza, en particular la transparencia en la adopción de decisiones, lo que propicia la disponibilidad de productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, por ejemplo el marco de reglamentación de la Unión Europea para los productos médicos, los trabajos en curso en la OPS en seguimiento de la adopción en 2010 por su Consejo Directivo de la resolución CD50.R9 sobre fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos, la Iniciativa Africana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, y las actividades de armonización y cooperación en materia de reglamentación de la ASEAN;

Tomando nota también de la continuada colaboración entre los organismos nacionales y regionales de reglamentación en el fomento de la cooperación los organismos de reglamentación a nivel regional y mundial;

Reconociendo las importantes inversiones realizadas en la adquisición de medicamentos por conducto de los presupuestos nacionales de salud y las iniciativas sanitarias mundiales;

Reconociendo asimismo la función esencial del programa de precalificación de la OMS para facilitar la adquisición de productos médicos con una calidad, seguridad y eficacia garantizadas;

Haciendo hincapié en que el fortalecimiento de los sistemas de reglamentación debería complementar los esfuerzos de la Secretaría y los Estados Miembros para fomentar el acceso a productos médicos de calidad, seguridad y eficacia garantizadas;

Recordando las prácticas clínicas adecuadas de la OMS que se centran en la protección de las personas que son objeto de investigaciones en humanos;

Recordando también el programa de reforma de la OMS en curso y acogiendo con beneplácito a ese respecto el establecimiento en noviembre de 2012 del grupo orgánico de Sistemas de Salud e Innovación,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

1) a que fortalezcan los sistemas nacionales de reglamentación, incluso mediante, según sea oportuno y de forma voluntaria:

a) la realización de autoevaluaciones, por ejemplo con la ayuda de la OMS, para definir los puntos fuertes y las oportunidades de introducir mejoras en las funciones de los sistemas de reglamentación, como primera medida para formular planes de fortalecimiento de dichos sistemas, entre otras cosas mediante planes de desarrollo institucional coordinados por la OMS;

b) la recopilación de datos sobre el funcionamiento de los sistemas de reglamentación para poder realizar análisis y definir datos de referencia que permitan mejorar los sistemas en el futuro;

c) el establecimiento de unas bases jurídicas y un liderazgo político sólidos que respalden un sistema de reglamentación claramente centrado en la seguridad del paciente y la transparencia de los procesos de adopción de decisiones;

d) la definición y elaboración de un conjunto básico de funciones de reglamentación para atender las necesidades nacionales o regionales, tales como el control de los mercados o la vigilancia después de la comercialización;

e) el desarrollo de las competencias necesarias del personal de los sistemas de reglamentación —algunas de las cuales están relacionadas con la profesión sanitaria— y promoviendo el establecimiento de la actividad de reglamentación como profesión;

f) la facilitación del uso de las orientaciones pertinentes y los productos de base científica de los comités de expertos de la OMS y las buenas prácticas de reglamentación en los ámbitos nacional, regional e internacional;

g) la concepción y aplicación de estrategias para afrontar los aspectos cada vez más complejos de las cadenas de suministro;

2) a que participen en las redes mundiales, regionales y subregionales de organismos nacionales de reglamentación, según proceda, reconociendo la importancia de la colaboración para aunar las capacidades reguladoras y promover un mayor acceso a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles;

3) a que promuevan la cooperación internacional, según proceda, con miras a la colaboración y el intercambio de información, entre otras cosas por medio de plataformas electrónicas;

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

- 4) a que respalden los sistemas de reglamentación de productos médicos con la financiación adecuada, por ser este un componente esencial de los sistemas de salud;
 - 5) a que respalden el fortalecimiento del sistema de reglamentación como componente esencial del desarrollo o la ampliación de la producción a nivel local o regional de productos médicos de calidad, seguros y eficaces;
 - 6) a que garanticen el acceso a medicamentos esenciales de calidad, seguros, eficaces y asequibles y su uso racional, teniendo en cuenta la creciente aparición de resistencia, como base para lograr un acceso más amplio a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles;
 - 7) a que apoyen la capacidad institucional de la OMS relativa a la promoción del acceso a productos médicos de calidad, seguros, eficaces, asequibles y su uso racional en el contexto de la cobertura sanitaria universal;
 - 8) a que refuercen las iniciativas nacionales y regionales de los organismos de reglamentación para mejorar la capacidad de examen reglamentario de los productos médicos, fomentando el objetivo a largo plazo de la OMS de prestar apoyo al fortalecimiento de la capacidad de los organismos nacionales de reglamentación entre los Estados Miembros;
 - 9) a que presten apoyo al programa de precalificación de la OMS, en particular examinando, en consulta con los Estados Miembros,¹ las distintas modalidades existentes para aumentar la sostenibilidad de este programa esencial;
 - 10) a que determinen la necesidad de fortalecer la capacidad, la colaboración y la cooperación de los sistemas de reglamentación en las esferas técnicamente complejas en las que todavía pueden existir deficiencias sustanciales, como la reglamentación de los productos bioterapéuticos, sanguíneos y de diagnóstico *in vitro*;
2. PIDE a la Directora General:
- 1) que continúe prestando apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en el fortalecimiento de sus sistemas de reglamentación, por ejemplo, según proceda, manteniendo:
 - a) la evaluación de los sistemas nacionales de reglamentación;
 - b) la aplicación de los instrumentos de evaluación de la OMS;
 - c) la generación y análisis de datos probatorios del desempeño de los sistemas de reglamentación;
 - d) la facilitación de la formulación y aplicación de planes de desarrollo institucional;
 - e) la aportación de apoyo técnico a los organismos nacionales de reglamentación y a los gobiernos;

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

- 2) que siga elaborando normas, patrones y directrices apropiadas, tomando en consideración las necesidades e iniciativas nacionales, regionales e internacionales, de conformidad con los principios de la OMS;
- 3) que vele por que todas las partes pertinentes y todos los niveles de la Organización participen de forma activa y coordinada en la ejecución del mandato de la OMS relativo al fortalecimiento del sistema de reglamentación como componente integral del desarrollo del sistema de salud, reconociendo que el apoyo de la OMS en esta esfera esencial, especialmente para los países en desarrollo, puede ser requerido, según se precise, en el futuro;
- 4) que respalde prioritariamente el establecimiento de redes regionales y subregionales de organismos de reglamentación y el refuerzo de las ya existentes, según proceda, incluido el fortalecimiento de esferas de reglamentación de productos sanitarios que están menos desarrolladas, como la reglamentación de los dispositivos médicos, incluidos los productos de diagnóstico;
- 5) que promueva una mayor participación de los Estados Miembros en las iniciativas internacionales y regionales existentes en pro de la colaboración y la cooperación, de conformidad con los principios y las directrices de la OMS;
- 6) que refuerce el programa de precalificación de la OMS, incluida su integración y coherencia, teniendo en cuenta las necesidades y capacidades de los sistemas de reglamentación nacionales y regionales, para ayudar a garantizar un suministro de productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles;
- 7) que apoye la creación de redes y organismos nacionales y regionales de reglamentación;
- 8) que preste más apoyo y muestre más reconocimiento al destacado papel desempeñado por la Conferencia Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica en la promoción del intercambio de información y la adopción de fórmulas de colaboración entre los organismos de reglamentación farmacéutica, así como por su importancia como recurso de facilitación en favor del fortalecimiento de la cooperación y coherencia en materia de reglamentación;
- 9) que aumente la sensibilización acerca de lo importante que es contar con sistemas de reglamentación eficaces en el contexto de los sistemas de salud;
- 10) que preste más apoyo y asesoramiento en relación con el fortalecimiento de las capacidades necesarias para la reglamentación de productos biológicos cada vez más complejos, con énfasis en los productos bioterapéuticos, los productos sanguíneos y productos afines para el diagnóstico in vitro, y, cuando proceda, en los medicamentos nuevos para uso en humanos basados en la terapia génica, la terapia celular somática y la ingeniería tisular;
- 11) que vele por que toda actividad llevada a cabo al amparo de la presente resolución no duplique ni eluda el plan de trabajo y el mandato del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación;
- 12) que informe a las 70.^a y 72.^a Asambleas Mundiales de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

WHA67.21 Acceso a los productos bioterapéuticos incluidos los productos bioterapéuticos similares¹ y garantía de su calidad, seguridad y eficacia²

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el fortalecimiento del sistema de reglamentación;³

Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se afirma que «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social»;

Observando con especial preocupación que para millones de personas el derecho al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, incluido el acceso a los medicamentos, sigue siendo un objetivo lejano; que, especialmente para los niños y los pobres, la probabilidad de alcanzar este objetivo es cada vez más remota; que millones de personas caen cada año por debajo del umbral de la pobreza debido a pagos directos catastróficos relacionados con la atención sanitaria, y que los pagos directos excesivos pueden disuadir a los pobres de buscar atención o permanecer en ella;

Recordando la resolución WHA55.14 sobre garantía de la accesibilidad a los medicamentos esenciales, que reconoce la responsabilidad de los Estados Miembros de apoyar las pruebas científicas sólidas y de rechazar las informaciones tendenciosas o las presiones externas que pueden ir en detrimento de la salud pública;

Recordando, además, que en la resolución WHA55.14 la Asamblea de la Salud insta a los Estados Miembros, entre otras cosas, «a que reafirmen su compromiso de mejorar el acceso a los medicamentos y plasmen ese compromiso en una reglamentación específica en el ámbito de los países, especialmente mediante la promulgación de políticas farmacéuticas nacionales (...) el establecimiento de listas de medicamentos esenciales basadas en pruebas científicas y referidas a la Lista Modelo de la OMS, y en medidas que promuevan la política farmacéutica y el acceso, la calidad y el uso racional de los medicamentos en el marco de los sistemas nacionales de salud»;

Considerando que uno de los objetivos de la reglamentación farmacéutica es garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos mediante procesos que regulen la autorización, la vigilancia y la supervisión;

Considerando también que la reglamentación farmacéutica nacional debe contribuir al desempeño y la sostenibilidad de los sistemas de salud y el bienestar general de la sociedad;

Considerando además que es necesario actualizar las reglas y normas aplicables a los medicamentos, a la luz de los avances en biotecnología y de la consiguiente introducción de nuevas generaciones de medicamentos, a fin de garantizar que los fármacos que entren en el mercado sean asequibles, seguros, eficaces, de calidad, y que pueda accederse a ellos de manera oportuna y adecuada;

¹ Reconociendo que las autoridades nacionales pueden utilizar diferentes terminologías al referirse a productos bioterapéuticos similares.

² En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

³ Documento A67/32.

Reconociendo que el uso de esos medicamentos tiene efectos positivos en las tasas de morbilidad y mortalidad, y que, aunque hay múltiples obstáculos al acceso a ellos, el alto costo de esos medicamentos afecta la sostenibilidad de los sistemas de salud y en muchos casos dicho acceso;

Tomando nota de la importancia de las directrices de la OMS sobre la evaluación de productos bioterapéuticos similares (2009) elaboradas por el Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos, y utilizándolas según proceda, y reconociendo la necesidad de actualizarlas, en particular por lo que se refiere a los avances tecnológicos y la caracterización con objeto de promover marcos normativos más eficientes desde una perspectiva de salud pública que garanticen la eficacia, calidad y seguridad de tales productos en los planos nacional y regional;

Consciente de que los productos bioterapéuticos similares podrían ser más asequibles y ofrecer mejor acceso a tratamientos de origen biológico, garantizando simultáneamente la calidad, seguridad y eficacia,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que establezcan o refuercen, según proceda, marcos normativos nacionales de evaluación y autorización, con miras a atender las necesidades de salud pública en materia de productos bioterapéuticos, incluidos los productos bioterapéuticos similares;
- 2) a que fomenten los conocimientos científicos especializados necesarios para facilitar la elaboración de marcos normativos de buena calidad y base científica que promuevan el acceso a productos que sean asequibles, seguros, eficaces y de calidad, teniendo presentes las pertinentes directrices de la OMS que pueden adaptarse al contexto y capacidad nacionales;
- 3) a que se esfuercen por garantizar que la introducción, cuando proceda, de nuevas reglamentaciones nacionales no constituya un obstáculo al acceso a productos bioterapéuticos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, incluidos los productos bioterapéuticos similares;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que preste apoyo a los Estados Miembros en el fortalecimiento de su capacidad en materia de reglamentación sanitaria de los productos bioterapéuticos, incluidos los productos bioterapéuticos similares;
- 2) que preste apoyo, según proceda, a la creación de marcos nacionales de reglamentación sanitaria que fomenten el acceso a productos bioterapéuticos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, incluidos los productos bioterapéuticos similares;
- 3) que aliente y fomente, según proceda, la cooperación y el intercambio de información entre los Estados Miembros con respecto a los productos bioterapéuticos, incluidos los productos bioterapéuticos similares;
- 4) que convoque el Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos para que actualice las directrices de 2009, teniendo en cuenta los avances tecnológicos para la caracterización de los productos bioterapéuticos y tomando en consideración las necesidades y capacidades de reglamentación nacionales, y que informe sobre la actualización al Consejo Ejecutivo;

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

- 5) que informe a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA67.22 Acceso a los medicamentos esenciales¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el acceso a los medicamentos esenciales;²

Observando que en la definición que hace la OMS de los medicamentos esenciales³ figuran los elementos siguientes: «Medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades prioritarias de atención de salud de la población» y «Los medicamentos esenciales se seleccionan prestando la debida atención a su pertinencia para la salud pública, los datos sobre su eficacia y seguridad, y su costoeficacia comparativa»;

Recordando la resolución WHA28.66, sobre sustancias profilácticas y terapéuticas, que se refiere a la formulación y aplicación de políticas y estrategias farmacéuticas; la Declaración de Alma-Ata, que en 1978 reconocía que la provisión de medicamentos esenciales es uno de los pilares de la atención primaria de salud, y las resoluciones subsiguientes relativas a los medicamentos esenciales tales como las WHA54.11, sobre la estrategia farmacéutica de la OMS, WHA58.27, sobre la mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos, WHA60.16, sobre los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, WHA60.20, sobre la mejora de los medicamentos de uso pediátrico, WHA60.29, sobre las tecnologías sanitarias, WHA61.21, sobre la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, y WHA64.9, sobre las estructuras de financiación sostenible de la salud y la cobertura universal, así como la resolución WHA66.10, en la que la Asamblea de la Salud hizo suyo el plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que abarca la meta 9, relativa a la disponibilidad de medicamentos esenciales necesarios para tratar las enfermedades no transmisibles;

Teniendo presente que, con el fin de promover la mejora de los tratamientos y una mayor disponibilidad de medicamentos, un uso más costoeficaz de los recursos humanos y una atención de salud de más calidad, la estrategia farmacéutica de la OMS plasmada en el Programa General de Trabajo, 2014-2019 se basa en los principios siguientes: selección de un número limitado de medicamentos basada en criterios científicos, sistemas de adquisición y distribución eficientes, precios asequibles, y uso racional de los medicamentos;

Considerando que la aplicación eficaz de los principios mencionados tiene importancia decisiva para mejorar la salud de la población, avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

Acogiendo con agrado las actuaciones regionales de la OMS en apoyo de la mejora del acceso y la disponibilidad, la asequibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales seguros, eficaces y de

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/30.

³ OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 985.

calidad garantizada, en particular el marco de acción regional sobre acceso a los medicamentos esenciales (2011-2016) de la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental;

Reconociendo la complejidad de la cadena de suministro de medicamentos y los obstáculos con los que se encuentran los países en esta materia, la importancia de una buena gobernanza de los programas de medicamentos,¹ y las consecuencias del alto costo de los medicamentos, que se encuentra entre los factores que hacen que la atención y el tratamiento sean inasequibles;

Consciente de que la carencia de medicamentos esenciales es un problema mundial que repercute en la atención a los enfermos, de que las causas y las repercusiones varían de un país a otro y de que se dispone de información insuficiente para determinar la magnitud y las características específicas del problema;

Consciente de la función que desempeñan las directrices terapéuticas clínicas basadas en datos científicos para que las prácticas terapéuticas sean costoeficaces, de la necesidad de disponer de información fiable y no sesgada en respaldo de la prescripción racional, y de la importancia de mejorar los conocimientos en salud para que los enfermos y los consumidores hagan un uso más juicioso de los medicamentos;

Observando con preocupación que, pese a los constantes esfuerzos realizados a lo largo de varios decenios por los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y los asociados, la mayoría de los países de bajos ingresos siguen haciendo frente a múltiples problemas para mejorar la disponibilidad, la asequibilidad y el uso racional de los medicamentos esenciales;

Observando que el objetivo de los Estados Miembros es aumentar el acceso a medicamentos esenciales asequibles, seguros, eficaces y de calidad garantizada, incluso, cuando proceda, mediante el pleno aprovechamiento de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), en consonancia con la Estrategia mundial y plan de acción de la OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

Señalando que el apoyo a la investigación y el desarrollo es importante para el suministro sostenible de medicamentos esenciales en el futuro, con miras a atender las necesidades de salud pública,

1. INSTA a los Estados Miembros:²

- 1) a que proporcionen recursos adecuados, según sea necesario, para formular y aplicar políticas farmacéuticas nacionales integrales, según proceda, reforzar la buena gobernanza de los sistemas farmacéuticos, entre ellos los sistemas de reglamentación, adquisición y distribución de productos farmacéuticos, y coordinen las respuestas para abordar las actividades complejas e interrelacionadas que influyen en el acceso a los medicamentos esenciales, con el fin de mejorar la disponibilidad, la asequibilidad, la calidad y el uso racional de estos últimos;
- 2) a que mejoren las políticas nacionales de selección de medicamentos esenciales, entre los que deben figurar los medicamentos críticos para sus necesidades prioritarias en materia de salud pública, en especial mediante la utilización de procesos transparentes y rigurosos, basados

¹ En *WHO Assessment Instrument for measuring transparency in the public pharmaceutical sector* (documento WHO/EMP/MAR/2009.4), por «buena gobernanza» se entiende la formulación y aplicación de políticas y procedimientos adecuados que garanticen la gestión eficaz, eficiente y ética de los sistemas farmacéuticos, en especial los sistemas de reglamentación farmacéutica y los sistemas de suministro de medicamentos, de una forma transparente, responsable, ajustada a derecho y que reduzca la corrupción al mínimo.

² Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

en evidencias y sustentados en los métodos de evaluación de las tecnologías sanitarias a la hora de seleccionar los medicamentos que se han de incluir en las listas nacionales de medicamentos esenciales de acuerdo con las necesidades y prioridades sanitarias de cada país;

3) a que fomenten y apoyen la investigación sobre los sistemas de salud y, en concreto, sobre la adquisición, el suministro y el uso racional de los medicamentos esenciales;

4) a que promuevan la colaboración e intensifiquen el intercambio de información sobre prácticas óptimas en materia de elaboración, aplicación y evaluación de políticas y estrategias farmacéuticas que propician el acceso a medicamentos esenciales asequibles, seguros, eficaces y de calidad garantizada;

5) a que hagan más hincapié en los medicamentos de uso pediátrico, promuevan la disponibilidad, asequibilidad, calidad y seguridad de los medicamentos esenciales de uso pediátrico mediante la elaboración y fabricación de formulaciones pediátricas adecuadas, y faciliten el acceso al mercado de estos medicamentos;

6) a que mejoren la educación y formación de los profesionales sanitarios para apoyar la ejecución de las políticas y estrategias nacionales relacionadas con los medicamentos esenciales, y a que formulen y apliquen directrices de práctica clínica de base empírica y otras intervenciones para fomentar el uso racional de los medicamentos esenciales;

7) a que intensifiquen la comunicación con el público en general y la sociedad civil para concienciarlos e informarlos mejor sobre los medicamentos esenciales e incrementar su implicación, según proceda y mediante mecanismos y estructuras transparentes, en la mejora del acceso a estos medicamentos y su uso racional;

8) a que determinen los principales obstáculos que dificultan el acceso a los medicamentos esenciales y formulen estrategias para superarlos, haciendo uso de los instrumentos¹ y orientaciones de la OMS cuando proceda;

9) a que establezcan sistemas para vigilar la disponibilidad, utilizando para ello sistemas eficaces de gestión de existencias, asequibilidad y utilización de medicamentos esenciales seguros, eficaces y de calidad garantizada en los establecimientos sanitarios públicos y privados o refuercen los ya existentes, según proceda;

10) a que sistematicen la recopilación de información y refuercen los mecanismos de vigilancia para detectar y comprender mejor las causas de las carencias de medicamentos esenciales, y a que elaboren estrategias para prevenir y mitigar los problemas y riesgos conexos provocados por dichas carencias;

11) a que consideren la posibilidad, según sea oportuno, de adaptar la legislación nacional, a fin de utilizar plenamente las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, en particular las flexibilidades reconocidas en la Declaración Ministerial de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública y otros instrumentos de la OMC relacionados con ese acuerdo, a fin de promover el acceso a los medicamentos esenciales, en consonancia con lo dispuesto en la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

¹ Entre ellos, los perfiles nacionales del sector farmacéutico, el instrumento de evaluación para medir la transparencia del sector farmacéutico público, el instrumento OMS/Health Action International para medir los precios de los medicamentos, la disponibilidad, asequibilidad y los precios de los componentes, y los documentos de orientación de la OMS sobre el modo de investigar el consumo farmacéutico en los centros de salud.

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que exhorte a los Estados Miembros a que reconozcan la importancia de que haya políticas farmacéuticas nacionales eficaces, y que estas se apliquen con una buena gestión, a fin de garantizar un acceso equitativo a medicamentos esenciales asequibles, seguros, eficaces y de calidad asegurada y su uso racional en la práctica;
- 2) que facilite y respalde el intercambio de información y la colaboración entre los Estados Miembros sobre las mejores prácticas para elaborar y aplicar políticas farmacéuticas;
- 3) que ayude a los Estados Miembros a compartir información sobre las mejores prácticas para la selección de los medicamentos esenciales y facilite la colaboración entre la Secretaría y los Estados Miembros para definir los procesos de selección de los medicamentos que se van a incluir en las listas nacionales de medicamentos esenciales de acuerdo con los métodos basados en criterios científicos utilizados para actualizar la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales;
- 4) que preste apoyo a los Estados Miembros para desarrollar su capacidad para seleccionar los medicamentos esenciales sobre la base de criterios científicos, elaborar, difundir y aplicar directrices sobre buenas prácticas clínicas y promover otras estrategias que fomenten el uso racional de medicamentos esenciales asequibles, seguros, eficaces y de calidad asegurada por parte de los profesionales de la salud y el público;
- 5) que ayude a los Estados Miembros a definir y poner en práctica sus políticas farmacéuticas y sus sistemas de suministro, especialmente en lo que se refiere a los aspectos relacionados con la reglamentación, financiación, selección, adquisición, distribución, fijación de precios, reembolso y uso, a fin de mejorar su eficiencia y garantizar el acceso a medicamentos esenciales seguros, eficaces y de calidad asegurada, incluidos medicamentos esenciales costosos;
- 6) que ayude a los Estados Miembros a sistematizar la reunión de información y fortalecer los mecanismos de vigilancia, a fin de definir y comprender mejor las causas de la escasez de medicamentos esenciales, y a formular estrategias destinadas a prevenir y mitigar los problemas y riesgos provocados por esa escasez;
- 7) que inste a los Estados Miembros a que aceleren los progresos con respecto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la cobertura sanitaria universal, entre otras cosas, poniendo en práctica políticas farmacéuticas nacionales para mejorar el acceso a medicamentos esenciales asequibles, seguros, eficaces y de calidad asegurada;
- 8) que, según proceda, previa solicitud y en colaboración con otras organizaciones internacionales competentes, proporcione apoyo técnico, incluso, cuando proceda, apoyo para los procesos normativos, a los Estados Miembros que tengan intención de hacer uso de las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, en particular de las flexibilidades reconocidas en la Declaración Ministerial de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública y otros instrumentos de la OMC relacionados con ese acuerdo, a fin de promover el acceso a los medicamentos esenciales, de conformidad con lo dispuesto en la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;
- 9) que informe a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA67.23 Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal;²

Recordando las resoluciones WHA52.19, sobre la estrategia revisada en materia de medicamentos, WHA58.33, sobre financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad, WHA60.16, sobre los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, WHA60.29, sobre tecnologías sanitarias, WHA63.21, sobre la función y las responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias, y WHA64.9, sobre estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal;

Reconociendo la importancia, dentro de los sistemas de salud, de los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones basados en datos probatorios, en particular en lo que respecta a las decisiones relativas a la asignación de recursos, el diseño de sistemas de servicios y la aplicación práctica de las políticas, y reafirmando asimismo la función y las responsabilidades de la OMS en lo tocante a la prestación de apoyo con objeto de fortalecer los sistemas de información y la capacidad de investigación sanitaria, y su utilización por los Estados Miembros;

Observando que el uso eficiente de los recursos es un factor decisivo para la sostenibilidad del desempeño de los sistemas de salud, máxime en un momento en el que los Estados Miembros, en sus esfuerzos por avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, aspiran a ampliar significativamente el acceso a los medicamentos esenciales (incluidos los genéricos), los dispositivos y procedimientos médicos y otras intervenciones asistenciales de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y asistencia paliativa;

Haciendo notar que, según el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*,³ la proporción de los fondos destinados a la salud que se despilfarran asciende nada menos que a un 40%, lo cual hace que sea urgente hallar soluciones sistemáticas y eficaces que reduzcan ese derroche y promuevan un uso racional de la tecnología sanitaria;

Reconociendo la importancia decisiva de la evaluación independiente de las intervenciones y tecnologías sanitarias, como instrumento multidisciplinar de investigación de políticas, para la obtención de datos probatorios que puedan servir de fundamento para la priorización, selección, introducción, distribución y gestión de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos;

Haciendo hincapié en que, si se aplican metodologías de investigación rigurosas y estructuradas y procesos transparentes e integradores, la evaluación de los medicamentos, vacunas, dispositivos y equipo médicos y procedimientos sanitarios, incluidas las intervenciones preventivas, podría contribuir a satisfacer la demanda de información fidedigna sobre los aspectos de esas tecnologías relacionados con la seguridad, la eficacia, la calidad, la idoneidad, la costoefectividad y la eficiencia, a fin de de-

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/33.

³ *Informe sobre la salud en el mundo 2010 – Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

terminar si es conveniente integrarlas dentro de intervenciones y sistemas de salud concretos y, en su caso, cuándo sería el momento indicado para ello;

Preocupada por el hecho de que la capacidad para evaluar, investigar y documentar las repercusiones desde el punto de vista económico, organizativo, social, jurídico, ético y de la salud pública de las intervenciones y tecnologías sanitarias es insuficiente en la mayoría de los países en desarrollo, por lo que se carece de información adecuada para orientar la adopción de políticas y de decisiones y prácticas profesionales racionales;

Reconociendo la importancia del fortalecimiento de las capacidades nacionales, la creación de redes en el plano regional e internacional y la colaboración en materia de evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias, con miras a promover políticas de salud basadas en datos probatorios,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que consideren la posibilidad de establecer sistemas nacionales de evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias, fomentando el empleo sistemático de evaluaciones independientes de las intervenciones y tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal para fundamentar las decisiones de política, en particular en relación con el establecimiento de prioridades, la selección de productos, la gestión de los sistemas de contratación y abastecimiento y el uso de intervenciones y/o tecnologías sanitarias, así como la formulación de planes de financiación sostenible, conjuntos de prestaciones, políticas de medicamentos y sistemas de gestión de beneficios, incluida la elaboración de formularios farmacéuticos, directrices sobre buenas prácticas clínicas y protocolos para programas de salud pública;
- 2) a que consoliden el vínculo entre la evaluación de las tecnologías sanitarias y su reglamentación y manejo, según proceda;
- 3) a que estudien, como opción complementaria al empleo de los métodos ya implantados y comúnmente aceptados, la conveniencia de elaborar, según proceda, directrices de procedimiento y metodologías nacionales, junto con los oportunos sistemas de seguimiento, para la evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias, a fin de asegurar la transparencia, la calidad y la pertinencia normativa de las evaluaciones e investigaciones conexas;
- 4) a que sigan consolidando y promoviendo la evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias para plasmarla en marcos nacionales, por ejemplo relacionados con la investigación en apoyo de los sistemas de salud, la formación profesional del personal sanitario, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la cobertura sanitaria universal;
- 5) a que consideren la posibilidad de fortalecer las capacidades nacionales para el establecimiento de redes regionales e internacionales, fomentar los conocimientos especializados nacionales, evitar la duplicación de esfuerzos y asegurar un mejor uso de los recursos;
- 6) a que consideren también la posibilidad de colaborar con las organizaciones de salud, instituciones académicas y asociaciones profesionales de otros Estados Miembros, así como con otros interesados directos, ya sea a nivel de país o regional, para recabar e intercambiar información y enseñanzas con miras a formular y aplicar planes estratégicos nacionales relacionados con la creación de las capacidades necesarias para realizar, e implantar, evaluaciones de las in-

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

tervenciones y tecnologías sanitarias, y de resumir las mejores prácticas relacionadas con la aplicación de procesos transparentes y basados en criterios científicos para la formulación de políticas sanitarias y la toma de decisiones conexas;

7) a que identifiquen las carencias relacionadas con la promoción y aplicación de políticas sanitarias basadas en datos probatorios, así como con la mejora de los sistemas de información y la capacidad investigadora conexas, y a que estudien la posibilidad de solicitar apoyo técnico e intercambiar información y compartir experiencias con otros Estados Miembros, redes regionales y entidades internacionales, incluida la OMS;

8) a que desarrollen y mejoren la recopilación de datos sobre la evolución de las intervenciones y las tecnologías sanitarias, formando a los profesionales pertinentes, según proceda, con miras a mejorar la capacidad de evaluación;

2. PIDE a la Directora General:

1) que evalúe la situación de la evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias en los Estados Miembros, atendiendo a aspectos tales como las metodologías empleadas, los recursos humanos, la capacidad institucional, la gobernanza, la vinculación entre las unidades encargadas de la evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias y/o alianzas con instancias responsables de la formulación de políticas, la utilización de los resultados de las evaluaciones y los intereses y obstáculos relacionados con el fortalecimiento de las capacidades en cuestión;

2) que aumente la concienciación, fomente los conocimientos y promueva la práctica de realizar evaluaciones de las intervenciones y tecnologías sanitarias, así como sus posibles usos en la toma de decisiones basadas en datos probatorios, entre los responsables nacionales de la formulación de políticas y otros interesados directos, extrayendo las mejores prácticas del funcionamiento, el desempeño y la contribución de los institutos de investigación pertinentes y los organismos y programas de evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias, y comparta esas experiencias con los Estados Miembros, a través de los cauces y actividades que procedan, por ejemplo por medio de alianzas mundiales y regionales e instituciones académicas;

3) que integre los conceptos y principios relacionados con la evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias dentro de las estrategias y áreas de trabajo pertinentes de la OMS, por ejemplo, aunque no exclusivamente, las relacionadas con la cobertura sanitaria universal, incluidos la financiación de la salud, el acceso a medicamentos de calidad garantizada y el uso racional de los mismos, las vacunas y otras tecnologías sanitarias, la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, la atención maternoinfantil y la formulación de políticas sanitarias con fundamento científico;

4) que facilite apoyo técnico a los Estados Miembros, especialmente a los países de bajos ingresos, las organizaciones intergubernamentales pertinentes y los asociados mundiales para la salud, con objeto de reforzar las capacidades relacionadas con la evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias, incluidas, cuando proceda, la formulación y aplicación de orientaciones mundiales sobre métodos y procesos basados en prácticas internacionalmente convenidas;

5) que asegure en todos los niveles de la OMS un nivel de capacidad adecuado, y aproveche sus redes de expertos y centros colaboradores, así como otras redes regionales e internacionales, a fin de atender las necesidades de apoyo para facilitar en los Estados Miembros la toma de decisiones de política sobre la base de criterios científicos;

- 6) que apoye el intercambio de información, el aprovechamiento compartido de experiencias y la creación de capacidad en materia de evaluación de las intervenciones y tecnologías sanitarias por medio de mecanismos de colaboración a nivel mundial, regional y de países, además de velar por que esas alianzas sean activas, eficaces y sostenibles;
- 7) que informe a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA67.24 Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal¹

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el documento sobre seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal² y el documento final del Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (Recife, Brasil, 10 a 13 de noviembre de 2013),³

Reconociendo el liderazgo de la OMS en la esfera de los recursos humanos para la salud y el mandato dado a este respecto por la resolución WHA63.16 relativa al Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, la resolución WHA66.23 titulada «Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal», las recomendaciones normativas mundiales de la OMS para el aumento del acceso al personal de salud en zonas remotas mejorando la fidelización (2010),⁴ y las directrices de la OMS sobre transformación y ampliación de la educación y la capacitación de los profesionales de la salud (2013);⁵

Recordando el compromiso de lograr la cobertura sanitaria universal y la necesidad de mejorar el personal de salud para conseguirlo;

Reafirmando la importancia de la Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional (2008), así como del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, y reconociendo la necesidad de renovar e impulsar estos compromisos a la luz de las nuevas circunstancias, con miras a avanzar hacia la cobertura sanitaria universal,

1. HACE SUYO el llamado a la acción que figura en la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal;

¹ En el anexo 6 se exponen las repeticiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A67/34.

³ Documento A67/34, anexo.

⁴ Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁵ Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

2. ACOGE CON AGRADO los compromisos formulados por los Estados Miembros en la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal;
3. INSTA a los Estados Miembros¹ a que ejecuten, según proceda y de conformidad con las responsabilidades nacionales y subnacionales, los compromisos formulados en la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal;
4. PIDE a la Directora General:
 - 1) que tome en consideración la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal, en la labor futura de la OMS;
 - 2) que elabore una nueva estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud y la someta al examen de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA67.25 Resistencia a los antimicrobianos²

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la resistencia a los fármacos antimicrobianos;³

Reconociendo el liderazgo de la OMS en la contención de la resistencia a los antimicrobianos;

Recordando las resoluciones WHA39.27 y WHA47.13 sobre el uso racional de los medicamentos, WHA51.17 sobre las enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles: resistencia a los antimicrobianos, WHA54.14 sobre la seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias, WHA58.27 sobre la mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos, WHA60.16 sobre los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, y WHA66.22 sobre el seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación;

Consciente de que el acceso a agentes antimicrobianos eficaces constituye un requisito indispensable para la mayor parte de la medicina moderna, que los avances que tanto ha costado lograr en el ámbito de la salud y el desarrollo, en particular los alcanzados a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, corren peligro debido a la creciente resistencia a los antimicrobianos, y de que la resistencia a los antimicrobianos amenaza la sostenibilidad de la respuesta de salud pública a muchas enfermedades transmisibles, en particular la tuberculosis, la malaria y el VIH/sida;

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

² En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

³ Documento A67/39.

Consciente asimismo de que las consecuencias de la resistencia a los antimicrobianos para la salud y la economía constituyen una carga cada vez mayor para los países de ingresos altos, medios y bajos que requiere la adopción de medidas urgentes a nivel nacional, regional y mundial, especialmente en vista del escaso desarrollo de nuevos antimicrobianos;

Reconociendo que la resistencia a los antimicrobianos repercute principalmente en la salud humana, pero que sus factores y consecuencias, tanto económicos como de otra índole, exceden del ámbito de la salud y, por tanto, requieren la adopción de un enfoque coherente, integral e integrado, a nivel mundial, regional y nacional, en el marco de la iniciativa «Una salud» y de otros planteamientos en los que participan diferentes agentes y sectores tales como los de la medicina humana y veterinaria, agricultura, medio ambiente y el de los consumidores;

Observando que la concienciación acerca del amplio alcance y urgencia de la amenaza que representa la resistencia a los antimicrobianos es limitada y que las anteriores resoluciones de la Asamblea de la Salud y las estrategias de la OMS para contener dicha resistencia todavía no se han aplicado ampliamente;

Reconociendo que la resistencia a los antimicrobianos abarca un amplio abanico de agentes patógenos, como bacterias, virus y parásitos, pero que el desarrollo de resistencia entre algunos agentes patógenos, en especial las bacterias resistentes a antibióticos, es especialmente urgente y precisa una atención inmediata;

Acogiendo con agrado el establecimiento del Grupo de acción mundial de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos y la colaboración tripartita entre la FAO, la OIE y la OMS,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que aumenten la concienciación, el compromiso y el liderazgo políticos para acelerar los esfuerzos destinados a garantizar el acceso a antimicrobianos eficaces y promover su uso responsable;
- 2) a que adopten medidas urgentes a nivel nacional, regional y local para reforzar la prevención y el control de infecciones, como la promoción de prácticas básicas de higiene;
- 3) a que elaboren planes y estrategias nacionales o refuercen los ya existentes e intensifiquen la colaboración internacional en la esfera de la contención de la resistencia a los antimicrobianos;
- 4) a que movilicen recursos humanos y financieros para ejecutar planes y estrategias destinados a reforzar la contención de la resistencia a los antimicrobianos;
- 5) a que fortalezcan los sistemas de gestión farmacéutica en su conjunto, incluidos los sistemas normativos y los mecanismos de la cadena de suministro, y, cuando proceda, la infraestructura de laboratorio, con miras a garantizar el acceso a antimicrobianos eficaces y su disponibilidad, teniendo en cuenta los incentivos financieros y de otra índole que podrían tener efectos negativos sobre las políticas de prescripción y dispensación;
- 6) a que vigilen el alcance de la resistencia a los antimicrobianos, incluso vigilando periódicamente la utilización de antibióticos en todos los sectores pertinentes, en particular la salud y la

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

agricultura, incluida la ganadería, y a que compartan dicha información para que se puedan detectar y monitorear las tendencias nacionales, regionales y mundiales;

7) a que den a conocer mejor entre todos los proveedores de salud pertinentes, el público en general y otros sectores y partes interesadas *i*) la amenaza que representa la resistencia a los antimicrobianos, *ii*) la necesidad de un uso responsable de los antibióticos, y *iii*) la importancia de las medidas de prevención y control de infecciones;

8) a que fomenten y respalden la investigación y el desarrollo, incluso por parte del mundo académico y mediante nuevos modelos de colaboración y financiación, para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos y promover el uso responsable de los medicamentos antimicrobianos, desarrollar enfoques prácticos y viables con el fin de ampliar la vida útil de los medicamentos antimicrobianos y promover la formulación de nuevos métodos de diagnóstico y medicamentos antimicrobianos;

9) a que colaboren con la Secretaría en la elaboración y aplicación de un proyecto de plan de acción mundial para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos, incluida la resistencia a los antibióticos, que se base en todos los datos científicos y prácticas óptimas disponibles;

10) a que establezcan sistemas de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en tres sectores distintos: *i*) enfermos ingresados en hospitales, *ii*) enfermos ambulatorios de todos los establecimientos de atención de salud y la comunidad, y *iii*) uso de antimicrobianos con animales y otros usos con no humanos;

2. PIDE a la Directora General:

1) que vele por que todos los sectores pertinentes de la Organización, tanto de la Sede como de las regiones y los países, participen de manera activa y coordinada en la promoción de la labor relativa a la contención de la resistencia a los antimicrobianos, en particular mediante el seguimiento de los flujos de recursos para investigación y desarrollo en materia de resistencia a los antimicrobianos en el marco del nuevo observatorio mundial de la investigación y el desarrollo sanitarios;

2) que reserve recursos suficientes para la labor de la Secretaría en esta esfera, en consonancia con el presupuesto por programas 2014-2015 y el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019;

3) que intensifique la colaboración tripartita entre la FAO, la OIE y la OMS para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos en el marco de la iniciativa «Una salud»;

4) que, junto con el Secretario General de las Naciones Unidas, explore opciones para emprender una iniciativa de alto nivel —incluida una reunión de alto nivel— para aumentar la concienciación, el compromiso y el liderazgo políticos en la esfera de la resistencia a los antimicrobianos;

5) que elabore un proyecto de plan de acción mundial para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos, incluida la resistencia a los antibióticos, en el que se aborde la necesidad de velar por que todos los países, en especial los de ingresos bajos y medios, tengan capacidad suficiente para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos y en el que se tengan en cuenta los planes de acción existentes y todos los datos científicos y prácticas óptimas disponibles, así como las recomendaciones del grupo de asesoramiento estratégico y técnico de la OMS sobre

resistencia a los antimicrobianos y el conjunto de políticas de la OMS para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos, en las que se pide a los Estados Miembros:

- a)* que se comprometan a elaborar y financiar un plan nacional integral que incluya la rendición de cuentas y la participación de la sociedad civil;
 - b)* que refuercen la vigilancia y la capacidad de los laboratorios;
 - c)* que garanticen un acceso ininterrumpido a medicamentos esenciales de calidad asegurada;
 - d)* que regulen y promuevan el uso racional de los medicamentos, también en el ámbito de la ganadería, y garanticen un tratamiento adecuado a los pacientes;
 - e)* que mejoren la prevención y el control de infecciones;
 - f)* que promuevan la innovación y la investigación y desarrollo de nuevas herramientas;
- 6) que adopte un enfoque multisectorial con miras a la elaboración del plan de acción mundial, consultando para ello a los Estados Miembros¹ y a otras partes interesadas pertinentes, especialmente otros interesados multilaterales, como la FAO y la OIE, teniendo en cuenta la necesidad de gestionar los posibles conflictos de intereses;
- 7) que presente a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión, un proyecto de plan de acción mundial para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos, incluida la resistencia a los antibióticos, junto con un informe resumido acerca de los progresos realizados en la aplicación de otros aspectos de esta resolución.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014 -
Comisión B, cuarto informe)

¹ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

DECISIONES

WHA67(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Chile, Etiopía, Iraq, Islandia, Japón, Malasia, Mónaco, Mozambique, Portugal, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea, Zambia

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2014)

WHA67(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

Presidente: Dr. Roberto Morales Ojeda (Cuba)

Vicepresidentes: Dr. Neil Sharma (Fiji)
Sr. François Ibovi (Congo)
Sr. Maithripala Yapa Sirisena (Sri Lanka)
Dr. Vytenis Povilas Andriukaitis (Lituania)
Sr. Sadiq bin Abdul Karim Al-Shehabi (Bahrein)

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2014)

WHA67(3) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Afganistán, Angola, Benin, Cabo Verde, China, Costa Rica, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Grecia, Guinea Ecuatorial, Guyana, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República de Corea, Timor-Leste, Túnez, Uruguay.

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2014)

WHA67(4) Adopción del orden del día

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión, después de suprimir cuatro puntos.

(Segunda sesión plenaria, 19 de mayo de 2014)

WHA67(5) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A: Presidenta Dra. Pamela Rendi-Wagner (Austria)

Comisión B: Presidente Dr. Ruhakana Rugunda (Uganda)

(Primera sesión plenaria, 19 de mayo de 2014)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A: Vicepresidentes Profesor Pe Thet Khin (Myanmar)
Dr. Jorge Villavicencio (Guatemala)

Relatora Dra. Helen Mbugua (Kenya)

Comisión B: Vicepresidentes Dr. Mohsen Asadi-Lari (República Islámica del Irán)
Dr. Siale Akauola (Tonga)

Relator Dr. Dipendra Raman Singh (Nepal)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B,
19 y 21 de mayo de 2014, respectivamente)

WHA67(6) Verificación de credenciales

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán; Albania; Alemania; Andorra; Angola; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Australia; Austria; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belarús; Bélgica; Benin; Bhután; Bolivia (Estado Plurinacional de); Bosnia y Herzegovina; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Bulgaria; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Canadá; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Croacia; Cuba; Chad; Chile; China; Chipre; Dinamarca; Djibouti; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Etiopía; Ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Fiji; Filipinas; Finlandia; Francia; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Salomón; Israel; Italia; Jamaica; Japón; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kirguistán; Kiribati; Kuwait; Lesotho; Letonia; Líbano; Liberia; Libia; Lituania; Luxemburgo; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Mónaco; Mongolia; Montenegro; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelanda; Omán; Países Bajos; Pakistán; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centroafricana; República Checa; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República de Moldova; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rumania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Serbia; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Sudán del Sur; Suecia; Suiza; Suri-name; Swazilandia; Tailandia; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

(Sexta sesión plenaria, 21 de mayo de 2014)

WHA67(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: China, Eritrea, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Gambia, Kuwait, Liberia, Nepal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014)

WHA67(8) Consideración de las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo recordado la aprobación por la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud del presupuesto por programas 2014-2015 en su totalidad y el diálogo sobre financiación, en relación con el cual se prevé una movilización de recursos coordinada en toda la Organización y que se estableció con el propósito de garantizar una financiación plena de ese presupuesto,

- 1) decidió que las resoluciones adoptadas por la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud se aplicarán en la medida en que se hayan previsto fondos para ello en el presupuesto por programas 2014-2015, salvo en lo que respecta a las actividades del componente de emergencias de ese presupuesto,¹ o si la Asamblea de la Salud decidiera específicamente otra cosa;
- 2) decidió además que en los casos en que las resoluciones adoptadas por la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud tuvieran repercusiones financieras que superaran las consignaciones previstas en el presupuesto por programas 2014-2015, la Directora General presentaría un informe al Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo en su 21.^a reunión, en enero de 2015, con una propuesta sobre la gestión de los costos conexos, así como un análisis de las repercusiones financieras y programáticas y un estudio de todas las opciones posibles;
- 3) pidió al Comité de Programa, Presupuesto y Administración que formulara recomendaciones al Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión y a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, sobre la base del informe mencionado en el párrafo 2 anterior, para que las consideraran junto con la información solicitada en el párrafo 28 del documento A66/48;²
- 4) pidió a la Directora General que, previa consulta con los Estados Miembros, informara en enero de 2015 al Comité de Programa, Presupuesto y Administración sobre posibles maneras de alinear las resoluciones con el Programa General de Trabajo y los presupuestos por programas conexos, y sobre cómo fortalecer la relación entre los presupuestos por programas y las resoluciones, los informes sobre las repercusiones financieras de resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud y los informes sobre la marcha de los trabajos, y que presentara información sobre la parte de los futuros

¹ Las actividades relacionadas con el componente de emergencias del presupuesto por programas no están sujetas a un límite presupuestario. En el párrafo 9 de la resolución WHA66.2, la Asamblea de la Salud «AUTORIZA ADEMÁS a la Directora General a realizar gastos, cuando sea necesario, con cargo al componente de emergencias del presupuesto por encima del monto asignado a dicho componente, con sujeción a la disponibilidad de recursos...».

² A saber: «...Se invitará a los órganos deliberantes a brindar orientaciones en torno a las propuestas del Director General acerca de cualquier reprogramación de recursos o actividades que se juzgue necesaria, teniendo en cuenta los progresos realizados en la ejecución del presupuesto por programas, los nuevos mandatos recibidos y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud que lleven aparejadas consecuencias financieras y las necesidades emergentes de salud pública.»

presupuestos por programas derivada de resoluciones y decisiones adoptadas por los órganos deliberantes.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014)

WHA67(9)¹ Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado los informes de la Secretaría sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño,²

- 1) aprobó los siete indicadores para seguir los progresos hacia la consecución de las metas mundiales como parte del conjunto básico de indicadores del marco de vigilancia mundial de la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño;³
- 2) pidió a la Directora General que establezca un grupo de trabajo integrado por representantes y expertos, nombrados por los Estados Miembros y los órganos de las Naciones Unidas, que ultime antes de finales de 2014 la elaboración del conjunto básico de indicadores para seguir el plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, basándose en indicadores «de seguimiento» de la aplicación normativa y programática en el sector de la salud y otros sectores pertinentes a la consecución de las metas mundiales de nutrición, así como la elaboración de un conjunto ampliado de indicadores para vigilar los procesos que repercutan en las metas mundiales en determinados entornos nacionales, para su consideración por los Estados Miembros en la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 3) pidió asimismo a la Directora General que convoque consultas oficiosas con los Estados Miembros⁴ para completar antes de finales de 2015 la elaboración de instrumentos de evaluación y gestión de riesgos relacionados con los conflictos de intereses en materia de nutrición, para su consideración por los Estados Miembros en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 4) tomó nota de las actividades realizadas por la Secretaría en respuesta a la resolución WHA65.6 relativa al plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, en la que se pide a la Directora General «que proporcione aclaraciones y orientaciones sobre la promoción inadecuada de los alimentos para lactantes y niños pequeños, tal como se establece en la resolución WHA63.23, teniendo en cuenta la labor en marcha de la Comisión del Codex Alimentarius»; recordó la resolución WHA63.23, en la que se insta a los Estados Miembros a que pongan fin a la promoción inapropiada de alimentos para lactantes y niños pequeños; y pidió a la Directora General que antes del final de 2015 ultime la labor, para someterla a la consideración de los Estados Miembros en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014)

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Documentos A67/15 y A67/15 Add.1.

³ Véase el documento A67/15, anexo 1.

⁴ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

WHA67(10)¹ Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, teniendo presente el principio básico establecido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, según el cual la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y destacando que el acceso irrestricto a la atención de salud es un componente crucial del derecho a la salud, pidió a la Directora General:

- 1) que informe a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud acerca de la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, sobre la base de una evaluación sobre el terreno, con particular atención a lo siguiente:
 - a) obstáculos para el acceso a la atención sanitaria en el territorio palestino ocupado, y progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones incluidas en el informe de 2013 de la Organización Mundial de la Salud *Right to health: barriers to health access in the occupied Palestinian territory, 2011 and 2012*;²
 - b) acceso de los presos palestinos a servicios de salud adecuados;
 - c) efectos de la prolongada ocupación y las violaciones de los derechos humanos para la salud mental, especialmente las consecuencias del sistema de detención militar israelí sobre los niños detenidos;
 - d) efectos de las restricciones de acceso a los servicios de agua y saneamiento, así como de la inseguridad alimentaria, sobre la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, particularmente en la Franja de Gaza;
 - e) prestación de asistencia técnica y financiera y apoyo de la comunidad internacional de donantes, así como su contribución al mejoramiento de la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado;
- 2) que preste apoyo a los servicios de salud de Palestina, incluso mediante programas de fortalecimiento de la capacidad;
- 3) que preste asistencia técnica en la esfera sanitaria a la población siria en el Golán sirio ocupado;
- 4) que continúe prestando la asistencia técnica requerida para satisfacer las necesidades sanitarias del pueblo palestino, incluidos los presos y detenidos, así como las personas discapacitadas y lesionadas, en apoyo de los esfuerzos que realiza el Comité Internacional de la Cruz Roja;
- 5) que preste apoyo al sector sanitario de Palestina en la preparación para situaciones de emergencia, y refuerce sus capacidades de preparación y respuesta ante emergencias;
- 6) que apoye el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, en particular la formación de recursos humanos.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2014)

¹ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

² Right to health: barriers to health access in the occupied Palestinian territory, 2011 and 2012. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (documento WHO-EM/OPT/004/E).

WHA67(11) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

1) La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró miembros del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Ebenezer Appiah-Denkyira, de la delegación de Ghana, por un mandato de tres años, hasta mayo de 2017, y al miembro suplente más antiguo, el Dr. Michel Tailhades, de la delegación de Suiza, por el tiempo que resta de su mandato, esto es, hasta mayo de 2015.

2) Asimismo, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró al Dr. Darren Hunt, de la delegación de Nueva Zelanda, y a la Dra. Mariam A. Al-Jalahma, de la delegación de Bahrein, miembros suplentes del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años, hasta mayo de 2017.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014)

WHA67(12) Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo considerado el informe «Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra»;¹ y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

- 1) tomó nota de la actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra;
- 2) autorizó a la Directora General a seguir adelante con la fase de planificación inicial, incluida la organización de un concurso de proyectos arquitectónicos;
- 3) manifestó su agradecimiento al Gobierno de Suiza por el ofrecimiento de proporcionar un préstamo inicial sin intereses de 14 millones de francos suizos destinado a la planificación;
- 4) pidió a la Directora General:
 - a) que acepte ese préstamo inicial, con sujeción a las condiciones descritas en los párrafos 10 a 12 del informe «Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra», y continúe planificando el proyecto de renovación de todo el recinto;
 - b) que presente a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud el proyecto seleccionado para el nuevo edificio, con una descripción de sus especificaciones y con información financiera detallada y actualizada sobre la estrategia general de renovación, con miras a que la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud adopte una decisión final relativa a la aprobación del proyecto definitivo y la aceptación del préstamo completo para la construcción del nuevo edificio, así como al inicio de los trabajos de construcción, a reserva de la aprobación definitiva de todo el préstamo por parte de las autoridades federales de Suiza, en diciembre de 2016.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014)

¹ Documento A67/52.

² Documento A67/61.

WHA67(13) Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre la acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida,¹ reconociendo que la proporción de personas mayores dentro de la población está aumentando prácticamente en todos los países y que los sistemas de salud se ven enfrentados cada vez a más retos relacionados con el envejecimiento de la población, pidió a la Directora General que, en consulta con los Estados Miembros y otros interesados y en coordinación con las oficinas regionales, dentro de los límites de los recursos existentes, elaborara una estrategia y un plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, para someterlos a la consideración del Consejo Ejecutivo en enero de 2016 y de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014)

WHA67(14) Marco para la colaboración con agentes no estatales

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre el marco para la colaboración con agentes no estatales;² acogiendo con agrado los progresos realizados por la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud en relación con el proyecto de marco para la colaboración con agentes no estatales; subrayando la importancia que tiene para la función y las actividades de la OMS el hecho de disponer de un marco apropiado para la colaboración con los agentes no estatales; y reconociendo que es preciso celebrar más consultas y debates sobre cuestiones tales como los conflictos de intereses y las relaciones con el sector privado,

- 1) decidió que los Estados Miembros debían transmitir a la Directora General no más tarde del 17 de junio de 2014 las observaciones y cuestiones complementarias concretas que desearan formular;
- 2) decidió también que los comités regionales examinaran esta cuestión en 2014, teniendo en cuenta el proyecto de marco para la colaboración con los agentes no estatales y el informe mencionado en el apartado *a*) del párrafo 4 *infra*;
- 3) pidió a los comités regionales que presentaran un informe sobre sus deliberaciones a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, por mediación del Consejo Ejecutivo;
- 4) pidió a la Directora General:
 - a*) que preparara un informe exhaustivo de las observaciones formuladas por los Estados Miembros durante la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud y de las observaciones y cuestiones complementarias que se plantearan, con las aclaraciones al respecto remitidas por la Secretaría en respuesta, para finales de julio de 2014;
 - b*) que presentara un documento a la 136.^a reunión del Consejo Ejecutivo, en enero de 2015, que los Estados Miembros habían de recibir a más tardar a mediados de diciembre de 2014, a fin de que dispusieran de tiempo suficiente para estudiarlo y prepararse mejor para los posteriores debates y deliberaciones.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014)

¹ Documento A67/23.

² Documento A67/6.

WHA67(15) Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado los informes sobre el seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación,¹

- 1) tomó nota de los avances conseguidos en la aplicación de la resolución WHA66.22 y la decisión EB134(5);
- 2) reconoció los indicadores para medir los resultados obtenidos en la aplicación de los proyectos de demostración de investigación y desarrollo sanitarios, y pidió que se añada un análisis de la magnitud de los componentes innovadores que apliquen los proyectos, tales como la financiación, el uso de modelos de acceso abierto, las plataformas multisectoriales de investigación y la desvinculación, entre otros criterios;
- 3) pidió a la Directora General que agilice el proceso en lo que se refiere a los cuatro proyectos restantes, además de los cuatro ya acordados, y que informe de los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión;
- 4) tomó nota, sin perjuicio de futuros debates en el contexto de recomendaciones del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación y de acciones sobre otros mecanismos sostenibles de financiación de la investigación y desarrollo sanitarios, de la evaluación hecha por la Secretaría y de la posibilidad de utilizar un mecanismo existente a fin de mantener un fondo mancomunado para las contribuciones voluntarias destinadas a la investigación y desarrollo en relación con enfermedades de tipo III y de tipo II y las necesidades específicas de los países en desarrollo en materia de investigación y desarrollo en relación con las enfermedades de tipo I;
- 5) pidió a la Directora General que analice más a fondo con el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales la opción mencionada en el párrafo 4) *supra*, incluyendo los siguientes elementos:
 - a) reconocimiento de que el alcance con respecto a las enfermedades no debería limitarse a las de tipo III, pero debería ser conforme al mandato de la GSPA-PHI;
 - b) reconocimiento de la necesidad de un mecanismo de financiación sostenible de la investigación y el desarrollo sanitarios;
 - c) reconocimiento de la función de los Estados Miembros en la gobernanza del mecanismo de coordinación;
- 6) pidió a la Directora General que informe acerca de la presente decisión a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014)

¹ Documentos A67/27, A67/28 y A67/28 Add.1.

WHA67(16) Selección del país en que se ha de reunir la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebre en Suiza.

(Novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014)

ANEXOS

ANEXO 1

Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015¹

[A67/11 – 14 de marzo de 2014]

1. La declaración de la tuberculosis como emergencia de salud pública mundial, hecha por la OMS en 1993, terminó con un largo periodo de desatención mundial a esta enfermedad. Unido a la posterior presentación de la estrategia DOTS; la inclusión de indicadores relacionados con la tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo del Milenio; la elaboración y aplicación de la Estrategia Alto a la Tuberculosis, que forma la base del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, y la adopción por la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud de la resolución WHA62.15 sobre prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente, ello ha contribuido a acelerar la expansión mundial de la atención a la tuberculosis y de su control.

2. En mayo de 2012, en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros pidieron a la Directora General que, por conducto del Consejo Ejecutivo, presentara a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2014, un examen integral de la actual situación mundial de la tuberculosis, nuevos enfoques estratégicos multisectoriales y nuevas metas internacionales para después de 2015.² La labor de preparación de todo ello ha contado con la participación de una gran variedad de asociados que han hecho aportaciones sustanciales a la elaboración de la nueva estrategia, tales como representantes de alto nivel de los Estados Miembros, los programas nacionales de tuberculosis, las instituciones técnicas y científicas, los asociados financieros y los organismos de desarrollo, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

3. **El proceso.** El Grupo de Asesoramiento Estratégico y Técnico de la OMS sobre la Tuberculosis aprobó el amplio alcance del proceso consultivo para la elaboración de la estrategia, que empezó con una consulta por internet para encontrar formas de reforzar la estrategia actual e introducir nuevos componentes. A lo largo de 2012, en el ámbito de las reuniones anuales de los programas nacionales de tuberculosis, cada oficina regional organizó consultas con funcionarios de los ministerios de salud, gestores de los programas nacionales de tuberculosis y asociados acerca de las nuevas metas y el nuevo marco estratégico propuestos. Los funcionarios de los países con gran carga de tuberculosis deliberaron entonces sobre el proyecto de marco estratégico en una reunión consultiva especial organizada inmediatamente antes de la 43.^a Conferencia Mundial de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (Kuala Lumpur, 13-17 de noviembre de 2013). Seguidamente, el marco se presentó y examinó el día de apertura de la Conferencia en el simposio mundial sobre tuberculosis al que asistieron más de 700 interesados directos. En 2013 se organizaron tres consultas especiales en las que participaron altos funcionarios de los Estados Miembros, expertos técnicos y la sociedad civil,

¹ Véase la resolución WHA67.1.

² Véase el documento WHA65/2012/REC/3, acta resumida de la sexta sesión de la Comisión B, sección 3.

y en las que se debatieron: 1) la formulación de las metas relativas a la tuberculosis para después de 2015; 2) los enfoques para aprovechar las oportunidades de reforzar la atención a la tuberculosis y su prevención que brinda la expansión de la cobertura sanitaria universal y de la protección social; y 3) la investigación y la innovación para mejorar la atención a la tuberculosis y su control y eliminación. En junio de 2013, el Grupo de Asesoramiento Estratégico y Técnico sobre la Tuberculosis aprobó el proyecto, incluidas las metas mundiales y sus fundamentos.¹

4. En la figura 1 se presenta el marco de la estrategia mundial contra la tuberculosis después de 2015.

Figura 1. MARCO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA LA TUBERCULOSIS DESPUÉS DE 2015

| | |
|--|--|
| VISIÓN | Un mundo sin tuberculosis – eliminación de la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento debidos a la tuberculosis |
| OBJETIVO | Acabar con la epidemia mundial de tuberculosis |
| HITOS PARA 2025 | Reducción de la mortalidad por tuberculosis en un 75% (en comparación con 2015) Reducción de la tasa de incidencia de la tuberculosis en un 50% (menos de 55 casos por 100 000 habitantes) – que no haya familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debidos a la tuberculosis |
| METAS PARA 2035 | Reducción de la mortalidad por tuberculosis en un 95% (en comparación con 2015) Reducción de la tasa de incidencia de la tuberculosis en un 90% (menos de 10 casos por 100 000 habitantes) – que no haya familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debidos a la tuberculosis |
| PRINCIPIOS | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos, con monitorización y evaluación 2. Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades 3. Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad 4. Adaptación nacional de la estrategia y las metas, con colaboración mundial | |
| PILARES Y COMPONENTES | |
| 1. ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADAS Y CENTRADAS EN EL PACIENTE | |
| <ol style="list-style-type: none"> A. Diagnóstico precoz de la tuberculosis, con inclusión de pruebas de sensibilidad a los antituberculosos y pruebas sistemáticas de detección en los contactos y los grupos de alto riesgo B. Tratamiento de todas las personas con tuberculosis, incluida la farmacorresistente, y apoyo a los pacientes C. Actividades de colaboración en relación con la tuberculosis y el VIH, y tratamiento de la comorbilidad D. Profilaxis para las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis | |

¹ Strategic and Technical Advisory Group for Tuberculosis: report of 13th meeting, 11–12 June 2013 (documento WHO/HTM/TB/2013.9).

2. POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO

- A. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la tuberculosis y su prevención
- B. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los profesionales de los sectores público y privado
- C. Política de cobertura sanitaria universal y marcos reguladores de la notificación de los casos, el registro civil, la calidad y el uso racional de los medicamentos, y el control de la infección
- D. Protección social, alivio de la pobreza y actuación sobre otros determinantes de la tuberculosis

3. INTENSIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN

- A. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevos instrumentos, intervenciones y estrategias
- B. Investigación para optimizar la aplicación y el impacto, y fomentar las innovaciones

ENFOQUES

5. *Expansión de la atención, fortalecimiento de la prevención e intensificación de la investigación.*

Para abordar estos retos serán necesarios enfoques innovadores, multisectoriales e integrados. La estrategia DOTS reforzó los programas de tuberculosis del sector público para que ayudaran a hacer frente a la gran carga de tuberculosis farmacosensible. La Estrategia Alto a la Tuberculosis,¹ basada en el DOTS, ayudó a empezar a hacer frente a la tuberculosis farmacorresistente y a la tuberculosis asociada al VIH, al mismo tiempo que fomentó la investigación para desarrollar nuevos instrumentos. Asimismo, ayudó a ampliar las alianzas con todos los profesionales sanitarios, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud. Para acabar con la epidemia será necesario seguir ampliando el alcance de las intervenciones relacionadas con la atención a la tuberculosis y su prevención; instituir sistemas y políticas para crear un entorno propicio y compartir responsabilidades; y mantener de forma vigorosa la investigación y la innovación para fomentar el desarrollo y el uso de nuevos instrumentos para la atención a la tuberculosis y su prevención. Por otra parte serán necesarias disposiciones para revisar y ajustar la nueva estrategia en función de los progresos y del cumplimiento de los hitos y metas acordados.

6. *Obtención de apoyo sistémico y colaboración de las partes interesadas.* En términos prácticos, el mantenimiento de los progresos más allá de 2015 exigirá una intensificación de la acción de los programas de tuberculosis, aunque no solo de ellos, tanto dentro como fuera del sector de la salud. La nueva estrategia plantea acciones concretas de tres niveles de gobernanza en estrecha colaboración con todas las partes interesadas y con la participación de las comunidades. En el centro están los programas nacionales o las estructuras equivalentes encargadas de coordinar todas las actividades relacionadas con la prestación de atención a la tuberculosis y su prevención. Por encima de ellos se encuentran los ministerios de salud de los países, que proporcionan apoyo sistémico crucial, hacen cumplir los mecanismos de reglamentación y coordinan enfoques integrados mediante la colaboración interministerial e intersectorial. Por encima de todo, los gobiernos nacionales tienen que aportar la rectoría global para mantener la eliminación de la tuberculosis como una de las prioridades de la agenda de desarrollo mediante el compromiso político, la inversión y la supervisión, y al mismo tiempo avanzar rápidamente hacia la cobertura sanitaria universal y la protección social.

7. *Elevación del nivel de liderazgo y ampliación de la adhesión.* La atención a la tuberculosis y su control tienen que seguir reforzándose, además de ampliarse para abarcar la prevención. Para ello,

¹ Los seis componentes de la estrategia Alto a la Tuberculosis son: i) proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo; ii) hacer frente a la coinfección tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros retos especiales; iii) contribuir a fortalecer sistemas de salud; iv) lograr la participación de todo el personal de salud; v) dotar de capacidad de acción y decisión a los enfermos de tuberculosis y a las comunidades; y vi) posibilitar y promover la realización de investigaciones.

en los países habría que elevar el liderazgo en materia de control de la tuberculosis a niveles más altos dentro de los ministerios de salud. Esto es esencial para una acción coordinada en múltiples frentes y para alcanzar tres objetivos claros: 1) lograr el acceso universal a la detección precoz y al tratamiento adecuado para todos los pacientes con tuberculosis; 2) implantar políticas y sistemas del sector social y de la salud que propicien la eficacia de la prestación de la atención a la tuberculosis y de su prevención; y 3) intensificar la investigación para desarrollar y aplicar nuevas tecnologías, instrumentos y enfoques que posibiliten la eliminación final de la tuberculosis. Los tres pilares de la estrategia mundial contra la tuberculosis están ideados para alcanzar estos tres objetivos.

VISIÓN, OBJETIVO, HITOS Y METAS

8. La visión de la estrategia contra la tuberculosis después de 2015 es «un mundo sin tuberculosis»; es decir, «eliminar la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento debidos a la tuberculosis». El objetivo es acabar con la epidemia mundial de tuberculosis.

9. La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio consistente en «haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la tuberculosis para 2015» ya se ha alcanzado. Las metas conexas de la Alianza Alto a la Tuberculosis consistentes en reducir las tasas de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis en un 50% con respecto a 1990 están en camino de ser alcanzadas para 2015. En esta estrategia se proponen nuevas metas mundiales, ambiciosas pero factibles, para 2035. Entre ellas se encuentran la reducción de la mortalidad por tuberculosis en un 95% (en comparación con 2015) y la reducción de su tasa de incidencia en un 90% (de los 110 casos/100 000 previstos para 2015 a 10 casos/100 000, o menos, en 2035). Estas metas son equivalentes a las cifras existentes en la actualidad en algunos países con baja incidencia de América del Norte, Europa occidental y el Pacífico occidental. Otra meta propuesta para verificar los progresos hacia la cobertura sanitaria universal y la protección social consiste en que en 2020 no haya personas ni familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos relacionados con la atención a la tuberculosis.

10. También se proponen los hitos que habrá que alcanzar antes de 2035, es decir, en 2020, 2025 y 2030. En el cuadro 1 se presentan los principales indicadores, hitos y metas mundiales de la estrategia para después de 2015.

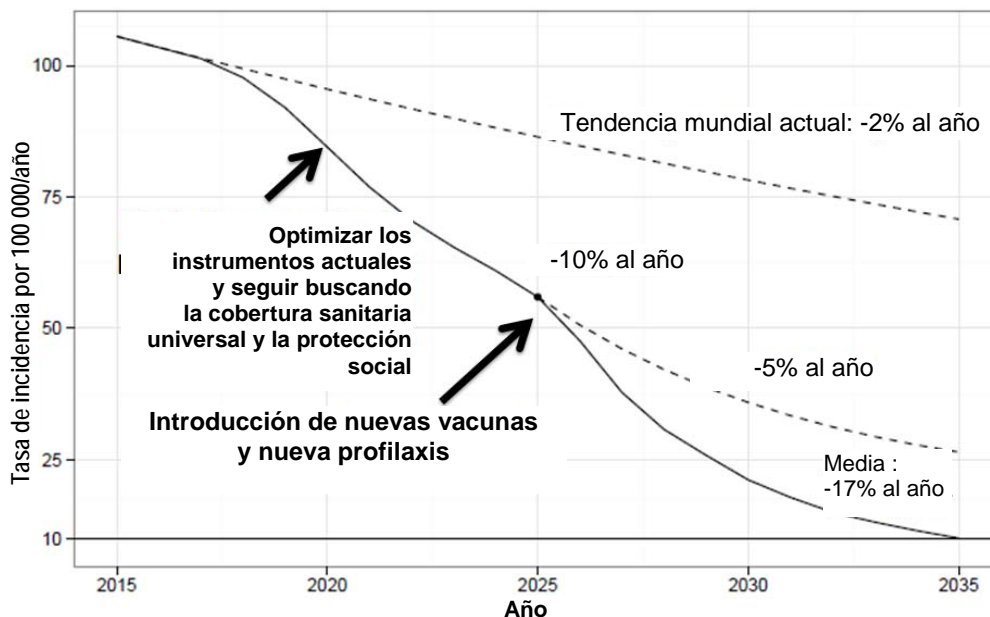
11. Uno de los hitos clave consiste en reducir en un 75% las muertes por tuberculosis entre 2015 y 2025. Para ello habrá que lograr dos cosas. En primer lugar, que el ritmo de reducción anual de las tasas mundiales de incidencia de la tuberculosis se acelere del 2% previsto para 2015 al 10% en 2025. La reducción de la incidencia de la tuberculosis en un 10% al año es ambiciosa, pero viable, y se ha proyectado basándose en el mayor ritmo de reducción que se ha documentado a nivel nacional, es decir, el registrado en Europa occidental y América del Norte durante la segunda mitad del siglo pasado en un contexto de acceso universal a la atención sanitaria y de desarrollo socioeconómico rápido. En segundo lugar, que la proporción de casos incidentes fallecidos por tuberculosis (la tasa de letalidad) disminuya del 15% previsto para 2015 al 6,5% en 2025. En el modelo se ha supuesto que la combinación del avance rápido hacia el acceso universal a los instrumentos existentes y el desarrollo socioeconómico pueden reducir en un 75% las muertes por tuberculosis. Además, es probable que, gracias a la investigación y desarrollo, pronto podamos disponer de instrumentos mejorados, como pruebas rápidas aplicables en el lugar de consulta y mejores regímenes terapéuticos antituberculosos, que faciliten la consecución de los hitos.

Cuadro 1. Principales indicadores, hitos y metas mundiales de la estrategia contra la tuberculosis después de 2015

| Indicadores, con valores de referencia para 2015 | Hitos | | | Metas |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 |
| <i>Reducción de las muertes por tuberculosis, en porcentajes</i> (valor de referencia previsto para 2015: 1,3 millones de muertes) | 35% | 75% | 90% | 95% |
| <i>Reducción de la tasa de incidencia de la tuberculosis, en porcentajes y en valores absolutos</i> (valor de referencia previsto para 2015: 110/100 000) | 20% (<85/100 000) | 50% (<55/100 000) | 80% (<20/100 000) | 90% (<10/100 000) |
| <i>Porcentaje de familias afectadas que tienen que hacer frente a gastos catastróficos debidos a la tuberculosis</i> (valor de referencia previsto para 2015: no disponible aún) | Cero | Cero | Cero | Cero |

12. A fin de mantener los progresos más allá de 2025 y lograr en 2035 una reducción de las muertes por tuberculosis en un 95% y de la tasa de incidencia en un 90% (de 110 casos/100 000 a menos de 10 casos/100 000), habrá que disponer de otros instrumentos para 2025, y en particular de una nueva vacuna que sea eficaz antes y después de la exposición, de mejores productos diagnósticos y de tratamientos más seguros y simples para la tuberculosis latente. Los logros obtenidos con los instrumentos existentes, complementados con la cobertura sanitaria universal y la protección social, serían notables, pero insuficientes para mantener el ritmo de progresión exigido para alcanzar las metas fijadas para 2035. Para que en 2025 se pueda disponer de nuevos instrumentos habrá que hacer inversiones inmediatas y mucho mayores en investigación y desarrollo. En la figura 2 se muestra la aceleración prevista de la reducción de las tasas mundiales de incidencia de la tuberculosis gracias a la optimización de los instrumentos actuales, combinada con los avances hacia la cobertura sanitaria universal y la protección social a partir de 2015, y al impacto añadido de los nuevos instrumentos de que se disponga para 2025.

Figura 2. Aceleración prevista de la reducción de las tasas mundiales de incidencia de la tuberculosis hasta los niveles fijados como meta



13. El hito consistente en lograr que no haya familias afectadas por la tuberculosis que tengan que hacer frente a gastos catastróficos supone minimizar los gastos médicos directos, como los pagos por consultas, hospitalizaciones, pruebas y medicamentos, los gastos no médicos directos, tales como los derivados del transporte, y la pérdida de ingresos durante la enfermedad. Para ello es necesario que los pacientes con tuberculosis y las familias afectadas tengan acceso a planes de protección social adecuados que cubran o compensen los gastos no médicos directos y la pérdida de ingresos. Con suficiente compromiso político, los costos relacionados con la tuberculosis podrían reducirse rápidamente en todos los países, y en consecuencia muchos de ellos serían capaces de alcanzar la meta para 2020.

LOS PRINCIPIOS DE LA ESTRATEGIA

Rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos, con monitorización y evaluación

14. Las actividades contempladas en la estrategia contra la tuberculosis abarcan no solo los sectores social y de la salud, sino también de las finanzas, trabajo, comercio y desarrollo. Las responsabilidades de la función de rectoría deberían ser compartidas por todos los niveles de gobierno: local, provincial y central. El gobierno central debería seguir siendo el «rector de rectores» en materia de atención a la tuberculosis y de prevención, en colaboración con todas las partes interesadas.

15. El éxito de la estrategia mundial contra la tuberculosis para después de 2015 depende de que los gobiernos ejecuten eficazmente sus principales responsabilidades de rectoría en colaboración con todas las partes interesadas: establecer la visión y proporcionar orientación a través del programa nacional de tuberculosis y del sistema de salud; recopilar y utilizar datos para mejorar progresivamente la atención a la tuberculosis y su prevención; y ejercer su influencia mediante la reglamentación y otros medios, a fin de alcanzar las metas y objetivos de la estrategia.

16. Para garantizar la rendición de cuentas es necesario integrar el seguimiento y la evaluación periódicos en la aplicación de la estrategia. Los progresos tendrán que medirse con metas e indicadores

nacionales ambiciosos. En el cuadro 2¹ se presenta una lista ilustrativa de indicadores mundiales fundamentales que deberían adoptarse y adaptarse en los países y para los cuales se deberían fijar las metas específicas de cada país. Estos indicadores deberían complementarse con otros que se consideren necesarios para reflejar los progresos realizados en la aplicación de todas las actividades esenciales. Como ejemplos de metas aplicables en todos los países están la consecución de una tasa de éxitos terapéuticos del 85%, como mínimo, y la realización de pruebas de sensibilidad a los antituberculosos y de detección del VIH en el 100% de los pacientes con tuberculosis.

Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades

17. Las comunidades afectadas también deben tener una participación importante en las soluciones propuestas. Hay que habilitar a los representantes de la comunidad y a la sociedad para que participen de forma más activa en la planificación y el diseño de los programas, la prestación y el seguimiento de los servicios, la información, la educación, el apoyo a los pacientes y a sus familias, la investigación y las actividades de promoción. Para ello hay que crear una coalición sólida entre todas las partes interesadas. Esa coalición de asociados puede ayudar a las personas a acceder a una atención de gran calidad y a demandar servicios de igual calidad. Una coalición nacional también puede impulsar una mayor actuación sobre los determinantes de la epidemia de tuberculosis.

Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad

18. Las políticas y estrategias para diseñar la respuesta nacional global a la tuberculosis, la prestación de la atención y la prevención tienen que abordar de forma explícita los derechos humanos, la ética y la equidad. El acceso a una atención antituberculosa de gran calidad es un elemento importante del derecho a la salud. Esta estrategia tiene un enfoque basado en los derechos que asegura la protección de los derechos humanos y la promoción de políticas e intervenciones que los potencian, tales como la participación de las personas y las comunidades afectadas en la facilitación de la aplicación de todos los pilares y componentes de la estrategia, con especial atención a las principales poblaciones afectadas.

19. La atención a la tuberculosis y su prevención plantean dilemas éticos. Los programas nacionales de tuberculosis deben reconocerlos y abordarlos con el debido respeto a los valores éticos pertinentes. Entre esos dilemas se pueden citar, por ejemplo, el conflicto entre el interés público de evitar la transmisión de la enfermedad y el derecho del paciente a rechazar el tratamiento o a demandar que la atención le sea prestada en un entorno propicio; la respuesta a la estigmatización unida a la enfermedad y a la discriminación de los afectados; la larga duración del tratamiento y los retos que plantea su observancia; el equilibrio entre la prestación de servicios centrados en el paciente y el riesgo de infección de los profesionales sanitarios; la atención que se ha de prestar cuando no existan opciones terapéuticas eficaces, o el establecimiento de prioridades para la investigación y la intervención. La forma de abordar estos dilemas debe guiarse por principios y valores reconocidos mundialmente, respetar los valores y tradiciones locales y basarse en debates entre todas las partes interesadas.

20. La estrategia pretende fomentar la equidad mediante la identificación de los riesgos, las necesidades y las demandas de los afectados, de modo que todos tengan iguales oportunidades de prevención de la transmisión de la enfermedad, igual acceso a los servicios diagnósticos y terapéuticos, e igual acceso a medios para evitar el impacto social y los costos económicos catastróficos. Para alcanzar las metas y los objetivos de la estrategia lo mejor es aplicar un enfoque basado en los derechos, establecer y mantener los criterios éticos más exigentes para cada medida adoptada y reducir progresivamente las inequidades hasta su eliminación.

¹ Véase p. 93.

Adaptación nacional de la estrategia y las metas, con colaboración mundial

21. Ninguna estrategia mundial se puede aplicar del mismo modo en todos los entornos, sea en diferentes países o en un mismo país. La estrategia contra la tuberculosis tendrá que adaptarse a diversos entornos nacionales, en función de un plan estratégico nacional integral. La priorización de las intervenciones debe emprenderse teniendo en cuenta los contextos, necesidades y capacidades locales. Será necesario un buen conocimiento de la epidemiología de la enfermedad en el país, y en particular de la localización cartográfica de las personas con más riesgo, de los contextos socioeconómicos de las poblaciones vulnerables y del contexto del sistema de salud y las zonas subatendidas. Tras la adopción de la estrategia mundial debería procederse de inmediato a su adaptación nacional y a la formulación de orientaciones claras sobre cómo se pueden aplicar los diferentes componentes de la estrategia, a ser posible basándose en evidencias de carácter local.

22. En un mundo globalizado, las enfermedades como la tuberculosis pueden propagarse ampliamente y muy lejos a través de los viajes y el comercio internacionales. Para hacer frente a la tuberculosis de forma eficaz es necesaria una estrecha colaboración entre los países. Para que dicha colaboración sea eficaz se requieren una coordinación y un apoyo mundiales que posibiliten la observancia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y garanticen la seguridad sanitaria. Los países de una misma región pueden beneficiarse de la colaboración regional. La migración dentro del mismo país o hacia otros países plantea dificultades que requieren coordinación dentro de los países y colaboración transfronteriza. La coordinación mundial también es esencial para movilizar recursos para la atención a la tuberculosis y su prevención procedentes de diversas fuentes multilaterales, bilaterales y nacionales. El informe mundial que publica la OMS cada año para dar una visión general del estado de la epidemia de tuberculosis y de la aplicación de las estrategias mundiales demuestra y simboliza los beneficios de la colaboración estrecha y de la coordinación mundial.

PILAR UNO: ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADAS Y CENTRADAS EN EL PACIENTE

23. *Fortalecimiento y ampliación de las funciones básicas de los programas contra la tuberculosis.* Constituyen el pilar uno las intervenciones centradas en el paciente para la atención y prevención de la tuberculosis. El programa nacional contra la tuberculosis, o su equivalente, tiene que involucrarse y coordinarse estrechamente con otros programas de salud pública, programas de apoyo social, prestadores de atención de salud de los sectores público y privado, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, la comunidad y asociaciones de pacientes, con el fin de ayudar a lograr la prestación de atención y prevención de la tuberculosis centrada en el paciente, de gran calidad e integrada en todo el sistema de salud. De esta manera se pretende ayudar a los países a superar estrategias anteriores para adoptar estrategias y tecnologías nuevas que permitan brindar el acceso universal a las pruebas de sensibilidad a los antibióticos; ampliar los servicios para atender la tuberculosis infantil; ofrecer más servicios de extensión a grupos de población desatendidos y vulnerables; y emprender el tamizaje sistemático y el tratamiento preventivo de los grupos de alto riesgo que corresponda, todo ello en colaboración con las partes interesadas pertinentes. El uso de tecnologías innovadoras en materia de información y comunicación para la salud (cibersalud y salud mediante telefonía móvil) ayudaría en particular a mejorar la atención de la tuberculosis, en particular los aspectos logísticos y la vigilancia.

Diagnóstico temprano de la tuberculosis, incluidos el acceso universal a las pruebas de sensibilidad a los antibióticos y el tamizaje sistemático de contactos y grupos de alto riesgo

24. **Lograr la detección temprana de la tuberculosis.** En la actualidad se calcula que dos terceras partes de los casos nuevos de tuberculosis en el mundo se notifican a los programas nacionales de control de la enfermedad y se comunican a la OMS. Para alcanzar el acceso universal al diagnóstico temprano y exacto de la tuberculosis será preciso fortalecer y ampliar la red de establecimientos de diagnóstico que tengan acceso fácil a las nuevas pruebas moleculares; facilitar información y comunicación que estimule a las personas con síntomas tuberculosos a solicitar atención; lograr la participación de todos los prestadores de asistencia en la prestación de servicios; allanar las barreras que impiden a las personas buscar atención; y realizar el tamizaje sistemático de determinados grupos de riesgo elevado. Aun cuando la microscopia de frotis de esputo es la prueba que se utiliza más frecuentemente por ser una opción barata para establecer el diagnóstico específico, carece de sensibilidad en un grado considerable. Como resultado, los servicios de salud pasan por alto a muchos pacientes tuberculosos o los identifican solo cuando la enfermedad está avanzada. La sola detección de síntomas no basta; otros medios de tamizaje, como la radiografía de tórax, pueden facilitar la remisión para el diagnóstico de la tuberculosis que no muestra actividad bacteriana, las formas extrapulmonares y la tuberculosis infantil.

25. **Detectar todos los casos de tuberculosis farmacorresistente.** El diagnóstico de la resistencia a los antibióticos sigue planteando un problema especial a los sistemas de laboratorio de muchos países de ingresos bajos y medianos. La capacidad de diagnosticar la tuberculosis farmacorresistente es limitada en la mayor parte de los lugares donde se necesita imperiosamente. Tan solo una fracción de los casos estimados de tuberculosis multiresistente son sometidos a pruebas de laboratorio para confirmar esta característica de la enfermedad. Una capacidad suficiente para diagnosticar todos los casos de tuberculosis farmacorresistente resulta imprescindible para avanzar en la atención y el control de la enfermedad en el mundo.

26. **Ampliar la introducción de nuevas pruebas diagnósticas.** La introducción generalizada de nuevas plataformas de pruebas moleculares propiciará el diagnóstico temprano y exacto de la tuberculosis y la farmacorresistencia. Podría además ayudar a diagnosticar formas menos avanzadas de la enfermedad y facilitaría el tratamiento temprano, lo cual puede contribuir a reducir la transmisión y la tasa de letalidad, y a prevenir las secuelas. La adopción de nuevas pruebas moleculares exigirá modificar las normas de diagnóstico y la capacitación a todos los niveles. El uso de técnicas más sensibles y rápidas aumentará el número de pacientes con diagnóstico fidedigno. El volumen de trabajo adicional exigirá contar con más recursos humanos y económicos.

27. **Implantar el tamizaje sistemático de la tuberculosis en determinados grupos de riesgo elevado.** En muchos lugares, la carga de la tuberculosis no detectada, especialmente en grupos de riesgo elevado, es onerosa. El diagnóstico y, por consiguiente, el tratamiento apropiados pueden sufrir grandes demoras en los grupos con acceso escaso a los servicios de salud. Muchas personas aquejadas de tuberculosis activa no presentan los síntomas característicos en las primeras etapas de la enfermedad. Por tal motivo, puede ocurrir que no busquen atención en fase temprana o, si lo hacen, quizá no se reconozca la necesidad de someterlas a las pruebas de tuberculosis. La detección temprana de casos puede mejorar mediante el trazado de mapas de los grupos de riesgo elevado y la planificación cuidadosa de la detección sistemática de la forma activa de la enfermedad en ellos. El diagnóstico oportuno aminora el riesgo de transmitir la enfermedad, los malos resultados terapéuticos, las secuelas y las consecuencias socioeconómicas negativas. Los contactos de enfermos tuberculosos, especialmente los menores de 5 años, las personas infectadas por el VIH y los trabajadores expuestos al polvo de sílice, deben ser sometidos a la detección para descartar la tuberculosis activa. Hay que reconocer otros grupos en riesgo y darles precedencia para un posible tamizaje basado en las características epidemiológicas de la tuberculosis a escala nacional y local, la capacidad del sistema de salud, los recursos disponibles y

la factibilidad de llegar a esos grupos. La estrategia de tamizaje habrá de ser vigilada y evaluada de continuo con el fin de sentar las bases para una nueva priorización de los grupos en riesgo, la readaptación de los métodos de tamizaje o la suspensión del tamizaje si hay motivos para ello. Las estrategias de tamizaje habrán de regirse por los principios éticos establecidos del tamizaje de enfermedades infecciosas, proteger los derechos humanos y reducir al mínimo el riesgo de molestias, dolor, estigmatización o discriminación.

Tratamiento de todas las personas aquejadas de tuberculosis, en particular la forma farmacorresistente, y apoyo a los pacientes

28. **Tratar todas las formas de tuberculosis sensibles a los medicamentos.** La nueva estrategia contra la tuberculosis tendrá como objetivo garantizar la prestación de servicios para el diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado de todas las formas de la enfermedad que afecten a las personas de cualquier edad. Las nuevas políticas que incluyen las pruebas diagnósticas moleculares ayudarán a fortalecer el tratamiento de la tuberculosis pulmonar que da negativa la microscopia del frotis de esputo, las formas extrapulmonares y la tuberculosis infantil. Las poblaciones afectadas y los grupos en riesgo clave en que no todos los pacientes reciben tratamiento o este no da buen resultado tendrán que recibir una atención prioritaria con miras a acelerar la disminución de la tasa de letalidad necesaria para cumplir las metas ambiciosas de reducción de la mortalidad por tuberculosis.

29. **Tratar todos los casos de tuberculosis farmacorresistente.** La farmacorresistencia plantea una gran amenaza al progreso mundial de la atención y prevención de la tuberculosis. Se calcula que en el mundo un 4% de los casos nuevos y un 20% de los pacientes en quienes se repite el tratamiento padecen tuberculosis multirresistente. Brindar acceso universal a los servicios contra la tuberculosis farmacorresistente exigirá una rápida ampliación de los servicios de laboratorio y gestión programática. Los nuevos modelos de tratamiento centrado en el paciente habrán de concebirse y adaptarse a entornos y circunstancias diversos. Se dará preferencia a la atención ambulatoria sobre la hospitalización, la cual se limitará a los casos graves. La ampliación de los servicios para el tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente exigirá aplicar políticas audaces y hacer inversiones para eliminar los obstáculos que entorpecen el progreso.

30. **Fortalecer la capacidad para tratar los casos farmacorresistentes.** La proporción de enfermos de tuberculosis farmacorresistente que finalizan satisfactoriamente el tratamiento varía mucho entre los países, y a escala mundial representó el 48% en 2012. Las actuales pautas terapéuticas de la tuberculosis farmacorresistente son insatisfactorias desde el punto de vista de su duración, seguridad, eficacia y costo. Para lograr mejores resultados del tratamiento es fundamental contar con medicamentos nuevos más seguros, asequibles y eficaces que permitan aplicar pautas terapéuticas de menor duración y administración más sencilla. Los vínculos que existen con los mecanismos de farmacovigilancia ayudarán a promover el uso y la administración más seguros de los medicamentos. Las intervenciones para mejorar la calidad de vida de los enfermos y al mismo tiempo propiciar la observancia del tratamiento son el tratamiento de las reacciones y los eventos adversos producidos por los fármacos; el acceso a cuidados paliativos y terminales completos; las medidas para reducir el estigma y la discriminación; y el apoyo y la protección sociales. Es muy importante que los prestadores de asistencia que tratan la tuberculosis farmacorresistente reciban capacitación y formación continuas para que puedan aplicar las normas internacionales en su práctica profesional.

31. **Abordar el problema de la tuberculosis infantil.** La tuberculosis es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los niños, pues se calcula que cada año causa 500 000 casos y 74 000 defunciones en este grupo de edad. En los países donde la tuberculosis tiene una prevalencia elevada, las mujeres en edad de procrear también sobrellevan una carga onerosa de morbilidad. La tuberculosis materna que se asocia con la infección por el VIH es un factor de riesgo de transmisión de la tuberculosis a la criatura y se acompaña de parto prematuro, peso bajo al nacer y mayor mortalidad materna y

de menores de un año. Los programas nacionales contra la tuberculosis tienen que afrontar sistemáticamente los problemas de atender a los niños tuberculosos y a los que son contactos de adultos tuberculosos. Ello puede suponer, por ejemplo, la fabricación de presentaciones farmacéuticas que agraden a los niños así como la creación de mecanismos para favorecer la observancia del tratamiento que giren en torno a la familia.

32. ***Integrar la atención de la tuberculosis en los servicios de salud materna e infantil.*** El tratamiento apropiado de la tuberculosis infantil depende del desarrollo de pruebas diagnósticas asequibles y sensibles que no requieran muestras de esputo. La atención de la tuberculosis deberá integrarse en los servicios de salud materna e infantil a fin de facilitar la atención integral en la comunidad. Un método familiar integrado de atención de la tuberculosis ayudaría a eliminar obstáculos, reducir las demoras en el tratamiento y mejorar el tratamiento en las mujeres y los niños.

33. ***Incorporar el apoyo centrado en el paciente al tratamiento de la tuberculosis.*** La atención y el apoyo centrados en el paciente, razonables y dirigidos a satisfacer sus necesidades educativas, emocionales y materiales, son fundamentales en la nueva estrategia mundial contra la tuberculosis. La supervisión amable de los pacientes por los «compañeros de tratamiento» reviste una importancia decisiva; ayuda a los pacientes a tomar sus medicamentos en forma regular y a terminar el tratamiento, lo que facilita su curación y evita el surgimiento de farmacorresistencia. La supervisión debe adaptarse a las circunstancias particulares y mostrar respeto por el paciente. La supervisión y el apoyo centrados en el paciente también tendrán que reconocer y abordar los factores que puedan propiciar la interrupción del tratamiento; debe ayudar a mitigar el estigma y la discriminación. El apoyo debe ir más allá de los establecimientos sanitarios y llegar al hogar de los pacientes, la familia, el lugar de trabajo y la comunidad. También debe ir más allá de la curación y ocuparse de cualquier secuela de la tuberculosis. Como ejemplos de apoyo centrado en el paciente cabe mencionar la asignación de «compañeros de tratamiento» capacitados por los servicios de salud y aceptables para el enfermo; el acceso a la protección social; el uso de tecnología de la información y la comunicación para facilitar información, educación y estímulo a los pacientes; y el establecimiento de mecanismos para el intercambio de información y experiencias entre el paciente y los grupos de personas en su misma situación.

Actividades en colaboración contra la tuberculosis y la infección por el VIH, y tratamiento de la morbilidad asociada

34. ***Ampliar la colaboración con los programas contra la infección por el VIH.*** La meta global de las actividades en colaboración contra la tuberculosis y la infección por el VIH es disminuir la carga de ambas en las personas que tienen riesgo de padecerlas o que ya las padecen. La tuberculosis asociada con la infección por el VIH representa alrededor de una cuarta parte de las defunciones por tuberculosis y una cuarta parte de las causadas por el sida. La casi totalidad de estos casos y muertes se producen en las Regiones de África y Asia Sudoriental. Todos los enfermos tuberculosos infectados con el VIH deben ser tratados con antirretrovíricos. Se ha comprobado que la integración de los servicios contra la tuberculosis y la infección por el VIH aumenta las probabilidades de que los enfermos tuberculosos reciban tratamiento con antirretrovíricos, lo inicien en un plazo más breve y reduzcan la mortalidad casi en un 40%.

35. ***Integrar los servicios contra la tuberculosis y la infección por el VIH.*** A pesar de que se ha producido una ampliación estimulante de las actividades en colaboración contra la tuberculosis y la infección por el VIH, sigue siendo escasa la cobertura global. Es más, el nivel y el ritmo del avance varían considerablemente en los distintos países. Sigue habiendo una falta de concordancia entre la cobertura de las pruebas del VIH en los enfermos tuberculosos y la del tratamiento con antirretrovíricos, el tratamiento preventivo con cotrimoxazol y la prevención de la infección por el VIH. Reducir las demoras del diagnóstico, utilizar nuevos instrumentos de diagnóstico e iniciar prontamente el tratamiento pueden mejorar los resultados de salud de las personas infectadas por el VIH. La atención de la tuberculosis y la de la infección por el VIH se deben integrar más con los servicios de salud de la

madre y el niño y con la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en lugares donde la carga de esta infección es elevada.

36. **Tratar al mismo tiempo la tuberculosis, la morbilidad asociada y las enfermedades no transmisibles.** Varias enfermedades no transmisibles y otros problemas de salud como la diabetes sacarina, la desnutrición, la silicosis, el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol y el consumo de drogas psicotrópicas, así como una variedad de trastornos y tratamientos inmunodepresores, son factores de riesgo de contraer tuberculosis. La presencia de morbilidad asociada puede complicar el tratamiento antituberculoso y propiciar malos resultados de este. A la inversa, la tuberculosis puede empeorar otras enfermedades o complicar su tratamiento. Por lo tanto, como parte de una atención clínica básica y coordinada, hay que evaluar sistemáticamente la presencia de otras enfermedades en las personas con diagnóstico de tuberculosis. El enfoque práctico de la salud pulmonar de la OMS¹ es un ejemplo de promoción de la atención de la tuberculosis como parte integral del tratamiento de las enfermedades respiratorias. La situación local determinará qué enfermedades coexistentes deben descartarse sistemáticamente en las personas con tuberculosis activa. Un marco colaborativo nacional puede ayudar a integrar el tratamiento de las enfermedades no transmisibles y las transmisibles, en particular la tuberculosis.

Tratamiento preventivo de las personas con riesgo elevado y vacunación antituberculosa

37. **Ampliar el tratamiento preventivo de las personas que tienen un riesgo elevado de contraer la tuberculosis.** La infección tuberculosa latente se diagnostica mediante la cutirreacción a la tuberculina o la prueba de liberación de interferón- γ . Sin embargo, ninguna de estas pruebas puede predecir qué personas acabarán presentando la afección tuberculosa activa. El tratamiento preventivo con isoniazida se recomienda para tratar la infección tuberculosa latente en las personas infectadas por el VIH y los niños menores de cinco años que son contactos de enfermos tuberculosos. Se ha comprobado su eficacia preventiva, pero puede acompañarse de efectos secundarios graves, especialmente en las personas mayores. Se han estudiado pautas de igual eficacia y duración más breve, pero hace falta acopiar más datos científicos respecto de la eficacia y la seguridad. Se necesitan asimismo más estudios para evaluar la eficacia y la factibilidad de aplicar el tratamiento preventivo a otros grupos de riesgo elevado, por ejemplo, las personas que conviven en lugares como las prisiones y los centros de trabajo, el personal sanitario, los individuos con seroconversión reciente de la prueba de infección y mineros expuestos al polvo de sílice. El tratamiento de la infección latente en personas con un riesgo elevado de padecer tuberculosis activa podría ser un componente esencial de la eliminación de la enfermedad, particularmente en los países donde la incidencia es baja.

38. **Continuar la vacunación con BCG en los países donde la prevalencia es elevada.** La vacuna BCG previene las formas diseminadas de la enfermedad, en particular la meningitis tuberculosa y la miliar, que en los lactantes y niños pequeños se acompañan de una gran mortalidad. Con todo, su eficacia contra la tuberculosis pulmonar, que varía según los grupos de población, es apenas del 50%. Mientras no se obtengan vacunas más eficaces, la vacunación con BCG al poco tiempo de nacer debe continuar en todos los recién nacidos; quedan eximidas las personas infectadas por el VIH que viven en lugares donde la prevalencia de tuberculosis es alta.

PILAR DOS: POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO

39. **Reparto de las responsabilidades.** El segundo pilar incluye medidas estratégicas enderezadas a favorecer la puesta en práctica de los componentes del pilar uno mediante el reparto de responsabi-

¹ Documento WHO/HTM/TB/2008.410; documento WHO/NMH/CHP/CPM/08.02.

dades. Se trata de medidas que competen no solo a los programas nacionales contra la tuberculosis, sino a otros ministerios y dependencias. Las medidas van dirigidas a las necesidades médicas y de otra índole de los enfermos tuberculosos y también ayudan a prevenir la tuberculosis. Para ello será necesario tener un sistema de salud bien dotado de recursos, organizado y coordinado bajo la rectoría del gobierno y con el respaldo de normas y reglamentos sanitarios, así como de políticas sociales y de desarrollo más amplias. Los programas nacionales contra la tuberculosis, sus asociados y quienes supervisan los programas tienen que involucrarse activamente en la elaboración de un programa de acción más amplio de desarrollo social y económico. De manera análoga, los líderes en el ámbito del desarrollo tienen que reconocer a la tuberculosis como uno de los problemas que merecen atención especial.

40. ***Determinantes sociales de la tuberculosis.*** El pilar dos incluye además medidas que van más allá del sector de la salud y pueden ayudar a prevenir la tuberculosis al abordar los determinantes sociales subyacentes. Las intervenciones propuestas son reducir la pobreza, lograr la seguridad alimentaria y mejorar las condiciones de vida y de trabajo, así como medidas para abordar factores de riesgo directos como el control del tabaquismo, la reducción del consumo nocivo de alcohol y la atención y prevención de la diabetes. La prevención de la tuberculosis también requerirá que los gobiernos adopten medidas para ayudar a reducir la vulnerabilidad y los riesgos de las personas más susceptibles a la enfermedad.

41. ***Enfoque multidisciplinario y multisectorial.*** Un enfoque multidisciplinario y multisectorial es imprescindible para aplicar los componentes del pilar dos. La responsabilización correspondiente recaerá no solo en los ministerios de salud, sino también a otros ministerios como los de finanzas, trabajo, bienestar social, minería y agricultura. El compromiso y la rectoría de los niveles más altos del gobierno serán imprescindibles para propiciar la adopción de medidas por parte de diversos ministerios. Ello debería redundar en la obtención de recursos suficientes y la responsabilización de cuentas con respecto a la atención clínica óptima e integrada; la protección contra los gastos de carácter catastrófico por causa de la enfermedad; intervenciones sociales enderezadas a disminuir la vulnerabilidad ante la enfermedad; y la protección y el fomento de los derechos humanos.

Compromiso político y recursos suficientes para la atención y prevención de la tuberculosis

42. ***Trazar planes estratégicos nacionales ambiciosos.*** La ampliación y perdurabilidad de las intervenciones de atención y prevención de la tuberculosis exigirá el compromiso político de alto nivel junto con la asignación de suficientes recursos económicos y humanos. La capacitación y supervisión continuas del personal son fundamentales para sostener las actividades considerablemente ampliadas de atención y prevención de la tuberculosis. La coordinación central bajo la rectoría del gobierno resulta indispensable. Esto debe conducir, como primer paso, a la elaboración de un plan nacional estratégico integrado en el plan nacional del sector de la salud, teniendo en cuenta las características epidemiológicas de la tuberculosis, la estructura y las funciones del sistema de salud, como son los mecanismos de compras y suministro, la disponibilidad de recursos, las políticas de reglamentación, los vínculos con los servicios sociales, las poblaciones migrantes y la colaboración transfronteriza, el papel que desempeñan las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, y la coordinación con las partes interesadas. Un plan nacional estratégico ha de ser ambicioso y abarcador, e incorporar cinco planes secundarios bien definidos: un plan básico, un plan de presupuesto, un plan de vigilancia y evaluación, un plan operativo y un plan de asistencia técnica.

43. ***Movilizar recursos suficientes.*** La ampliación de la atención y prevención de la tuberculosis dentro y fuera del sector de la salud solo será posible si se obtiene una financiación suficiente. El plan estratégico nacional debe contar con un presupuesto apropiado en el que se indiquen claramente los déficit de financiación. Un plan dotado de un buen presupuesto facilitará la movilización de recursos de diversas fuentes nacionales e internacionales para la ejecución completa. En casi todos los países

de ingresos bajos y medianos los recursos son insuficientes o apenas alcanzan para ejecutar planes medianamente ambiciosos. Hay que desplegar esfuerzos coordinados para movilizar más recursos con miras a financiar los planes estratégicos nacionales verdaderamente ambiciosos y lograr el aumento progresivo de los fondos nacionales.

Implicación de la comunidad, las organizaciones de la sociedad civil y todos los prestadores de atención públicos y privados

44. *Implicar a la comunidad y la sociedad civil.* Una respuesta firme para atajar la epidemia de tuberculosis exigirá la forja de alianzas perdurables entre los sectores sanitario y social, y entre el primero y la comunidad. Los miembros de la comunidad que están bien informados pueden identificar a las personas presuntamente aquejadas de tuberculosis, remitirlas para el diagnóstico, apoyarlas durante el tratamiento y ayudarlas a mitigar el estigma y la discriminación. Las organizaciones de la sociedad civil poseen capacidades específicas y los programas contra la tuberculosis pueden aprovecharlas. Pueden contactar a grupos vulnerables, movilizar a la comunidad, canalizar información, ayudar a generar demanda de atención, enmarcar modelos de prestación eficaz de servicios y atender a los determinantes de la epidemia de tuberculosis. Los programas nacionales contra la tuberculosis deben acercarse a las organizaciones de la sociedad civil que actualmente no están involucradas en la atención antituberculosa y alentarlas a integrar en su labor la atención basada en la comunidad y ampliar la red de establecimientos que participan en la atención y prevención de la enfermedad. También habrá que involucrar a la sociedad civil en la formulación de políticas y la planificación, así como en la vigilancia periódica de la ejecución del programa.

45. *Ampliar los enfoques publicoprivados y promover las normas internacionales de tratamiento de la tuberculosis.* En muchos países, la atención de la tuberculosis está a cargo de diversas entidades privadas, como son farmacéuticos, personal sanitario, curanderos, organizaciones no gubernamentales y confesionales, y empresas de atención médica. Participan igualmente varios proveedores del sector público que no encajan en los programas nacionales contra la tuberculosis. Cabe mencionar, entre otros, los grandes hospitales públicos, las organizaciones de seguridad social, los servicios médicos en las prisiones y los servicios de sanidad militar. El hecho de que una proporción importante de los proveedores de atención sanitaria haya quedado fuera de una respuesta organizada en relación con el control de la tuberculosis ha contribuido al estancamiento de la notificación de casos, a un manejo inadecuado de la tuberculosis y a un uso irracional de los medicamentos antituberculosos que ha favorecido la propagación de la tuberculosis farmacorresistente. Los programas nacionales contra la tuberculosis tendrán que ampliar los enfoques publicoprivados específicos de cada país que están dando buenos resultados en otros países. La colaboración estrecha con las asociaciones de profesionales de la salud será fundamental para tal efecto. Pueden usarse eficazmente con esta finalidad las normas internacionales de tratamiento de la tuberculosis, así como otros instrumentos y directrices elaborados por la OMS y plataformas modernas de tecnología de la información y la comunicación.

Política de cobertura sanitaria universal y marcos de reglamentación para la notificación de casos, el registro civil, el uso racional de medicamentos de buena calidad y el control de la infección

46. *Avanzar deprisa hacia la cobertura sanitaria universal.* La cobertura sanitaria universal, que se define como «la situación en que todas las personas pueden utilizar los servicios sanitarios de buena calidad que necesitan sin pasar aprietos económicos para pagarlos», es fundamental para que la atención y prevención de la tuberculosis sean eficaces. La cobertura sanitaria universal se logra mediante la financiación previa, suficiente, justa y sostenible de la asistencia sanitaria con una cobertura geográfica completa, combinada con servicios eficaces de calidad garantizada y sometidos a vigilancia y evaluación. Por lo que toca a la tuberculosis, esto entraña lo siguiente: a) ampliar el acceso a la gama completa de servicios de gran calidad recomendados en la presente estrategia, como parte de los servi-

cios generales de salud; *b*) ampliar la cobertura, con inclusión de los costos de las consultas y pruebas, medicamentos, pruebas de seguimiento y todos los gastos relacionados con el tratamiento curativo o preventivo completo; y *c*) ampliar el acceso a los servicios de todos los que lo necesiten, especialmente los grupos vulnerables que afrontan la mayor parte de las barreras y padecen los peores resultados.

47. ***Fortalecer los marcos de reglamentación.*** Los marcos nacionales normativo y de reglamentación de la financiación y el acceso a la asistencia de salud, la producción de medicamentos y medios de diagnóstico de calidad asegurada, los servicios de salud de calidad asegurada, el control de las infecciones, el registro civil y los sistemas de vigilancia de enfermedades son palancas poderosas esenciales para la atención y prevención eficaces de la tuberculosis. En los países que sobrellevan una gran carga de la enfermedad, es preciso acelerar el fortalecimiento y la aplicación de dichos marcos. En la estrategia se exhorta a mejorar varias de las áreas que se describen a continuación.

48. ***Implantar la notificación obligatoria de los casos de tuberculosis.*** Muchos casos de tuberculosis no se notifican, especialmente los tratados por entidades privadas que no están vinculadas con los programas nacionales contra la enfermedad. La subnotificación de casos entorpece la vigilancia epidemiológica, la investigación de contactos, el tratamiento de los brotes epidémicos y el control de la infección. Resulta esencial tener y hacer cumplir efectivamente una ley sobre las enfermedades infecciosas, o un instrumento equivalente, que incluya la notificación obligatoria de los casos de tuberculosis por todos los prestadores de servicios de salud.

49. ***Velar por que en el registro civil se incluyan las muertes por tuberculosis.*** La mayoría de los países donde la tuberculosis es un grave problema carecen de sistemas completos de registro civil y con frecuencia es inadecuada la calidad de la información sobre el número de muertes por esta causa. Hay que implantar un sistema eficaz de registro civil para lograr que se anote debidamente cada muerte por tuberculosis.

50. ***Reglamentar la producción, la calidad y el uso de los medios de diagnóstico de la tuberculosis y los medicamentos antituberculosos.*** Los medicamentos antituberculosos de mala calidad entrañan un gran riesgo para los pacientes. La receta de pautas terapéuticas incorrectas ocasiona malos resultados y puede provocar el surgimiento de farmacorresistencia. El empleo de pruebas diagnósticas inapropiadas, como las serológicas, ocasiona diagnósticos inexactos. El registro, la importación y la fabricación de productos médicos exigen contar con reglamentos y recursos suficientes para aplicarlos. Debe reglamentarse la forma como se subvencionan los productos médicos y determinar qué tipo de profesionales sanitarios están autorizados para recetar o dispensar los medicamentos antituberculosos.

51. ***Aplicar medidas completas de control de la infección.*** La reglamentación apropiada es indispensable para el control efectivo de la infección en los servicios de asistencia sanitaria y otros entornos donde el riesgo de transmisión sea elevado. Las medidas de gestión, administrativas, ambientales y personales de control de la infección deben formar parte de la legislación sobre enfermedades infecciosas, así como de las normas relacionadas con la construcción y organización de los establecimientos sanitarios.

Protección social, lucha contra la pobreza y medidas relativas a otros determinantes de la tuberculosis

52. ***Aliviar la carga económica vinculada con la tuberculosis.*** Una gran proporción de las personas con tuberculosis tienen que sobrellevar una carga económica catastrófica debida a los costos directos e indirectos de la enfermedad y la atención de salud. Entre las consecuencias sociales adversas se pueden contar la estigmatización y el aislamiento social, la interrupción de los estudios, la pérdida del empleo y el divorcio. A menudo, las consecuencias negativas afectan también a la familia de las personas enfermas de tuberculosis. Incluso aunque el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis se proporcionen gratuitamente, se necesitan medidas de protección social para aliviar la carga que entraña la pérdida de ingresos y los costos no médicos que supone buscar la atención y recibirla.

53. **Ampliar la cobertura de la protección social.** La cobertura de la protección social debe abarcar necesidades asociadas a la tuberculosis tales como las siguientes: *a)* planes para compensar la carga financiera asociada a la enfermedad, por ejemplo, seguro de enfermedad, pensión por discapacidad, subsidio de asistencia social, otras transferencias en efectivo, bonos o paquetes de alimentos; *b)* legislación para proteger a las personas con tuberculosis frente a discriminaciones tales como la expulsión del lugar de trabajo, instituciones docentes o sanitarias, servicios de transporte o de la vivienda; y *c)* instrumentos para proteger y promover los derechos humanos, en particular para hacer frente a la estigmatización y la discriminación, prestando atención especial al sexo, el origen étnico y a la protección de los grupos vulnerables. Esos instrumentos deben prever una creación de capacidad que habilite a las comunidades afectadas a expresar sus necesidades y proteger sus derechos y a recordar sus responsabilidades a quienes lesionan los derechos humanos y a los responsables de proteger esos derechos.

54. **Luchar contra la pobreza y los factores de riesgo asociados.** La pobreza es un poderoso determinante de la tuberculosis. Los entornos de habitación y de trabajo hacinados y mal ventilados que a menudo van asociados a la pobreza constituyen factores de riesgo directos de la transmisión de la tuberculosis. La desnutrición es un importante factor de riesgo de desarrollo de la forma activa de la enfermedad. La pobreza también está asociada con la falta de conocimientos generales sobre salud, y de capacidad de actuación sobre los conocimientos que sí se tienen, lo aumenta el riesgo de exposición a varios factores de riesgo de la tuberculosis. El alivio de la pobreza reduce el riesgo de transmisión de la tuberculosis y el de progresar de la infección hacia la enfermedad. Asimismo, ayuda a mejorar el acceso a los servicios de salud y a cumplir el tratamiento recomendado.

55. **Aplicar planteamientos que incorporen la salud a todas las políticas.** Las actuaciones sobre los determinantes de la falta de salud que recurren a planteamientos que incorporan la salud a todas las políticas tendrán un enorme efecto benéfico sobre la atención y la prevención de la tuberculosis. Entre esas medidas se cuentan, por ejemplo, las siguientes: *a)* aplicar estrategias generales de lucha contra la pobreza y ampliar la protección social; *b)* mejorar las condiciones de vida y de trabajo y reducir la inseguridad alimentaria; *c)* abordar los problemas de salud de los migrantes y reforzar la colaboración transfronteriza; *d)* lograr la participación de una variedad de partes interesadas, incluidas las comunidades afectadas por la tuberculosis, en la cartografía de los probables determinantes sociales locales de la tuberculosis; y *e)* prevenir los factores de riesgo directos de la tuberculosis, incluidos el hábito de fumar y el uso nocivo del alcohol, y promover las dietas sanas, así como la atención clínica adecuada de las afecciones médicas que aumentan el riesgo de tuberculosis tales como la diabetes.

PILAR TRES: INTENSIFICACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES Y LA INNOVACIÓN

56. **Reforzar las inversiones en investigación.** Los progresos del control de la tuberculosis a escala mundial se ven limitados no solo por la falta de nuevos instrumentos que permitan detectar, tratar o prevenir mejor la tuberculosis sino también por las deficiencias de los sistemas de salud a la hora de proporcionar diagnósticos y tratamientos óptimos con los instrumentos disponibles. Para acabar con la epidemia de tuberculosis será necesario realizar importantes inversiones en el desarrollo de instrumentos de diagnóstico, tratamiento y prevención novedosos y garantizar su accesibilidad y asimilación óptima por los países, a la par que se mejoran y amplían las tecnologías existentes. Ello solo será posible con un aumento de las inversiones y con el compromiso efectivo de los asociados, la comunidad de investigación y los programas nacionales de tuberculosis.

57. **Emprender investigaciones para eliminar la tuberculosis.** Se precisarán técnicas y modelos de prestación de servicios nuevos y revolucionarios para lograr la eliminación de la tuberculosis. Para ello habrá que intensificar las investigaciones, desde las investigaciones fundamentales que impulsen

el logro de innovaciones para mejorar los medios de diagnóstico, los medicamentos y las vacunas, hasta las investigaciones operacionales y sobre los sistemas de salud que mejoren el desempeño programático actual e introduzcan estrategias e intervenciones novedosas basadas en instrumentos nuevos. Para poner de relieve la necesidad de revigorizar las investigaciones sobre la tuberculosis y catalizar la realización de nuevas actividades se ha elaborado una hoja de ruta internacional de investigaciones sobre la tuberculosis. En la hoja de ruta se exponen las áreas prioritarias para realizar inversiones científicas en el futuro en la gama entera de las áreas de investigación. Ofrece un marco para la realización de investigaciones orientadas hacia los resultados. Será necesario también cartografiar las actividades que se lleven a cabo en los diversos ámbitos de la investigación, para efectuar el seguimiento de los progresos realizados. Empezar investigaciones para eliminar la tuberculosis exigirá un planteamiento multidimensional conformado por las partes interesadas, en particular los científicos, expertos en salud pública, gestores de los programas de tuberculosis, asociados en la financiación, formuladores de políticas y representantes de la sociedad civil. Guiado por las necesidades clínicas y programáticas, el planteamiento no solo facilitará la realización de investigaciones orientadas a la salud pública y encaminadas al desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias sino que también propiciará la integración fluida con los programas existentes. Es importante que la tuberculosis se convierta en un dominio clave de investigación en el marco de las agendas nacionales de investigaciones sanitarias.

Descubrimiento, desarrollo e incorporación rápida de nuevos instrumentos, intervenciones y estrategias

58. ***Desarrollo de una prueba de diagnóstico rápido de la tuberculosis en el lugar de consulta.*** Desde 2007, la OMS ha dado su aprobación a varias pruebas y planteamientos de diagnóstico nuevos, a saber: el cultivo líquido de caracterización rápida como patrón de referencia para la confirmación bacteriológica; ensayos con sondas en línea para diagnóstico rápido de la tuberculosis multirresistente; métodos no comerciales de cultivo y pruebas de farmacosenibilidad; microscopios de fluorescencia con LED; y una prueba de amplificación del ácido nucleico para el diagnóstico rápido y simultáneo de la tuberculosis y la tuberculosis resistente a la rifampicina. Sin embargo, sigue faltando una prueba precisa y rápida destinada al lugar de consulta que se pueda utilizar en las condiciones imperantes sobre el terreno. Su obtención exigirá una inversión mayor en investigaciones sobre biomarcadores, así como la superación de los problemas que entraña transformar las complejas técnicas de laboratorio en plataformas robustas, precisas y asequibles destinadas al lugar de consulta.

59. ***Desarrollar nuevos fármacos y regímenes para el tratamiento de todas las formas de tuberculosis.*** El número de proyectos de desarrollo de nuevos fármacos ha aumentado sustancialmente durante el último decenio. Están en fase de investigación clínica cerca de una docena de fármacos antituberculosos nuevos o a los que se ha dado un nuevo uso. La bedaquilina, que durante decenios ha sido el primer fármaco antituberculoso nuevo, ha recibido en 2013 la aprobación de la OMS para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente. Un segundo nuevo medicamento, el delamanid, destinado también al tratamiento de la tuberculosis multirresistente, está en proceso de estudio por la OMS. Se están investigando regímenes terapéuticos novedosos con medicamentos nuevos o destinados a un nuevo uso y tratamientos complementarios y sintomáticos, y los primeros resultados parecen ser prometedores. Para seguir progresando será necesario realizar inversiones en investigación y en creación de capacidad, para realizar los ensayos de conformidad con las normas internacionales y para hallar el modo de abreviar la duración de los ensayos de los medicamentos antituberculosos.

60. ***Reforzar las investigaciones para detectar y tratar las infecciones latentes.*** Se calcula que, a escala mundial, más de 2000 millones de personas están infectadas por el *Mycobacterium tuberculosis*, pero que solo entre el 5% y el 15% de los infectados desarrollarán la enfermedad activa en algún momento de su vida. Para acabar con la epidemia de tuberculosis habrá que eliminar ese foco de infección. Se necesitan investigaciones para desarrollar nuevas pruebas de diagnóstico que detecten a las personas con infecciones latentes por el bacilo de la tuberculosis y que probablemente lleguen a

padecer la enfermedad. Además, habrá que encontrar también estrategias de tratamiento que se puedan utilizar de forma segura para prevenir el desarrollo de la enfermedad en las personas infectadas de forma latente. Esas estrategias podrían abarcar medicamentos o combinaciones medicamentosas nuevas así como intervenciones encaminadas a identificar y mitigar los factores de riesgo de la progresión. Harán falta investigaciones adicionales para estudiar el impacto y la seguridad de las estrategias de prevención, ya sean focalizadas o de carácter masivo.

61. ***Tratar de obtener una vacuna antituberculosa eficaz.*** La centenaria vacuna BCG protege eficazmente a los lactantes y niños pequeños contra las formas graves de tuberculosis, pero su eficacia es limitada contra otras formas de tuberculosis. Se ha avanzado mucho en el desarrollo de nuevas vacunas; actualmente, 12 vacunas candidatas se encuentran sometidas a ensayos clínicos. Se requieren más investigaciones e inversiones para afrontar una serie de importantes problemas científicos y determinar las prioridades de las futuras investigaciones encaminadas a la obtención de una vacuna antituberculosa. Una vacuna postexposición que prevenga la aparición de la enfermedad en las personas infectadas será esencial para eliminar la tuberculosis en un futuro previsible.

Investigaciones para optimizar la aplicación y el impacto, y promoción de las innovaciones

62. ***Invertir en investigaciones aplicadas.*** Hay que complementar las inversiones en investigaciones fundamentales con otras destinadas a investigaciones aplicadas que respalden la adopción, adaptación y aplicación rápidas de las políticas basadas en datos probatorios. Las investigaciones encaminadas a perfeccionar el conocimiento de los problemas y desarrollar intervenciones que propicien la mejora de las políticas, el diseño y el funcionamiento de los sistemas de salud y la eficacia de los métodos de prestación de servicios son de importancia crítica para obtener datos que mejoren las estrategias actuales y permitan introducir instrumentos nuevos. Asimismo, se precisan investigaciones para identificar y corregir los cuellos de botella que constriñen la aplicación de las políticas actuales y nuevas, y para proporcionar datos desde la perspectiva de los pacientes y de los sistemas de salud.

63. ***Utilizar las investigaciones para fundamentar y mejorar la ejecución.*** La mayoría de las innovaciones no se pueden traducir en actuaciones locales eficaces sin una planificación y adaptación meticulosas, estableciendo vínculos de asociación con las partes interesadas. Además del seguimiento sistemático, se requieren investigaciones bien planificadas y dirigidas para evaluar las situaciones epidemiológicas nacionales y locales y de los sistemas de salud, los aspectos socioconductuales del recurso a la atención de salud, el cumplimiento del tratamiento, la estigmatización y la discriminación, y para evaluar distintos modelos de ejecución.

64. ***Crear un entorno propicio a las investigaciones.*** La promoción de investigaciones mejores y más pertinentes de índole operativa sobre los sistemas de salud y las ciencias sociales facilitará la ejecución y contribuirá a la formulación de políticas nacionales y mundiales. Con ese fin, es necesario que a escala de país se establezcan buenos sistemas para priorizar, planificar y ejecutar las investigaciones. Los indicadores que midan el progreso deben abarcar las inversiones en los resultados, así como el impacto de las actividades de investigación. Se precisa un esfuerzo concertado de amplia base para desarrollar capacidad de investigación, asignar los recursos apropiados y alentar a las partes interesadas a trabajar conjuntamente. Para que los programas de tuberculosis rindan todas sus posibilidades es necesario disponer de entornos propicios para realizar investigaciones de base programática y que los resultados obtenidos se traduzcan en políticas y prácticas.

ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Iniciación y mantenimiento de un diálogo estratégico

65. **Lograr que todas las partes interesadas participen en la adopción y la adaptación de la estrategia.** El primer paso para la adaptación y la aplicación de la estrategia sería que los Estados Miembros celebraran consultas nacionales incluyentes en las que participara una amplia variedad de partes interesadas, en particular las comunidades más afectadas por la tuberculosis, con el fin de considerar y adoptar la estrategia y prepararse para su adaptación. La aplicación generalizada de la estrategia mundial podría ser inapropiada si no responde adecuadamente a la evaluación de las necesidades locales debidas a la naturaleza de la epidemia de tuberculosis, el contexto del sistema de salud, el programa de desarrollo social y económico y las exigencias expresadas por las poblaciones expuestas. Además, tiene que basarse en las capacidades de los sistemas de salud y en las de los asociados.

66. **Utilizar un planteamiento multidisciplinario.** La aplicación provechosa de la estrategia exigirá que en ella participen numerosos agentes y que se compartan las responsabilidades. Habrá que ampliar la esfera de los actuales cuadros consultivos sobre la tuberculosis más allá de la competencia técnica de índole clínica, epidemiológica y de salud pública. Será necesario incluir una variedad más amplia de capacidades de la sociedad civil y del ámbito de las finanzas y la política de desarrollo, los derechos humanos, la protección social, la reglamentación, la evaluación de la tecnología sanitaria, las ciencias sociales y las comunicaciones. La labor de adaptación de la nueva estrategia mundial antituberculosa a los contextos nacionales podría ser un apéndice de la planificación estratégica nacional general en materia de salud, pero exigirá un esfuerzo específico e importante.

67. **Preparar la elaboración de nuevos planes estratégicos.** Los países siguen diferentes ciclos de planificación del desarrollo. Puede que sea necesario modificar los planes estratégicos y operacionales actuales en consonancia con los nuevos planteamientos que se vayan adoptando. También es esencial contar con planes estratégicos nacionales pormenorizados para obtener recursos de procedencia nacional e internacional. En la elaboración de nuevos planes estratégicos nacionales o la modificación de los existentes hay que tener en cuenta el marco recomendado en la nueva estrategia.

Cartografía epidemiológica y de los sistemas de salud

68. **Llevar a cabo una evaluación pormenorizada del contexto epidemiológico y del sistema de salud.** Prerrequisito para la adopción de la estrategia y la preparación para su adaptación es que se lleve a cabo una evaluación pormenorizada de la situación epidemiológica nacional y del sistema de salud. Mediante un mapeo adecuado se obtiene importante información sobre los grupos de población más afectados por la enfermedad y más expuestos a padecerla; distribución de edades y sexos y tendencias; prevalencia de las diferentes formas de tuberculosis y de afecciones comórbidas, en particular infección por el VIH, desnutrición, diabetes, consumo de tabaco, y uso nocivo del alcohol; variaciones importantes de carácter subnacional y entre los entornos urbanos y rurales; tipos de prestadores de atención y su distribución; planes de protección social disponibles y su vinculación actual y potencial en favor de la atención y la prevención de la tuberculosis.

69. **Obtener y utilizar datos para mejorar la cartografía de los sistemas.** La información necesaria para evaluar el contexto se puede obtener en parte de las notificaciones sistemáticas y, en algunos países, de los resultados de las encuestas nacionales o regionales de prevalencia de la tuberculosis. Otros datos quizá se tengan que obtener examinando las evaluaciones periódicas del programa nacional, evaluaciones sobre el terreno y estudios cuantitativos y cualitativos locales. Para ese fin, los países habrán de crear capacidad para establecer un sistema de información que haga un seguimiento de las características de la epidemia de tuberculosis y utilice de forma apropiada los datos generados por el sistema en todos los niveles.

MEDICIÓN DE LOS PROGRESOS Y DEL IMPACTO

70. Es fundamental que se definan las metas y se haga un seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de cada uno de los componentes de la estrategia mundial. El seguimiento deberá hacerse de forma sistemática utilizando métodos normalizados basados en datos de calidad documentada. En el cuadro 2 *infra* figuran ejemplos de indicadores que se pueden utilizar para seguir los progresos de la aplicación de los diferentes componentes y subcomponentes de la estrategia. Los indicadores principales de la carga de enfermedad son la incidencia, la prevalencia y la mortalidad. Habida cuenta de las metas generales fijadas para 2035 en la estrategia, hay que prestar particular atención a la medición de las tendencias de la mortalidad y la incidencia.

71. Los datos sobre mortalidad son esenciales para establecer un orden de prioridad en las intervenciones de salud pública y medir los progresos del control de la morbilidad y de la salud general de la población, incluidas las inequidades sanitarias. Para medir las tendencias de la mortalidad debida a la tuberculosis es decisivo contar con un robusto sistema nacional de registro civil que prevea la inscripción de datos relativos a las causas de fallecimiento. Los datos de registro civil se pueden utilizar también para distinguir los subgrupos de la población en los que la razón entre la mortalidad y la notificación de casos es más alta, lo que facilita la definición de los destinatarios de las intervenciones. La OMS documenta a escala mundial la calidad de estos datos,¹ y se pueden utilizar métodos estadísticos para suplir las coberturas incompletas o los errores de codificación. Los países que ya disponen de sistemas de registro civil han de asegurarse de que los datos tienen la calidad suficiente. Los que carecen de ellos tienen que establecerlos. Una solución transitoria que están adoptando cada vez más países es el uso de un sistema de registro civil basado en muestras.

72. Se calcula que, a escala mundial, la incidencia está disminuyendo lentamente, con un ritmo de alrededor de un 2% al año. Las metas fijadas para 2025 y 2035 obligan a que a partir de 2015 haya que prestar mucha atención a la medición de la velocidad con que disminuye la incidencia. En los países de ingresos altos, que cuentan con sistemas de salud y de vigilancia de la tuberculosis muy eficaces, la notificación de los casos abarca prácticamente a la totalidad de los casos registrados. Sin embargo, en otros países, la notificación sistemática de los casos ofrece datos sesgados, porque algunos casos no llegan a diagnosticarse y otros, que sí han sido diagnosticados por el personal de salud, no son notificados a las autoridades de salud. En esos contextos, para calcular la incidencia de la tuberculosis se pueden utilizar estudios de recuento y modelos de captura y recaptura.

73. Para medir con exactitud las tendencias de la incidencia de tuberculosis es necesario reforzar el desempeño de los sistemas de vigilancia de la tuberculosis de modo que abarquen a la totalidad de los prestadores de servicios de salud y se reduzca al mínimo el grado de subnotificación. La OMS ha preparado una lista de verificación para la vigilancia de la tuberculosis, las «normas y referencias para la vigilancia de la tuberculosis y los sistemas de registro civil», destinada a evaluar la capacidad de los sistemas nacionales de vigilancia para medir con exactitud los casos de tuberculosis. En la lista de verificación se definen 10 normas cuyo cumplimiento es necesario para que los datos de notificación y registro civil se puedan considerar una medida directa de la incidencia de tuberculosis y la mortalidad por tuberculosis, respectivamente. Los países que cumplen todas las normas pueden recibir la certificación de que cuentan con un sistema de vigilancia apropiado. Se debería utilizar la lista de verificación de la OMS para que la vigilancia de la tuberculosis mejore y avance progresivamente hacia el objetivo último de que las tendencias de los casos de tuberculosis se determinen directamente a partir de los datos de notificación de todos los países.

¹ Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Determinar el número de defunciones y las causas de defunción: evaluación de la situación mundial de los datos sobre las causas de mortalidad. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2005;83(3):171-7.

74. La prevalencia es un indicador muy útil de la carga de morbilidad por tuberculosis. Se puede medir directamente mediante encuestas poblacionales.¹ Las encuestas de prevalencia también proporcionan información útil para la introducción de mejoras en las políticas, en particular en las relativas al acceso a la salud y al diagnóstico de la tuberculosis. La medición de la prevalencia de la tuberculosis a partir de encuestas de ámbito nacional no es viable en todas partes. Esas encuestas son importantes en los entornos que soportan una alta carga, y son particularmente pertinentes y útiles para medir directamente el impacto en los países que realizarán una réplica o una encuesta de base alrededor de 2015. El Grupo de Trabajo Mundial de la OMS sobre Medición del Impacto de la TB ha establecido criterios para determinar las prioridades en las encuestas de prevalencia a escala de país y colabora con los países y otros asociados para prestar apoyo a la ejecución y el análisis de las encuestas. El Grupo de Trabajo vigila de cerca la aplicación de todas las encuestas para garantizar la comparabilidad a escala internacional mediante el uso de los métodos y normas recomendados por la OMS. Asimismo, el Grupo de Trabajo evalúa los progresos realizados hacia las metas de reducción de la prevalencia.

Cuadro 2. Lista ilustrativa de indicadores mundiales clave para la estrategia mundial contra la tuberculosis después de 2015

| ELEMENTO | INDICADORES ILUSTRATIVOS |
|---|---|
| PILAR UNO: ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADAS Y CENTRADAS EN EL PACIENTE | |
| A. Diagnóstico temprano | Porcentaje de personas que presuntamente tienen tuberculosis sometidas a prueba con los medios de diagnóstico rápido recomendados por la OMS Porcentaje de todos los pacientes con tuberculosis de los que se dispuso de resultados de pruebas de sensibilidad a los antibióticos Porcentaje de casos índice de tuberculosis que cumplían los requisitos en los que se investigaron los contactos |
| B. Tratamiento | Tasa de tratamiento con éxito de la tuberculosis Porcentaje de pacientes con tuberculosis farmacorresistente sometidos a tratamiento de segunda línea |
| C. Tuberculosis/VIH y afecciones comórbidas | Porcentaje de pacientes con tuberculosis en los que se estudia la presencia de VIH Porcentaje de pacientes con tuberculosis VIH positivos que reciben tratamiento antirretroviral |
| D. Tratamiento preventivo | Porcentaje de personas con VIH y menores de cinco años que son contactos de pacientes con tuberculosis y, cumpliendo los requisitos, reciben tratamiento contra infecciones latentes por el bacilo de la tuberculosis |
| PILAR DOS: POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS PROPICIOS | |
| A. Compromiso del gobierno | Porcentaje del presupuesto anual definido en los planes estratégicos nacionales contra la tuberculosis que recibe financiación |
| B. Participación de las comunidades y los proveedores | Porcentaje de los casos de tuberculosis diagnosticados que se notifican |
| C. Cobertura sanitaria universal y marcos reguladores | Porcentaje de la población sin gastos sanitarios catastróficos Porcentaje de países con un sistema certificado de vigilancia antituberculosa |

¹ Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis prevalence surveys: a handbook. Ginebra, 2011.
http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/resources_documents/thelimebook/en/index.html

| | |
|---|---|
| D. Protección social, determinantes sociales | Porcentaje de familias afectadas que afrontan gastos catastróficos por causa de la tuberculosis Porcentaje de la población sin desnutrición |
| PILAR TRES: INTENSIFICACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES Y LA INNOVACIÓN | |
| A. Descubrimientos | Porcentaje del número deseable de candidatos a medios de diagnóstico, fármacos y vacunas contra la tuberculosis nuevos que se encuentran en proceso de desarrollo |
| B. Aplicación | Porcentaje de países que introducen nuevos medios de diagnóstico, fármacos y vacunas y expanden su uso |

FUNCIÓN DE LA SECRETARÍA

75. La Secretaría, en todos los niveles de la Organización, proporcionará apoyo a los Estados Miembros en el examen, adopción, adaptación y aplicación de sus estrategias antituberculosas para después de 2015, sacando partido del marco que ofrece la estrategia. La OMS aprovechará sus ventajas comparativas en las áreas de sus funciones básicas que se exponen *infra* y utilizará su Grupo de Asesoramiento Estratégico y Técnico sobre la Tuberculosis y los órganos consultivos regionales, así como los órganos deliberantes de la Organización, con el fin de orientar y evaluar sus actividades y prestarles apoyo.

76. La OMS continuará su labor de formulación de políticas y establecimiento de normas, basándose en una amplia variedad de documentos de orientación sobre tuberculosis existentes o futuros. La Secretaría proporcionará las orientaciones y los instrumentos estratégicos necesarios para adaptar y aplicar la estrategia en diversos entornos nacionales. Será necesario utilizar de nuevo esos instrumentos a medida que se vaya disponiendo de nuevos datos sobre planteamientos eficaces y prácticas óptimas. Periódicamente se necesitarán orientaciones sobre el uso de nuevos medios de diagnóstico de la tuberculosis, métodos de ensayo de la sensibilidad a los medicamentos y nuevos regímenes terapéuticos, a medida que se vaya disponiendo de ellos. La OMS colaborará con los asociados para estimular la generación de nuevos datos y la formulación de recomendaciones normativas sobre el modo en que los programas nacionales de tuberculosis pueden participar en la agenda para el desarrollo para corregir los determinantes sociales de la tuberculosis.

77. Para lograr que la estrategia tenga una rápida repercusión y para prestar apoyo a los Estados Miembros, la Secretaría seguirá desempeñando su función básica de coordinación del apoyo técnico. Seguirá alentando las contribuciones de los asociados, a escala mundial, nacional y local. El mecanismo de asistencia técnica sobre tuberculosis (TBTEAM) que administra la OMS facilita la obtención de recursos financieros para la asistencia técnica estableciendo lazos de asociación con los principales organismos de desarrollo. Será necesario compensar las carencias de conocimientos técnicos especializados entre los organismos de apoyo colaborando con expertos en disciplinas de la acción sanitaria mundial ajenas a la tuberculosis y destacando sobre el terreno a más colaboradores jóvenes.

78. La OMS seguirá reforzando su función de rectoría en la generación de demanda de investigaciones a escala mundial, fijando las prioridades de las necesidades de la investigación en materia de tuberculosis y prestando apoyo, con los asociados, a la realización eficaz de investigaciones que fundamenten la formulación y aplicación de estrategias y políticas nacionales. Todo ello entrañará un aumento de las actividades con científicos fundamentales, epidemiólogos, sociólogos e innovadores de las comunidades pública, privada y académica, y con las poblaciones afectadas. Significará asimismo que los programas nacionales de tuberculosis deberán colaborar con los asociados del mundo acadé-

mico y las instituciones de investigación asociadas, las alianzas públicas centradas en las investigaciones y las alianzas publicoprivadas.

79. La OMS promoverá el establecimiento de alianzas eficaces para prestar apoyo a las actividades propuestas en el marco de los tres pilares de la nueva estrategia. La finalidad de esa labor en asociación será prestar apoyo a los Estados Miembros en la consecución del acceso universal a la atención y la prevención de la tuberculosis y el acceso a las poblaciones y comunidades vulnerables más afectadas por la epidemia de tuberculosis en todo el mundo. La OMS trabajará con la Alianza Alto a la Tuberculosis y tratará de establecer nuevas alianzas capaces de impulsar el compromiso y la innovación eficaces en los elementos de la estrategia que no están dirigidos por el sector de la salud.

80. A la presentación por la OMS de la estrategia Alto a la Tuberculosis 2006-2015 siguió rápidamente la traducción de la estrategia en un plan de acción mundial, integral y presupuestado de la Alianza Alto a la Tuberculosis. De modo similar, para la estrategia mundial de lucha contra la tuberculosis para después de 2015, la OMS prestará un apoyo activo a la elaboración de un plan mundial de inversiones por parte de la Alianza Alto a la Tuberculosis, en el que se expongan las actividades y se definan los recursos financieros necesarios para lograr las ambiciosas metas al tiempo que se van cumpliendo los hitos enunciados. La OMS colaborará estrechamente con la Alianza Alto a la Tuberculosis y contribuirá a la preparación del plan mundial de acción e inversiones para orientar las actividades de atención y prevención de la tuberculosis posteriores a 2015 proporcionando las aportaciones estratégicas, científicas y técnicas necesarias.

ANEXO 2

Texto modificado del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud¹

[A67/5 – 7 de mayo de 2014]

DIRECCIÓN DE LOS DEBATES EN LAS SESIONES PLENARIAS

Artículo 48

Las propuestas oficiales relativas a puntos del orden del día se podrán presentar hasta el primer día de una reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud, y no menos de dos días antes de la apertura de una reunión especial. Todas esas propuestas se remitirán a la comisión a la que se haya asignado el punto del orden del día en cuestión, excepto si ese punto se fuera a examinar directamente en una sesión plenaria.

[Artículo 49 suprimido]

¹ Véase la resolución WHA67.2

ANEXO 3

Proyecto de plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad^{1,2}

[A67/16 – 4 de abril de 2014]

1. En mayo de 2013 la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA66.9 sobre discapacidad, hizo suyas las recomendaciones contenidas en el *Informe mundial sobre la discapacidad*.³ La Asamblea de la Salud pidió además a la Directora General que preparase, en consulta con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los Estados Miembros,⁴ un plan de acción integral de la OMS basado en los datos probatorios contenidos en el *Informe mundial sobre la discapacidad*, en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución 61/106) y con el documento final de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad: «El camino a seguir: una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año».

2. La discapacidad es universal. Es bastante probable que toda persona la sufra, ya sea directamente o en la persona de un familiar aquejado de algún tipo de dificultad funcional en uno u otro momento de la vida, sobre todo al ir envejeciendo. Conforme a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y a su versión adaptada a niños y jóvenes, en este plan de acción se define «discapacidad» como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación y designa los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que sufre algún problema de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales). La discapacidad no es un fenómeno solo biológico ni tampoco únicamente social.

3. La OMS considera que la discapacidad es un problema mundial de salud pública, una cuestión de derechos humanos y una prioridad para el desarrollo. Es un problema mundial de salud pública porque las personas con discapacidad en cualquier momento de la vida afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios de salud y otros servicios conexos, como los de rehabilitación, y presentan peores resultados sanitarios que las personas sin discapacidad. Ciertas dolencias también pueden constituir un factor de riesgo para otros problemas de salud, a menudo mal tratados, como la mayor incidencia de obesidad en las personas con síndrome de Down o la mayor prevalencia de diabetes o cánceres intestinales en los afectados de esquizofrenia. La discapacidad es igualmente una cuestión de derechos humanos porque adultos, adolescentes y niños con discapacidad son objeto de estigmatización, discriminación y

¹ Véase la resolución WHA67.7.

² En este plan de acción, la expresión «personas con discapacidad» incluye a los niños y los jóvenes.

³ Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

⁴ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

desigualdad, sufren múltiples violaciones de sus derechos, en especial de su dignidad, por ejemplo en forma de violencia, abusos, prejuicios o falta de respeto en razón de su discapacidad, y además se les niega la autonomía. La discapacidad es una prioridad para el desarrollo porque su prevalencia es más elevada en los países de ingresos bajos y porque discapacidad y pobreza se refuerzan y perpetúan mutuamente. La pobreza aumenta la probabilidad de deficiencias debidas a la malnutrición, la mala atención de salud o las condiciones peligrosas de vida, trabajo o viaje. La discapacidad, además, puede traducirse en un nivel de vida inferior o abocar a la persona a la pobreza porque la priva de acceso a la educación y al empleo y porque trae aparejado un aumento de los gastos.

4. El plan de acción será aplicable y beneficiará a todas las personas con discapacidad, desde el momento del nacimiento hasta la tercera edad, entendiéndose por tales todas aquellas que tradicionalmente se han considerado discapacitadas, como niños nacidos con parálisis cerebral, usuarios de sillas de ruedas y personas ciegas, sordas o afectadas por alguna deficiencia intelectual o enfermedad mental, así como, más en general, toda persona que tenga dificultades funcionales debida a problemas de salud de muy diversa índole, como enfermedades no transmisibles, enfermedades infecciosas, trastornos neurológicos, traumatismos o afecciones resultantes del proceso de envejecimiento. En el artículo 1 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, estas personas vienen definidas como «aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».

5. La misión de la OMS estriba en buena parte en prevenir problemas de salud que puedan provocar muerte, morbilidad o discapacidad. El presente plan de acción, sin embargo, tiene por objetivo mejorar la salud, las condiciones funcionales y el bienestar de las personas con discapacidad. En él, por lo tanto, solo se tienen en cuenta las cuestiones de prevención en la medida en que las personas con discapacidad deben tener igual acceso que las demás a servicios y programas preventivos. La prevención comprende un amplio conjunto de medidas destinadas a reducir los riesgos o amenazas para la salud: fomento de modos de vida sanos, por ejemplo consejos sobre buena alimentación o sobre la importancia de hacer regularmente ejercicio físico y evitar el consumo de tabaco; protección de las personas para impedir ante todo que contraigan patologías, como en el caso de la vacunación contra enfermedades infecciosas o de las prácticas seguras de partería; detección temprana de problemas de salud secundarios o comorbilidades, por ejemplo con medidas de detección sistemática de diabetes o depresión; y reducción de los efectos de una patología ya presente por medios como el tratamiento del dolor, programas de rehabilitación, grupos de apoyo al paciente o eliminación de los obstáculos al acceso. La mejora del acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas preventivos es importante para lograr mejores resultados sanitarios, y está contemplada en los objetivos 1 y 2 de este plan.

PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN MUNDIAL

6. En el mundo hay más de 1000 millones de personas con discapacidad, lo que supone alrededor de un 15% de la población mundial, o una de cada siete personas. De todas ellas, entre 110 y 190 millones de adultos padecen dificultades funcionales importantes. Se calcula que unos 93 millones de niños (esto es, una de cada 20 personas de menos de 15 años) viven con una discapacidad entre moderada y grave. El número de personas con discapacidad seguirá aumentando debido al envejecimiento de la población y al incremento mundial de las enfermedades crónicas. Las características que reviste la discapacidad en cada país vienen influidas por las afecciones que tiendan a predominar y por factores ambientales o de otra índole, como accidentes en las vías de tránsito, caídas, violencia, emergencias humanitarias (lo que incluye desastres naturales y conflictos armados), dieta malsana o abuso de sustancias.

7. La discapacidad afecta de forma desproporcionada a las mujeres, las personas de edad y los pobres. Los niños de familias pobres, las poblaciones indígenas y los grupos étnicos minoritarios también presentan un riesgo sensiblemente mayor de padecer discapacidad. Las mujeres y las niñas con discapacidad tienden a sufrir una «doble discriminación», que se manifiesta en forma de violencia sexista, maltrato y marginación. De ahí que las mujeres con discapacidad afronten a menudo más inconvenientes que los hombres con discapacidad o las mujeres sin discapacidad. Para los indígenas, desplazados internos o apátridas, refugiados, migrantes y reclusos que padecen discapacidad también resulta especialmente difícil acceder a los servicios. La prevalencia de discapacidades es mayor en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. En el documento final de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo de 2013 se señala que, según las estimaciones, un 80% de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo, y se destaca la importancia de lograr que este colectivo sea tenido en cuenta en todos los aspectos del desarrollo, y especialmente en la agenda para el desarrollo después de 2015.

8. Las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a servicios como los de asistencia sanitaria (que engloban la atención médica, los tratamientos y las tecnologías auxiliares), educación, empleo y servicios sociales (lo que incluye vivienda y transporte). Estos obstáculos tienen orígenes diversos, por ejemplo: legislación, políticas y estrategias inadecuadas; insuficiente oferta de servicios; problemas en la prestación de servicios; desconocimiento e incompreensión de la discapacidad; actitudes negativas y discriminación; escasa accesibilidad; financiación insuficiente; y poca participación de las personas con discapacidad en decisiones que afectan directamente a su vida. También existen barreras específicas para que las personas con discapacidad tengan la posibilidad de expresar sus opiniones y buscar, recibir y difundir información e ideas en pie de igualdad con las demás personas y por los canales de comunicación que elijan.

9. Estos obstáculos abonan la situación de desventaja que sufren las personas con discapacidad. Estas personas, en particular las que viven en países en desarrollo, se encuentran en peor estado de salud, presentan tasas más altas de pobreza e índices más bajos de empleo y éxito académico, gozan de menos independencia y tienen una participación restringida en la sociedad. Muchas de las barreras que afrontan pueden evitarse, y es posible superar los inconvenientes que vienen asociados a la discapacidad. En el *Informe mundial sobre la discapacidad* se sintetizan los mejores datos científicos disponibles sobre la forma de vencer los obstáculos que afrontan las personas con discapacidad para acceder a servicios de salud, rehabilitación, apoyo y asistencia, a su entorno (edificios y transportes, por ejemplo), a la educación y al empleo.

VISIÓN, FINALIDAD, OBJETIVOS, PRINCIPIOS RECTORES Y PLANTEAMIENTOS

10. La visión que inspira el plan de acción es la de un mundo en el que todas las personas con discapacidad, así como sus familiares, vivan dignamente y con iguales derechos y oportunidades y estén en condiciones de desarrollar al máximo su potencial.

11. La finalidad general se cifra en contribuir a lograr un nivel óptimo de salud, funcionamiento, bienestar y derechos humanos para todas las personas con discapacidad.

12. El plan de acción tiene los tres objetivos siguientes:

- 1) eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud;
- 2) reforzar y extender los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario; y

3) mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos.

13. En este plan de acción se respalda la aplicación de medidas concebidas para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad consagrados en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y en particular en sus artículos 9 (Accesibilidad), 11 (Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias), 12 (Igual reconocimiento como persona ante la ley), 19 (Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad), 20 (Movilidad personal), 25 (Salud), 26 (Habilitación y rehabilitación), 28 (Nivel de vida adecuado y protección social), 31 (Recopilación de datos y estadísticas), 32 (Cooperación internacional) y 33 (Aplicación y seguimiento nacionales). Asimismo, apoya la aplicación de los artículos 4 (Obligaciones generales), 5 (Igualdad y no discriminación), 6 (Mujeres con discapacidad), 7 (Niños y niñas con discapacidad) y 21 (Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información). En él se proponen acciones destinadas a secundar los compromisos suscritos en el documento final adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Reunión de Alto Nivel sobre discapacidad y desarrollo (Nueva York, 23 de septiembre de 2103) para garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud (rehabilitación, habilitación y dispositivos auxiliares inclusive), mejorar los procesos de obtención, análisis y seguimiento de datos sobre discapacidad y fomentar el conocimiento, la sensibilidad social y la comprensión sobre el tema.

14. El plan de acción apoya la labor que la Organización lleva a cabo de forma permanente para integrar la discapacidad en todos sus programas, conforme a las recientes resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.¹ Asimismo, es coherente con el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, y tiene en cuenta, en particular, las nuevas realidades políticas, económicas, sociales y ambientales y la evolución de los objetivos sanitarios. Por otra parte, complementa y respalda la ejecución de otros planes y estrategias de la Organización, como los relativos a envejecimiento saludable, salud reproductiva y maternoinfantil, situaciones de emergencia y desastre, salud mental, ceguera y discapacidad visual evitables o enfermedades no transmisibles.

15. En su concepción, el plan de acción se rige por una serie de principios, enunciados en su mayoría en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Se trata de los siguientes:

- respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual (incluida la libertad de decidir por sí mismo) y la independencia de las personas;
- no discriminación;
- plena y efectiva participación e integración en la sociedad;
- respeto de la diferencia y aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

¹ Resoluciones 66/288 (El futuro que queremos), 66/229 (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo), 66/124 (Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad), 65/186 (La realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad hasta 2015 y después de esa fecha), 68/3 (Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad: el camino a seguir, una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año) y 64/131 (La realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad).

- igualdad de oportunidades;
- accesibilidad;
- igualdad entre el hombre y la mujer;
- respeto de la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad;
- respeto de la dignidad y el valor imprescriptibles de las personas con discapacidad cuando envejecen.

16. Pese a que las personas con discapacidad tienen una percepción única de su situación y discapacidad, se han visto excluidas de los procesos de decisión sobre cuestiones que afectan directamente a su vida. Conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, estas, a través de las organizaciones que las representan, deberán ser plenamente consultadas y participar activamente en todas las etapas de la formulación y aplicación de políticas, leyes y servicios que las incumban.

17. En su concepción y ejecución, el plan de acción reposa y se inscribe en los siguientes planteamientos:

- trabajo desde la óptica de los derechos humanos, lo que incluye potenciar la autonomía de las personas con discapacidad;
- trabajo sobre la totalidad del ciclo vital y desde todos los eslabones de la cadena asistencial;
- cobertura sanitaria universal;
- planteamiento culturalmente apropiado y centrado en el individuo;
- rehabilitación multisectorial/de ámbito comunitario;¹
- diseño universal (véase el párrafo 29 *infra*).

PROPUESTA DE ACCIONES POR PARTE DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ASOCIADOS NACIONALES E INTERNACIONALES Y LA SECRETARÍA

18. En este plan se proponen acciones específicas que han de llevar a cabo los Estados Miembros, los asociados nacionales e internacionales y la Secretaría, detallando qué se puede hacer para cumplir los tres objetivos del plan y explicitando, en forma de aportaciones de las diversas partes, posibles líneas de trabajo que indican cómo poner en práctica dichas acciones. Este conjunto de acciones y aportaciones se basa, por un lado, en datos empíricos extraídos del *Informe mundial sobre la discapacidad* acerca de fórmulas eficaces para superar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios y, por el otro, en la labor técnica de la Secretaría para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Es imprescindible que los países adapten sus acciones a sus contextos específicos.

¹ La rehabilitación de ámbito comunitario proporciona una metodología operativa para hacer realidad los derechos humanos y objetivos de desarrollo a escala comunitaria, metodología que, partiendo de un planteamiento multisectorial integral, puede propiciar la emancipación de las personas con discapacidad y sus familiares.

19. Dado que la discapacidad es una cuestión transversal, que interesa a todos los sectores y a gran número de interlocutores distintos, la ejecución del plan de acción requerirá un firme compromiso, así como recursos y actividades, de muy diversos asociados internacionales, regionales y nacionales, además de la creación o consolidación de redes regionales y mundiales. Aunque la función más destacada recae en las administraciones nacionales y locales, también hay otras partes que tienen un papel importante que cumplir, como organismos del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones en pro del desarrollo, asociaciones de personas con discapacidad, proveedores de servicios (incluidas las entidades de la sociedad civil y organizaciones confesionales), establecimientos universitarios, instancias del sector privado, comunidades y las propias personas con discapacidad y sus familiares. En el plan se reconoce asimismo la importante contribución de los cuidadores, tanto formales como informales, a la hora de respaldar a las personas con discapacidad, así como las particulares necesidades de apoyo que tiene este colectivo para cumplir tal función.

20. El éxito del plan pasa por la aplicación de un planteamiento multisectorial eficaz, con mecanismos prácticos de coordinación y ejecución entre los ministerios y departamentos responsables de la prestación de servicios de salud, rehabilitación y otros servicios conexos para las personas con discapacidad. Los ámbitos de gobierno interesados son básicamente los de salud, servicios relativos a la discapacidad, protección social, servicios comunitarios y de bienestar, economía, infraestructuras, transportes, comunicaciones, empleo y educación. Es esencial una eficaz coordinación entre todas ellas, pero cada ministerio, departamento u organismo es el primer responsable de garantizar que sus principales áreas de trabajo sean accesibles a las personas con discapacidad y respondan a sus necesidades.

21. Una forma de facilitar la colaboración multisectorial consiste en pasar por la rehabilitación de ámbito comunitario, actividad que ha ido evolucionando hasta erigirse en estrategia multisectorial que ofrece pautas prácticas sobre el modo de fortalecer los principales servicios y establecer vínculos entre ellos para garantizar que las personas con discapacidad y sus allegados puedan acceder provechosamente a la educación, el empleo y los servicios sanitarios y sociales. La aplicación de tal estrategia reposa en el trabajo combinado de las personas con discapacidad, sus familiares, las asociaciones y comunidades y los pertinentes servicios, ya sean gubernamentales o no gubernamentales, de salud, educación, integración profesional, asistencia social u otros. Este planteamiento se aplica actualmente en más de 90 países a las tareas de rehabilitación, igualdad de oportunidades, lucha contra la pobreza e integración social de las personas con discapacidad.

22. En el plan de acción se tiene en cuenta la considerable variedad de contextos y puntos de partida de los diferentes países y regiones en sus esfuerzos por garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud y ofrecerles programas y apoyo específicos. El plan está concebido para estructurar y orientar estas labores, pero en modo alguno puede ofrecer soluciones de validez universal. Es preciso que las actividades para cumplir los objetivos del plan estén adaptadas a las obligaciones, políticas, planes y metas existentes en cada región o país.

SEGUIMIENTO DE LA PROGRESIÓN HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN

23. Para seguir de cerca y cuantificar los avances hacia el logro de la finalidad general del plan cabe emplear los «indicadores de éxito» definidos para cada objetivo. Una vez aprobado el plan se determinarán los niveles de partida y las metas de referencia. Toda vez que las metas revestirán carácter voluntario y dimensión mundial, no se presupone que cada Estado Miembro vaya a alcanzar todas las metas específicas, sino que cada uno pueda contribuir en grado variable a su consecución. Como se indica en las acciones correspondientes al Objetivo 3, la Secretaría proporcionará a los Estados Miembros orientaciones, formación y apoyo técnico, previa solicitud al respecto, para mejorar de modo eficaz y rentable los análisis y el uso de los datos sobre discapacidad. Se recomienda hacer balance de

los progresos realizados en la aplicación del plan de acción e informar de ello a los órganos deliberantes una primera vez al llegar al ecuador del plan (2017) y otra vez en su último año de aplicación (2021).

OBJETIVO 1: ELIMINAR OBSTÁCULOS Y MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD

24. La salud es más que la ausencia de afecciones o enfermedades: es un estado de completo bienestar físico, mental y social. La Constitución de la OMS consagra el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad apropiada. Fomentar el derecho a la salud significa también que los Estados Miembros deben crear condiciones en las que *i*) toda persona pueda gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr y *ii*) se dispensen servicios de salud acordes con el principio del consentimiento libre e informado.

25. La discapacidad es sumamente heterogénea. Aunque algunos de los problemas sanitarios asociados generan enormes necesidades asistenciales y otros en cambio no, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades generales de asistencia sanitaria que cualquier otra persona y por lo tanto necesitan acceso a los principales servicios de salud. Las personas con discapacidad pueden ser más vulnerables a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y afecciones relacionadas con la edad y precisar servicios especializados de atención sanitaria. En ocasiones son objeto de tratamiento u otras medidas de protección sin que hayan dado su consentimiento. Algunos estudios han puesto además de relieve que ciertos grupos de personas con discapacidad presentan tasas más elevadas de conductas de riesgo tales como consumo de tabaco, dieta malsana o inactividad física. Asimismo, están más expuestas a la violencia que las personas sin discapacidad, y presentan mayor riesgo de sufrir lesiones por accidente de tránsito, quemaduras o caídas. Los niños con problemas de salud mental o deficiencias intelectuales parecen estar entre los más vulnerables, y corren un riesgo 4,6 veces mayor de sufrir violencia sexual, en comparación con aquellos que no están discapacitados.

26. Además de engendrar discapacidades, las emergencias pueden colocar en situación de mayor vulnerabilidad a las personas con discapacidad, cuyas necesidades básicas y específicas a menudo se omiten o desatienden en la gestión del riesgo de emergencias. Ni antes, ni durante, ni después de una emergencia se suelen determinar y abordar esas necesidades. Las personas con discapacidad rara vez son consultadas o están representadas en los procesos de elaboración de políticas y programas de gestión del riesgo de emergencias.

27. Gozar de buena salud permite participar en muy diversas actividades, entre ellas la educación y el empleo. Sin embargo, los datos demuestran que las personas con discapacidad en cualquier momento de la vida no gozan de igualdad de acceso a los servicios de atención de salud, tienen más necesidades asistenciales desatendidas y están en peor estado de salud que la población en general. Los sistemas de salud no suelen dar respuesta adecuada a las necesidades de atención, ya sean generales o específicas, de las personas con discapacidad. Cuando tratan de acceder a la asistencia sanitaria estas personas tropiezan con multitud de obstáculos, ya sean físicos, sistémicos o de mentalidad. El análisis de la Encuesta Mundial de Salud demuestra que las personas con discapacidad, sean hombres o mujeres, comparadas con quienes no sufren discapacidad, tienen el doble de probabilidades de considerar inadecuadas las competencias de los profesionales de la salud y las condiciones de los centros de atención, el triple de probabilidades de que se les niegue asistencia sanitaria y el cuádruple de probabilidades de que las traten mal en el sistema de salud. La mitad de las personas con discapacidad carecen de medios para costearse la atención de salud que necesitan; asimismo, las personas con discapacidad

tienen un 50% más de probabilidades, en comparación con las personas sin discapacidad, de incurrir en gastos sanitarios catastróficos.¹

28. Los principales obstáculos para acceder a los servicios de salud son los siguientes: barreras físicas relacionadas con el diseño arquitectónico de los centros de salud, los equipos médicos o los medios de transporte; falta de competencias y conocimientos adecuados por parte de los proveedores de asistencia sanitaria; ideas equivocadas acerca de la salud de las personas con discapacidad, que llevan a presuponer que estas personas no necesitan acceder a los servicios y programas de fomento de la salud o prevención de enfermedades; falta de respeto o actitudes y conductas negativas para con las personas con discapacidad; barreras informativas y dificultades de comunicación; e insuficiente información de las personas con discapacidad acerca de su derecho a acceder a los servicios de atención sanitaria. Aunque tanto los hombres como las mujeres se encuentran con obstáculos a la asistencia sanitaria, es menos probable que los primeros consideren que ellos o sus hijos están suficientemente enfermos para necesitar servicios de atención sanitaria y sepan cómo acceder a esos servicios. Los hombres también refieren más dificultades para acceder a la financiación de la atención sanitaria.

29. En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se subraya el derecho de las personas con discapacidad «a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad». En el artículo 9 (Accesibilidad) se resumen las medidas que hay que adoptar para «asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público», proporcionados por los Estados o por agentes no estatales, «tanto en zonas urbanas como rurales». Entre tales medidas están la detección y eliminación de las barreras de acceso a los edificios, las vías públicas, el transporte y demás instalaciones exteriores o interiores (comprendidas las instalaciones médicas) y a los servicios de información, comunicaciones o de otro tipo (incluidos los servicios electrónicos y de emergencia). Dada la heterogeneidad que caracteriza a los usuarios de los servicios de salud, es importante aplicar el principio de la universalidad de diseño a la hora de concebir productos, entornos, programas y servicios, a fin de garantizar que todas las personas puedan utilizarlos, en la mayor medida posible, sin necesidad de ningún tipo de adaptación o diseño especializado.

30. Las disparidades sanitarias se reducirán haciendo más integradores todos los eslabones de los actuales sistemas de atención de salud y más accesibles a las personas con discapacidad en cualquier momento de la vida los programas de salud pública (sobre todo los destinados a promover modos de vida sanos, una dieta más equilibrada y el ejercicio físico). Dado que hay múltiples factores que limitan el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad, es menester incidir en todas las dimensiones del sistema de salud, lo que incluye mejorar la gobernanza, los niveles de sensibilización y conocimiento y los datos de los ministerios de salud y otros ministerios conexos, de forma que estos puedan tener más en cuenta la cuestión de la discapacidad y mejorar el acceso a sus servicios. Se recomienda mantener niveles mínimos de protección social,² definidos país por país, que prevean una serie de garantías básicas de seguridad social y aseguren con ello un acceso universal a servicios esenciales de atención de salud y un nivel mínimo de ingresos, que incumbe a cada país determinar. Es preciso que en las políticas nacionales de atención de salud se reconozca oficialmente que ciertos gru-

¹ Cuando hay que abonar honorarios o copagos por la atención de salud, el importe puede ser tan elevado en relación con los ingresos que la persona o familia se ve abocada a una situación de «catástrofe económica». La OMS ha propuesto que se considere «catastrófico» todo gasto sanitario que sea igual o superior al 40% de los «ingresos tras gastos de subsistencia» de un hogar, esto es, la renta que queda disponible una vez cubiertas las necesidades básicas.

² *Recomendación sobre los pisos de protección social* de la Organización Internacional del Trabajo, 2012 (n.º 202): Recomendación relativa a los pisos nacionales de protección social adoptada el 14 de junio de 2012.

pos de personas con discapacidad padecen desigualdades sanitarias, reconocimiento que supondrá un paso fundamental para corregir esas disparidades y afirmar la voluntad de instituir la colaboración e impulsar labores coordinadas entre los proveedores de asistencia sanitaria. La rehabilitación de ámbito comunitario es un medio importante para garantizar y mejorar la coordinación entre los servicios de salud y el acceso a ellos, sobre todo en zonas rurales y apartadas.

31. Para tener éxito en la eliminación de los obstáculos y la mejora del acceso a los servicios de salud es imprescindible la aportación de las personas con discapacidad, que son las que mejor conocen esos obstáculos y más sufren sus consecuencias. Es importante asegurarse de que la información de índole sanitaria se publique en un formato adecuado y accesible y de que los modos de comunicación estén adaptados a lo que necesitan las personas con discapacidad (por ejemplo, uso de la lengua de signos). Es posible asimismo que algunas personas con discapacidad necesiten ayuda para reivindicar su derecho a la salud y a la igualdad de acceso a los servicios sanitarios

| OBJETIVO 1: ELIMINAR OBSTÁCULOS Y MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD | | |
|---|--|--|
| Indicadores de éxito | Medios de verificación | Evidencias de éxito |
| <p>1.1 X% de países que cuenten con una política nacional de salud donde se haga mención expresa del derecho de las personas con discapacidad a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.</p> <p>1.2 X% de países donde los seguros de salud tengan prohibida toda discriminación con respecto a discapacidades preexistentes.</p> <p>1.3 Proporción de personas con discapacidad que tengan acceso a los servicios de salud que necesiten.</p> <p>1.4 X% de hogares con personas con discapacidad que incurran en gastos directos catastróficos para sufragar servicios de salud.</p> | <p>Obtención de los datos encuestando a informantes clave de los ministerios de salud y de entidades de la sociedad civil o asociaciones de personas con discapacidad, con encuestas organizadas por la Secretaría al inicio, a los 5 años y a los 10 años.</p> <p>Aplicación de la encuesta modelo sobre discapacidad (véase el Objetivo 3) y otras encuestas nacionales sobre salud y discapacidad como parte del dispositivo de seguimiento y del método para medir la cobertura sanitaria universal.</p> | <p>Existencia de una política de salud acorde con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.</p> <p>Cobertura sanitaria universal que incluya a las personas con discapacidad.</p> |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|--|--|--|
| <p>1.1 Formular y/o reformar leyes, políticas, estrategias y planes sobre salud y discapacidad para dar cumplimiento a los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Examinar y modificar las políticas vigentes, eliminando de ellas toda disposición discriminatoria para ayudar a mejorar el acceso de las personas con discapacidad al sector de la salud y otros sectores, así como su integración en ellos. | <ul style="list-style-type: none"> Prestar apoyo técnico y elaborar directrices sobre el fortalecimiento de sistemas de salud que tengan en cuenta la discapacidad para ayudar a hacer efectiva la cobertura universal. Prestar apoyo técnico y reforzar los medios de acción de los | <ul style="list-style-type: none"> Favorecer las oportunidades de intercambio sobre políticas de probada eficacia para promover la salud de las personas con discapacidad. Participación de las instancias nacionales pertinentes, comprendidas las asociaciones de personas |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Movilizar al sector de la salud para que contribuya a la elaboración de una estrategia nacional multisectorial sobre discapacidad, junto con el correspondiente plan de acción, que asegure líneas claras de responsabilidad y mecanismos de coordinación, seguimiento y presentación de informes. • Instrumentar el apoyo del sector de la salud para seguir de cerca y evaluar la aplicación de las políticas sanitarias y garantizar así el cumplimiento de lo dispuesto en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. • Promover servicios de salud centrados en el individuo, así como la activa participación en todo el proceso de los hombres, mujeres, niños y niñas con discapacidad y asociaciones que las agrupan. | <p>ministerios de salud y otros sectores competentes para la formulación, aplicación y supervisión de leyes, políticas, estrategias y planes.</p> | <p>con discapacidad y otras entidades de la sociedad civil, en la reforma de leyes, políticas, estrategias y planes sobre salud y discapacidad.</p> |
| <p>1.2 Reforzar el liderazgo y la gobernanza en pro de una salud que tenga en cuenta la discapacidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Designar a funcionarios de enlace sobre temas de discapacidad dentro de los ministerios de salud y formular planes de acción internos que ayuden a tener en cuenta a las personas con discapacidad y favorezcan su acceso a los principales servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo a los Estados Miembros para que refuercen sus estructuras y medios de dirección; elaborar y aplicar un paquete pedagógico sobre la integración de la discapacidad en el sector de la salud. • Acoger talleres regionales sobre cobertura sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los ministerios de salud para que refuercen sus estructuras y medios de dirección para lograr que los servicios de salud tengan en cuenta la discapacidad (artículo 32 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad). • Reforzar los medios de acción de las |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|---|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Velar por que el sector de la salud esté presente en los organismos nacionales de coordinación sobre temas de discapacidad. • Velar por que las asociaciones de personas con discapacidad tomen parte en la elaboración de políticas sanitarias y los procesos de garantía de calidad. | <p>universal y equidad dirigidos a funcionarios de ministerios de salud, planificadores de políticas y representantes de asociaciones de personas con discapacidad, integrándolos en otras iniciativas en curso o conexas y tomando como punto de partida la experiencia de los países.</p> | <p>asociaciones de personas con discapacidad para que participen eficazmente en la gobernanza de los servicios de salud.</p> |
| <p>1.3 Eliminar los obstáculos que dificultan la financiación y la asequibilidad, instituyendo líneas de trabajo y medidas que garanticen que las personas con discapacidad puedan costearse y recibir la asistencia sanitaria que necesiten sin incurrir en gastos directos desmesurados y catastróficos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Destinar recursos suficientes a la aplicación de los aspectos sanitarios de la estrategia y el plan de acción nacionales sobre discapacidad. • Garantizar que los mecanismos de financiación del sistema nacional de atención de salud incluyan paquetes mínimos y medidas de reducción de la pobreza y protección social que apunten a responder, y respondan, a las necesidades sanitarias de las personas con discapacidad y que estas dispongan de información sobre esos mecanismos. • Reducir o eliminar los pagos directos en el caso de personas con discapacidad que no tengan medios para costearse la atención sanitaria. • Promover soluciones multisectoriales para cubrir los costos indirectos relacionados con el acceso a la | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico a los países para que formulen medidas de financiación de la salud que mejoren los niveles de acceso y asequibilidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros para que garanticen a las personas con discapacidad el acceso a los principales servicios de atención de salud. • Proporcionar orientaciones a los Estados Miembros para establecer y mantener niveles mínimos de protección social definidos por cada país. • Prestar apoyo a las personas con discapacidad para que accedan a la información sobre las opciones de financiación de la atención sanitaria. |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|--|--|---|
| | <p>asistencia sanitaria (p.ej. el transporte).</p> <ul style="list-style-type: none"> Allí donde existan seguros de salud privados, garantizar que sean asequibles y accesibles para las personas con discapacidad. | | |
| <p>1.4 Eliminar los obstáculos a la prestación de servicios (en especial aquellos que dificultan el acceso físico, la información y comunicación y la coordinación) en todos los programas de asistencia sanitaria, en particular los de salud sexual y reproductiva, fomento de la salud y otras iniciativas de salud pública dirigidas a toda la población.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Aprobar normas nacionales de accesibilidad (acordes con los principios de diseño universal) y velar por su cumplimiento en los principales centros de salud. Instrumentar un amplio conjunto de ajustes razonables para superar los obstáculos que dificultan el acceso a los principales servicios de salud, por ejemplo: modificaciones estructurales de las instalaciones; equipos con características de diseño universal; adaptación de los sistemas de cita previa; modelos alternativos de prestación de servicios; o uso de formatos adecuados en la comunicación e información, como lengua de signos, sistema Braille, caracteres de gran tamaño, dispositivos de lectura fácil o información ilustrada. Apoyar mecanismos para mejorar las prestaciones asistenciales dispensadas en el conjunto del sistema a las personas con | <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a detectar los obstáculos para acceder a determinados servicios, prestando apoyo técnico a la obtención de datos desglosados por discapacidad sobre el uso de los servicios. Elaborar material sobre temas de accesibilidad para los centros de salud. Facilitar pautas técnicas para ayudar a tener en cuenta a las personas con discapacidad en las políticas, estrategias y programas de salud pública. Promover la capacitación de los programas de rehabilitación de ámbito comunitario, sobre todo en temas relacionados con la salud. | <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a grupos de consumidores a realizar auditorías de accesibilidad con el fin de detectar obstáculos que puedan privar de acceso a los servicios de salud a las personas con discapacidad. Financiar programas piloto destinados a demostrar los beneficios que depara la integración de las personas con discapacidad. Potenciar la autonomía de las personas con discapacidad para optimizar su salud, y a tal efecto facilitarles información y formación y favorecer el apoyo mutuo entre ellas. Respaldar la creación de programas de rehabilitación de ámbito comunitario. |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|---|---|--|--|
| | <p>discapacidad en cualquier momento de la vida, con medidas como planificación de las altas, trabajo en equipos multidisciplinares, definición de itinerarios de derivación o elaboración de directorios de servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover y facilitar el acceso a las principales iniciativas nacionales y locales de salud pública destinadas a fomentar y proteger la salud. • Respaldar la inclusión, dentro de las actividades de los programas de rehabilitación de ámbito comunitario, de la derivación de la atención sanitaria. | | |
| <p>1.5 Superar los problemas que merman específicamente la calidad de la asistencia sanitaria dispensada a las personas con discapacidad, en particular los que tengan que ver con los conocimientos, actitudes y praxis del personal de salud y con la participación de las personas con discapacidad en decisiones que las afecten directamente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar mayores niveles de comprensión y conocimiento, así como una imagen más positiva, de las personas con discapacidad, mediante campañas específicas en los medios de comunicación y las redes sociales, elaboradas junto con asociaciones de personas con discapacidad. • Apoyar la enseñanza y formación, promoviendo y alentando la integración de la discapacidad en los correspondientes programas de estudio universitarios y en la formación continua impartida a los | <ul style="list-style-type: none"> • Hacer entender mejor y destacar lo importante que es la integración de los temas de discapacidad (incluida la cuestión de los derechos) en los programas de estudio de las facultades de medicina y enfermería y de otros establecimientos relacionados con la salud. • Elaborar modelos de programas de estudio sobre discapacidad para el personal que trabaja en la atención sanitaria, la rehabilitación y la habilitación. • Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros que estén tratando de | <ul style="list-style-type: none"> • Integrar la formación sobre la salud y los derechos humanos de las personas con discapacidad en la enseñanza universitaria y continua de todo el personal de salud. • Lograr que las personas con discapacidad participen como educadores y formadores cuando proceda. • Proporcionar formación y apoyo a los trabajadores comunitarios y cuidadores informales que ayudan a las personas con discapacidad a acceder a los servicios de salud. • Ofrecer a las personas con discapacidad la oportunidad de aprender |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|---|--|--|--|
| | proveedores de servicios. | aplicar modelos de programas de estudio sobre discapacidad y salud. | a desenvolverse y defenderse por sí mismas para abordar eficazmente sus problemas específicos de acceso a los servicios de salud. |
| <p>1.6 Dar solución a las necesidades específicas de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la gestión del riesgo de emergencia sanitaria, esto es, prevención, preparación, respuesta y recuperación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Integrar la discapacidad en las políticas, evaluaciones, planes y programas de gestión del riesgo de emergencia sanitaria. • Integrar medidas sobre la gestión del riesgo de emergencia en las políticas, servicios y programas referentes a la discapacidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar pautas y apoyo técnicos de capacitación para manejar la discapacidad en la gestión de los aspectos sanitarios del riesgo de emergencias. | <ul style="list-style-type: none"> • Integrar la discapacidad en todos los aspectos de la gestión del riesgo de emergencias previstos en los marcos y foros al respecto, ya sean estos multisectoriales o sanitarios, de ámbito mundial, regional o nacional. • Incluir la discapacidad en las evaluaciones de riesgos y tenerla presente al hacer previsiones sobre los servicios de salud en los planes de respuesta y recuperación en caso de emergencia. |

OBJETIVO 2: REFORZAR Y EXTENDER LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN, TECNOLOGÍA AUXILIAR, ASISTENCIA Y APOYO, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN DE ÁMBITO COMUNITARIO

32. No todas las personas con discapacidad, pero sí muchas de ellas, necesitan servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como rehabilitación de ámbito comunitario. A menudo el acceso a una serie de servicios y tecnologías es un requisito previo para que las personas con discapacidad puedan ir a trabajar, participar en la vida ciudadana, acceder a la atención de salud y, en el caso de los niños y adolescentes con discapacidad, asistir a la escuela. Todos estos servicios tienen por principal objetivo hacer posible que la persona se integre y participe en la comunidad.

33. En el artículo 26 (Habilitación y rehabilitación) de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se recalca la necesidad de que los Estados Partes adopten medidas apropiadas para organizar, reforzar y ampliar servicios y programas de habilitación y rehabilitación en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales. En el mismo artículo se estipula que los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías y dispositivos auxiliares destinados a las personas con discapacidad con fines de habilitación y rehabilitación. Además, los artículos 4 (Obligaciones generales), 20 (Movilidad personal) y 32 (Cooperación internacional) exigen a los Estados Miembros y la comunidad internacional que inviertan en facilitar el acceso a tecnología auxiliar de buena calidad, por ejemplo ofreciéndola a un costo asequible.

34. La habilitación y la rehabilitación pueden paliar los efectos de muy diversos problemas de salud (tales como enfermedades o traumatismos). Estos dos procederes vienen definidos en el *Informe mundial sobre la discapacidad* como «conjuntos de medidas que ayudan a las personas que padecen o puedan probablemente padecer una discapacidad a lograr y mantener un funcionamiento óptimo, en interacción con su entorno». Esas medidas, que engloban la atención médica, la terapia y las tecnologías auxiliares, deben comenzar lo antes posible y ofrecerse a las personas con discapacidad lo más cerca posible del lugar donde vivan.

35. Las tecnologías auxiliares están evolucionando con rapidez. Esta expresión engloba todo artículo, parte de un equipo o producto, ya sea adquirido comercialmente, modificado o personalizado, que se utilice para acrecentar, mantener o mejorar las aptitudes funcionales de las personas con discapacidad. Entran en esta categoría los dispositivos para mejorar la visión, audífonos, aparatos de comunicación aumentativa o alternativa, caminadores, sillas de ruedas y prótesis tales como piernas artificiales, junto con dispositivos de comunicación e información como ordenadores, programas de lectura de pantalla o teléfonos adaptados. Las tecnologías auxiliares cumplen una importante función porque habilitan a las personas con discapacidad a manejarse en la vida y participar.

36. Los servicios de asistencia y apoyo permiten a las personas con discapacidad realizar actividades cotidianas y participar en la comunidad. Estos servicios, que por lo común, además de la prestación formal, dispensan familiares u otros allegados, incluyen asistencia personal, servicios para llevar una vida independiente, servicios de relevo, interpretación en lengua de signos, apoyo laboral y educativo y labores de información y asesoramiento.

37. Los programas de rehabilitación de ámbito comunitario pueden proporcionar servicios de rehabilitación, tecnologías auxiliares y apoyo en países con escasez de recursos y potenciar la autonomía de las personas con discapacidad y sus familiares. Las directrices de la OMS sobre el tema contienen sugerencias prácticas sobre la forma de establecer vínculos con los principales servicios, reforzar la capacidad de estos y facilitar el acceso a servicios específicos.¹

38. Las inversiones en habilitación, rehabilitación y suministro de tecnologías auxiliares reportan beneficios porque fortalecen los recursos personales y pueden ser decisivas para que personas con limitaciones funcionales permanezcan en su casa o comunidad o regresen a ellas, lleven una vida independiente y se integren en la enseñanza, el mercado laboral y la vida cívica. Además, esas inversiones pueden reducir la necesidad de servicios formales de apoyo, así como el tiempo y la carga física que se impone a los cuidadores.

39. No existen datos de dimensión mundial sobre la necesidad de servicios de habilitación, rehabilitación, tecnologías auxiliares, apoyo y asistencia o sobre la índole y calidad de las medidas instituidas al respecto, ni tampoco estimaciones de las necesidades desatendidas. Sin embargo, los datos de ámbito nacional revelan grandes carencias en la prestación de servicios y el acceso a ellos en muchos países de ingresos bajos o medios. Los datos de cuatro países de África meridional, por ejemplo, han puesto de manifiesto que solo se dispensaron servicios de rehabilitación médica del 26% al 55% de las personas que los necesitaban. Actualmente la producción de audífonos satisface menos del 10% de las necesidades mundiales, y en los países en desarrollo cada año quedan cubiertas menos del 3% de las necesidades de audífonos.

40. Existen importantes obstáculos que dificultan la prestación de servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, apoyo y asistencia, en particular los siguientes: nula priorización; ausencia

¹ *Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

de políticas y planes; costos elevados y mecanismos de financiación inexistentes o insuficientes; dotación insuficiente de profesionales con la debida formación; ausencia de instalaciones y material; modelos de servicio ineficaces; y deficiente integración y descentralización de los servicios (por ejemplo, prestación de servicios de rehabilitación y habilitación en los centros de atención primaria y secundaria). En general, los grandes centros de rehabilitación y habilitación se encuentran en las zonas urbanas, y en las rurales no suele haber ni siquiera servicios terapéuticos básicos. Los viajes hasta los lugares donde se dispensan servicios secundarios o terciarios de rehabilitación y habilitación pueden ser costosos y largos, y además el transporte público no suele estar adaptado a personas con dificultades de movilidad. Las mujeres pueden tener aún más dificultades para viajar a los lugares de prestación de los servicios de asistencia sanitaria. La falta de investigaciones y datos sobre las necesidades, las necesidades desatendidas y la índole y calidad de los servicios dispensados, así como sus costos y beneficios, también lastra la creación de servicios de rehabilitación y habilitación eficaces. Por último, ni se consulta ni se da participación suficiente a las personas con discapacidad por lo que respecta a la prestación de este tipo de servicios.

41. La habilitación y la rehabilitación son actividades transectoriales, que los profesionales de la salud pueden asumir conjuntamente con especialistas en educación, empleo, bienestar social y otros campos. En lugares con escasez de recursos tales servicios pueden estar a cargo de personal no especializado, tales como trabajadores comunitarios de rehabilitación, además de familiares, amigos y colectivos de ciudadanos. Aunque los ministerios de salud cumplirán una función básica a la hora de garantizar el acceso a servicios apropiados, oportunos, asequibles y de buena calidad, también es importante tener presentes y articular los vínculos con otros ministerios, como los de bienestar social (que pueden proporcionar tecnología auxiliar o subvenciones para servicios o material), trabajo (que pueden prestar servicios de reeducación profesional) o educación (que pueden formar al personal). A menudo las entidades no gubernamentales, como organizaciones confesionales o empresas privadas, contribuyen sustancialmente a la prestación de servicios de rehabilitación y habilitación. A los gobiernos incumbe la importante tarea de definir un mecanismo por el que sea posible coordinar y regular esos servicios entre todos los sectores e interlocutores que intervienen en ellos.

42. Aunque la habilitación y la rehabilitación son actividades de carácter voluntario, hay personas que necesitan ayuda para tomar decisiones sobre las distintas opciones terapéuticas. En todos los casos los servicios de habilitación, rehabilitación, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario, deben fortalecer la autonomía de las personas con discapacidad y sus familiares. El hecho de que estas personas y los familiares de niños con discapacidad participen y decidan activamente es un ingrediente básico para el éxito de los servicios de habilitación, rehabilitación y asistencia y apoyo.

| OBJETIVO 2: REFORZAR Y EXTENDER LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN, TECNOLOGÍA AUXILIAR, ASISTENCIA Y APOYO, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN DE ÁMBITO COMUNITARIO | | |
|--|--|---|
| Indicadores de éxito | Medios de verificación | Evidencias de éxito |
| 2.1 X% de países que cuenten con políticas nacionales de habilitación, rehabilitación y servicios o programas comunitarios en beneficio de las personas con discapacidad. | Utilización de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones y de encuestas realizadas por entidades profesionales. | Existencia de legislación, políticas y reglamentos sobre servicios de rehabilitación, habilitación y comunitarios que sean compatibles con los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. |
| 2.2 Número de titulados de establecimientos educativos por cada 10 000 personas, por nivel y materia | Obtención de los datos encuestando a informantes clave de los ministerios de salud y de entidades de la sociedad | |

| OBJETIVO 2: REFORZAR Y EXTENDER LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN, TECNOLOGÍA AUXILIAR, ASISTENCIA Y APOYO, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN DE ÁMBITO COMUNITARIO | | |
|---|---|----------------------------|
| Indicadores de éxito | Medios de verificación | Evidencias de éxito |
| <p>de enseñanza (por ejemplo, medicina de rehabilitación física, fisioterapia, terapia ocupacional y prótesis y ortesis).</p> <p>2.3 Proporción de la población que esté cubierta por servicios de rehabilitación de ámbito comunitario u otros servicios dispensados a escala comunitaria.</p> <p>2.4 Porcentaje de personas con discapacidad que reciban las tecnologías auxiliares que necesitan (audífonos, dispositivos para mejorar la visión, prótesis/ortesis).</p> | <p>civil o asociaciones de personas con discapacidad, con encuestas organizadas por la Secretaría al inicio, a los 5 años y a los 10 años (indicador 2.3).</p> <p>Uso de encuestas sobre el tema, como la encuesta modelo sobre discapacidad de la OMS (indicador 2.4).</p> | |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|---|---|--|--|
| <p>2.1 Asumir el liderazgo e instaurar mecanismos de gobierno para formular y reforzar políticas, estrategias y planes sobre servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, apoyo y asistencia, rehabilitación de ámbito comunitario y otras estrategias conexas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o modificar leyes, políticas, normas y mecanismos reglamentarios en materia de servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, apoyo y asistencia desde la comunidad, rehabilitación de ámbito comunitario y otras estrategias conexas. • Efectuar análisis de la situación en los que cimentar las políticas y la planificación. • Dar mejor a conocer la rehabilitación y la habilitación, y concebir mecanismos de planificación, coordinación y financiación del sector nacional de la rehabilitación. | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar pautas técnicas, concluyendo y difundiendo directrices científicamente contrastadas sobre la rehabilitación ligada a la salud. • Facilitar pautas y asistencia técnicas para reforzar la capacidad de los ministerios de salud y otros sectores pertinentes para formular, aplicar y seguir de cerca leyes, políticas, estrategias y planes. • Acoger manifestaciones regionales sobre la elaboración y/o el refuerzo de planes de acción regionales sobre rehabilitación. • Secundar la realización de análisis de la situación a escala | <ul style="list-style-type: none"> • Participar directamente en la elaboración de políticas, estrategias y planes. • Proporcionar ayuda técnica y apoyo a los países que estén implantando o extendiendo servicios de rehabilitación y habilitación. |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|--|--|---|
| | | nacional y regional, cuyos resultados sirvan para definir planes destinados a reforzar la prestación de servicios. | |
| <p>2.2 Proporcionar suficientes recursos económicos para garantizar la prestación de servicios de rehabilitación y el suministro de tecnologías auxiliares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Crear o promover mecanismos de financiación para lograr una mayor cobertura con servicios asequibles de rehabilitación, tecnología auxiliar, así como mayores cotas de acceso a ellos. Dependiendo de las circunstancias específicas de cada país, para esta labor se podrían combinar: <ul style="list-style-type: none"> • fondos públicos destinados específicamente a las personas con discapacidad, otorgando prioridad a los elementos esenciales de la rehabilitación y habilitación, incluida la tecnología auxiliar, y a quienes carezcan de medios para pagar; • fomento de un acceso equitativo a la rehabilitación gracias a la cobertura de seguros médicos y prestaciones sociales; • reasignación y redistribución de los recursos existentes; • prestación de apoyo a través de la cooperación internacional, por ejemplo en crisis humanitarias. | <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con otros organismos competentes, proporcionar a los ministerios de salud y otros sectores e interlocutores interesados directrices científicamente sólidas acerca de mecanismos adecuados para financiar la rehabilitación. | <ul style="list-style-type: none"> • Abogar ante las autoridades nacionales por el incremento de la dotación de recursos destinados a la rehabilitación. • Prestar apoyo financiero a través de la cooperación internacional, en particular en crisis humanitarias. |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|---|---|--|
| <p>2.3 Crear y mantener una dotación duradera de personal de rehabilitación y habilitación como parte de una estrategia más general de salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Formular y aplicar planes nacionales de salud, rehabilitación y habilitación para incrementar la dotación de recursos humanos (de ambos sexos), así como sus medios de acción, para servicios de rehabilitación. • Mejorar las condiciones de trabajo y salariales, así como las oportunidades de progresión profesional, del personal de rehabilitación y habilitación, con el fin de atraerlo y retenerlo. • Elaborar normas nacionales de formación de personal de rehabilitación y habilitación de distintos tipos y grados que hagan posible la progresión profesional y la formación continua en todos los niveles. • Formar al personal de salud en identificación precoz, evaluación y derivación de personas susceptibles de beneficiarse de servicios de rehabilitación, habilitación, apoyo y asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los ministerios de salud y otros sectores e interlocutores competentes directrices científicamente fundamentadas sobre contratación, formación y retención del personal de rehabilitación. • Prestar apoyo técnico para ayudar a los ministerios de salud y otros sectores e interlocutores competentes a reforzar la capacidad de los proveedores de formación y a elaborar normas pedagógicas. • Concebir un paquete pedagógico en línea sobre rehabilitación de ámbito comunitario para mejorar las competencias del personal, especialmente a nivel comunitario. | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar normas sobre la formación de especialistas en rehabilitación de distintos tipos y grados. • Reforzar la capacidad de formación en consonancia con los planes nacionales de salud, rehabilitación y habilitación. • Aplicar medidas para mejorar la contratación y retención de especialistas en rehabilitación y habilitación, sobre todo en zonas rurales y apartadas. • Impartir a personal de salud no especializado formación sobre los aspectos de la discapacidad y la rehabilitación y habilitación que guarden relación con sus funciones y responsabilidades. |
| <p>2.4 Ampliar y reforzar los servicios de habilitación y rehabilitación, velando por su integración en todos los ámbitos de la atención primaria (incluido el nivel comunitario), secundaria y terciaria de salud y por la equidad de acceso, lo que incluye el acceso puntual</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Examinar los programas y servicios de rehabilitación y habilitación existentes e introducir los cambios necesarios para mejorar su cobertura, eficacia y eficiencia. • Integrar los servicios de rehabilitación y | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los países a integrar los servicios de rehabilitación y habilitación en el sistema de salud, poniendo el acento en la descentralización de los servicios hasta el nivel primario o comunitario. | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con los ministerios de salud para ampliar y reforzar la prestación de servicios de rehabilitación y habilitación en consonancia con los planes nacionales. |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|---|--|---|
| de niños con discapacidad a intervenciones precoces. | <p>habilitación en la infraestructura sanitaria, social y educativa existente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la rehabilitación de ámbito comunitario como estrategia para complementar y reforzar la prestación de servicios de rehabilitación y habilitación, sobre todo en países donde haya pocos servicios disponibles. • Establecer mecanismos para una coordinación eficaz entre los distintos proveedores de servicios de rehabilitación y habilitación y niveles del sistema de salud. • Trabajar con diversos interlocutores para garantizar que los servicios para niños con discapacidad estén disponibles y coordinados entre las instancias responsables de prestarlos. | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar herramientas y módulos de formación que sean útiles para instituir y reforzar servicios de habilitación y rehabilitación, en particular para niños. • Proporcionar directrices técnicas a los países que quieran poner en marcha o reforzar programas de rehabilitación de ámbito comunitario. • Secundar la creación de una base de datos mundial sobre la rehabilitación de ámbito comunitario para saber dónde se están ejecutando programas y establecer una red mundial sobre el tema que proporcione información, capacitación y apoyo a los programas que figuren en la base de datos. | <ul style="list-style-type: none"> • Promover la rehabilitación de ámbito comunitario como estrategia eficaz para apoyar a las personas con discapacidad y facilitar su acceso a los servicios de rehabilitación. • Proporcionar apoyo técnico y económico para lograr que se pongan en marcha programas de rehabilitación de ámbito comunitario de calidad y para mantener las redes existentes de dimensión mundial, regional o nacional. • Trabajar con los interlocutores competentes para instaurar o perfeccionar sistemas de derivación, de forma que las personas con discapacidad en cualquier momento de la vida puedan acceder al tipo de prestación de servicio que necesiten en cada uno de los niveles del sistema de salud. |
| 2.5 Ofrecer tecnologías auxiliares adecuadas que sean seguras, de buena calidad y de precio asequible. | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir el suministro de tecnologías auxiliares en las políticas, estrategias y planes sectoriales de salud, rehabilitación, habilitación u otros temas conexos, acompañándolo de la correspondiente dotación presupuestaria. • Instaurar diversos mecanismos y programas de financiación, por | <ul style="list-style-type: none"> • Preparar y difundir directrices científicamente fundamentadas sobre el suministro y uso de tecnologías auxiliares. • Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros con el fin de reforzar su capacidad para implantar y fortalecer el suministro y uso de tecnologías auxiliares. | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros con el fin de reforzar su capacidad para implantar y fortalecer el suministro de tecnologías auxiliares. |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|---|--|--|
| | <p>ejemplo sistemas de alquiler.</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir normas para el suministro de tecnología auxiliar. | | |
| <p>2.6 Fomentar el acceso a un conjunto de servicios de asistencia y apoyo y favorecer la vida independiente y la plena integración en la comunidad de las personas con discapacidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Contribuir a la formulación de planes que potencien los servicios de asistencia y apoyo de ámbito comunitario, previendo una dotación suficiente de recursos humanos y económicos cuando se vayan a cerrar establecimientos. Reforzar los mecanismos de derivación de casos entre los servicios de rehabilitación y habilitación y los de asistencia y apoyo. | <ul style="list-style-type: none"> Propugnar la concepción y aplicación de políticas generales adecuadas y proporcionar directrices técnicas al efecto. | <ul style="list-style-type: none"> Propugnar la elaboración de políticas generales que garanticen una prestación eficaz de servicios de asistencia y apoyo. Ayudar a las autoridades nacionales a encontrar y obtener los recursos técnicos y económicos necesarios para los servicios de asistencia y apoyo. Proporcionar información y ayuda técnicas para que las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores informales gocen de apoyo comunitario. |
| <p>2.7 Capacitar y dar participación y apoyo a las personas con discapacidad y a sus familiares y/o cuidadores informales para ayudarlas a llevar una vida independiente e integrarse plenamente en la comunidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Incluir a las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores informales en todos los aspectos de la creación y el refuerzo de servicios de rehabilitación, habilitación, apoyo y asistencia. Colaborar con otros sectores, además del de la salud, para garantizar que los cuidadores informales, en su mayoría mujeres, cuenten con el debido apoyo. | <ul style="list-style-type: none"> Favorecer el conocimiento y la comprensión de los derechos de las personas con discapacidad y de la función que cumplen los familiares y/o cuidadores informales. Mantener y estrechar los vínculos de colaboración con organizaciones y asociaciones representativas de las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores. | <ul style="list-style-type: none"> Propugnar la integración de las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores en todos los aspectos de la creación y el refuerzo de servicios de rehabilitación y habilitación. Defender el trascendental papel de los cuidadores informales en la vida de las personas con discapacidad y la importancia de promover su salud y bienestar. |

OBJETIVO 3: MEJORAR LA OBTENCIÓN DE DATOS PERTINENTES E INTERNACIONALMENTE COMPARABLES SOBRE DISCAPACIDAD Y POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LOS SERVICIOS CONEXOS

43. Para cimentar las políticas y programas sobre discapacidad y asignar los recursos con eficacia es indispensable contar con datos e investigaciones de buena calidad sobre el tema. Ello también es importante para aprehender mejor la discapacidad y las medidas que resultan eficaces para eliminar obstáculos y conseguir que las personas con discapacidad puedan participar en la sociedad y contribuir a ella en pie de igualdad con las demás.

44. No hay sin embargo, ni en los países ni a escala mundial, un acervo suficiente de investigaciones y datos rigurosos y comparables en torno a la discapacidad y los sistemas de salud. Aunque por ahora se recogen datos sobre mortalidad, falta información sobre las aptitudes funcionales y la discapacidad que sea pertinente de cara a la formulación de políticas. Los sistemas nacionales de obtención de datos, que pueden comprender censos, encuestas de población y registros de datos administrativos, no suelen recoger información sobre discapacidad. A menudo las personas con discapacidad quedan excluidas de los ensayos destinados a obtener pruebas científicas de los resultados de una intervención sanitaria. La falta de datos empíricos es un lastre importante a la hora de adoptar decisiones, lo que a su vez influye en el acceso a prestaciones básicas de salud y a servicios especializados para personas con discapacidad.

45. Los datos necesarios para reforzar los sistemas de salud son sobre todo los siguientes: número y estado de salud de las personas con discapacidad; obstáculos sociales y ambientales, incluida la discriminación; receptividad de los sistemas de salud a las personas con discapacidad; uso de los servicios de atención sanitaria por parte de las personas con discapacidad; y magnitud de las necesidades, cubiertas o no cubiertas, de atención de salud.

46. En el plano internacional es preciso definir, ensayar en distintos contextos culturales y aplicar sistemáticamente métodos para obtener datos sobre discapacidad. También hacen falta herramientas para desglosar esos datos, que además deben estar normalizados y ser internacionalmente comparables para que sea posible fijar niveles de referencia y seguir de cerca los progresos nacionales e internacionales en materia de políticas sobre discapacidad y en la aplicación de los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. A escala nacional es menester incluir el tema de la discapacidad en las actividades de obtención de datos y después analizar y utilizar estos datos con fines normativos y de planificación. El uso de definiciones de la discapacidad basadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), comprendida la versión específica para niños y jóvenes, puede servir para generar datos comparables a escala internacional. La inclusión de un módulo sobre discapacidad en las actuales encuestas por muestreo puede ser una solución rentable y eficaz para generar datos sobre las personas con discapacidad. El uso de encuestas dedicadas específicamente al tema, como la encuesta modelo sobre discapacidad que está preparando la Secretaría, debería proporcionar información completa sobre las características de la discapacidad que son de utilidad para formular políticas, como la prevalencia, los problemas de salud asociados a la discapacidad, el uso y la necesidad de servicios, la calidad de vida, las oportunidades y las necesidades de rehabilitación y habilitación. El subsiguiente desglose de estos datos por sexo, edad, nivel de ingresos u ocupación es importante para descubrir patrones, tendencias y demás información sobre los «subgrupos» de personas con discapacidad. Reuniendo datos administrativos se puede obtener información específica sobre los usuarios, la tipología, la cantidad y el costo de los servicios.

47. Atendiendo a las circunstancias de cada país deben definirse ámbitos prioritarios de investigación sobre la discapacidad en relación con la salud, que pueden incluir los siguientes: cuantificación de la discapacidad y sus determinantes; identificación de los obstáculos que dificultan la prestación de servicios de asistencia sanitaria, rehabilitación y habilitación, así como el suministro de tecnologías

auxiliares, y de estrategias para superarlos; factores de éxito de las intervenciones de fomento de la salud para personas con discapacidad; prevención de afecciones secundarias; detección precoz y derivación de problemas médicos gracias a la atención primaria de salud; relación entre necesidades de rehabilitación y habilitación, servicios dispensados, resultados sanitarios (funcionamiento y calidad de vida) y costos; modelos de prestación de servicios, métodos de desarrollo de los recursos humanos y modalidades de financiación; y relación costo-eficacia de las medidas de rehabilitación, en particular los programas de rehabilitación de ámbito comunitario. Las investigaciones relativas a la discapacidad deben dar cabida a los propios interesados, que también deben tomar parte activa, ya sea directamente o a través de las organizaciones que los representan, en la definición de las grandes líneas de investigación sobre el tema.

| OBJETIVO 3: MEJORAR LA OBTENCIÓN DE DATOS PERTINENTES E INTERNACIONALMENTE COMPARABLES SOBRE DISCAPACIDAD Y POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LOS SERVICIOS CONEXOS | | |
|---|--|--|
| Indicadores de éxito | Medios de verificación | Evidencias de éxito |
| 3.1 X% de países que hayan reunido información completa ¹ sobre discapacidad. | Respuestas de los gobiernos. | Número de países que dispongan de una herramienta de seguimiento válida y fiable para generar datos internacionalmente comparables sobre la situación sanitaria y social de las personas con discapacidad. |
| 3.2 X% de países que subvencionen la investigación relativa a la discapacidad. | Informes nacionales procedentes de los ministerios de salud y educación, centros nacionales de excelencia u organismos universitarios. | Frecuencia de obtención de datos, desglosada según se hayan obtenido o no en el último quinquenio. Programas de financiación de investigaciones, donde los haya, que proporcionen recursos para investigar sobre la discapacidad. |

¹ Entendiendo por tal la referida a todas las dimensiones del funcionamiento (deficiencias funcionales y estructurales del cuerpo, actividades y participación), así como a los problemas de salud conexos y a los factores ambientales. Téngase en cuenta que la mayoría de las iniciativas emprendidas desde el año 2000 para reunir datos sobre discapacidad excluyen los factores ambientales, y que 55 países han recopilado datos sobre las demás dimensiones. Otra posibilidad estribaría en elaborar un índice (por ejemplo, un punto por cada dimensión del funcionamiento, uno por los problemas sanitarios y otro por los factores ambientales, hasta un máximo de cinco puntos).

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 3 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|---|---|--|
| <p>3.1 Mejorar la obtención de datos sobre discapacidad con la creación y aplicación de un modelo normalizado de encuesta sobre discapacidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar herramientas válidas y fiables, coherentes con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, para posibilitar y mejorar la obtención de datos sobre discapacidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar herramientas científicamente fundamentadas para apoyar y mejorar la obtención de datos sobre discapacidad, entre ellas una encuesta modelo sobre discapacidad. • Elaborar directrices para favorecer la participación de las personas con discapacidad en la obtención, análisis y utilización de datos sobre discapacidad. • Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros con objeto de facultarlos para reunir, analizar y utilizar datos relacionados con la discapacidad, instrumentando y aplicando para ello medidas de formación. | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a la Secretaría para ayudarla a crear herramientas de obtención de datos sobre discapacidad. • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros con objeto de facultarlos para reunir datos sobre discapacidad. |
| <p>3.2 Reformar los sistemas nacionales de obtención de datos, en particular los sistemas de información sanitaria, para que incluyan sistemáticamente datos sobre discapacidad desglosados por sexo y edad atendiendo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir la discapacidad en los sistemas nacionales de obtención de datos y generar datos desglosados por sexo y edad. • Reforzar los datos sobre discapacidad, ya provengan del sistema administrativo o de los servicios, lo que incluye la gestión de historiales en los sistemas de salud, desglosados por edad y sexo. | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar pautas técnicas que ayuden a los Estados Miembros a establecer y/o reformar sus sistemas nacionales de obtención de datos, comprendido el sistema de información sanitaria, con el fin de dar más presencia en ellos a las cuestiones de discapacidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros que establezcan y/o reformen sus sistemas nacionales de obtención de datos con el fin de dar más presencia en ellos a las cuestiones de discapacidad. |
| <p>3.3 Potenciar la investigación sobre temas prioritarios en materia de discapacidad, privilegiando en particular los principales objetivos de este plan de acción.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con organismos que financien la investigación para promover la discapacidad como tema prioritario. | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, publicar y difundir directrices científicamente fundamentadas para los Estados Miembros y los asociados sobre temas prioritarios de | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los Estados Miembros y a la Secretaría a realizar investigaciones sobre temas prioritarios de discapacidad. |

| ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 3 | Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros | Aportaciones de la Secretaría | Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la investigación sobre temas prioritarios de discapacidad (p.ej., necesidades cubiertas y no cubiertas de servicios, obstáculos a la prestación de servicios o resultados sanitarios y de la rehabilitación), dando después a conocer las conclusiones y aplicándolas a la formulación de políticas y la planificación. | <p>discapacidad (tales como seguimiento y evaluación de la rehabilitación de ámbito comunitario).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con entidades de investigación marcando líneas de investigación sobre temas prioritarios de discapacidad (tales como la discapacidad relacionada con las enfermedades no transmisibles). | |
| <p>3.4 Generar y potenciar la capacidad de recursos humanos necesaria para la investigación sobre discapacidad en diversas disciplinas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Definir y aplicar una estrategia de refuerzo y desarrollo de la dotación de recursos humanos (incluidas las personas con discapacidad) para la investigación sobre el tema. • Colaborar con los principales establecimientos de enseñanza y formación (nacionales e internacionales) para capacitar a los recursos humanos en materia de investigación sobre discapacidad. • Velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a la formación que necesitan para pesar en la definición de las grandes líneas de investigación y llegar a ser investigadores. | <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los Estados Miembros y los principales asociados nacionales e internacionales para definir estrategias de refuerzo y desarrollo de la dotación de recursos humanos para la investigación sobre discapacidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros y a la sociedad civil con vistas a definir y aplicar estrategias de refuerzo y desarrollo de la dotación de recursos humanos para la investigación sobre discapacidad. • Generar oportunidades de aprendizaje e investigación creando vínculos entre las universidades de países de ingresos bajos y las de países de ingresos altos o medios. |

ANEXO 4

Salud neonatal: plan de acción

Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible¹

[A67/21 y Corr.1 – 2 y 13 de mayo de 2014]

1. Aunque en los últimos decenios se ha avanzado notablemente en la reducción del número de defunciones infantiles en todo el mundo, el descenso de las tasas de mortalidad neonatal ha sido más lento, a pesar de que gran parte de las muertes neonatales pueden prevenirse. Hoy en día existen oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de los recién nacidos, pues ahora se dispone de muchos más conocimientos sobre intervenciones eficaces, canales para la prestación de servicios y formas de acelerar la cobertura y aumentar la calidad de la atención. Muchos gobiernos y asociados han renovado recientemente su compromiso de salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos, en respuesta a la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, a la iniciativa conexas «Todas las mujeres, todos los niños» y a las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño² y la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños.³ Esta respuesta ha puesto en marcha una iniciativa, a cargo de múltiples interesados, que propone a la comunidad sanitaria mundial la elaboración de un plan de acción mundial.

PREPARACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

2. La preparación del Plan de acción para todos los recién nacidos ha estado orientada por el asesoramiento de expertos y asociados, dirigidos por la OMS y el UNICEF, y por los resultados de varias reuniones consultivas en las que participaron múltiples interesados en distintos foros mundiales y regionales.

3. A continuación tuvo lugar un nuevo proceso consultivo con los Estados Miembros, en particular sobre los objetivos y las medidas propuestas en relación con las cinco orientaciones estratégicas del plan de acción y sus metas conexas, en una reunión mundial y dos reuniones regionales de partes interesadas. Además se publicó una versión del proyecto de plan de acción en el sitio web de la OMS en diciembre de 2013 con miras a que lo consultaran los Estados Miembros y otros interesados antes de

¹ Véase la resolución WHA67.10. En adelante denominado Plan de acción para todos los recién nacidos.

² Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Keeping promises, measuring results. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

³ Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, Informe de la Comisión: septiembre de 2012. Nueva York, Naciones Unidas, 2012.

la 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo. En esa reunión, el Consejo tomó nota del proceso propuesto para seguir elaborando el proyecto de plan de acción.¹

4. A continuación se procedió a una consulta basada en la web, que se expone en el documento EB134/17 Add.1. El 4 de febrero de 2014 se envió a los Estados Miembros una nota verbal en la que se describía el proceso y se solicitaban observaciones. Además, la información acerca de la consulta en línea se difundió ampliamente en las redes sociales y otras redes relacionadas con la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño con el fin de alentar una respuesta lo más amplia posible.

5. Cuando se cumplió el plazo, el 28 de febrero de 2014, se habían recibido más de 300 observaciones, incluidas las respuestas de 43 agentes estatales, 23 asociaciones profesionales, 102 organizaciones no gubernamentales y numerosos particulares. La Secretaría tuvo en cuenta todas esas observaciones durante la revisión del proyecto de plan de acción.

6. En el Plan de acción para todos los recién nacidos se exponen objetivos y medidas claras para los Estados Miembros y otros interesados. También se proponen indicadores que pueden emplearse para evaluar tanto los avances que se realicen en la aplicación como el impacto del plan de acción.

ANTECEDENTES

7. El número de defunciones infantiles ha disminuido notablemente en los últimos decenios, en gran medida gracias a intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad después del primer mes de vida. La tasa de mortalidad entre los niños menores de cinco años ha caído a nivel mundial en casi un 50% (desde 90 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 hasta 48 muertes por 1000 nacidos vivos en 2012), pero la tasa de mortalidad de recién nacidos solo ha caído en un 37% (de 33 muertes por 1000 nacidos vivos a 21 muertes por 1000 nacidos vivos) en el mismo periodo, representando en 2012 el 44% de la mortalidad infantil total.²

8. Muchas muertes de recién nacidos pueden prevenirse y podrían evitarse aplicando las medidas propuestas en este plan y alcanzando sus objetivos y metas. El plan de acción se basa en los datos que confirman la eficacia de determinadas medidas y reconoce que la supervivencia de un neonato es un marcador sensible de la respuesta de un sistema de salud en favor de sus ciudadanos más vulnerables, y pide a todos los interesados que mejoren la calidad de la atención de salud y el acceso de las mujeres y los recién nacidos a ella en el marco del proceso asistencial continuo que se extiende desde el periodo pregestacional y el embarazo hasta la infancia y la adolescencia.

9. El plan de acción prevé un mundo sin mortalidad neonatal ni mortinatalidad prevenibles, en el que todos los embarazos serán deseados, todos los nacimientos se festejarán y en el que las mujeres, los bebés y los niños sobrevivirán, prosperarán y alcanzarán su máximo potencial. Para que esa visión se materialice, el plan propone objetivos estratégicos, objetivos en materia de mortalidad y metas de cobertura y calidad de la atención de aquí a 2035, con objetivos intermedios para 2020, 2025 y 2030. Los objetivos de mortalidad se relacionan con la cobertura buscada en materia de atención de calidad para las mujeres y los bebés en torno al nacimiento, la atención de los recién nacidos enfermos y de

¹ Véanse las actas resumidas de la 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo, sección 4 de la sesión cuarta, y séptima sesión (documento EB134/2014/REC/2).

² UNICEF, OMS, Banco Mundial, Naciones Unidas. Levels and trends in child mortality: report 2013. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, UNICEF, 2013.

bajo peso y la atención posnatal. El plan de acción incluye un marco de impacto, hitos (apéndice 1) e indicadores para medir los progresos realizados (apéndice 2).

10. Elaborado en el contexto de la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños», el plan tiene como propósito mejorar y apoyar la planificación y aplicación, de forma coordinada e integral, de medidas específicamente orientadas al recién nacido en el contexto de las estrategias y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido, del niño y del adolescente. El objetivo es alcanzar una cobertura equitativa y de calidad con atención esencial, de derivación de casos y de urgencia para las mujeres y los recién nacidos de todos los países mediante vínculos con otros planes mundiales y nacionales, así como actividades de medición y rendición de cuentas.

11. El centro de interés primordial es la supervivencia y la salud del recién nacido y la prevención de la muerte prenatal. Esas metas no estaban incluidas en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, por lo que recibieron menos atención e inversiones, lo que dio lugar a menores reducciones de la mortalidad.

12. La mortinatalidad, la supervivencia y la salud del recién nacido están intrínsecamente asociadas a la supervivencia, la salud y la nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante los embarazos y entre estos. Los periodos de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para la mujer y el niño son las horas que preceden al parto y las horas y los días que lo siguen. Por consiguiente, el plan de acción hace hincapié en la necesidad de llegar a todas las mujeres y todos los recién nacidos durante el periodo en el que son más vulnerables, es decir, en el trabajo de parto, el nacimiento y los primeros días de vida del recién nacido. La intervención en este periodo crítico es la que ofrece las mayores posibilidades de poner fin a las muertes neonatales, las muertes prenatales y las muertes de madres que pueden prevenirse, por lo que la rentabilidad de la inversión es triple. El plan forma parte de la iniciativa más general que pretende poner fin a las muertes de madres y recién nacidos. También se necesita un amplio plan de acción para las madres que dé orientaciones sobre la atención en el periodo pregestacional y durante el embarazo.

13. El plan de acción se ha elaborado en estrecha consulta con las partes interesadas; la versión preliminar publicada en el sitio web de la OMS en febrero de 2014 suscitó más de 300 observaciones formales. El plan tiene en cuenta todas las aportaciones, así como las conclusiones de un análisis de los obstáculos que se oponen a la ampliación de escala de las intervenciones eficaces para mejorar la salud del recién nacido, un análisis epidemiológico completo y un examen de los datos relativos a la eficacia de las intervenciones propuestas.

COMPROMISOS YA CONTRAÍDOS

14. La ejecución del plan de acción reforzará los compromisos existentes, como el formulado en la iniciativa Planificación Familiar 2020 «El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada»¹, en el que se hace un llamamiento para poner fin a las muertes infantiles prevenibles, y sólidas iniciativas regionales y mundiales para poner fin a las muertes maternas que pueden prevenirse. Habida cuenta de la gran proporción de muertes de menores de cinco años que se producen en el periodo neonatal y el estrecho vínculo que existe entre la mortalidad materna y la neonatal, esos compromisos no se cumplirán a menos que se hagan esfuerzos específicos encaminados a reducir la mortalidad neonatal y la mortinatalidad. El plan se apoya en otros planes de acción mundiales, como los relativos a la nutrición, las vacunas, el paludismo, la neumonía, la diarrea, el agua y saneamiento, y la

¹ Véase *El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada*. Informe sobre los progresos de 2013. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013.

eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis y el tétanos neonatal, establece vínculos con ellos y tiene en consideración múltiples marcos temporales para lograr los objetivos y metas de esos compromisos ya existentes.

15. Muchos gobiernos y asociados han renovado su compromiso de salvar las vidas de mujeres y recién nacidos, en respuesta a la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño (lanzada en 2010) y la iniciativa conexas «Todas las mujeres, todos los niños», y a las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño¹ y la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños.² Reconociendo que los avances en materia de salud del recién nacido han ido retrasados respecto de los realizados en salud de la madre y el niño, el plan de acción lleva más adelante la misión de la Estrategia Mundial, apoyando el llamamiento realizado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA58.31 (Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño), de que se consignen recursos y se acelere la aplicación de medidas nacionales para lograr un proceso asistencial continuo en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño. Esas iniciativas también afirman la salud de la mujer y el niño como cuestión de derechos humanos fundamentales.

16. El Marco mundial de inversiones para la salud de la mujer y el niño³ estima que una inversión adicional de US\$ 5 por persona al año en salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño en todo el proceso asistencial generaría un rendimiento nueve veces mayor en forma de beneficios sociales y económicos en los países con mayor carga.

17. En 2011 la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA64.12 sobre la función de la OMS en el seguimiento de la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, septiembre de 2010), expresó su honda preocupación por la lentitud y la falta de uniformidad de los avances hechos en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5. En su resolución WHA64.13, Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal, la Asamblea de la Salud observó que el avance en la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal se había estancado y pidió a la Directora General que promoviera planes específicamente destinados a mejorar el acceso a servicios de salud seguros y de calidad para la prevención y el tratamiento de las afecciones perinatales y neonatales. El plan de acción responde a esa solicitud y refleja también las decisiones de la Asamblea de la Salud en su resolución WHA64.9 sobre estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal.

DERECHOS

18. Con arreglo a los artículos 6 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, todo recién nacido tiene derecho intrínseco a la vida, la supervivencia y el desarrollo, al más alto grado posible de salud y al acceso a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. La noción de obligación jurídica se ve reforzada en la Observación General n.º 15 del Comité de

¹ Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Keeping promises, measuring results. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, Informe de la Comisión: septiembre de 2012. Nueva York, Naciones Unidas, 2012.

³ Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 2013;383:1333-54. doi:10.1016/S0140-6736(13)62231-X.

los Derechos del Niño, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud,¹ que especifica que los Estados tienen la obligación de reducir la mortalidad infantil y que se preste especial atención a la mortalidad neonatal.

19. En septiembre de 2012, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas acogió favorablemente la orientación técnica sobre la aplicación de un enfoque de derechos humanos en la ejecución de políticas y programas encaminados a reducir la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles,² reforzando los derechos de las mujeres a tener acceso a servicios de calidad, apropiados y asequibles y a recibir apoyo a lo largo de todo el proceso asistencial. La resolución 22/32 del Consejo de Derechos Humanos, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, afirmó la importancia de aplicar un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad materna e infantil prevenibles y pidió a los Estados que renovasen su compromiso político a ese respecto y adoptasen medidas para hacer frente a las principales causas de la mortalidad materna e infantil.

SITUACIÓN ACTUAL

20. Además de los 2,9 millones de niños que mueren en el primer mes de vida, se calcula que hay 2,6 millones de mortinatos (fallecidos en el último trimestre de la gestación o durante el parto) y que cada año fallecen unas 287.000 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto. La tasa anual media mundial de reducción de la mortalidad neonatal desde 1990 ha sido un 2,0%, inferior a la de la mortalidad materna (3,1%) y la mortalidad de menores de cinco años (2,9%).³

21. La mayoría de las muertes de recién nacidos se producen en países de ingresos bajos y medianos. Dos terceras partes de ellas se concentran en 12 países,⁴ seis de los cuales están en el África subsahariana. Los países con una tasa de mortalidad neonatal de 30 o más muertes por 1000 nacidos vivos totalizan el 60% de las muertes de recién nacidos.⁵

22. Muchos de los países con una alta carga de mortalidad neonatal han vivido recientemente conflictos o situaciones de emergencia humanitaria. Otros países tienen sistemas de salud débiles con infraestructuras limitadas y baja densidad de profesionales sanitarios calificados; además, el gasto directo para la población es alto. La falta de equidad en el acceso de las mujeres y los niños a servicios de salud de calidad da lugar a marcadas disparidades en las tasas de mortalidad y la cobertura de las intervenciones, tanto entre países como dentro de ellos. Sin embargo, desde 2000, 11 países de bajos ingresos han reducido sus tasas de mortalidad neonatal en más del 40%⁶, demostrando que es posible avanzar con rapidez.

¹ Convención sobre los Derechos del Niño, documento CRC/C/GC/15.

² Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, resolución 21/6.

³ OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012, y UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Levels and trends in child mortality: report 2013. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013, respectivamente.

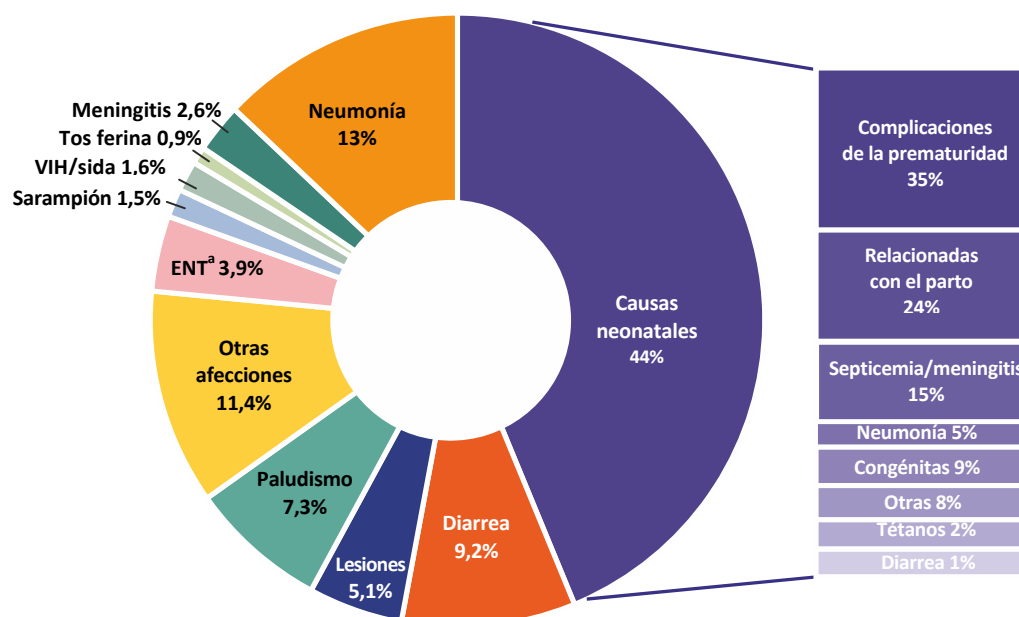
⁴ Por orden descendente de la cifra anual de muertes neonatales: India, Nigeria, Pakistán, China, República Democrática del Congo, Etiopía, Bangladesh, Indonesia, Angola, Kenya, República Unida de Tanzania y Afganistán.

⁵ Afganistán, Angola, Burundi, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Etiopía, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, India, Lesotho, Malí, Mauritania, Mozambique, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia, Sudán del Sur, Swazilandia, Togo y Zimbabwe.

⁶ Bangladesh, Camboya, Egipto, El Salvador, Malawi, Mongolia, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal y Sri Lanka.

23. Tres causas fueron responsables de más del 80% de la mortalidad neonatal en 2012 (figura 1): las complicaciones de la prematuridad, las muertes neonatales relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal) y las infecciones neonatales. Las complicaciones de la prematuridad son también la segunda causa de muerte de menores de cinco años. Cada año se producen 15 millones de nacimientos prematuros y 32,4 millones de niños nacen con un peso inferior al 10º percentil de su edad gestacional, 10 millones no respiran al nacer y de ellos seis millones requieren reanimación (ventilación mediante bolsa y mascarilla).

Figura 1. Causas de muerte de menores de 5 años, 2012



Más del 80% de las muertes neonatales se producen en bebés de bajo peso (prematuros o pequeños para la edad gestacional) en los lugares con mayor carga.

^a ENT = enfermedades no transmisibles.

Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2014

24. Los mayores riesgos de muerte gestacional, neonatal y a lo largo de la lactancia y la primera infancia son los que corren los bebés de pequeño tamaño y poco peso al nacer, es decir, los que nacen antes de tiempo o son pequeños para la edad gestacional. Más del 80% de las muertes de recién nacidos se producen entre bebés de pequeño tamaño en Asia meridional y África subsahariana.

25. Las discapacidades siguen siendo una cuestión importante. Muchas podrían prevenirse mediante cuidados adecuados durante el trabajo de parto y el nacimiento, así como en el periodo neonatal. Los bebés prematuros que sobreviven al primer mes de vida se enfrentan a un riesgo mayor de mortalidad posneonatal, trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo, retraso del crecimiento y enfermedades transmisibles. Los bebés que son pequeños para su edad gestacional pueden padecer retraso del crecimiento y trastornos metabólicos en la edad adulta. Cuatro millones de recién nacidos a término o poco antes del término padecen otras afecciones que ponen en riesgo su vida, como lesiones cerebrales relacionadas con el parto, infecciones bacterianas graves e ictericia patológica, que producen trastornos para toda la vida. Más de un millón de recién nacidos sobreviven cada año con trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo. Por consiguiente, es importante no limitarse a la supervivencia y proporcionar la debida atención de seguimiento a los niños afectados por estos trastornos,

con el fin de asegurar una detección precoz y una atención y rehabilitación apropiadas. Como subraya el artículo 23 de la Convención de los Derechos del Niño, también es importante atender las necesidades de los niños con discapacidad mental o física.

26. Alrededor del 10% de la carga de morbilidad mundial guarda relación con afecciones neonatales y congénitas. Como reconoció la Asamblea de la Salud en la resolución WHA63.17 sobre defectos congénitos, los factores que llevan a los defectos congénitos y anomalías congénitas pueden influir en los resultados sanitarios para los bebés que sobreviven al periodo neonatal, al igual que muchas de las diversas causas y determinantes de los trastornos congénitos. La prevención de los defectos de nacimiento y la prestación de atención a los niños afectados deben integrarse en los servicios existentes de salud materna, reproductiva e infantil, con prestación de servicios sociales a todos los que los necesiten.

27. Los determinantes sociales son un importante factor en la salud de las madres y los recién nacidos. La pobreza, la desigualdad y la agitación social perjudican la atención de la madre y el recién nacido por muy diversos cauces, entre ellos un estado nutricional deficiente de las niñas y las mujeres (incluso durante el embarazo) y carencias en materia de vivienda y saneamiento. Las emergencias humanitarias complejas desencadenan importantes movimientos de población (que incluyen a mujeres embarazadas y recién nacidos) y ponen en peligro el acceso a sistemas de salud operativos. Los bajos niveles de instrucción, la discriminación por razón de sexo y la falta de capacitación impiden a las mujeres acudir a los servicios de atención de salud y tomar las decisiones más adecuadas para ellas mismas y para la salud de sus hijos, lo que acarrea retrasos peligrosos y muertes que no tendrían por qué producirse. Este plan de acción reconoce los vínculos inherentes entre los factores relacionados con el contexto y la salud de las madres y los recién nacidos y se centra primordialmente en soluciones que parten del sistema sanitario.

INTERVENCIONES EFICACES PARA MEJORAR LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

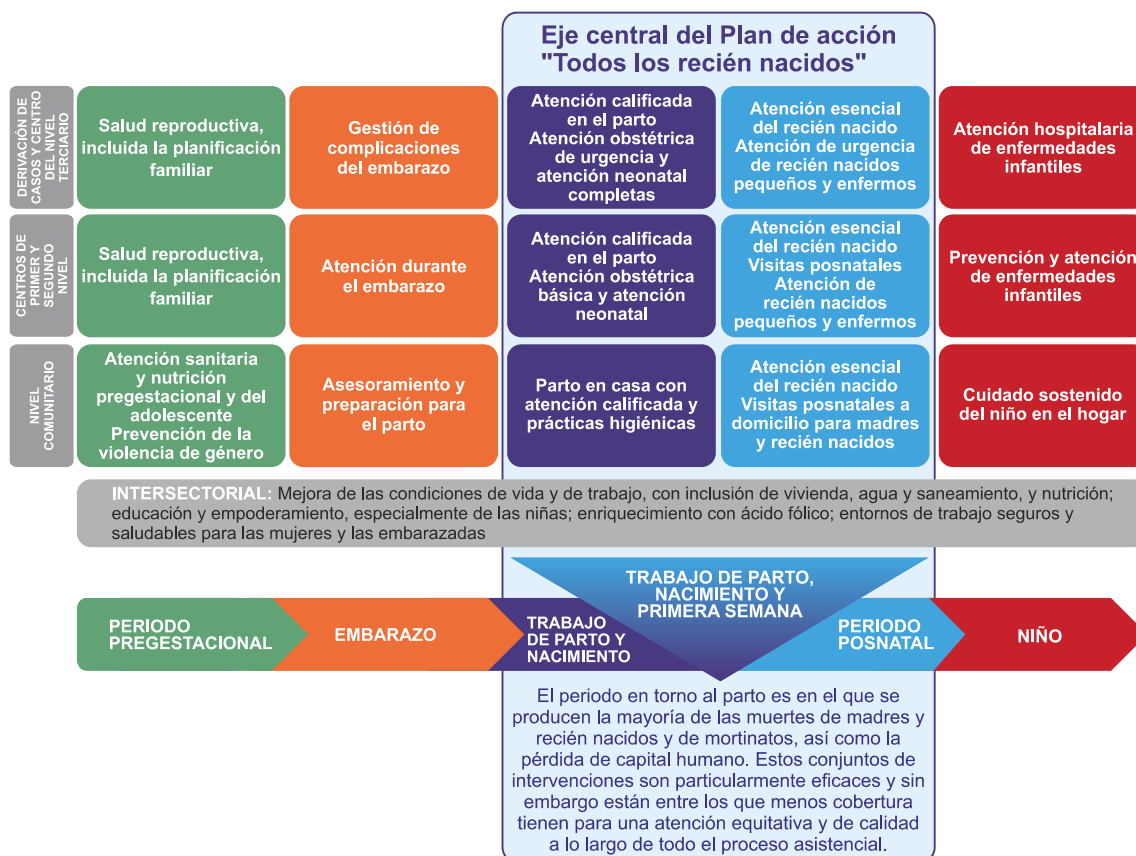
28. Hoy en día existen oportunidades sin precedentes para mejorar la salud del recién nacido, tras decenios de análisis e investigación que han generado información sobre la carga y las causas de la mortalidad neonatal, han demostrado intervenciones eficaces y canales para la prestación de servicios y han encontrado formas de acelerar el avance en la ampliación de la cobertura de intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad.¹

29. Las intervenciones eficaces orientadas a mejorar la supervivencia y la salud de los recién nacidos constituyen uno de los componentes de los servicios integrados de salud reproductiva, materna, del recién nacido, del niño y del adolescente (figura 2). Se han documentado adecuadamente en todas las etapas de la vida y se han agrupado en conjuntos concebidos para los diversos niveles de prestación de servicios.² Muchas de ellas se dispensan desde plataformas comunes para la prestación de atención de salud; la planificación y la dispensación integradas pueden garantizar unos servicios de salud eficientes y eficaces para las mujeres y los niños.

¹ Recopilación de recomendaciones de la OMS sobre salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/, consultado el 27 de marzo de 2014).

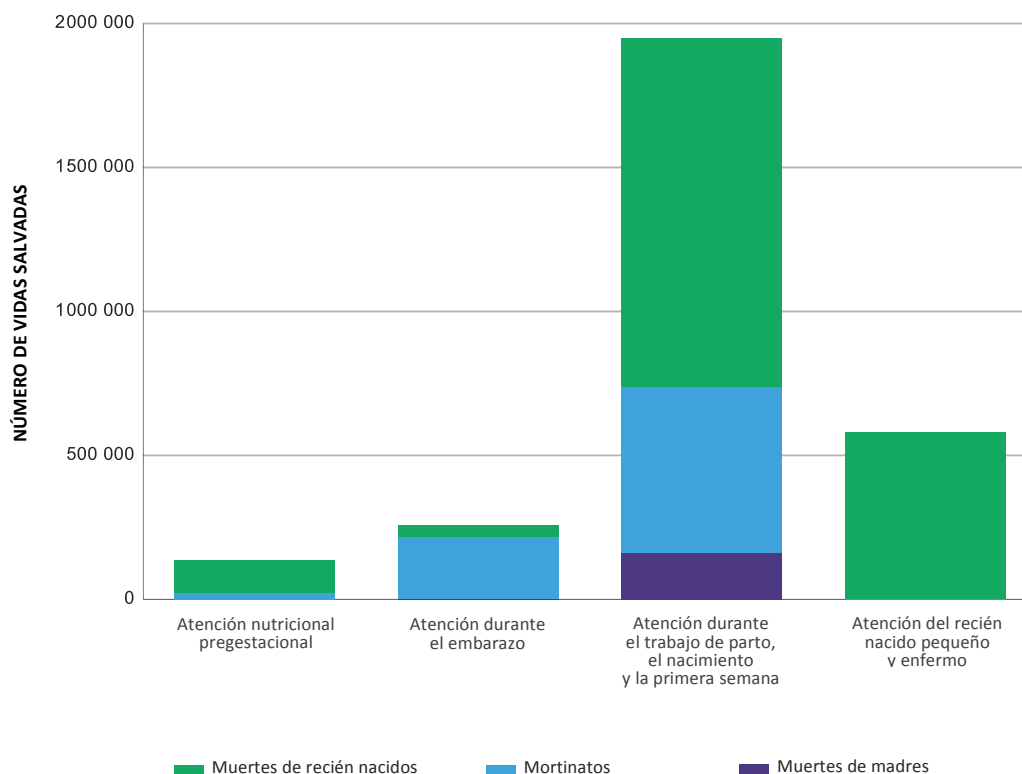
² Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. *A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health*. Ginebra, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, 2011.

Figura 2. Conjuntos de intervenciones en el proceso asistencial



30. Los conjuntos de intervenciones más eficaces para poner fin a las muertes neonatales y la mortinatalidad que pueden prevenirse incluyen la atención durante el trabajo de parto, el parto y la primera semana de vida, y la atención de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño. En la figura 3 se presentan los resultados preliminares del impacto estimado de esas intervenciones si se lograra la cobertura universal de aquí a 2025. Estos conjuntos de intervenciones, por ser los que más vidas de recién nacidos salvarían, además de prevenir muertes de madres y mortinatos, constituyen el eje del Plan de acción para todos los recién nacidos.

Figura 3. Número de vidas que podrían salvarse de aquí a 2025 con una cobertura universal de la atención (resultados preliminares)



Fuente: Análisis especial detallado en la serie *Every Newborn* de *The Lancet*.¹

31. Las intervenciones incluidas en el conjunto «atención durante el trabajo de parto, el nacimiento y la primera semana de vida» incluyen, aunque no de forma exhaustiva, la atención por personal calificado durante el nacimiento, atención obstétrica básica e integral, atención a los partos prematuros (incluida la corticoterapia gestacional), y cuidados básicos del recién nacido (cuidados higiénicos, control térmico, apoyo a la lactancia materna y, en caso necesario, reanimación del recién nacido). Es importante que las intervenciones destinadas a la madre y el recién nacido se consideren una unidad funcional administrada en un estrecho margen temporal y a cargo del mismo proveedor de atención (o equipo asistencial) y en el mismo lugar, derivándose a la madre y el bebé juntos en caso de complicaciones.

32. El conjunto de intervenciones «atención del recién nacido pequeño y enfermo» comprende las intervenciones encaminadas a tratar las complicaciones derivadas de la prematuridad o el pequeño tamaño para la edad gestacional, así como de las infecciones neonatales (septicemia, meningitis, neumonía y las que provocan diarrea). El tratamiento apropiado de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño incluye un control térmico especial y el apoyo a la alimentación de los bebés pequeños o prematuros, incluidos el método madre canguro, la antibioterapia contra las infecciones y una aten-

¹ Bhutta Z, Das J, Bahl R, Lawn J, Salam R, Paul V et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384: 347–370. doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3.

ción de apoyo completa en el hospital. Esta última comprende apoyo alimentario adicional (incluida alimentación con taza y tubo nasogástrico y la administración de líquidos por vía intravenosa), prevención y tratamiento de las infecciones, oxigenoterapia en condiciones de seguridad, tratamiento de los casos de ictericia y quizá apoyo con tensioactivos y de tipo respiratorio.

33. La atención posnatal proporciona la plataforma de prestación de atención al recién nacido normal, que incluye la promoción de prácticas saludables y la detección de problemas que exigen atención adicional. Tiene lugar en un marco temporal diferente, a menudo a cargo de proveedores distintos en distintos lugares. La atención del recién nacido normal incluye el inicio temprano de la lactancia materna (exclusiva), la prevención de la hipotermia, prácticas higiénicas de atención neonatal y el debido cuidado del cordón umbilical. Se recomienda una observación estrecha durante 24 horas y al menos tres contactos adicionales después del nacimiento (el día 3 (48-72 horas), entre los días 7 y 14, y a las seis semanas del nacimiento) para todas las madres y sus recién nacidos con el fin de establecer buenas prácticas de atención y detectar cualquier trastorno que pueda poner en peligro sus vidas.¹

34. Otras intervenciones a lo largo del proceso asistencial continuo son igualmente vitales para la supervivencia y la salud de las mujeres y sus bebés. Por ejemplo, la atención prenatal brinda la oportunidad de prestar servicios integrados a las embarazadas, incluidos servicios obstétricos, pero también se ocupa de las infecciones, por ejemplo la prevención, detección y tratamiento del paludismo y la sífilis en el embarazo, la atención de mujeres con tuberculosis e infección por el VIH, la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y la reducción de hábitos nocivos como el consumo de tabaco y de alcohol. Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS 2013, la tasa de cobertura de algunas intervenciones, como la vacunación con anatoxina tetánica, ya es muy alta en algunos entornos (actualmente, el 82% de los recién nacidos quedan protegidos al nacer contra el tétano neonatal); por consiguiente, hay menos potencial para evitar muertes (véase la figura 3), pero es indispensable que las tasas de cobertura sigan siendo elevadas. Alrededor del 81% de las mujeres reciben atención al menos una vez durante el embarazo, pero solo el 55% recibe el mínimo recomendado de cuatro visitas o más, y la calidad de la atención a menudo no es suficiente.

35. La atención antes del embarazo y entre embarazos influye en la supervivencia y la salud de las mujeres y sus bebés. La planificación de la familia es una contribución fundamental pues permiten retrasar, espaciar y limitar los nacimientos, todo lo cual puede reducir la mortalidad neonatal y mejorar la salud de las madres, sus bebés y sus otros hijos. El acceso a la planificación familiar y el derecho a decidir cuándo y con qué frecuencia se quedan embarazadas empoderan a las mujeres y las niñas y mejoran la salud y la supervivencia de los bebés. Las inversiones en planificación familiar contribuirán considerablemente a una reducción global de la mortalidad materna y neonatal: reducir el número de embarazos no deseados podría evitar el 60% de las muertes maternas y el 57% de las muertes infantiles.

36. Otros componentes de la atención antes del embarazo y entre embarazos que influyen en la salud del recién nacido incluyen la enseñanza de aptitudes para la vida, la nutrición, la prevención y gestión de prácticas nocivas (incluidos el consumo de tabaco y alcohol), la identificación y el tratamiento de adicciones como las infecciones de transmisión sexual y las enfermedades mentales, y hacer frente a la violencia de pareja. La situación nutricional de las mujeres reviste particular importancia, pues una mujer desnutrida antes del embarazo tiene más probabilidades de dar a luz un bebé prematuro o pequeño para su edad gestacional. Ese riesgo viene determinado en parte por la mala nutrición de la mujer en sus propios primeros 1000 días de vida y durante su adolescencia. Es indispensable inte-

¹ Recomendaciones de la OMS sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

rrumpir el ciclo intergeneracional de mala salud y desnutrición, especialmente cuando cada vez hay más pruebas de los vínculos entre el bajo peso al nacer y la desnutrición en los primeros 1000 días de vida y el aumento de las enfermedades no transmisibles en la edad adulta.

37. Prevenir los embarazos precoces no deseados en las adolescentes es uno de los grandes componentes de los esfuerzos encaminados a mejorar la salud de los recién nacidos.¹ Las madres muy jóvenes y sus bebés están expuestos a mayores riesgos derivados del embarazo y el parto.² Retrasar el embarazo en las adolescentes es un medio decisivo para salvar vidas de madres y recién nacidos y empoderar a las niñas con el fin de que terminen sus estudios.

38. La atención a la mujer antes y durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal y entre embarazos³ y al recién nacido es prestada en condiciones óptimas por un profesional sanitario especializado y con calificación en partería. La atención debe ser respetuosa y optimizar los procesos biológicos normales. En la mayoría de los casos, el proveedor de atención será una partera profesional, que habrá de contar con el apoyo de un equipo compuesto por otros profesionales sanitarios, como enfermeros, obstetras y pediatras, cuando surjan complicaciones. El equipo puede ofrecer todos los aspectos de la atención en lugares donde no existan parteras profesionales; en esos casos, se utiliza la expresión «personal de partería».

39. Los agentes de salud comunitarios, especialmente en zonas rurales, pueden desempeñar un importante papel para acercar los servicios de salud a las familias; se ha demostrado que las visitas a domicilio que realizan durante el embarazo y en la primera semana después del nacimiento repercuten positivamente en las prácticas de cuidado del recién nacido y en las tasas de mortalidad de neonatos. También son eficaces para detectar y derivar a las madres que presentan complicaciones después del parto y ofrecer asesoramiento en planificación familiar. Otros agentes comunitarios, como los líderes tradicionales, miembros respetados de la familia y las parteras tradicionales, también influyen en la demanda y en el acceso a atención especializada.

40. La dispensación de atención de salud en todas las etapas de la vida exige una coordinación funcional e ininterrumpida entre los diversos niveles asistenciales y entre los sectores público y privado. Prestar asistencia sanitaria a las mujeres y los recién nacidos requiere la coordinación de programas técnicos e iniciativas y la colaboración entre todas las partes interesadas: gobiernos, asociaciones profesionales, la sociedad civil, instituciones académicas y de investigación, la comunidad empresarial, los asociados en el desarrollo y las familias.

EL PLAN DE ACCIÓN: VISIÓN Y OBJETIVOS

41. El Plan de acción para todos los recién nacidos tiene la **visión** de un mundo sin mortalidad neonatal ni mortinatalidad prevenibles, en el que todos los embarazos serán deseados, todos los nacimientos se festejarán y las mujeres, los bebés y los niños sobrevivirán, prosperarán y alcanzarán su pleno potencial.

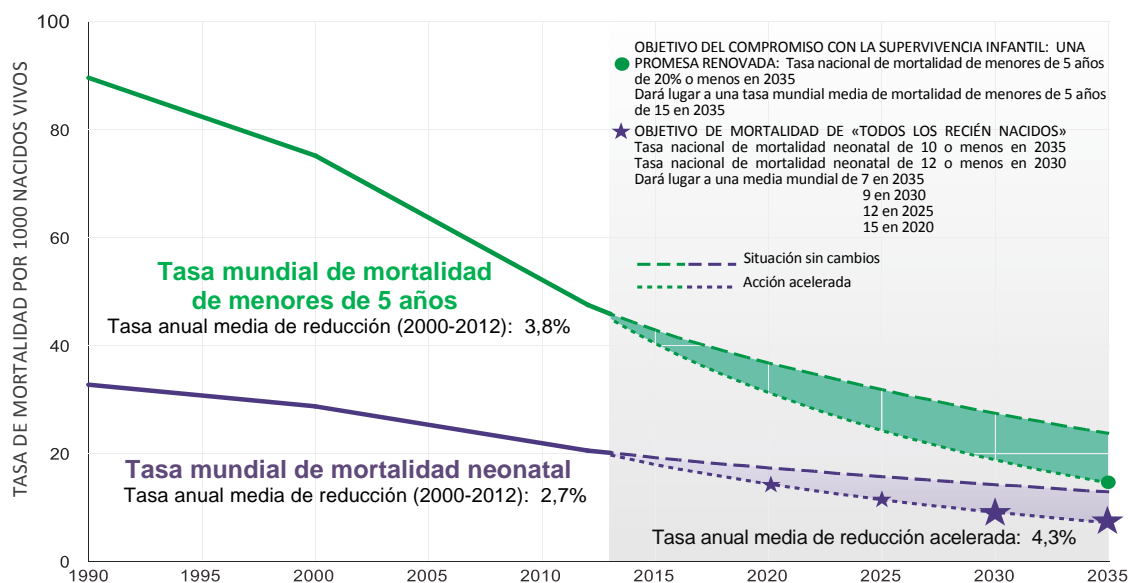
¹ WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial, 2013. Nueva York, NY: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013.

³ La expresión «atención neonatal» se utiliza para denominar a la atención que se presta a las madres y los bebés durante las seis semanas que siguen al nacimiento, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre atención neonatal de la madre y el recién nacido (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013).

42. **Objetivo 1: poner fin a la mortalidad neonatal prevenible:**¹ Para 2035, todos los países habrán alcanzado la meta para la tasa de mortalidad neonatal de 10 muertes de neonatos o menos por 1000 nacidos vivos, y seguirán reduciendo la mortalidad y la discapacidad, asegurándose de que ningún recién nacido quede atrás. El logro de este objetivo dará lugar a una tasa mundial media de mortalidad neonatal de siete muertes por 1000 nacidos vivos, cifra compatible con la formulada por *El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada*² de poner fin a las muertes infantiles prevenibles, y es necesaria para su logro. De aquí a 2030, todos los países alcanzarán la tasa de 12 muertes de recién nacidos o menos por 1000 nacidos vivos, lo que dará lugar a una tasa mundial media de mortalidad de nueve muertes por 1000 nacidos vivos (en la figura 4 se presentan otros objetivos intermedios). Se pretende que esas tasas también estén vinculadas con otras que se propondrán próximamente para poner fin a las muertes maternas prevenibles. Todos los países deben asegurar que ese objetivo se alcanza también en las poblaciones insuficientemente atendidas, maximizando el capital humano. El objetivo puede considerarse una continuación del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad en la niñez) para resolver la cuestión inacabada de la reducción de las muertes de recién nacidos.

Figura 4. Poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños



Fuentes: Datos procedentes de la serie Every Newborn de *The Lancet*.³

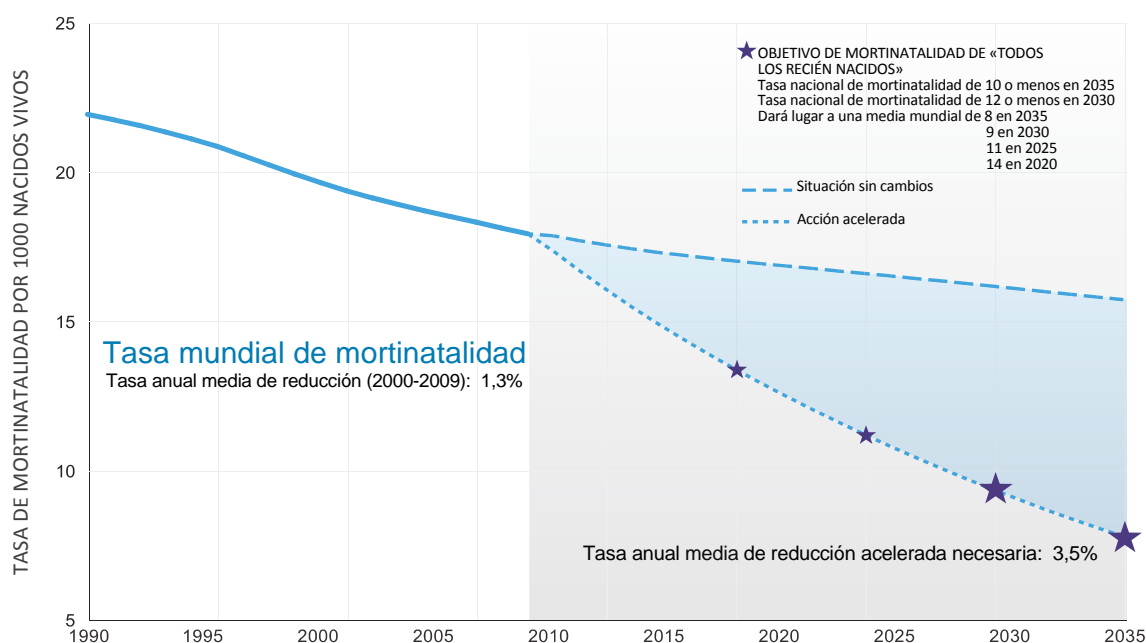
¹ La muerte de un recién nacido se define como la muerte en un plazo de 28 días desde el nacimiento de cualquier bebé nacido vivo con independencia de su peso o edad gestacional.

² El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe sobre los progresos de 2013. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013.

³ Lawn J, Blencowe H, Oza S, You D, Lee A, Waiswa P et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014;384:189–205. doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.

43. **Objetivo 2: poner fin a la mortinatalidad prevenible:**¹ Todos los países habrán logrado la meta para la tasa de mortinatalidad de 10 mortinatos o menos por 1000 nacimientos totales de aquí a 2035 y seguirán acortando las diferencias en materia de equidad. El logro de esta meta dará lugar a una tasa mundial media de mortinatalidad de ocho por 1000 nacimientos totales. De aquí a 2030, todos los países lograrán la tasa de 12 mortinatos o menos por 1000 nacimientos totales, lo que dará lugar a una tasa mundial media de mortinatalidad de nueve muertes por 1000 nacidos totales (en la figura 5 se presentan otros objetivos intermedios). Todos los países deberán centrarse en reducir las desigualdades y utilizar datos de auditorías para rastrear y prevenir todos los casos de mortinatalidad evitables.

Figura 5. Poner fin a la mortinatalidad prevenible



Fuentes: Datos procedentes de la serie Every Newborn de *The Lancet*.²

44. Las ambiciosas metas que se proponen en este plan de acción para poner fin a las muertes de recién nacidos y la mortinatalidad prevenibles de aquí a 2035, con metas intermedias para 2030, 2025 y 2020, exigen una cobertura universal, equitativa y de calidad con atención básica, de derivación de casos y de urgencia para todas las mujeres y todos los recién nacidos en todos los países. Ello exige actividades de medición, rendición de cuentas y vínculos con otros planes mundiales y nacionales.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y PRINCIPIOS DEL PLAN DE ACCIÓN

45. Para que se alcancen la visión del plan y sus metas en materia de mortalidad, el Plan de acción para todos los recién nacidos propone cinco objetivos estratégicos:

¹ Para los fines de la comparación internacional, se define mortinato como un niño nacido sin signos de vida, que pesa más de 1000 g o ha pasado más de 28 semanas completas de gestación.

² Lawn J, Blencowe H, Oza S, You D, Lee A, Waiswa P et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014;384:189–205. doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.

Objetivo estratégico 1: Fortalecer, mediante inversiones, la atención durante el parto y el primer día y la primera semana de vida. Una gran proporción de las muertes de madres y recién nacidos y de la mortinatalidad se produce en este periodo. Muchas muertes y complicaciones pueden evitarse asegurando la prestación de atención básica de alta calidad a todas las embarazadas y los bebés durante el trabajo de parto, el nacimiento y en las primeras 24 horas y la primera semana que lo siguen.

Objetivo estratégico 2: Mejorar la calidad de la atención materna y neonatal. La calidad de la atención sigue siendo sumamente desigual a lo largo del proceso asistencial de la madre y el niño. En muchos entornos, las mujeres y los recién nacidos no reciben la atención que necesitan, ni siquiera cuando tienen contacto con el sistema de salud antes, durante o después del embarazo. Para mejorar esta situación, la clave del éxito radica en introducir una atención de alta calidad con intervenciones costoeficaces de gran impacto para la madre y el bebé, en la mayoría de los casos prestada simultáneamente a ambos por el mismo personal sanitario con conocimientos especializados.

Objetivo estratégico 3: Llegar a todas las mujeres y todos los recién nacidos para reducir las desigualdades. El acceso de las personas a la atención sanitaria de alta calidad que necesitan sin que el hecho de pagarla las exponga a dificultades económicas es un derecho fundamental. Hay pruebas cada vez más sólidas de que existen enfoques orientados a poner fin a la mortalidad neonatal prevenible que logran acelerar la ampliación de la cobertura de intervenciones esenciales mediante innovaciones como la delegación de tareas, la mejora del acceso a productos básicos de importancia vital, seguros de salud y mecanismos de financiación, y el uso de las tecnologías de la información y de las redes sociales y de conocimiento.

Objetivo estratégico 4: Aprovechar la influencia de los padres, las familias y las comunidades. Los dirigentes comunitarios, los grupos de mujeres y los agentes comunitarios comprometidos pueden lograr que la situación cambie y los resultados de salud de los recién nacidos mejoren, particularmente en las comunidades rurales pobres. La educación y la información son fundamentales para empoderar a los padres, las familias y sus comunidades de modo que exijan atención de calidad y para mejorar las prácticas de atención en el hogar.

Objetivo estratégico 5: Contabilizar a todos los recién nacidos. Medición, seguimiento de los programas y rendición de cuentas. Las mediciones permiten a los gestores mejorar el desempeño y adaptar las acciones en función de las necesidades. La evaluación de los resultados y los flujos financieros mediante indicadores normalizados mejora la rendición de cuentas. Urge mejorar los métodos de medición a escala mundial y nacional, sobre todo los relativos a los resultados obstétricos y la calidad de la atención en torno al parto. Es primordial registrar a todos los recién nacidos y contabilizar todas las muertes neonatales, como también lo es contabilizar todas las muertes maternas y los mortinatos.

46. El plan de acción se basa en cinco principios rectores:

1) **Liderazgo de los países.** En primera instancia, el plan pertenece a los países, los cuales tienen la responsabilidad de establecer una buena gobernanza y prestar unos servicios de salud reproductiva, materna y neonatal eficaces y de buena calidad. La participación de la comunidad en la planificación, la aplicación y el seguimiento de políticas y programas que les afectan es una característica clave de este liderazgo, ya que constituye uno de los mecanismos transformativos más eficaces para la acción y la responsabilización en pro de la salud del recién nacido. Los asociados para el desarrollo deberían armonizar sus contribuciones y acciones.

- 2) **Derechos humanos.** Los principios y las normas derivados de los tratados internacionales de derechos humanos deben orientar todas las actividades de planificación y programación para la salud reproductiva, materna y del recién nacido y todas las fases del proceso de programación. Las pruebas objetivas y la práctica demuestran la importancia vital que tienen para la salud y el desarrollo muchos resultados de derechos humanos.
- 3) **Integración.** Para dispensar a todas las mujeres y todos los recién nacidos una atención de buena calidad que esté disponible sin discriminación y sea accesible y aceptable, se requiere una prestación integrada de servicios. La coordinación de los enfoques del sistema de salud entre los diversos programas, interesados e iniciativas del proceso asistencial de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño y en materia de nutrición es por consiguiente indispensable, sin que se diluya el contenido específicamente relativo al recién nacido.
- 4) **Equidad.** Es fundamental lograr una cobertura equitativa y universal de las intervenciones de gran impacto y centrarse en llegar a los grupos excluidos, vulnerables y pobres de la población para respetar el derecho a la salud de todas las mujeres y todos los recién nacidos a la vida, la supervivencia, la salud y el desarrollo.
- 5) **Rendición de cuentas.** La existencia de mecanismos eficaces, accesibles, incluyentes y transparentes de cobertura de los programas y seguimiento del impacto, el examen independiente y la acción de todos los agentes pertinentes son requisitos indispensables para lograr una cobertura equitativa, una atención de calidad y un uso óptimo de los recursos. La rendición de cuentas también abarca el acceso a procesos y mecanismos de reparación, sean jurídicos, administrativos o de otra índole.
- 6) **Innovación.** Durante los últimos decenios se han ido acumulando datos sobre prácticas óptimas en estrategias que amplían la cobertura de las intervenciones para los recién nacidos y reducen la mortalidad. Aun así, es preciso idear maneras innovadoras de aumentar la participación de todos los interesados y de llegar a las poblaciones más pobres y desatendidas. Para optimizar la aplicación de los conocimientos relativos a las intervenciones y estrategias más eficaces hacen falta más labores de investigación y desarrollo.

MEDIDAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo estratégico 1: Fortalecer, mediante inversiones, la atención durante el parto y el primer día y la primera semana de vida

Justificación del objetivo estratégico 1

47. El periodo comprendido entre la semana 28 de la gestación y el primer mes de vida es especialmente importante no solo para la supervivencia sino también para la interacción y el desarrollo durante la primera infancia, cuando se sientan los fundamentos para la evolución de las habilidades cognitivas y psicosociales. Además, durante el trabajo de parto, el parto y la primera semana de vida es cuando se producen el 44% (1,2 millones) de las muertes prenatales, el 73% (2 millones) de las muertes de recién nacidos y el 61% (176 290) de las muertes de madres.

48. Todas las embarazadas deberían recibir atención esencial dispensada por un asistente calificado que sea capaz de supervisar el parto y ayudar en él, y de detectar con prontitud las complicaciones, tratarlas de manera solvente y organizar la derivación inmediata cuando sea necesario. Todos los recién nacidos deberían recibir atención neonatal esencial a partir del momento mismo del nacimiento, durante el primer día, y en los momentos críticos de la primera semana y después de ella.

49. Aunque a escala mundial la proporción de mujeres que da a luz con ayuda de un profesional calificado (médico, enfermera o partera) ha aumentado hasta el 70%, existen grandes disparidades de cobertura y calidad de atención entre países y dentro de los países. La cobertura con atención especializada durante el parto en África subsahariana solo llega a la mitad de la población. En muchos países, la atención por personal calificado durante el parto se presta de la manera más eficiente en establecimientos sanitarios públicos o privados, pues el acceso inmediato a servicios de urgencia obstétrica y para el recién nacido cuando se presentan complicaciones es crucial para la supervivencia de la madre y el niño.

50. Los conjuntos de intervenciones de eficacia probada deberían garantizar la dispensación de atención básica y complementaria a las mujeres y los recién nacidos para prevenir o tratar las principales causas de la mortalidad. Prestar cuidados adicionales a los bebés de pequeño tamaño (sean pequeños para la edad gestacional o prematuros) y enfermos es particularmente importante para reducir la mortalidad neonatal. El personal de salud ha de tener la competencia suficiente y estar debidamente equipado para apoyar a las madres y a estos bebés, muchos de los cuales no requieren una atención compleja o intensiva y puede ser atendidos adecuadamente en un establecimiento de salud de nivel inferior o incluso en la comunidad. En el caso de los bebés que necesitan una atención intensiva (véase el párrafo 32), los establecimientos residenciales pueden desempeñar un papel fundamental. Estudios recientes indican que la antibioterapia simplificada para el tratamiento de posibles infecciones bacterianas graves administrada mediante servicios de extensión desde centros de atención primaria podría salvar más vidas en aquellos entornos en los que la derivación de casos no es posible.

51. La investigación es un elemento importante de las inversiones en la atención sanitaria que rodea al momento del parto y forma parte integral de las medidas que se proponen en este plan. Entre las prioridades de investigación figura comprender los factores que dificultan o facilitan la ampliación de la cobertura de intervenciones de eficacia demostrada en países de ingresos bajos y medianos, formas de colmar las lagunas existentes (como la necesidad de comprender mejor la base biológica del parto a término y el parto prematuro y nuevas formas de prevenir un parto prematuro) y la investigación de los efectos a largo plazo, más adelante en la vida, de trastornos que se producen antes y en torno a la concepción, durante el embarazo y en el primer mes de vida. También es indispensable mejorar el acopio de datos e impulsar la innovación y la colaboración.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 1

Los gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) realizar un análisis sistemático de situación y acordar un conjunto básico de intervenciones y conjuntos de intervenciones para el contexto local;
- b) instituir medidas para aumentar la cobertura de atención especializada en el nacimiento en establecimientos sanitarios;
- c) sensibilizar a la comunidad respecto de la importancia del periodo en torno al nacimiento y de la primera semana de vida para prevenir las muertes de madres y recién nacidos y la mortinatalidad;
- d) aumentar la rendición de cuentas de todas las partes interesadas pertinentes;
- e) elaborar o perfeccionar los planes nacionales en materia de salud del recién nacido y dentro del proceso continuo de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño y de nutrición;
- f) asignar suficientes recursos financieros para aplicar el plan nacional.

52. Los poderes públicos y todos los interesados deberían sensibilizar a las comunidades y hacerles tomar conciencia de que el periodo que rodea al parto y la primera semana de vida son cruciales para salvar vidas de madres y recién nacidos; deberían, asimismo, asumir la responsabilidad de crear las condiciones que garanticen que se respeta el derecho de todas las madres y todos los recién nacidos a la salud y la atención sanitaria.

53. Se alienta a todos los países a elaborar o reorientar las estrategias y los planes de acción nacionales para armonizarlos con los principios, los objetivos globales, las metas y los objetivos estratégicos del plan de acción. Cada gobierno debería realizar un análisis sistemático de la situación y acordar un grupo de intervenciones básicas y de conjuntos de intervenciones que estén adaptados al contexto local, se correspondan con la carga de morbilidad neonatal y se inscriban en el proceso asistencial. El acceso equitativo a una atención de buena calidad durante el parto y la primera semana del periodo posnatal debería ser una prioridad en todos los planes de acción nacionales pertinentes.

54. Los conjuntos de intervenciones integrales para la salud de la madre y del recién nacido deberían formar parte de las prestaciones básicas en los sistemas de salud universales ya existentes y los que están apareciendo en todos los países. Las autoridades nacionales deben establecer medidas para aumentar la cobertura con atención especializada en el parto en establecimientos de salud. Deben apoyar la aplicación de directrices y políticas para mejorar la gestión durante el parto y el nacimiento, incluido el uso del partograma, un instrumento sencillo para seguir el parto y adelantarse a las complicaciones, y aumentar el número de visitas después del parto a las mujeres y sus bebés. Cuando proceda, debería capacitarse y retenerse a más parteras, personal auxiliar y agentes de salud comunitarios.

55. Las autoridades nacionales, con el apoyo de los interesados, deberían calcular los costes de los planes y asignar recursos suficientes para la salud de las mujeres y los niños, haciendo el debido hincapié en la atención en el momento del parto y durante la primera semana de vida. Los poderes públicos y todos los interesados deberían velar por que las inversiones en la salud materna y neonatal se mantuvieran más allá de 2015 y se incrementaran cuando fuera necesario.

Objetivo estratégico 2: Mejorar la calidad de la atención materna y neonatal

Justificación del objetivo estratégico 2

56. En muchos países la atención especializada en el parto es prestada por personal médico, de enfermería o de partería, pero las mujeres que dan a luz con un asistente calificado pueden recibir una atención mediocre o de mala calidad y poco respetuosa con ella. Todavía no se ha generalizado el uso del partograma y es frecuente que las prácticas de prevención de las infecciones y de atención del recién nacido inmediatamente después del parto sean perjudiciales y no cumplan los principios de la iniciativa «Hospitales amigos del niño», como mantener al bebé caliente y junto a su madre, iniciar pronto la lactancia materna y promover la lactancia materna exclusiva. Con frecuencia se pasa por alto establecer zonas adecuadas para la atención del neonato. Por lo tanto, aumentar el número de partos que tienen lugar en establecimientos sanitarios no basta para reducir la mortalidad neonatal, en particular las muertes neonatales tempranas. Debe asegurarse una atención de calidad para las madres y los recién nacidos, incluso durante calamidades naturales, desastres o emergencias.

57. Se calcula que una de cada tres embarazadas necesita alguna intervención durante el parto y que entre el 5% y el 15% necesitan ser sometidas a cesárea.¹ Muchas mujeres y muchos bebés en lugares

¹ OMS, UNFPA, UNICEF y Mailman School of Public Health. Columbia University. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

donde la mortalidad es elevada no tienen acceso a atención obstétrica de emergencia, ni siquiera atención neonatal básica. La incidencia de complicaciones del parto, muertes durante el parto y encefalopatía neonatal aumenta al tiempo que lo hace la mortalidad neonatal, lo que refleja una falta de atención obstétrica y neonatal de emergencia de calidad. Aunque no es conveniente que las tasas de cesárea sean elevadas, unas tasas inferiores al 5% suelen ser indicativas de falta de atención materna y neonatal de emergencia e intensiva.

58. La calidad y la equidad de la atención influyen en los resultados sanitarios en entornos con menor mortalidad. Dada la dificultad de predecir las necesidades de servicios obstétricos de urgencia, todos los servicios de maternidad deberían ser capaces de realizar intervenciones básicas capaces de salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos y disponer de un acceso ininterrumpido al transporte para la derivación de casos cuando se presenten complicaciones graves.

59. La calidad de la atención es particularmente importante para reducir los riesgos de discapacidades o deficiencias. Por ejemplo, los bebés prematuros son vulnerables a las complicaciones oftálmicas. La ceguera debida a la retinopatía del prematuro puede prevenirse mejorando la calidad de la atención neonatal, incluido un uso más seguro del oxígeno, y mediante la detección temprana. Los lactantes prematuros deben ser objeto de seguimiento y de un examen de los ojos.

60. La continuidad del proceso asistencial sin interrupciones entre la atención primaria y los establecimientos del nivel de derivación de casos salva vidas. Es posible que en los lugares de mortalidad baja e intermedia donde existen recursos humanos y capacidad para la formación sean comunes las parteras capacitadas basadas en la comunidad, pero alrededor de la tercera parte de los nacimientos a escala mundial (sobre todo en lugares con mayor mortalidad neonatal) tienen lugar en casa y sin la asistencia de un profesional sanitario. Para ser eficaces, los enfoques basados en la comunidad exigen un proceso asistencial sin interrupciones y vínculos efectivos con los establecimientos sanitarios que cuentan con servicios integrales de urgencias obstétricas.

61. Hay pruebas abrumadoras de que el nivel de formación del personal médico, de enfermería y de partería es bajo en muchos países. Por ejemplo, en algunos países, los planes de estudios de partería no cumplen los criterios mundiales, y las alumnas no adquieren las competencias necesarias para prestar servicios de buena calidad con confianza. Las limitaciones en materia de reglamentación y de capacidad de asociación profesional hacen que el personal de partería esté poco protegido desde el punto de vista jurídico y carezca de un medio de expresión organizado que represente sus intereses. Es fácil que estos factores, unidos a la escasez de personal, la falta de equipos de los establecimientos y la baja remuneración, menoscaben la motivación y reduzcan la calidad asistencial.

62. Los servicios de salud también deben lidiar con los factores de riesgo en relación con los malos resultados de salud del recién nacido, como los embarazos adolescentes, los embarazos muy seguidos, la malnutrición (insuficiencia ponderal y obesidad), las enfermedades crónicas (como la diabetes), las enfermedades infecciosas (como la tuberculosis y la infección por el VIH/sida), el abuso de sustancias (como tabaco y alcohol), la violencia doméstica y la mala salud mental. Las políticas relativas al lugar de trabajo son importantes para apoyar a las mujeres durante el embarazo y el periodo posnatal y deberían incluir normativas que eximan a las embarazadas y las madres lactantes de realizar trabajos pesados desde el punto de vista físico.¹ También hacen falta intervenciones comportamentales y comunitarias orientadas a reducir la exposición a contaminantes potencialmente nocivos, como el humo de estu-

¹ Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2000. (http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183, consultado el 27 de marzo de 2014).

fas tradicionales y de tabaco ajeno. Es frecuente que la prevención, la detección y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, el VIH y la sífilis), la malaria y las enfermedades no transmisibles se apliquen por medio de programas específicos, pero estos han de estar correctamente integrados en los servicios de salud materna y neonatal.

63. Las plataformas programáticas existentes pueden proporcionar vínculos específicos con la mejora de la supervivencia y la salud del recién nacido y contribuirán a fortalecer la calidad de los servicios de salud prestados, incluidos los de planificación familiar, infección por el VIH y tuberculosis, sífilis, malaria, agua y saneamiento, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, visitas a domicilio en el periodo posnatal e inmunizaciones.

64. Los jóvenes deben contar con servicios de salud adaptados a ellos y que ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva, pues los datos muestran que no están cubiertos por los servicios de salud y que la infección por el VIH aumenta entre ellos. Es fundamental prevenir los embarazos precoces y no deseados, así como prestar asistencia a las niñas y las mujeres jóvenes durante el embarazo, parto y el periodo posnatal, con el fin de apoyar tanto su propia salud mental y física como la del bebé.

65. En muchos establecimientos sanitarios, sobre todo los de zonas remotas, no existen productos básicos de importancia vital para salvar vidas de mujeres y recién nacidos, como ha determinado la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños. Entre las dificultades cabe citar la falta de registro de formulaciones nuevas de algunos medicamentos, importantes obstáculos en la cadena de suministro, falta de existencias de productos, costos en los lugares donde los servicios no son gratuitos, y desconocimiento de los proveedores de cuidados de atención sanitaria sobre los productos básicos y su eficacia. La considerable experiencia del sector privado en la obtención, fabricación y distribución de medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías debe aprovecharse para incrementar la disponibilidad, especialmente en lugares donde escasean los recursos.

66. Hay pocos indicadores mundiales que permitan seguir la calidad de la atención materna y neonatal, y en muchos países no existen mecanismos de seguimiento y evaluación. La vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y la respuesta a ella pueden contribuir muy eficazmente a mejorar la calidad de la atención. Muchos países han adoptado legislación que exige declarar las muertes maternas, lo cual puede proporcionar la vía para investigar confidencialmente las causas que llevaron a la muerte de la madre y planificar medidas correctivas. Se podría adoptar un enfoque similar respecto a la mortalidad perinatal.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 2

Los poderes públicos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) actualizar las políticas, directrices, normas y pautas nacionales en materia de atención a la madre y el recién nacido;
- b) poner en marcha sistemas eficaces de mejorar la calidad para dispensar una atención materna y neonatal respetuosa y de alta calidad;
- c) adoptar planes de estudios basados en competencias para la capacitación de los agentes de salud, e instaurar marcos reglamentarios para el personal de partería y otro personal sanitario;
- d) asegurar las visitas de atención posnatal durante la primera semana, y la prestación de cuidados adicionales de calidad para recién nacidos de pequeño tamaño o enfermos;
- e) examinar y evaluar enfoques innovadores para motivar al personal y mejorar el acceso y la calidad de la atención; investigar más a fondo la costoeficacia y los riesgos asociados a la financiación basada en los resultados, que se ha introducido en algunos países;
- f) asegurar que todos los establecimientos están debidamente dotados de personal con equipos multidisciplinarios, capaces de gestionar las complicaciones maternas y neonatales en el nivel de establecimiento de referencia, y contar con una infraestructura básica óptima;
- g) asegurar que en todas las listas nacionales de medicamentos esenciales figuran artículos que salvan vidas para la salud de las mujeres y los niños;
- h) elaborar estrategias para que participen los proveedores del sector privado aumentando su promoción de las medidas relativas a las muertes de recién nacidos y madres y la mortinatalidad, y elaborar tecnologías innovadoras para mejorar los resultados sanitarios de recién nacidos y madres;
- i) instituir medidas de vigilancia y respuesta respecto de las muertes maternas y perinatales, incluida la declaración de las muertes de madres y perinatales (de preferencia en un plazo de 24 horas);
- j) mejorar la supervisión pública de la calidad de la atención materna y del recién nacido aumentando la sensibilización de la población e incrementando la participación comunitaria.

67. En colaboración con las asociaciones profesionales, las instituciones académicas y de formación, y otros interesados, los gobiernos deberían actualizar periódicamente las políticas y directrices nacionales relativas a las intervenciones que se inscriben en el proceso asistencial continuo de las madres y los niños, inspirándose para ello en directrices mundiales basadas en datos factuales y en estrategias definidas por el contexto local. Además, deberían poner en marcha sistemas eficaces de mejora de la calidad y adoptar normas y criterios para la dispensación de una atención materna y neonatal respetuosa y de alta calidad y obligar a su cumplimiento.

68. Los poderes públicos deberían adoptar planes de estudios basados en competencias para la formación de agentes de salud y establecer marcos normativos que definan el ámbito y la práctica de la partería y la enfermería, en particular las capacidades específicas necesarias para atender a recién nacidos enfermos o pequeños para la edad gestacional, la formación para el asesoramiento y apoyo a la lactancia materna, y los requisitos mínimos en materia de formación. También debería considerarse, si procede, la posibilidad de corregir la escasez de especialistas como neonatólogos o asesores en lactancia materna.

69. Es preciso planificar la dotación de personal de los establecimientos que dispensan atención materna y neonatal de modo que puedan prestar los servicios de manera continua las 24 horas del día y todos los días de la semana. El trabajo en equipo es esencial. En los hospitales de referencia de primer y segundo nivel, los equipos deberían ser multidisciplinarios y contar con personal especializado en obstetricia, pediatría y anestesia para tratar las complicaciones maternas y neonatales.

70. Es indispensable que las maternidades dispongan de infraestructuras adecuadas y estén suficientemente equipadas para dispensar la atención que las madres y sus bebés necesitan. Se deben respetar las normas de prevención de la infección y de bioseguridad. Ha de haber instalaciones de electricidad, agua, saneamiento y lavado de manos, aseos limpios, espacios adecuados para que las mujeres den a luz con intimidad, y zonas especiales para atender en condiciones de seguridad a los neonatos enfermos.

71. Después del parto, las mujeres y los niños deberían recibir en las maternidades todos los servicios esenciales antes de darles de alta. Se debería alojar sistemáticamente a la madre y al recién nacido en la misma habitación y tomar las disposiciones pertinentes para que la madre aplique cómodamente el método «madre canguro». En los establecimientos de salud que atiendan a bebés enfermos o pequeños para la edad gestacional debería alentarse la extracción y conservación de la leche materna, complementada por bancos de leche en algunos centros de referencia. Los establecimientos de nivel secundario y terciario deberían disponer de unidades de atención neonatal y salas de neonatología debidamente dotadas de equipos y personal, y vinculadas a los establecimientos de atención primaria a través de un sistema de derivación que funcione correctamente. Las visitas de atención posnatal requeridas durante la primera semana después del nacimiento son necesarias para asesorar sobre conductas que fomentan la salud y para la detección de posibles complicaciones.

72. En todas las listas nacionales de medicamentos esenciales deberían incluirse los productos básicos de importancia vital, y en particular las tecnologías esenciales, para proteger la salud de las mujeres y los niños, y se debería garantizar su suministro ininterrumpido a todos los establecimientos de salud, en especial a los más periféricos.

73. Es indispensable instaurar sistemas de supervisión y mejora de la calidad asistencial en todos los servicios de maternidad públicos y privados, por ejemplo, mediante la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y la respuesta a esta, el registro de nacimientos y defunciones (incluidas las muertes fetales o mortinatos), y encuestas periódicas sobre la disponibilidad y el estado de preparación de los establecimientos de salud. Las tecnologías de la información pueden facilitar la vigilancia en tiempo real: por ejemplo, los teléfonos móviles (celulares) ayudan a potenciar la comunicación y el intercambio de datos de los trabajadores sanitarios entre ellos y con la comunidad. El establecimiento de vínculos entre las comunidades y los servicios para mejorar la calidad asistencial requiere inversiones; las auditorías y la rendición de cuentas son también elementos clave del proceso de mejora de la calidad asistencial.

74. La motivación del personal es un importante factor determinante de la calidad asistencial. También deberían aplicarse criterios innovadores cuando proceda, como entrenamientos, tutorías, acreditación y educación continua para mejorar el acceso y la calidad de la atención. Las autoridades nacionales pueden estudiar la posibilidad de ofrecer incentivos en forma de pagos financieros, primas y reconocimiento público. Un tipo particular de incentivo es la financiación basada en el desempeño, que se está adoptando en varios países, aunque es preciso estudiar más a fondo la relación costoeficacia y los posibles riesgos asociados.

75. Se pueden acelerar las mejoras de la calidad asistencial sensibilizando a la población y aumentando la participación de la comunidad. Los parlamentarios representan a los votantes, legislan, examinan y aprueban los presupuestos, y supervisan las acciones gubernamentales, por lo que son determinantes para el bienestar de las mujeres y los niños. La sociedad civil y los dirigentes locales, inclui-

dos los líderes empresariales, pueden fortalecer la voluntad política y ayudar a que la población tome conciencia de los problemas y las soluciones y a que las comunidades los consideren de su incumbencia. Para que esto suceda es importante la libre circulación de los datos y la información, y los resultados de los exámenes anuales del sector de la salud deberían ponerse a disposición del público, de conformidad con las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño.

76. La participación del sector privado a través de alianzas publicoprivadas puede ofrecer muchas ventajas, entre ellas, la labor de promoción al más alto nivel; la transferencia de tecnología a los países de ingresos bajos; unos costos más reducidos y una mayor disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos de calidad certificada a precios asequibles; una asistencia de mejor calidad y la prestación de servicios basados en datos factuales por parte de profesionales del sector privado; la mejora de la función gestora y normativa de los poderes públicos; la dispensación de servicios de transporte para las urgencias; unos servicios de salud más sólidos y garantizados por los empleadores y programas y políticas en el lugar de trabajo que apoyen a las embarazadas y las nuevas madres; y el desarrollo de tecnologías innovadoras que tengan el potencial de reducir las muertes de recién nacidos y madres y prevenir la mortinatalidad y la discapacidad.

Objetivo estratégico 3: Llegar a todas las mujeres y a todos los recién nacidos para reducir las desigualdades

Justificación del objetivo estratégico 3

77. Todas las mujeres y todos los recién nacidos tienen derecho a una atención de salud de buena calidad, de conformidad con los principios de la cobertura universal de la atención de salud y los derechos humanos. El acceso a una atención materna y neonatal de calidad depende, entre otros factores, de que se disponga de personal sanitario calificado, motivado, suficientemente equipado y distribuido de manera equitativa. En muchos países, la baja densidad de profesionales sanitarios, sobre todo en las zonas rurales, es uno de los principales factores que explican la persistencia de altas tasas de mortalidad materna y neonatal.

78. En la actualidad, menos de uno de cada seis países con la mayor carga de mortalidad materna y neonatal alcanza el umbral mínimo de 23 profesionales médicos, de partería y de enfermería por 10 000 habitantes que se necesita para dispensar un conjunto básico de servicios.¹ Al menos 38 países sufren una gran escasez de parteras.² En los países con una carga de mortalidad neonatal alta y repartida de manera desigual, estos factores, unidos a unas condiciones de trabajo precarias y a la penuria de incentivos para que los trabajadores vivan y ejerzan en zonas remotas o con poblaciones desfavorecidas, se traduce en una distribución dispar del personal sanitario y grandes inequidades en el acceso de las madres y los neonatos a la atención de salud.

79. El costo de los servicios de salud puede suponer un obstáculo importante para las familias que solicitan atención sanitaria durante el embarazo y el parto y en el periodo posnatal. Los pagos directos (por ejemplo, el pago al contado de medicamentos y de honorarios por consultas y procedimientos) y los costos indirectos (como el transporte y la pérdida de ingresos) han generado importantes desigualdades en la cobertura, sobre todo en el caso de la asistencia calificada al parto. En algunos países,

¹ Organización Mundial de la Salud. Global Health Atlas of the Health Workforce. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>, consultado el 27 de marzo de 2014).

² The state of the world's midwifery report 2011: delivering health, saving lives. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011.

hasta un 11% de la población debe hacer frente a grandes gastos por la atención sanitaria y hasta un 5% se ve sumido en la pobreza por los gastos en salud, entre ellos los asociados a la atención esencial de la madre y el recién nacido.¹ La meta de la cobertura universal de la atención de salud estipula que todas las personas deben tener acceso a esta sin que ello les acarree dificultades económicas, pero el mundo está aún lejos de alcanzar cualquiera de estos dos objetivos, en particular en lo que concierne a las mujeres y los niños.

80. Se necesitan medidas especiales en los servicios de salud y los entornos comunitarios con el fin de combatir las violaciones de los derechos humanos cuando existe un sesgo de género contra las niñas.

81. La ausencia de información sobre los presupuestos limita la transparencia y dificulta la vigilancia de la salud materna y neonatal. Solo un pequeño número de países elaboran cuentas nacionales de salud que incluyen subcuentas específicas para la salud materna y neonatal, y hace poco tiempo que el seguimiento de la asistencia para el desarrollo ha cobrado importancia como información de dominio público.

82. Las empresas del sector privado deben adoptar medidas especiales para promover el apoyo comunitario y en el lugar de trabajo a las madres en relación con el embarazo, la lactancia y servicios de atención infantil viables y asequibles, incumplimiento de lo dispuesto en el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (n.º 183) de la OIT. El sector privado puede y debe contribuir a la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna temprana y exclusiva asegurando que las prácticas de comercialización y promoción cumplan plenamente lo dispuesto en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y ulteriores resoluciones de la Asamblea de la Salud al respecto, y cumpliendo las disposiciones legales y reglamentarias nacionales que tienen por objeto aplicarlas.

83. Para llegar a todas las mujeres y todos los recién nacidos es preciso invertir en todos los aspectos del sistema de salud, a saber, el liderazgo y la gobernanza, el personal, las infraestructuras, los productos básicos y suministros, la prestación de servicios, los sistemas de información y la financiación. Cada contexto necesita un enfoque específico que debe prestar especial atención a la preparación y la respuesta rápida ante las emergencias humanitarias complejas.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 3

Los gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) llevar a cabo un análisis sistemático de los obstáculos que impiden lograr a gran escala unas altas tasas de cobertura de los conjuntos de intervenciones eficaces para una atención de calidad dentro del sistema de salud y en la comunidad y adoptar medidas para eliminar esos obstáculos;
- b) asegurar la integración de las medidas en favor de la salud del recién nacido en las iniciativas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y el niño y las plataformas de prestación de servicios de modo que no se pierda ninguna oportunidad de llegar a las madres y los recién nacidos;
- c) elaborar y aplicar un plan de desarrollo del personal sanitario para asegurar la competencia y un comportamiento respetuoso, mejorar la densidad y aumentar la motivación y la permanencia del personal calificado, según proceda;

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

- d) optimizar el desempeño del personal disponible estudiando la posibilidad de delegar tareas en personal sanitario de nivel medio con una formación apropiada y apoyar el papel de los agentes de salud comunitarios en la reducción de las distancias entre las familias y los servicios de salud;
- e) adoptar y hacer cumplir leyes y políticas en materia de igualdad de acceso y de calidad de la atención materna y del recién nacido en los sectores público y privado;
- f) planificar los servicios de salud para la madre y el recién nacido con arreglo a un programa basado en pruebas objetivas y el personal necesario para la prestación de esos servicios;
- g) esforzarse por eliminar las barreras (sociales y económicas) que limitan el acceso de las madres y los recién nacidos a la atención; ello incluye a las niñas que son especialmente vulnerables en algunas poblaciones;
- h) hacer un seguimiento del gasto nacional en salud, incluido el gasto en salud materna y neonatal, y movilizar más recursos de fuentes nacionales;
- i) elaborar programas con fines específicos dentro y fuera de la escuela para aumentar el acceso y la utilización por adolescentes y adultos jóvenes de métodos anticonceptivos modernos, y dar a las adolescentes embarazadas todo el apoyo que necesitan;
- j) estudiar estrategias comunitarias para mejorar la demanda de servicios, la preparación para el parto y prácticas esenciales de cuidado del recién nacido, con inclusión de visitas a domicilio por agentes de salud comunitarios y grupos de mujeres participativos.

84. Para que los países avancen hacia la cobertura universal de la atención materna y neonatal, se propone como primera medida el análisis sistemático de los obstáculos que impiden ampliar la aplicación de los conjuntos de intervenciones necesarios para dispensar una atención de buena calidad. Dichos obstáculos pueden radicar en el propio sistema de salud, pero también pueden contribuir a ellos las lagunas de conocimientos, las percepciones erróneas y la falta de recursos de las familias y las comunidades. Deberían tenerse en cuenta los resultados de estos análisis a la hora de diseñar los planes de acción nacionales relacionados con los recién nacidos.

85. Será crucial integrar las acciones en pro de la salud de los recién nacidos en las iniciativas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y en las plataformas de prestación de servicios que ya existen (incluidas las dedicadas a la infección por el VIH, la malaria y la inmunización) para tener la seguridad de que no se pierde ninguna oportunidad de llegar a las madres y sus recién nacidos. Los países deben evaluar de manera crítica qué servicios son necesarios, motivar a los trabajadores sanitarios, mejorar la eficiencia de los hospitales, combatir el despilfarro y la corrupción, y optimizar el uso de las tecnologías y los servicios de salud.

86. Todos los países deberían contar con un plan de desarrollo integral del personal sanitario que aborde la educación y la formación, la distribución, la motivación y la permanencia del personal calificado, y que corrija el desfase entre los profesionales sanitarios y los puestos disponibles mediante un sistema que haga un seguimiento desde la formación previa al servicio hasta la colocación y la retención. Es fundamental que los trabajadores sanitarios tengan actitudes y comportamientos respetuosos con las mujeres y los recién nacidos; al mismo tiempo, las condiciones de trabajo deben ser tales que permitan a los trabajadores sanitarios desempeñarse en un entorno de seguridad y respeto. Los planes deberían incluir acciones orientadas a ampliar el personal sanitario o redistribuirlo más equitativamente y, en caso necesario, a aplicar medidas correctivas inmediatas, incluida una remuneración adecuada. La provisión de vivienda, energía eléctrica y complementos salariales ha logrado motivar a los trabajadores sanitarios para ir a prestar servicio a zonas remotas e insuficientemente atendidas.

87. Es prioritario optimizar el desempeño del personal disponible. Hay pruebas sólidas de que es seguro delegar la aplicación de intervenciones capaces de salvar vidas en trabajadores sanitarios de nivel medio, siempre y cuando estén debidamente capacitados. Por ejemplo, en los casos en los que las posibilidades de derivar a la paciente fueran limitadas, el personal de partería debería ser plenamente capaz de aplicar todas las medidas de la atención obstétrica de urgencia.

88. Los gobiernos deberían adoptar y aplicar leyes y políticas sobre equidad del acceso y calidad de la atención materna y neonatal, tanto en el sector público como en el privado. Las políticas deberían ir dirigidas a lo siguiente: asegurar el acceso universal de las mujeres y los niños a los servicios de atención de salud sin que ello les cause dificultades económicas; la notificación de las muertes maternas y perinatales; la adopción de enfoques relacionados con el VIH y la alimentación del lactante que estén adaptados al contexto; la ratificación del Convenio de la OIT sobre protección de la maternidad, 2000 (n.º 183), y la adopción de legislación que aplique el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

89. Los planes para ampliar los servicios de salud materna y neonatal deberían basarse en información y pruebas objetivas. Los países habrán de estimar las necesidades correspondientes al número de embarazos y partos en un entorno determinado, y construir y equipar las infraestructuras precisas. Deberían definir un conjunto estándar de servicios de atención materna y neonatal para cada nivel asistencial y determinar la dotación de personal y la composición de los equipos, que incluirán a parteras y otro personal de partería y, cuando sea necesario, especialistas como obstetras, enfermeras de neonatología y pediatras. En varios países se ha utilizado con éxito la cartografía de los puntos de acceso para apoyar la toma de decisiones sobre el número y la ubicación de los servicios de maternidad previstos, con miras a llegar al mayor número posible de familias y comunidades. El aumento de las inversiones en la calidad de la atención en el momento del parto debería basarse en una sólida planificación.

90. Se necesitan programas específicos dentro y fuera de la escuela para ampliar la disponibilidad y el uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de los adolescentes y los adultos jóvenes. Las medidas adoptadas para prevenir los embarazos precoces deberían comprender leyes orientadas a impedir los matrimonios de niñas menores de 18 años o a reducir su número y educación en aptitudes para la vida (para niños y niñas) que contribuyan a mantener a las niñas en la escuela, reducir las tasas de relaciones sexuales forzadas, prevenir los embarazos tempranos y no deseados antes de los 20 años e inculcar normas y tradiciones culturales positivas. Los jóvenes deberían tener acceso a los anticonceptivos y a una educación sexual completa y empoderadora, diseñada para dotarles de los medios necesarios para tomar decisiones sobre su sexualidad y su salud reproductiva de forma libre y responsable. Los países deberían crear las condiciones necesarias para que esto suceda. Las adolescentes embarazadas deberían tener acceso a unos servicios de salud adaptados a su edad en los que recibieran todo el apoyo necesario para estar bien preparadas para el parto y la maternidad, con independencia de su situación marital.

91. Se necesitan políticas orientadas a eliminar las disparidades en el acceso a la atención de salud, que prevean subvencionar la atención y centrarse en los grupos de población más vulnerables, con el fin de garantizar la disponibilidad de unos servicios de salud materna y neonatal de buena calidad y a un precio asequible en el punto de uso (lo que para muchas personas significaría la gratuidad). Los países deberían reducir la dependencia de los pagos directos aumentando las formas de pago anticipado y la ulterior mancomunidad de los fondos para distribuir el riesgo financiero entre toda la población. En general, el pago anticipado implica introducir impuestos y otros gravámenes públicos o sistemas de seguro. Para movilizar recursos, los gobiernos deberían dar prioridad al sector de la salud en los presupuestos nacionales, mejorar la eficiencia de la recaudación de ingresos nacionales y adoptar formas innovadoras de conseguir fondos, por ejemplo a través de impuestos sobre el tabaco y el alcohol.

92. Los países deben hacer un seguimiento del gasto total en salud por fuente de financiación (y por habitante) y del gasto total en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil por fuente de financiación (y por habitante). Todos los grandes asociados para el desarrollo deberían informar de la asistencia que aportan efectivamente para la salud materna y neonatal en comparación con la prometida, y formular compromisos que permitieran a las autoridades nacionales elaborar unos presupuestos previsibles y reforzar la mutua responsabilidad.

93. Las estrategias comunitarias encaminadas a mejorar la demanda de servicios, el grado de preparación para el parto y las prácticas básicas de cuidado del recién nacido, incluidos los grupos de mujeres de carácter participativo y las visitas a domicilio apoyadas por agentes de salud comunitarios, voluntarios o facilitadores no profesionales, tienen un papel decisivo a la hora de reducir las desigualdades en la mortalidad y el acceso a la atención. Las pruebas sugieren que los grupos participativos de mujeres son los que ejercen mayor influencia en la mortalidad entre los más pobres.

Objetivo estratégico 4: Aprovechar la influencia de los padres, las familias y las comunidades

Justificación del objetivo estratégico 4

94. Es sumamente importante salvar las barreras que se oponen al acceso a atención especializada en el parto y aprovechar la influencia de los padres, las familias y las comunidades, logrando que se impliquen en la búsqueda de atención a lo largo del embarazo, en el parto y durante los primeros días y semanas de vida de los niños. Esto es particularmente importante en los países de ingresos bajos, donde casi la mitad de las madres no reciben atención calificada durante el parto, más del 70% de los bebés que nacen fuera de los hospitales no reciben atención posnatal¹ y siguen produciéndose la mayoría de las muertes de madres y recién nacidos y muertes fetales. Muchos recién nacidos mueren en casa sin que se haya solicitado asistencia alguna.

95. Es indispensable empoderar a las mujeres, los padres, las familias y las comunidades para que soliciten servicios de atención de salud cuando se necesitan, y asegurar que puedan prestar los cuidados recomendados en el hogar por sí solos. Los resultados sanitarios, tanto positivos como negativos, vienen determinados en gran medida por las decisiones tomadas en el hogar, la capacidad de las familias para llegar a la atención cuando se necesita y la calidad de los servicios recibidos cuando llegan. Lamentablemente, muchos agentes exteriores a los servicios de salud a menudo no intervienen en las decisiones y los esfuerzos encaminados a mejorar su salud y aumentar la cobertura de intervenciones esenciales.

96. Los programas orientados a fortalecer los servicios de salud mediante la movilización de la comunidad para que adopte prácticas saludables, el cambio de las normas sociales para incrementar el apoyo social y la eliminación de las barreras que obstaculizan el acceso han demostrado los efectos de esos enfoques. Los cambios resultantes son particularmente evidentes en el ámbito de la salud materna y neonatal. El derecho de la mujer a adoptar decisiones es crucial para su salud y la salud de su familia.

97. Las actividades de orientación comunitaria pueden clasificarse en cuatro grandes áreas, a saber: *i*) aumentar la sensibilización respecto de los derechos, las necesidades, las responsabilidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal; *ii*) el desarrollo de capacidades

¹ WHO, UNICEF. Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

para mantenerse sano, adoptar decisiones saludables y responder a las urgencias obstétricas y neonatales; *iii*) el fortalecimiento de las redes de apoyo social entre las mujeres, las familias y las comunidades y de los vínculos con el sistema de salud, y *iv*) la mejora de la calidad asistencial, mediante el fortalecimiento de las interacciones de los servicios de salud con las mujeres y las comunidades y las respuestas a sus necesidades.¹ Es preciso invertir en cada una de estas áreas, sobre todo en los entornos con altas tasas de mortalidad materna y neonatal y limitado acceso a los servicios de salud. Las medidas habrán de adoptarlas numerosos actores de manera concertada, al tiempo que se hacen esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud. La sociedad civil puede desempeñar un papel catalizador a través de las coaliciones y redes existentes y reforzadas.

98. Las familias, y en particular las madres y los padres, son los principales responsables de los cuidados que se dispensan al recién nacido. Pueden y deben asegurar ciertos aspectos del cuidado del bebé sano después del nacimiento, como mantenerlo limpio y abrigado, iniciar la lactancia materna temprana y exclusiva y cuidar debidamente el cordón umbilical (incluido el uso de clorhexidina, si procede). Esto es particularmente importante para los bebés nacidos en casa o dados de alta a las pocas horas de nacer. Aunque es frecuente que prácticas como la lactancia materna se consideren comportamientos naturales, muchas mujeres necesitan el apoyo de una persona capacitada.

99. Las interacciones entre los cuidadores y el niño son cruciales para el desarrollo psicosocial y cognitivo y deben comenzar desde el día del nacimiento. Los gestos sencillos de comunicación y estimulación son pertinentes tanto para el bebé a término como para el prematuro, ya que catalizan la maduración de los circuitos neurológicos. El apoyo para el desarrollo en la primera infancia es un componente esencial de la atención del recién nacido.

100. Los hombres pueden desempeñar un importante papel en la salud de la madre y el recién nacido en calidad de compañeros, padres y miembros de la comunidad. Los hombres son a menudo los principales encargados de las decisiones en el comportamiento de búsqueda de atención para la madre y el recién nacido y deben comprender las necesidades, los riesgos y los signos de peligro del embarazo, el parto y el período posnatal. Los programas de salud que están tradicionalmente diseñados para interaccionar con las mujeres necesitan ampliar sus conocimientos sobre las necesidades y los puntos de vista de los hombres (sin poner en peligro los derechos de las mujeres), trabajar con hombres y mujeres (adolescentes y adultos) y presentar las perspectivas de género y los derechos reproductivos como algo que atañe a todos ellos. Los agentes de salud deben hacer que los hombres se sientan cómodos al acompañar a sus mujeres y asistir a los partos, apoyándoles para mejorar la comunicación y la adopción de decisiones en las parejas.

101. En 2009, la OMS y el UNICEF presentaron una declaración conjunta sobre las visitas domiciliarias de atención neonatal como estrategia para mejorar la supervivencia de los recién nacidos, basada en estudios científicos que demostraban que las visitas domiciliarias de agentes de salud comunitarios mejoran las tasas de supervivencia de aquellos.² Desde entonces, amplios estudios llevados a cabo en África y Asia han demostrado que, en efecto, las visitas domiciliarias durante el embarazo y la semana posterior al parto inducen un aumento del número de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y reciben atención calificada durante el parto. También ayudan a las familias a administrar mejores cuidados al recién nacido y adoptar mejores prácticas, como la demora del primer

¹ Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

² OMS, UNICEF. Declaración conjunta. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. WHO/FCH/CAH/09.02.

baño y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, lo que se traduce en reducciones significativas de las tasas de mortalidad neonatal.

102. Los dirigentes comunitarios, los miembros de la familia, las parteras tradicionales y otras personas con influencia también pueden ser agentes de cambio positivo. Según el contexto, los familiares de más edad, como las abuelas y las suegras, tienen un importante papel en las decisiones y los cuidados, sancionado por la cultura, que les permite influir en la alimentación de las embarazadas, la carga de trabajo y las responsabilidades domésticas y el uso de los servicios de urgencias.

103. Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda la movilización comunitaria por medio de un aprendizaje participativo facilitado y la acción con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales. La intervención puede tener un efecto positivo en la mortalidad de los recién nacidos, y mediante nuevos estudios tal vez puedan conocerse mejor los efectos en la salud y el comportamiento de búsqueda de atención de las madres. La implantación de un aprendizaje participativo facilitado y la acción con grupos de mujeres debe centrarse en fomentar debates en los que las mujeres puedan identificar problemas prioritarios y promover soluciones locales en materia de salud de la madre y el recién nacido. Para asegurar la calidad, esta intervención debe ir acompañada de un estrecho seguimiento y evaluación, además de la adaptación previa al contexto local.

104. Agentes de salud no especializados, entre ellos parteras tradicionales, han desempeñado con éxito funciones relacionadas con la prestación de atención de salud a las madres y los recién nacidos y pueden ser miembros importantes del equipo sanitario. No se pretende que sustituyan a un profesional durante el parto, pero pueden promover eficazmente intervenciones relativas a la salud de las madres y los recién nacidos y la salud reproductiva como, entre otras, comportamientos adecuados de búsqueda de asistencia, preparación para el parto y las complicaciones, y apoyo a la lactancia materna. Las parteras tradicionales son muchas veces personas valoradas y respetadas por la comunidad, y es importante encontrarles nuevas funciones en esferas como la prestación de un apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto (en presencia de un asistente capacitado) y servir de vínculo entre las comunidades y los servicios de salud.¹

105. Junto con otras medidas, las redes sociales y los medios de información también pueden ser elementos de influencia para transmitir conocimientos, inducir cambios de comportamiento e inculcar a los servicios de salud neonatal la idea de responsabilidad social. Unas campañas de sensibilización transmitidas por radio y televisión han contribuido a aumentar el número de partos en establecimientos de salud y a promover la lactancia materna exclusiva y otras intervenciones. Los enfoques multidimensionales potencian el alcance de los mensajes.

106. Se puede aprovechar la considerable experiencia del sector privado en materia de comunicación estratégica para impulsar cambios de las normas sociales (como aceptar que las muertes de madres y recién nacidos son inevitables), promover comportamientos óptimos en materia de salud y aumentar la demanda de atención sanitaria de buena calidad. La capacidad de muchas empresas privadas de llevar a cabo estudios y explotar diversas fuentes de datos con el fin de conocer qué motiva los cambios de comportamiento es un activo muy valioso cuyo potencial aún no se ha aprovechado al máximo. Las alianzas publicoprivadas son particularmente aptas para organizar campañas de sensibilización en múltiples medios de comunicación haciendo uso de las plataformas de comunicación existentes en el

¹ WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012; WHO, International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

sector privado, la televisión, la radio, las redes sociales y las tecnologías de ciber salud y teléfono móvil.

107. Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir sobremanera a la movilización social, generando voluntad política e impulsando el diseño de políticas, y pueden ayudar a responsabilizar a los gobiernos y los servicios de salud por la ejecución de sus programas y planes.

108. Se están llevando a cabo revisiones sistemáticas de los resultados de enfoques basados en pruebas y concebidos para aprovechar la influencia de las mujeres, los padres y las comunidades en las áreas siguientes: la preparación para el parto y las complicaciones; sistemas de transporte; hogares para mujeres próximas a dar a luz; participación de la comunidad en la planificación de programas y la mejora de la calidad; reducción de las barreras financieras y abono de transferencias de efectivo; atención integrada de las enfermedades neonatales e infantiles; uso de la tecnología de telefonía móvil; auditorías de las defunciones maternas y perinatales, y financiación basada en resultados. Las conclusiones informarán las futuras políticas sobre esos enfoques.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 4

Los Gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) promover la nula tolerancia ante las muertes maternas y neonatales prevenibles;
- b) utilizar al máximo la influencia de los padres, la sociedad civil, los medios de comunicación y de redes sociales para ofrecer información y lograr que cambien las normas;
- c) realizar un análisis sistemático de los obstáculos que impiden acceder a servicios de atención materna y neonatal de calidad, y de la adopción de prácticas esenciales de atención domiciliar por las mujeres, las familias y las comunidades, y lograr la participación activa de las comunidades en la determinación de prioridades y la planificación de las acciones pertinentes;
- d) dotar a las familias, incluidos los hombres, de los conocimientos y las capacidades que les permitan dispensar una buena atención en el hogar;
- e) fortalecer los vínculos entre la comunidad y los establecimientos de atención de salud por medio de enfoques innovadores para llegar a las zonas remotas;
- f) adoptar estrategias combinadas para mejorar la calidad de la atención en el hogar y la atención de los servicios de salud;
- g) evaluar la utilidad de las organizaciones de base comunitaria como los grupos de mujeres de carácter participativo para promover la movilización comunitaria, especialmente en poblaciones rurales con un acceso limitado a la atención;
- h) adoptar estrategias basadas en pruebas objetivas para generar y sostener la demanda de servicios mediante el recurso a acciones de ámbito comunitario;
- i) implicar, habilitar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil del país para que exijan transparencia y supervisión, y mejoren el acceso a la atención y la calidad de esta;
- j) implicar al sector privado para que apoye las campañas de comunicación realizadas en los distintos medios con el propósito de modificar las normas sociales, promover la nula tolerancia de la mortalidad prevenible y alentar los comportamientos óptimos.

109. Las muertes de madres y recién nacidos y las muertes fetales deben ser reconocidas por las comunidades, las familias y las personas como algo que puede prevenirse en lugar de algo inevitable. Para asegurar la nula tolerancia de las muertes prevenibles, debe producirse un cambio en las normas sociales y las expectativas en torno al parto y la supervivencia del recién nacido, y debe darse la palabra a los padres de niños que nacieron muertos o murieron al poco de nacer. Las estrategias de movilización *inter pares*, como recurrir a los padres para movilizar a la sociedad civil, las redes sociales y los medios de información pueden utilizarse para difundir información y cambiar las normas.

110. El análisis de los obstáculos propuestos en el objetivo estratégico 3 también debería centrarse en los factores que determinan la demanda de servicios para la madre y el recién nacido e influyen en la administración de los cuidados recomendados en el hogar en los países que soportan una elevada carga de mortalidad neonatal. Para elaborar una respuesta adecuada es fundamental conocer los aspectos motivacionales, culturales, estructurales y financieros que inducen a las familias y las comunidades a aplicar unas buenas prácticas de cuidados domiciliarios y a solicitar la atención necesaria para las madres y los recién nacidos. Los programas deben incluir actividades que den la palabra a las mujeres y las familias y permitan su participación en el establecimiento de prioridades en los problemas y las soluciones.

111. Si el acceso a los servicios de salud fuera deficiente o no equitativo, los países deberían estudiar la posibilidad de invertir en agentes de salud comunitarios como un poderoso recurso para mejorar la atención materna y neonatal, en particular en las zonas de difícil acceso, y asegurar su integración como valioso recurso humano junto a los profesionales sanitarios en todo lo que atañe a la salud de las madres y los niños. Se necesitarán una formación apropiada, supervisión de apoyo, un despliegue adecuado y la debida remuneración.

112. Se debería estudiar la posibilidad de fortalecer organizaciones comunitarias tales como los grupos de mujeres con el fin de promover la movilización comunitaria mediante enfoques basados en el diálogo, como los ciclos facilitados de aprendizaje participativo y acción. Esto es particularmente pertinente en las poblaciones rurales para las que el acceso a la atención es limitado. Se necesita con urgencia evaluar más a fondo la utilidad de este enfoque en las zonas urbanas pobres y con otros agentes, incluidos los hombres y las abuelas.

113. Las familias, en particular los hombres y los padres, también tienen un papel importante. Debe lograrse su participación en las actividades, tanto individuales en el hogar como comunitarias, a fin de aumentar su contribución al apoyo de la salud en la familia. Puede aumentarse la capacidad para prestar cuidados adecuados en el hogar por distintos canales, como la educación en salud, las campañas en los medios y las visitas a domicilio por agentes de salud comunitarios adiestrados.

114. El fortalecimiento de los vínculos entre las comunidades y los establecimientos sanitarios mejora los resultados sanitarios de las mujeres y sus bebés, especialmente cuando existen servicios de derivación. La telefonía móvil, que está muy difundida hoy en día y puede llegar a zonas remotas en muchos países, ofrece un medio para mejorar esos vínculos. Se ha utilizado con éxito para comunicar mensajes de salud, crear líneas de asistencia y facilitar el seguimiento de los nacimientos y las defunciones en tiempo real, y se puede vincular con intervenciones de movilización comunitaria para crear mayores sinergias.

115. La generación de demanda de servicios para las comunidades insuficientemente atendidas exige enfoques innovadores con estrategias basadas en pruebas. Por ejemplo, puede estudiarse la posibilidad de realizar transferencias monetarias condicionadas a las familias y las comunidades cuando las circunstancias financieras impiden el acceso a la atención de salud, con un seguimiento cuidadoso para confirmar su eficacia con respecto al costo.

116. La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño ha solicitado que se refuercen la supervisión y la transparencia y ha instado a los parlamentarios, los dirigentes comunitarios, los miembros de la sociedad civil y la población en general a que reclamen información y participen activamente en la planificación y el seguimiento de los servicios de salud y la calidad de la atención que reciben las madres y sus hijos. Los países deberían seguir estas recomendaciones. Del mismo modo, la aplicación de este plan de acción a escala mundial debería llevar aparejada la rendición de cuentas independiente de todos los interesados con respecto a sus compromisos para salvar vidas de recién nacidos.

Objetivo estratégico 5: Contabilizar todos los recién nacidos. Medición, seguimiento de los programas y rendición de cuentas

Justificación del objetivo estratégico 5

117. Las estadísticas vitales ofrecen información indispensable, y en este caso particular permiten que las políticas sean más eficaces y sensibles a las necesidades de las mujeres y los niños. Sin embargo, en 2010 alrededor de una tercera parte de los 135 millones de nacimientos ocurridos en el mundo y dos terceras partes de las muertes quedaron sin registrar. La mitad de los países de las Regiones de África y Asia Sudoriental de la OMS no consignan la causa de muerte en sus estadísticas vitales, y los sistemas existentes adolecen de graves deficiencias.¹ En algunos países, el sistema de registro civil no sigue las recomendaciones mundiales relativas a los niños que se deben contabilizar, y es frecuente que, además, el sistema funcione solamente en parte del país. En otros países no se registran todas las muertes. El hecho de que no se recopilen datos de alta calidad en el registro de los nacimientos y las defunciones, incluida la causa de la muerte, hace que se carezca de información crucial para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación en todos los sectores del desarrollo, incluidos la salud y los servicios de atención sanitaria. La resolución 19/9 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, relativa a la inscripción de nacimientos y el derecho de todo ser humano al reconocimiento en todas partes de su personalidad jurídica, está enteramente dedicada a la inscripción de nacimientos y la identificación legal de todas las personas sin discriminación alguna.

118. A medida que los poderes públicos y los asociados vayan estableciendo y ampliando el acceso a las intervenciones relacionadas con la salud neonatal hará falta más y mejor información para el seguimiento y la evaluación de los avances hacia el logro de los compromisos adquiridos para poner fin a la mortalidad neonatal prevenible.

119. Se dispone de pocos indicadores universales para supervisar la calidad de la atención materna y neonatal y la equidad del acceso a esa atención. Se han adoptado algunas iniciativas para mejorar las mediciones, como añadir a las encuestas de hogares preguntas sobre la atención posnatal dispensada a las madres y los recién nacidos, y en el caso de los cuestionarios de evaluación de los establecimientos, preguntas sobre la disponibilidad de productos básicos para recién nacidos, como equipos de reanimación y corticosteroides para la corticoterapia prenatal. Aun así, la recopilación de estos datos todavía plantea numerosas dificultades. Las encuestas de hogares basadas en la población, incluidas las encuestas demográficas y sanitarias y las encuestas de conglomerados de indicadores múltiples, llevan tiempo recopilando datos sobre indicadores de la planificación familiar, la atención prenatal y la asistencia en el parto. Recientemente se ha incorporado a esas encuestas más información sobre los contactos posnatales de los recién nacidos y cada vez hay más países que disponen de esos datos. Uno de los hitos que se proponen en el presente plan es un proceso para generar indicadores que puedan

¹ Oomman N, Mehl G, Berg M, Silverman R; (2013) Modernising vital registration systems: why now? *The Lancet* 381(9875): 1336 - 1337. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60847-8.

incluirse en las encuestas de hogares para evaluar las prácticas de atención al recién nacido y el contenido de la atención posnatal.

120. Persisten muchas deficiencias importantes en la recopilación de datos sistemáticos sobre los resultados, la cobertura y la calidad de la atención en el periodo del parto. Hay que prestar una atención mucho más rigurosa a la elaboración y puesta a prueba de indicadores para dicho periodo y a su inclusión en los sistemas de información de la gestión sanitaria. En la actualidad, los sistemas de información sanitaria sistemática contienen pocos indicadores relacionados con la salud del neonato, y los datos recopilados apenas se utilizan para mejorar la calidad. Es preciso acordar un conjunto de indicadores básicos y suplementarios que permitan hacer un seguimiento no solo de la cobertura poblacional de intervenciones eficaces, sino también de la calidad de la atención en los servicios de salud, con miras a utilizarlos en diversos contextos, entre ellos las emergencias humanitarias complejas. Los administradores de todos los niveles necesitan saber en qué medida el sistema puede prestar servicios esenciales a la madre y el recién nacido y detectar aspectos débiles en el desempeño que puedan rectificarse mejorando la planificación, la elaboración de presupuestos y la prestación de servicios. Muchos de los indicadores pueden integrarse en los sistemas ordinarios de información sanitaria y pueden validarse periódicamente los resultados mediante encuestas específicas.

121. Muchos países han aceptado que la vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta a ella son un medio eficaz de identificar las muertes, investigar sus factores determinantes y tomar medidas correctivas respecto a las causas de muerte prevenibles. Las muertes perinatales deberían considerarse un componente importante de estas iniciativas. Un metanálisis del impacto asociado a la introducción de las auditorías perinatales en los países de ingresos bajos y medianos mostró que la mortalidad descendía un 30% cuando las soluciones identificadas en el proceso de auditoría se llevaban a la práctica.¹ Las nuevas directrices de la OMS y sus asociados ofrecen recomendaciones claras sobre la forma de establecer satisfactoriamente la vigilancia de las muertes maternas a escala completa.² En ellas se promueve un enfoque por fases y se sugiere insistir en el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y respuesta a las muertes maternas en los establecimientos sanitarios antes de ampliarla a las comunidades. La auditoría de la mortalidad materna y perinatal y la vinculación de los resultados a un proceso nacional pueden fortalecer la capacidad de luchar contra las causas prevenibles de mortalidad. Sin embargo, en muchos países, los mecanismos de protección jurídica que facilitarían la realización de investigaciones completas son insuficientes, lo que impide aprovechar todo el potencial de este enfoque.

¹ Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009;107 (Suppl. 1):S113–21, S121–2. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.011.

² Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternal death. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 5

Los gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) invertir en mejorar la cobertura y la calidad del registro de nacimientos y defunciones, promoviendo el registro de todos los nacimientos (nacidos vivos y mortinatos) y registrar las muertes prenatales y neonatales;
- b) estudiar la posibilidad de utilizar certificados de defunción específicos para el periodo perinatal que registren datos adicionales sobre los mortinatos, la edad gestacional y el peso al nacer además de las complicaciones maternas;
- c) elaborar un conjunto mínimo de datos del periodo perinatal y garantizar que se recopilen todos los resultados obstétricos, con definiciones uniformes y vínculos cruzados con las bases de datos para el registro civil;
- d) institucionalizar la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y la respuesta a ella, vincularla a los exámenes de las defunciones perinatales y tomar medidas para hacer frente a los factores evitables identificados por medio de dichos exámenes;
- e) hacer un seguimiento de los resultados de morbilidad y discapacidad del recién nacido, en particular cuando se estén ampliando los cuidados intensivos neonatales;
- f) evaluar y definir indicadores de la prestación de servicios de salud para las madres y los bebés (basados en los indicadores mundiales propuestos en el apéndice 2) e integrarlos en los sistemas e instrumentos de recopilación de datos sistemáticos;
- g) instar a los parlamentarios, los dirigentes comunitarios, la sociedad civil y la población general a que demande información y participe activamente en la planificación y el seguimiento del acceso a servicios de salud de calidad por parte de las mujeres y los niños;
- h) elaborar estrategias para implicar al sector privado en la mejora de la recopilación y la calidad de los sistemas de registro de nacimientos y defunciones y en la inversión, el desarrollo y la ejecución de mecanismos innovadores de acopio de datos.

122. Los países deberían introducir e invertir en la mejora de los sistemas de registro de los nacimientos y las defunciones, y estudiar la posibilidad de aplicar mecanismos innovadores para recopilar datos, por ejemplo, recurriendo a los agentes de salud comunitarios y a la telefonía móvil. El registro de los mortinatos y de las muertes neonatales debería ir acompañado de una categorización de las causas de muerte que tuviera interés desde el punto de vista de los programas. Deberían incluirse otros datos, como la edad gestacional y el peso al nacer, así como la consideración de los determinantes sociales de la mortalidad. Habría que hacer un seguimiento continuo de la calidad y la integridad de los datos, y estos deberían difundirse para que sirvieran de base a la planificación.

123. Se necesitan inversiones y apoyo técnico para mejorar la cantidad, la coherencia y la frecuencia de los datos nacionales recopilados sobre todos los resultados de salud maternos y obstétricos en el marco de un conjunto mínimo de datos perinatales vinculado a los datos del registro civil y a los procedentes de los establecimientos sanitarios. Los países deberían fortalecer los mecanismos de vigilancia de las muertes maternas y la respuesta correspondiente y la vigilancia de la mortalidad perinatal, vinculándolos a exámenes de las muertes perinatales y adoptando medidas para hacer frente a los factores evitables que se concluyan de esos exámenes. También es importante hacer un seguimiento de los casos de discapacidad (por ejemplo, retinopatía del prematuro, sordera y parálisis cerebral), en particular en los países que están ampliando los servicios de cuidados intensivos neonatales.

124. Los indicadores básicos mundiales que se proponen en el marco del plan de acción (apéndice 2) deberían ser evaluados por los interesados y luego integrarse en los sistemas nacionales de gestión de la información sanitaria. El conjunto de indicadores propuestos se elaborará con mayor detalle como parte de la ejecución del plan de acción (a la que se refiere el párrafo 135) que cubrirá los ámbitos del estado de preparación de los servicios, los resultados, la utilización de servicios, la cobertura de las intervenciones y la calidad de la atención.

125. Todas las partes interesadas, desde los parlamentarios y los dirigentes comunitarios hasta la sociedad civil y la población general, han de exigir información y participar en la planificación y el seguimiento del acceso a servicios de salud de calidad por parte de las mujeres y los niños, quizá mediante el uso de fichas de puntuación, para aumentar la rendición de cuentas en la ejecución de este plan de acción.

126. Al tiempo que fortalecen los sistemas de recopilación de información sistemática, los países y sus asociados para el desarrollo deberían realizar encuestas periódicas de hogares con el fin de obtener datos sobre la mortalidad, la cobertura de las intervenciones y el uso de los servicios. También debería implicarse al sector privado en la mejora del acopio y la calidad de los sistemas de registro de nacimientos y defunciones y en la inversión, el desarrollo y la aplicación de mecanismos innovadores de acopio de datos, especialmente recurriendo a la telefonía móvil.

MARCO PARA EL ÉXITO

127. El marco de impacto que aparece en la figura 6 incorpora «Todos los recién nacidos» al concepto «Todas las mujeres, todos los niños» y amplía los objetivos para incluir la lucha contra las muertes prevenibles de mujeres, recién nacidos y niños y la mortinatalidad prevenible, y la mejora del desarrollo infantil y el capital humano. El nivel de resultados del marco incluye todos los conjuntos relativos a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Así, el plan de acción se centra particularmente en la atención de la mujer y el bebé en el trabajo de parto, el parto y la primera semana de vida, pero también en la atención de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño, con el objetivo de lograr la cobertura sanitaria universal de todos los conjuntos de intervenciones. La mayor cobertura con atención de calidad exige ampliar el cambio de los programas dentro del sistema sanitario y de la comunidad. Las aportaciones a un sistema de salud fortalecido requieren una medición rigurosa, un estrecho seguimiento de los programas y rendición de cuentas. Por último, los contextos sociopolítico, económico, ambiental, biológico y jurídico influyen en todos los niveles de cambio.

Figura 6. Marco de impacto del plan de acción «Todos los recién nacidos»



128. Las metas en materia de mortalidad solo se lograrán mediante mejoras de la cobertura y de la calidad de la atención que se dispensa a las mujeres y los bebés en el nacimiento y la atención de los recién nacidos pequeños y enfermos. Por consiguiente, se proponen metas intermedias de las intervenciones basadas en pruebas respecto de la cobertura y la calidad de la atención en torno al nacimiento, la atención de neonatos en situación de riesgo, visitas a domicilio y apoyo de grupos participativos para mujeres y recién nacidos (apéndice 1).

129. Objetivos relativos a la cobertura para 2020

a) **Cobertura y calidad de la atención en el parto y el nacimiento:** El 90% de las mujeres que dan a luz y de los bebés que nacen en establecimientos de salud recibirán una atención de alta calidad, eficaz y respetuosa, que comprenderá la atención esencial durante el embarazo y el parto y después del nacimiento, y las medidas preventivas y el tratamiento pertinente de las complicaciones en la madre y el recién nacido. La vigilancia de las muertes maternas y perinatales, la respuesta oportuna a estas y el seguimiento periódico de la calidad asistencial formarán parte integral de los servicios de salud materna y neonatal.

b) **Cobertura y calidad de la atención dispensada a los neonatos pequeños y enfermos:** Al menos la mitad de los bebés que no respiran espontáneamente después del nacimiento después de ser secados minuciosamente y estimulados serán reanimados con respirador de bolsa y mascarilla; al menos la mitad de los prematuros estables y los neonatos de menos de 2000 gramos serán atendidos con el método «madre canguro» y otras medidas de apoyo, y al menos la mitad de los recién nacidos que presentan una posible infección bacteriana grave recibirán anti-

bioterapia. Se establecerán metas específicas en cada país en relación con los cuidados intensivos neonatales completos, que incluirán el seguimiento de la discapacidad.

c) **Visitas domiciliarias y apoyo de grupos participativos para la mujer y el recién nacido:** Todos los países habrán logrado que la prestación de atención posnatal temprana a la madre y el recién nacido en los dos días posteriores al nacimiento aumente al menos un 20% (o llegue al 90% si la cifra inicial de referencia era superior al 70%), con objeto de promover la lactancia materna, el asesoramiento en materia de complicaciones maternas y neonatales y la detección de estas, y la planificación familiar posnatal. La vinculación con enfoques comunitarios participativos y grupos de padres es un importante componente de esta estrategia.

130. **Objetivos relativos a la cobertura para 2025**

a) **Cobertura y calidad de la atención en torno al parto:** El 95% de las mujeres darán a luz con un asistente calificado, y todas las mujeres y sus hijos recién nacidos recibirán una atención de alta calidad, eficaz y respetuosa (véase el párrafo 129).

b) **Cobertura y calidad de la atención dispensada a los neonatos en situación de riesgo:** Al menos el 75% de los bebés que no respiran espontáneamente después del nacimiento después de secarlos minuciosamente y estimularlos serán reanimados con respirador de bolsa y mascarilla; al menos el 75% de los prematuros estables y los neonatos de menos de 2000 g serán atendidos con el método «madre canguro» y otras medidas de apoyo, y al menos el 75% de los recién nacidos que presentan una posible infección bacteriana grave recibirán antibioterapia.

c) **Visitas domiciliarias y apoyo de grupos participativos para la mujer y el recién nacido:** El 90% de las madres y los recién nacidos recibirán atención posnatal temprana de alta calidad en los dos días posteriores al nacimiento. Se realizará un seguimiento de la calidad de la atención posnatal mediante indicadores mejorados para evaluar el contenido y los resultados a más largo plazo, como el objetivo nutricional de una tasa de lactancia materna exclusiva del 50% en todos los países de aquí a 2025. La vinculación con enfoques comunitarios participativos y grupos de padres es un importante componente de esta estrategia.

MEDIDAS DEL ÉXITO

131. El Plan de acción para todos los recién nacidos consiste en adoptar medidas para lograr ambiciosos objetivos de mortalidad y metas de cobertura para poner fin a las muertes de recién nacidos y los mortinatos que pueden prevenirse. La vía para conseguir un impacto estará marcada por hitos, que se definen en los niveles mundial y nacional para el periodo 2014-2020 (apéndice 1). Esos hitos formarán el punto de partida para la rendición de cuentas y la supervisión independiente y serán la base para seguir los avances en la ejecución. El seguimiento y evaluación coincide con los exámenes de los progresos realizados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015 y estarán listos para los futuros objetivos de desarrollo sostenible para después de 2015, con vínculos al nuevo mecanismo de rendición de cuentas.

132. Uno de los hitos a nivel mundial es un plan de seguimiento más detallado, con indicadores de cobertura y resultados que permitan seguir los avances. Esos indicadores habrán de ser acopiados y utilizarse para la acción de los programas nacionales dentro de los países. La definición clara de intervenciones y estrategias en relación con la mortinatalidad representa otro hito.

133. El verdadero cambio para las mujeres y sus bebés tendrá lugar dentro de los países. Los hitos nacionales incluyen, entre otros, asegurar lo siguiente: los productos básicos son incluidos en las listas

nacionales de medicamentos esenciales y son objeto de seguimiento; se presta oídos a la comunidad, en especial a las mujeres; los planes de salud nacionales se perfeccionan y acompañan de un cálculo de costos con el fin de hacer frente debidamente a la salud del recién nacido y la mortinatalidad; y el gasto nacional en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil se sigue y es objeto de informes.

134. Considerar conjuntamente a la mujer y a su bebé es un concepto básico del plan de acción, de modo que se necesita un conjunto de intervenciones para ambos: son diferentes pero interdependientes, y esa interdependencia es vital para ambos. Como complemento a este plan de acción, la OMS, el UNICEF y los asociados elaborarán una iniciativa adaptada a la madre y el bebé que se centrará en mejorar la calidad de la atención para madres y recién nacidos en establecimientos de salud, vinculándola con acciones comunitarias y con el fortalecimiento del sistema de salud de distrito. Se definirá un conjunto de normas y pautas para la calidad de la atención en torno al nacimiento y el periodo posnatal inmediato y, una vez establecido en consulta con los países y con expertos técnicos, habrá de ser adaptado y adoptado dentro de los países.

135. Para alcanzar la visión, los objetivos de mortalidad y las metas de cobertura que se exponen en el plan se necesitan indicadores medibles que permitan seguir los avances e informar la política de los programas sanitarios. La selección de los indicadores básicos (apéndice 2) entrañó un proceso de asignación de puntuaciones respecto de la pertinencia directa con el marco del plan de acción, los objetivos y las metas y el examen de la actual disponibilidad de datos. Los indicadores básicos en algunos casos están acordados y son objeto de seguimiento, pero algunos han de someterse a más pruebas e integrarse en los sistemas de medición nacionales. Se necesitan con urgencia trabajos para mejorar la medición de estos indicadores y otros que los apoyan y aumentar el número de países que someten a un seguimiento sistemático. La utilización práctica de esos indicadores básicos y una amplia lista de otros indicadores necesarios forma parte de los hitos a corto plazo que se enumeran en el apéndice 1.

PRIORIDADES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN

136. Es preciso que la investigación en salud, en los tres ámbitos de la prestación, el desarrollo y el descubrimiento, se sitúe en la vanguardia de los esfuerzos encaminados a reducir la mortalidad neonatal. En el marco de un análisis mundial para el periodo 2013-2025 se determinaron las prioridades en materia de investigación sobre salud neonatal. Nueve de las diez prioridades identificadas guardaban relación con la mejora de la dispensación de intervenciones conocidas.

137. Las principales prioridades en materia de investigación sobre la dispensación de intervenciones comprenden la búsqueda de enfoques para ampliar el acceso a técnicas simplificadas de reanimación neonatal en niveles asistenciales inferiores del sistema de salud; la identificación y el tratamiento de las infecciones neonatales en el ámbito comunitario; la reducción de los obstáculos que entorpecen la ampliación de la lactancia materna exclusiva y del método «madre canguro» en los establecimientos sanitarios; la evaluación del empleo de clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical en los niños nacidos en establecimientos sanitarios, y la elaboración de estrategias para mejorar la calidad de la atención dispensada durante el trabajo de parto y el nacimiento en establecimientos sanitarios.

138. En lo relativo al desarrollo, las prioridades identificadas comprenden la adaptación del método «madre canguro» para facilitar su uso en el ámbito comunitario; la detección precoz en la comunidad de las mujeres que podrían correr grandes riesgos en el embarazo y el parto; la mejora y simplificación de la monitorización fetal durante el parto; la evaluación del uso de los antibióticos orales apropiados para el tratamiento de la septicemia neonatal; la definición del papel que podrían desempeñar las auditorías perinatales en la mejora de la calidad de la atención durante el parto, y el desarrollo de agentes tensioactivos y dispositivos menos costosos para su uso en los países de ingresos bajos y medianos.

139. En cuanto a los descubrimientos, se subraya la necesidad de invertir en ciencia y tecnología para determinar las causas del desencadenamiento prematuro del trabajo de parto; investigar nuevos tocolíticos para demorar el parto prematuro; desarrollar agentes tensioactivos estables que se dispensen más fácilmente; descubrir vacunas maternas eficaces para prevenir la septicemia neonatal; poner a punto pruebas diagnósticas y nuevos agentes biológicos utilizables en el punto de atención para mejorar la identificación y el tratamiento de la septicemia neonatal; investigar métodos más eficaces de detección del sufrimiento fetal, e identificar biomarcadores del retraso del crecimiento intrauterino y la muerte fetal.

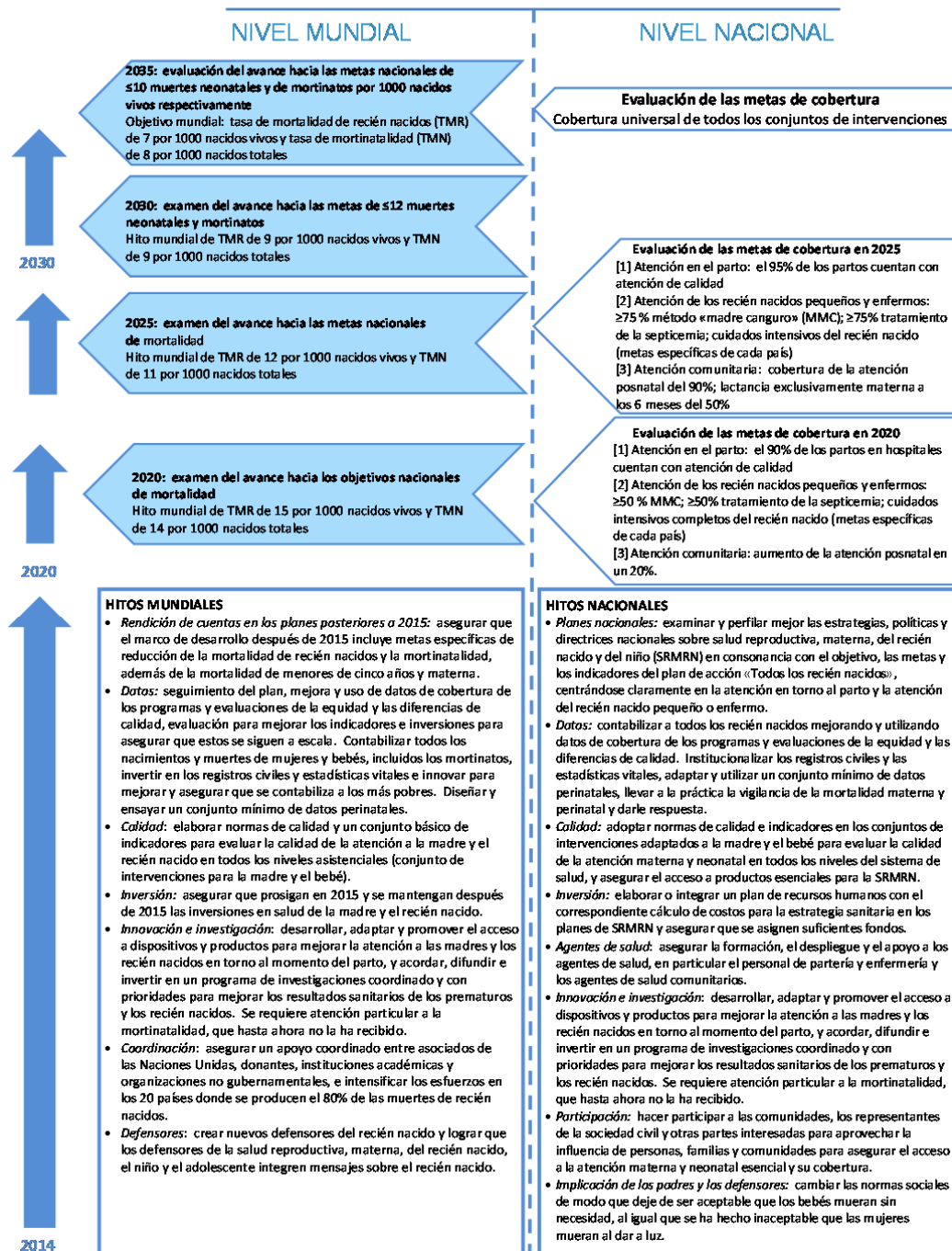
COORDINACIÓN

140. Para llevar a la práctica el plan de acción hará falta la participación de muchos interesados, a saber, los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas, los países donantes, las Naciones Unidas y otras organizaciones multilaterales y las instituciones filantrópicas mundiales, así como la sociedad civil, los trabajadores sanitarios y sus asociaciones profesionales, el sector empresarial, y las instituciones académicas y de investigación (véase el apéndice 3).

141. En el plan se definen medidas prioritarias para dar un comienzo saludable a todos los recién nacidos en el contexto de programas integrados de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente. Los servicios de salud de la madre y el niño son una plataforma idónea para ofrecer conjuntos integrados de diversas intervenciones, entre ellas, las referidas a la malaria, la infección por el VIH, la nutrición y la inmunización. Es fundamental que los objetivos de desarrollo para después de 2015 incluyan la visión de sociedades saludables en las que las mujeres y las adolescentes, los recién nacidos y los niños sobrevivan y prosperen. La coordinación para que se materialice esta visión se apoyará en un proceso asistencial continuo, sólido y seguro para reducir de forma drástica las muertes de madres, recién nacidos y niños que pueden prevenirse, y que tiene el potencial de construir sociedades más equitativas y transformar el desarrollo humano.

APÉNDICE 1

OBJETIVOS, METAS E HITOS MUNDIALES Y NACIONALES PARA EL PERIODO 2014-2035



APÉNDICE 2

INDICADORES MUNDIALES PROPUESTOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN PARA
TODOS LOS RECIÉN NACIDOS¹

| | Indicadores básicos | Otros indicadores |
|---|---|---|
| Impacto | 1. Razón de mortalidad materna* | |
| | 2. Tasa de mortinatalidad | Tasa de mortinatalidad durante el parto |
| | 3. Tasa de mortalidad neonatal* | Tasa de bajo peso al nacer* Tasa de nacimientos prematuros Pequeño tamaño para la edad gestacional Tasas de morbilidad neonatal, por ejemplo infecciones Tasas de discapacidad a largo plazo tras afecciones neonatales |
| Cobertura: atención de todas las madres y los recién nacidos | 4. Asistente calificado en el parto* 5. Atención posnatal temprana para las madres y los bebés* 6. Lactantes alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad (%)* | Iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva |
| Cobertura: complicaciones y atención añadida | 7. Uso prenatal de corticosteroides 8. Reanimación neonatal 9. Método madre canguro y apoyo a la lactancia 10. Tratamiento de la septicemia neonatal | Tasa de cesáreas* |
| Insumo: contabilización | Registro de nacimientos* | Registro de defunciones, con inclusión de la causa |
| <i>Insumo:</i> <i>Conjuntos de prestación de servicios de «Todos los recién nacidos»</i> | <i>Normas y pautas medibles adaptadas a la madre y el bebé</i> <i>Atención de los recién nacidos pequeños y enfermos</i> | |

¹ * = indicador tal y como se define y se sigue en Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013; Gris = no se sigue sistemáticamente en la actualidad; **Negrita** = indicador que requiere una evaluación adicional para que la medición sea uniforme y esté vinculada a los hitos del apéndice 1. *Cursiva* = paquete de intervenciones para el que deben definirse normas y pautas, y vínculos con los hitos del apéndice 1.

Todos los indicadores se seguirán de tal modo que puedan ser desglosados para evaluar la equidad, por ejemplo, en zonas urbanas/rurales, regiones o quintil de riqueza.

APÉNDICE 3

ACCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

Todas las partes interesadas tienen un papel que desempeñar

| Agente | Acciones |
|---|--|
| <p>Gobiernos y planificadores de políticas de los niveles nacional, regional y mundial</p> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Planes nacionales:</i> examinar y revisar estrategias, políticas y directrices nacionales en materia de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño de acuerdo con los objetivos, las metas y los indicadores definidos en el Plan de acción para todos los recién nacidos, centrándose claramente en la atención en torno al parto. • <i>Presupuestos:</i> asignar suficientes recursos financieros a la salud de la madre y el recién nacido, y asegurar inversiones suficientes para mejorar la calidad de la atención. • <i>Legislación:</i> adoptar legislación apropiada sobre el registro de nacimientos, notificación de muertes de madres, protección de la maternidad y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. • <i>Agentes de salud:</i> elaborar o integrar una estrategia de recursos humanos para la salud con el correspondiente cálculo de costos en los planes de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño para asegurar la formación, el despliegue y el apoyo de los agentes de salud, en particular el personal de partería, los asistentes calificados, el personal de enfermería y los agentes de salud comunitarios. • <i>Calidad:</i> adoptar normas de calidad y un conjunto básico de indicadores para evaluar la calidad de la atención materna y del recién nacido en todos los niveles de prestación de asistencia sanitaria. • <i>Productos básicos:</i> incluir productos esenciales para la salud de madres y recién nacidos en la lista nacional de medicamentos esenciales y asegurar un suministro ininterrumpido en todos los niveles del sistema de salud. • <i>Participación:</i> lograr la participación de comunidades, representantes de la sociedad civil y otros interesados directos para aprovechar la influencia de personas, familias y comunidades para asegurar el acceso y la cobertura de la atención esencial para la madre y el recién nacido. • <i>Rendición de cuentas:</i> contabilizar a todos los recién nacidos institucionalizando el registro civil y las estadísticas vitales y la vigilancia de las muertes maternas, perinatales y neonatales y la respuesta a estas. |

| Agente | Acciones |
|--|--|
| Organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos multilaterales | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Políticas:</i> asegurar que el marco de desarrollo para después de 2015 incluye metas específicas de reducción de la mortalidad de recién nacidos y la mortinatalidad, además de la reducción de la mortalidad de madres y menores de cinco años. • <i>Asistencia técnica:</i> prestar asistencia técnica y apoyo a las actividades oficiales de planificación, ejecución y rendición de cuentas. • <i>Coordinación:</i> asegurar un apoyo coordinado entre asociados de las Naciones Unidas e intensificar los esfuerzos en los 20 países en los que se produce el 80% de las muertes de recién nacidos. • <i>Calidad:</i> elaborar normas de calidad y un conjunto básico de indicadores para evaluar la calidad de la atención materna y neonatal en todos los niveles de prestación de asistencia sanitaria. • <i>Inversiones:</i> asegurar que las inversiones multilaterales en salud de la madre y el recién nacido prosiguen a lo largo de 2015 y se mantienen en la era de desarrollo posterior a 2015. • <i>Defensores:</i> lograr la participación de defensores de la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente para proporcionar mensajes coherentes y coordinados acerca de la salud del recién nacido. |
| Donantes y fundaciones | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiación:</i> movilizar fondos para colmar las deficiencias y apoyar la aplicación de planes de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil con el correspondiente cálculo de costos, basados en pruebas, y asumidos por los países, que se centren particularmente en el parto y el nacimiento. • <i>Formación de los agentes de salud:</i> apoyar la formación y el despliegue de agentes de salud, lo que incluye invertir en personal de partería, asistentes de partería calificados, personal de enfermería y agentes de salud comunitarios que puedan realizar intervenciones básicas de calidad centradas en el parto. • <i>Productos básicos:</i> apoyar el acceso a productos básicos de calidad invirtiendo en financiación innovadora, creando incentivos para productores y compradores, apoyando la garantía de la calidad y la reglamentación, y actividades de investigación y desarrollo para mejorar los productos. • <i>Rendición de cuentas:</i> participar en pactos de los países y mejorar la rendición de cuentas en torno a las corrientes financieras. |

| Agente | Acciones |
|--|---|
| Empresas privadas | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Innovación:</i> invertir en la obtención y adaptación de dispositivos y productos para atender a las madres de los recién nacidos en torno al parto; invertir en campañas en pro del cambio social y de comportamiento, incluidas las que llegan a los más pobres y más vulnerables. • <i>Ejecución:</i> ampliar la escala de las mejores prácticas y asociarse con el sector público para mejorar la prestación de servicios. |
| Organizaciones no gubernamentales, comunidades y grupos de padres | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Agentes de salud comunitarios:</i> apoyar los cuidados preventivos antes y después del parto y la derivación a establecimientos básicos y completos según proceda. • <i>Liderazgo comunitario y rendición de cuentas:</i> promover el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas para eliminar las barreras (por ejemplo, en el transporte), hacer que los proveedores sanitarios se responsabilicen de prestar servicios de calidad y fortalecer los vínculos entre comunidades y establecimientos sanitarios. • <i>Defensores:</i> identificar y apoyar a defensores locales, entre ellos parlamentarios, grupos de padres, profesionales, voluntarios de salud de la comunidad y dirigentes comunitarios; hacer participar y vincular a los defensores de la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente para proporcionar mensajes coherentes y coordinados sobre la salud del recién nacido. • <i>Demanda:</i> generar y mantener la demanda de servicios utilizando acciones asumidas por la comunidad (por ejemplo, incentivos, transferencias de efectivo condicionadas, seguros, transportes, movilización social, planes de crédito y ahorro y cooperativas). • <i>Adolescentes:</i> prestar especial atención a las adolescentes y aplicar enfoques que ayuden a prevenir los embarazos precoces y no deseados. • <i>Buscar asistencia:</i> recurrir a los agentes de salud comunitarios, los asistentes capacitados y las parteras para obtener una atención esencial de la madre y el recién nacido que salven vidas de bebés y mujeres. • <i>Calidad y rendición de cuentas:</i> actuar como voz para el cambio; exigir servicios de calidad, asequibles y accesibles; denunciar servicios de mala calidad por mecanismos oficiales y no gubernamentales. |
| Instituciones académicas y de investigación | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fijar prioridades en las necesidades de investigación:</i> acordar y divulgar un programa de investigaciones en los que se han fijado prioridades y se han coordinado para mejorar los resultados sanitarios de los prematuros y los recién nacidos. • <i>Invertir en investigación:</i> alentar una mayor asignación presupuestaria para la investigación en intervenciones innovadoras. • <i>Aumentar la capacidad de investigación:</i> aumentar la capacidad de las instituciones de investigación, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, y |

| Agente | Acciones |
|---------------------------------|---|
| | <p>formar a profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Divulgar los resultados</i>: divulgar los resultados de las investigaciones y las mejores prácticas. • <i>Entablar alianzas</i>: fortalecer las redes mundiales de proveedores académicos, investigadores y formadores. |
| Profesionales sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intervenciones esenciales</i>: dar prioridad a las intervenciones esenciales en torno al parto y la atención de los nacidos pequeños y enfermos como parte del conjunto integrado de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. • <i>Agentes de salud</i>: prestar servicios integrados de calidad a los bebés y las mujeres mediante enfoques de formación acelerada, retención y motivación. • <i>Productos básicos</i>: trabajar con órganos locales y nacionales para asegurar la disponibilidad constante de productos básicos y suministros indispensables para las intervenciones clave en torno al parto. • <i>Calidad</i>: hacer un seguimiento de la calidad de la atención inclusive utilizando métodos de vigilancia y respuesta a las muertes de madres y muertes perinatales. |

ANEXO 5

Texto del anexo 7 actualizado del Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹

[A67/35 – 2 de mayo de 2014]

REQUISITOS CONCERNIENTES A LA VACUNACIÓN O LA PROFILAXIS CONTRA ENFERMEDADES DETERMINADAS

1. Además de las recomendaciones de vacunación o profilaxis, se podrá exigir a los viajeros, como condición para su entrada en un Estado Parte, prueba de vacunación o profilaxis contra las enfermedades expresamente designadas en el presente Reglamento, que son las siguientes:

Fiebre amarilla.

2. Consideraciones y requisitos concernientes a la vacunación contra la fiebre amarilla:

a) A los efectos del presente anexo:

i) se fija en seis días el periodo de incubación de la fiebre amarilla;

ii) las vacunas contra la fiebre amarilla aprobadas por la OMS protegen de la infección a partir de los 10 días siguientes a su administración;

iii) la protección se prolonga durante toda la vida de la persona vacunada; y

iv) el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla será válido durante toda la vida de la persona vacunada, contando a partir del décimo día después de la fecha de vacunación.

b) Podrá exigirse la vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros que salgan de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla.

c) Cuando un viajero esté en posesión de un certificado de vacunación antiamarílica cuyo plazo de validez no haya empezado todavía, podrá autorizarse su salida, pero a su llegada podrán aplicársele las disposiciones del párrafo 2(*h*) del presente anexo.

d) No podrá tratarse como sospechoso de infección a ningún viajero que esté en posesión de un certificado válido de vacunación antiamarílica, aun cuando proceda de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla.

¹ Véase la resolución WHA67.13.

-
- e)* De conformidad con el párrafo 1 del anexo 6, sólo deberán utilizarse las vacunas antiamarílicas aprobadas por la Organización.
- f)* Los Estados Partes designarán los centros concretos en que puede realizarse la vacunación contra la fiebre amarilla dentro de su territorio para garantizar la calidad y seguridad de los materiales y procedimientos utilizados.
- g)* Todos los empleados de los puntos de entrada situados en zonas respecto de las cuales la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, y todos los tripulantes de los medios de transporte que utilicen esos puntos de entrada, deberán estar en posesión de certificados válidos de vacunación antiamarílica.
- h)* Los Estados Partes en cuyo territorio existan vectores de la fiebre amarilla podrán exigir a los viajeros procedentes de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla y que no estén en posesión de un certificado válido de vacunación antiamarílica que se sometan a cuarentena hasta que el certificado sea válido, o por un máximo de seis días contados desde la fecha de la última exposición posible a la infección si este último periodo fuera más corto que el primero.
- i)* No obstante, se podrá permitir la entrada de los viajeros que posean una exención de la vacunación antiamarílica, firmada por un funcionario médico autorizado o un agente de salud autorizado, a reserva de las disposiciones del párrafo precedente de este anexo y siempre que se les facilite información sobre la protección contra los vectores de la fiebre amarilla. Si los viajeros no son sometidos a cuarentena, podrá exigírseles que informen a la autoridad competente de cualquier síntoma febril u otro y podrán ser sometidos a vigilancia.
-

ANEXO 6

Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud

| | |
|--|--|
| 1. Resolución WHA67.1 | Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 |
| 2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf) | |
| Categoría: 1. Enfermedades transmisibles | |
| Área programática: Tuberculosis | Efecto 1.2 Producto 1.2.1 |
| ¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>? | |
| Esta resolución adopta plenamente la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Por tanto, respalda la mayoría de las actividades de lucha contra la tuberculosis que la Secretaría llevará a cabo durante el bienio, a saber: preparación de orientaciones normativas e instrumentos operacionales para la aplicación de la estrategia; prestación de asistencia a los Estados Miembros en la elaboración y adaptación de los planes nacionales en consonancia con la estrategia, así como en el desarrollo de medios en los países para que puedan aplicar la estrategia, y lleven a cabo las actividades de supervisión y evaluación conexas. La resolución y la estrategia se utilizarán en la elaboración de futuros planes de trabajo bienales entre 2016 y 2035. | |
| ¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No) | |
| Sí. | |
| 3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas | |
| a) Costo total | |
| Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima). | |
| Los costos y la dotación de personal con relación a esta estrategia se incluirán en cada uno de los presupuestos bienales durante el periodo de vigencia de la estrategia, con arreglo a un cálculo realista del costo de los productos y los entregables relacionados con el trabajo previsto para cada uno de los ejercicios económicos de los respectivos presupuestos por programas, a partir del presupuesto por programas para 2016-2017. | |
| b) Costos en el bienio 2014-2015 | |
| Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima). | |
| Un número considerable de tareas definidas como entregables en el presupuesto por programas para 2014-2015 contribuirá a la elaboración y futura aplicación de la estrategia después de 2015, dado que hay continuidad entre los dos enfoques (el actual y el nuevo). El proceso de transición se pondrá en marcha durante el bienio en curso. | |
| Total: US\$ 98,5 millones (personal: US\$ 52,0 millones; actividades: US\$ 46,5 millones). | |

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Todos los niveles de la Organización.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Actualmente, la Secretaría está llevando a cabo un análisis exhaustivo de los fondos disponibles para llevar a cabo el trabajo relacionado con la aplicación de esta resolución en 2014-2015 y determinará el déficit de financiación. Ese déficit se subsanará en el marco del plan de movilización coordinada de recursos para toda la Organización, a fin de resolver el problema de falta de fondos para el presupuesto por programas 2014-2015.

1. Resolución WHA67.2 Mejoramiento de la adopción de decisiones por los órganos deliberantes

2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)

Categoría: 6. Servicios corporativos/funciones instrumentales

Área programática: Liderazgo y gobernanza Efecto 6.1
Producto 6.1.3

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

La mejora del acceso electrónico a las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS y la retransmisión en directo por internet de las sesiones públicas de la Asamblea de la Salud, en el marco de la reforma de la gobernanza de la OMS, contribuirá a una mayor coherencia en el ámbito de la salud mundial y al fortalecimiento de la gobernanza de la Organización.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**a) Costo total**

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) La resolución no tiene determinado un periodo de vigencia.

ii) Total: US\$ 320 000 por bienio, sujeto a un aumento anual de los costos (personal: costo nulo; actividades: US\$ 320 000).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 200 000 únicamente en 2015 (personal: costo nulo; actividades: US\$ 200 000).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En la Sede.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 200 000. Estos costos no están incluidos actualmente en el presupuesto por programas para 2014-2015; ahora bien, habida cuenta de que el presupuesto adicional necesario para financiar las actividades es relativamente reducido, este asunto podría resolverse mediante una leve reprogramación.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Sería necesario contratar personal externo.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|--|------------------------------|---|------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------|
| <p>1. Resolución WHA67.6 Hepatitis víricas</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 1. Enfermedades transmisibles</p> <table border="0"> <tr> <td>Área programática: VIH/sida</td> <td>Efecto 1.1 Producto 1.1.2</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Enfermedades prevenibles mediante vacunación</td> <td>Efecto 1.5 Producto 1.5.2</td> </tr> </table> <p>Categoría: 4. Sistemas de salud</p> <table border="0"> <tr> <td>Área programática: Servicios de salud integrados y centrados en la persona</td> <td>Efecto 4.2 Producto 4.2.3</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa</td> <td>Efecto 4.3 Producto 4.3.1</td> </tr> </table> <p>Categoría: 5. Preparación, vigilancia y respuesta</p> <table border="0"> <tr> <td>Área programática: Capacidad de alerta y respuesta</td> <td>Efecto 5.1 Producto 5.1.1</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Enfermedades epidemiológicas y pandémicas</td> <td>Efecto 5.2 Producto 5.2.1</td> </tr> </table> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>?</p> <p>Las medidas fundamentales que se piden en la resolución respaldan directamente la obtención de los productos formulados en las áreas programáticas indicadas <i>supra</i>, en particular mediante el aumento del compromiso y de las capacidades para una respuesta adecuada de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> | Área programática: VIH/sida | Efecto 1.1 Producto 1.1.2 | Área programática: Enfermedades prevenibles mediante vacunación | Efecto 1.5 Producto 1.5.2 | Área programática: Servicios de salud integrados y centrados en la persona | Efecto 4.2 Producto 4.2.3 | Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa | Efecto 4.3 Producto 4.3.1 | Área programática: Capacidad de alerta y respuesta | Efecto 5.1 Producto 5.1.1 | Área programática: Enfermedades epidemiológicas y pandémicas | Efecto 5.2 Producto 5.2.1 |
| Área programática: VIH/sida | Efecto 1.1 Producto 1.1.2 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Enfermedades prevenibles mediante vacunación | Efecto 1.5 Producto 1.5.2 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Servicios de salud integrados y centrados en la persona | Efecto 4.2 Producto 4.2.3 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa | Efecto 4.3 Producto 4.3.1 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Capacidad de alerta y respuesta | Efecto 5.1 Producto 5.1.1 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Enfermedades epidemiológicas y pandémicas | Efecto 5.2 Producto 5.2.1 | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p><i>i)</i> La resolución no tiene determinado un periodo de vigencia y se prevé que muchas de las actividades tendrán continuidad.</p> <p><i>ii)</i> Durante la preparación del presupuesto por programas 2016-2017 se ultimarán la determinación general del costo de la aplicación plena de la resolución en el conjunto de la Organización.</p> <p>Algunos elementos de la resolución trascienden el marco de acción en materia de hepatitis acordado previamente, en particular en lo que se refiere a la aceleración del acceso al tratamiento antihepatítico y la evaluación del impacto económico y de la carga de morbilidad a escala mundial y regional.</p> <p>El costo total estimado para el periodo 2014-2017 asciende a US\$ 38,91 millones.</p> <p>Según un cálculo indicativo el costo para el bienio 2016-2017 asciende a US\$ 33,11 millones. Ello incluye las estimaciones de las actividades que deberían llevar a cabo <i>a)</i> la secretaria del programa mundial contra las hepatitis en la Sede: US\$ 8,65 millones (personal: US\$ 4,75 millones;</p> | | | | | | | | | | | | |

actividades: US\$ 3,90 millones); *b*) otros departamentos de la Sede: US\$ 6,12 millones; *c*) oficinas regionales: US\$ 9,80 millones; y *d*) oficinas en los países: US\$ 8,54 millones.

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 5,8 millones; incluidas la Sede: US\$ 3,3 millones (personal: US\$ 2,1 millones; actividades: US\$ 1,2 millones); y las oficinas regionales y en los países: US\$ 2,5 millones.

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En apoyo de la aplicación inicial de la resolución, se daría prioridad a las actividades básicas de la Sede, por ejemplo la elaboración de directrices de diagnóstico y tratamiento, la notificación mundial y regional, el apoyo a la formulación de estrategias nacionales y la instauración de una iniciativa de acceso al tratamiento. Las actividades en las regiones y los países se centrarían en planificar una estrategia nacional, crear capacidad para la adaptación y aplicación de políticas y orientaciones normativas, mejorar la información estratégica sobre las hepatitis en los países y prestar asistencia técnica para ampliar el acceso al diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

En el bienio 2014-2015, los funcionarios actuales del programa mundial contra las hepatitis, de otros departamentos de la Sede y de las oficinas regionales comenzarían la aplicación de la resolución. Sin embargo, ello no sería suficiente y, a medio plazo, haría falta personal adicional. Se estima que el personal adicional necesario incluiría el equivalente de los siguientes puestos a tiempo completo: en la Sede, 10,5; en las oficinas regionales, 17; y que las oficinas en los países necesitarían contribuir con funcionarios nacionales del cuadro orgánico en 15 países de atención preferente.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Déficit de financiación: US\$ 3,7 millones (Sede: US\$ 1,7 millones; oficinas regionales y en los países: US\$ 2,0 millones).

El déficit de financiación se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

| |
|--|
| <p>1. Resolución WHA67.7 Plan de acción mundial sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad</p> |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles</p> <p>Área programática: Discapacidades y rehabilitación Efecto 2.4 Producto 2.4.1</p> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>?</p> <p>En la resolución, la Asamblea de la Salud adopta el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad, que especifica las acciones de los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados para respaldar la consecución del efecto 2.4, basándose en lo que está demostrado que «funciona».</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)</p> <p>Sí, siempre que se mantengan las actuales tendencias presupuestarias hasta 2021.</p> |
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p><i>i</i>) Ocho años (de 2014 a 2021).</p> <p><i>ii</i>) Total: US\$ 39,8 millones (personal: US\$ 19,9 millones; actividades: US\$ 19,9 millones).</p> <p>b) Costos en el bienio 2014-2015</p> <p>Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>Total: US\$ 7,75 millones (personal: US\$ 3,50 millones; actividades: US\$ 4,25 millones).</p> <p>Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.</p> <p>Todos los niveles de la Organización.</p> <p>¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> <p>En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.</p> <p>c) Repercusiones en la dotación de personal</p> <p>¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)</p> <p>No. Es necesario más personal en la Sede y en cuatro oficinas regionales. La contratación para puestos clave tendrá lugar este bienio.</p> <p>En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.</p> <p>Se necesita un coordinador a tiempo entero en cada una de las oficinas regionales siguientes: África, Asia Sudoriental, Europa y el Mediterráneo Oriental.</p> <p>Se necesitan tres funcionarios técnicos en la Sede, cada uno de los cuales liderará uno de los tres objetivos del plan: salud, rehabilitación y datos.</p> |

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No, solo se dispone de menos del 50% de los fondos.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálese en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Déficit de financiación: US\$ 4 millones. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

1. Resolución WHA67.8 Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista

2. Relación con el presupuesto por programas para 2014–2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)

Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles

| | |
|---|---------------------------------------|
| Área programática: Salud mental y abuso de sustancias | Efecto 2.2 Productos 2.2.1 y 2.2.2 |
| Área programática: Discapacidades y rehabilitación | Efecto 2.4 Producto 2.4.1 |

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

En la resolución se pide a la Directora General que, entre otras cosas, aplique la resolución WHA66.8 relativa al plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 y la resolución WHA66.9 sobre discapacidad. Por consiguiente, la aplicación de esta resolución impulsará la labor en pro de un aumento del acceso a los servicios: *i*) de salud mental; y *ii*) para las personas con discapacidades.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

No obstante, las actividades presupuestadas en la actualidad tienen un alcance limitado; la aplicación de la resolución implicaría otras actividades cuyo costo deberá añadirse al presupuesto por programas 2014-2015 aprobado.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Seis años y medio (de julio de 2014 a diciembre de 2020).

ii) Total: US\$ 37 millones (personal: US\$ 13 millones; actividades: US\$ 24 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 2,8 millones (personal: US\$ 0,4 millones; actividades: US\$ 2,4 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Sede: 25%; oficinas regionales: 21%, y oficinas en los países: 54%.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014–2015 aprobado? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

Habrá que añadir US\$ 1,8 millones al presupuesto por programas 2014–2015 aprobado.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Para llevar adelante las actividades con solo un pequeño aumento del personal de la OMS se utilizarán los centros colaboradores de la OMS y una red de expertos y partes interesadas de la sociedad civil.

Durante el bienio 2014-2015

En la Sede: un experto internacional en salud pública y trastornos del desarrollo (a tiempo completo) de grado P.4 y un administrativo (a medio tiempo) de grado G.5.

Durante el bienio 2016-2017

En la Sede: dos expertos internacionales en salud pública y trastornos del desarrollo (a tiempo completo) de grado P.4 y un administrativo (a medio tiempo) de grado G.5.

En las oficinas regionales: seis expertos internacionales en salud pública y trastornos del desarrollo que conozcan las necesidades de sus respectivas regiones (a medio tiempo, de grado P.4)

En las oficinas en los países: del 60% del presupuesto disponible para la aplicación de la resolución a este nivel, una parte se invertirá en la contratación de expertos de grado P.4.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 1 millón (de los cuales US\$ 0,5 millones serían para la Sede) está incluido en el presupuesto por programas 2014-2015 aprobado y procederá de una combinación de contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias generadas durante el proceso de diálogo sobre financiación y del esfuerzo conexo de movilización de recursos.

Los otros US\$ 1,8 millones no incluidos en el presupuesto por programas 2014-2015 aprobado que son necesarios para cubrir la aplicación (dotación limitada de personal adicional y elaboración de materiales técnicos) de julio de 2014 a diciembre de 2015 se tendrán que financiar en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Habría que movilizar fondos en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

1. Resolución WHA67.10 Plan de acción sobre la salud del recién nacido

2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)

Categoría: 3. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

Área programática: Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente

Efecto 3.1
Producto 3.1.1

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

La resolución prestaría apoyo a los recursos humanos y económicos necesarios para *i*) la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros en la aplicación del componente de sus planes nacionales referido a la salud del recién nacido; *ii*) el seguimiento de su aplicación, repercusiones y progresos, y *iii*) la preparación de los informes a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Cuatro años (de 2014 a 2017).

ii) Total: US\$ 34,40 millones (personal: US\$ 10,45 millones; actividades: US\$ 23,95 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 18,93 millones (personal: US\$ 5,21 millones; actividades: US\$ 13,72 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

La aplicación se llevaría a cabo en todos los niveles de la Organización y en todas las regiones.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

| | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------|---|------------------------------|
| <p>c) Repercusiones en la dotación de personal ¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No) Sí, pero es necesario asegurar la financiación del personal actual. En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.</p> | | | | | | |
| <p>4. Financiación ¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No) No. En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálese en detalle las procedencias de los fondos previstas). US\$ 9,47 millones. El déficit de financiación se afrontará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.</p> | | | | | | |
| <p>1. Resolución WHA67.11 Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata</p> | | | | | | |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 3. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida</p> <table border="0"> <tr> <td>Área programática: Salud y medio ambiente</td> <td>Efecto 3.5 Productos 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3</td> </tr> </table> <p>Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles</p> <table border="0"> <tr> <td>Área programática: Enfermedades no transmisibles</td> <td>Efecto 2.1 Producto 2.1.1</td> </tr> </table> <p>Categoría: 5. Preparación, vigilancia y respuesta</p> <table border="0"> <tr> <td>Área programática: Inocuidad de los alimentos</td> <td>Efecto 5.4 Producto 5.4.3</td> </tr> </table> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>?</p> <p>Al facilitar la prevención de la exposición humana al mercurio y a los compuestos mercuriales, la resolución contribuiría de manera directa a la consecución de los efectos previstos para las áreas programáticas arriba enumeradas, a saber: la reducción de las amenazas medioambientales para la salud; el acceso ampliado a intervenciones de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; y la consecución del objetivo de que todos los países estén debidamente preparados para prevenir y mitigar los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No) Sí.</p> | Área programática: Salud y medio ambiente | Efecto 3.5 Productos 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3 | Área programática: Enfermedades no transmisibles | Efecto 2.1 Producto 2.1.1 | Área programática: Inocuidad de los alimentos | Efecto 5.4 Producto 5.4.3 |
| Área programática: Salud y medio ambiente | Efecto 3.5 Productos 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3 | | | | | |
| Área programática: Enfermedades no transmisibles | Efecto 2.1 Producto 2.1.1 | | | | | |
| Área programática: Inocuidad de los alimentos | Efecto 5.4 Producto 5.4.3 | | | | | |

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**a) Costo total**

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Entre 2014 y 2020 se requeriría un nivel de actividad considerable; al término de ese periodo, las actividades proseguirían, aunque con una intensidad más reducida (el Convenio de Minamata no prevé una fecha final).

ii) Total (2014-2020): US\$ 9,03 millones (personal: US\$ 2,68 millones; actividades: US\$ 6,35 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 2,47 millones (personal: US\$ 720 000; actividades: US\$ 1,75 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En todos los niveles de la Organización.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit de financiación se estima en US\$ 1,3 millones. Posibles fuentes de financiación serían el Fondo para el Medio Ambiente Mundial, que es el mecanismo financiero utilizado para el Convenio de Minamata, y el plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|---|------------------------------|---|------------------------------|
| <p>1. Resolución WHA67.12 Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial para mejorar la salud y la equidad sanitaria</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles</p> <table border="0" data-bbox="289 499 1120 718"> <tr> <td>Área programática: Enfermedades no transmisibles</td> <td>Efecto 2.1 Producto 2.1.1</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Salud mental y abuso de sustancias</td> <td>Efecto 2.2 Producto 2.2.1</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Nutrición</td> <td>Efecto 2.5 Producto 2.5.1</td> </tr> </table> <p>Categoría: 3. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida</p> <table border="0" data-bbox="289 785 1120 1003"> <tr> <td>Área programática: Determinantes sociales de la salud</td> <td>Efecto 3.4 Producto 3.4.1</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Salud y medio ambiente</td> <td>Efecto 3.5 Producto 3.5.2</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos</td> <td>Efecto 3.3 Producto 3.3.1</td> </tr> </table> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>?</p> <p>La resolución contribuirá a mejorar la salud y la equidad sanitaria, así como a fomentar el desarrollo social y económico, mediante una actuación sostenida de carácter multisectorial. Asimismo, reforzará el papel desempeñado por el sector de la salud en cuanto a la colaboración con otros sectores para abordar diversas cuestiones sanitarias, en particular la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Por último, intensificará los lazos de colaboración tanto dentro de la OMS como entre la Organización y sus asociados.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> | Área programática: Enfermedades no transmisibles | Efecto 2.1 Producto 2.1.1 | Área programática: Salud mental y abuso de sustancias | Efecto 2.2 Producto 2.2.1 | Área programática: Nutrición | Efecto 2.5 Producto 2.5.1 | Área programática: Determinantes sociales de la salud | Efecto 3.4 Producto 3.4.1 | Área programática: Salud y medio ambiente | Efecto 3.5 Producto 3.5.2 | Área programática: Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos | Efecto 3.3 Producto 3.3.1 |
| Área programática: Enfermedades no transmisibles | Efecto 2.1 Producto 2.1.1 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Salud mental y abuso de sustancias | Efecto 2.2 Producto 2.2.1 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Nutrición | Efecto 2.5 Producto 2.5.1 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Determinantes sociales de la salud | Efecto 3.4 Producto 3.4.1 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Salud y medio ambiente | Efecto 3.5 Producto 3.5.2 | | | | | | | | | | | |
| Área programática: Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos | Efecto 3.3 Producto 3.3.1 | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p><i>i</i>) Tres años (que abarcarán el periodo 2014-2016).</p> <p><i>ii</i>) Total: US\$ 1,45 millones (dotación de personal: US\$ 790 000; actividades: US\$ 660 000).</p> <p>b) Costos en el bienio 2014-2015</p> <p>Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>Total: US\$ 980 000 (dotación de personal: US\$ 530 000; actividades: US\$ 450 000).</p> <p>Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.</p> <p>Los costos de personal se realizarían únicamente en la sede; los de las actividades, en todos los niveles de la Organización.</p> | | | | | | | | | | | | |

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 980 000; procedencias de los fondos: contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias básicas, y se emprenderán esfuerzos para movilizar recursos, especialmente mediante el diálogo sobre financiación.

1. Resolución WHA67.13 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)

Categoría: 5. Preparación, vigilancia y respuesta

Área programática: Capacidad de alerta y respuesta

Efecto 5.1

Producto 5.1.1

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

La resolución permitiría sustentar la función de la Secretaría en su papel de apoyo a los Estados Miembros en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización concluyó que una sola dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla es suficiente para gozar de una inmunización prolongada y de protección de por vida contra esa enfermedad, y que no se necesita una dosis de refuerzo de la vacuna.¹ La OMS ha respaldado esa conclusión y una serie de Estados Miembros ha pedido a la Secretaría que marque pautas sobre la aplicación de este dictamen en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

¹ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, abril de 2013. Conclusiones y recomendaciones. Weekly epidemiological record. 2013;88(20):201-216.

| |
|--|
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>i) No se requiere que la Secretaría realice actividades de aplicación de esta resolución.</p> <p>ii) Total: costo nulo (personal: costo nulo; actividades: costo nulo).</p> <p>b) Costos en el bienio 2014-2015 Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima). Total: costo nulo (personal: costo nulo; actividades: costo nulo). Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda. No se aplica. ¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No) No se aplica. En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.</p> <p>c) Repercusiones en la dotación de personal ¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No) No se aplica. En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.</p> |
| <p>4. Financiación</p> <p>¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No) No se aplica. En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).</p> |

| |
|---|
| <p>1. Resolución WHA67.14 La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015</p> |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 4. Sistemas de salud</p> <p>Vínculos adicionales con las categorías:</p> <p>Categoría: 1. Enfermedades transmisibles Efectos: múltiples Productos: múltiples</p> <p>Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles</p> <p>Categoría: 3. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida</p> <p>Áreas programáticas: todas las de las categorías 1 a 4</p> |

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

Contribuirá garantizando que las personas obtengan los servicios de salud que necesitan en todas las áreas — sea para las enfermedades transmisibles o no transmisibles— y a lo largo del ciclo de vida. Respalda el establecimiento de sistemas de salud sólidos, actuando en todos sus componentes —financiación, personal sanitario, productos médicos, información, gobernanza e infraestructura— para asegurar servicios de salud de todo tipo, no solo terapéuticos, de buena calidad y proporcionar protección frente a los riesgos económicos. Alienta a los Estados Miembros a que apoyen la inclusión de la salud, en particular de la cobertura sanitaria universal, de forma adecuada en la agenda para el desarrollo después de 2015. Asimismo alentará *i*) que la Secretaría ofrezca a los Estados Miembros información que los ayude a formular sus posiciones sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015, en particular ofreciéndoles reseñas sobre políticas y estimaciones apropiadas; y *ii*) que la Secretaría participe en el proceso posterior a 2015 para ayudar a los países a velar por que la salud ocupe una posición central en la agenda.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Dos años (de 2014 a 2015).

ii) Total: US\$ 1,31 millones (personal: US\$ 1,16 millones; actividades: US\$ 150 000).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 1,31 millones (personal: US\$ 1,16 millones; actividades: US\$ 150 000).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

La prestación de apoyo a los países en la elaboración de sus estrategias abarcaría todas las regiones, y la Secretaría se vería implicada en los tres niveles de la Organización. La preparación de las reseñas sobre políticas y las estimaciones recaería principalmente en la Sede, pero también habría cierta participación de las oficinas regionales.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálese en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Resolución WHA67.15 Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general

2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)

Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles

Área programática: Violencia y traumatismos Efecto 2.3
Producto 2.3.3

Área programática: Salud mental y abuso de sustancias Efecto 2.2
Producto 2.2.2

Categoría: 3. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

Área programática: Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente Efecto 3.1
Producto 3.1.4

Categoría: 5. Preparación, vigilancia y respuesta

Área programática: Gestión de riesgos en emergencias y crisis Efecto 5.3
Producto 5.3.1

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

La resolución contribuiría a aumentar la atención que se presta al problema de salud pública que supone la violencia, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas, a sus graves repercusiones en la salud y a la posibilidad de prevenirla, así como a la función que desempeña el sector de la salud para combatirla. Además, fortalecería la función del sector de la salud en una respuesta multisectorial y ofrecería a los formuladores de políticas del sector de la salud comprometidos con el problema un mandato más robusto para actuar al respecto.

Además, la resolución favorecería el aumento de la colaboración entre la OMS y sus asociados así como dentro de la Organización

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Cinco años (que abarcan el periodo 2014–2018).

ii) Total: US\$ 34,65 millones (personal: US\$ 18,81 millones; actividades: US\$ 15,84 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 13,54 millones (personal: US\$ 7,39 millones; actividades: US\$ 6,15 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En todos los niveles de la Organización.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí, en el bienio 2014-2015.

Para el bienio 2016-2017 y más adelante podría requerirse personal adicional, en particular a escala regional y de país.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

La necesidad de personal adicional dependerá de la elaboración del proyecto de plan de acción mundial que se pide en la resolución.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No: en la actualidad están asegurados US\$ 5 millones de los US\$ 13,54 millones del bienio.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Para el bienio 2014-2015, el déficit de financiación es de aproximadamente US\$ 8,54 millones. Se prevé cubrir el déficit en el marco del diálogo sobre financiación y del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización.

1. Resolución WHA67.18 Medicina tradicional**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 4. Sistemas de salud

Área programática: Acceso a los medicamentos y las tecnologías sanitarias¹ y fortalecimiento de la capacidad normativa

Efecto 4.3
Producto 4.3.1

¹ Como se señala en la resolución WHA60.29, la expresión «tecnologías sanitarias» se refiere a los dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida.

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

Los objetivos de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 están en consonancia con la visión y las prioridades establecidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y reflejadas en el presupuesto por programas 2014-2015. La aplicación de la estrategia sobre medicina tradicional contribuirá asimismo al logro de los resultados previstos en las áreas programáticas del presupuesto por programas 2014-2015 relativas a los servicios de salud integrados y centrados en la persona y al acceso a los productos y tecnologías médicos y el fortalecimiento de la capacidad normativa.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Diez años (periodo 2014-2023).

ii) Total: US\$ 26,11 millones (personal: US\$ 20,11 millones; actividades: US\$ 6,00 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 5,2 millones (personal: US\$ 4,0 millones; actividades: US\$ 1,2 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En todos los niveles de la Organización, incluida la Sede y las seis oficinas regionales, así como en las oficinas de país que determine cada región.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Déficit de financiación: US\$ 1,97 millones.

Procedencias de los fondos previstas: US\$ 1,10 millones del Gobierno de China, el Gobierno de Macao (Región Administrativa Especial de China) y el Gobierno de la India; US\$ 866 000 mediante actividades de movilización de fondos y un diálogo sobre financiación.

| |
|--|
| <p>1. Resolución WHA67.19 Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida</p> |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles</p> <p>Área programática: Enfermedades no transmisibles Efecto 2.1 Producto 2.1.1</p> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>?</p> <p>La resolución respaldaría la consecución de resultados porque los cuidados paliativos forman parte del tratamiento integral a lo largo de la vida necesario para afrontar las enfermedades no transmisibles, en particular las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Se trata de una de las actividades incluidas en el plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. En el marco de vigilancia del plan de acción mundial figura también un indicador del seguimiento del acceso a los cuidados paliativos.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> |
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p><i>i</i>) La aplicación abarcaría los siete años restantes del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, y se prolongaría más allá.</p> <p><i>ii</i>) Total: US\$ 20 millones (personal: US\$ 10 millones; actividades: US\$ 10 millones).</p> <p>b) Costos en el bienio 2014-2015</p> <p>Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>Total: US\$ 1 millón (personal: US\$ 600 000; actividades: US\$ 400 000).</p> <p>Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.</p> <p>Todos los niveles de la Organización.</p> <p>¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> <p>En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.</p> <p>c) Repercusiones en la dotación de personal</p> <p>¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)</p> <p>No, pero el costo de cubrir los puestos necesarios se ha incluido en el presupuesto por programas.</p> <p>En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.</p> <p>En el próximo bienio se necesitará al menos un funcionario adicional de grado P.5 en la Sede, además de sendos funcionarios de grado P.4 en cada una de las oficinas regionales.</p> |

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálese en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit de financiación es de US\$ 640 000. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

1. Resolución WHA67.20 Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 4. Sistemas de salud

Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa

Efecto 4.3
Producto 4.3.3

Vínculos adicionales con las categorías 1, 2, 3 y 5

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

La resolución mejoraría el fortalecimiento de la capacidad de reglamentación a escala mundial encaminada a garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias mediante lo siguiente: mejoramiento de los instrumentos de evaluación y su aplicación; provisión de apoyo técnico y capacitación a los órganos de reglamentación; provisión de orientaciones sobre evaluación de nuevas clases de productos; apoyo y promoción de las redes regionales y subregionales y convergencia de los requisitos en materia de reglamentación; y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia farmacéutica. Asimismo, reforzaría el programa de precalificación de la OMS y haría posible la precalificación de nuevas clases de medicamentos.

Los medicamentos y productos sanitarios seguros, eficaces y asequibles son un elemento esencial de la cobertura sanitaria universal, la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la lucha contra la creciente carga de enfermedades no transmisibles y contra las epidemias y pandemias.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**a) Costo total**

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Según los cálculos actuales, la duración sería de 10 años (2014-2024), con un costo total de hasta US\$ 250 millones. Los costos y la dotación de personal de la estrategia figurarán en los presupuestos bienales del periodo de vigencia de la estrategia, a partir de una determinación realista de los costos de los productos y entregables vinculados con las actividades previstas para los respectivos ejercicios presupuestarios a partir del presupuesto por programas para el bienio 2016-2017.

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 30 millones (personal: US\$ 11,5 millones; actividades: US\$ 18,5 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En la Sede, en todas las oficinas regionales de la OMS y en determinadas oficinas en los países.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

Para aplicar la resolución en todo su alcance se requerirían US\$ 25 millones, teniéndose en cuenta, por ejemplo, el aumento de la extensión y profundidad del apoyo que hay que prestar a las redes regionales de reglamentación y el destinado a la colaboración mundial y el intercambio de información, la precalificación de nuevas clases de medicamentos y el reforzamiento de la vigilancia farmacéutica.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Se necesitará en total el equivalente de 18 funcionarios adicionales de las categorías profesional y superior a tiempo completo. En la Sede se necesitará el equivalente de tres funcionarios a tiempo completo y en las oficinas regionales y subregionales el equivalente de 15 funcionarios a tiempo completo (el equivalente de dos funcionarios a tiempo completo por oficina regional y el equivalente de un funcionario a tiempo completo en cada uno de los tres equipos interpaíses de la Región de África). Los funcionarios deberán poseer conocimientos en materia de reglamentación, experiencia de trabajo en países en desarrollo y cierta experiencia de trabajo en contextos internacionales.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit de financiación se estima en US\$ 25 millones.

El déficit se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

| |
|--|
| <p>1. Resolución WHA67.21 Acceso a los productos bioterapéuticos, incluidos los productos bioterapéuticos similares,¹ y garantía de su calidad, seguridad y eficacia</p> |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 4. Sistemas de salud</p> <p>Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias² y fortalecimiento de la capacidad normativa</p> <p>Efecto 4.3 Producto 4.3.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vínculos adicionales con la categoría 2 Enfermedades no transmisibles <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>?</p> <p>Existen productos bioterapéuticos para el tratamiento de una amplia variedad de enfermedades no transmisibles que en estos momentos resultan inasequibles para la mayoría de la población mundial. La aplicación de la resolución facilitaría el acceso a productos bioterapéuticos de calidad garantizada, seguros y eficaces y su disponibilidad para las personas que más los necesitan, lo que redundaría en beneficio del efecto arriba indicado.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> |
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p><i>i</i>) Diez años (que abarcarían el periodo 2014-2023).</p> <p><i>ii</i>) Costo total: US\$ 25 millones (personal: US\$ 12,5 millones; actividades: US\$ 12,5 millones).</p> <p>b) Costos en el bienio 2014-2015</p> <p>Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>Total: US\$ 3 millones (personal: US\$ 1,5 millones; actividades: US\$ 1,5 millones).</p> <p>Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.</p> <p>En la Sede y en tres oficinas regionales.</p> <p>¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> <p>En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.</p> |

¹ Reconociendo que las autoridades nacionales pueden utilizar diferentes terminologías al referirse a productos bioterapéuticos similares.

² Como se señala en la resolución WHA60.29, la expresión «tecnologías sanitarias» se refiere a los dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida.

c) **Repercusiones en la dotación de personal**

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No, pero la contratación se realizará con cargo a recursos para puestos ya previstos en el presupuesto por programas aprobado.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Se necesitaría el equivalente de 1,5 funcionarios a tiempo completo de las categorías profesional y superior (el equivalente de funcionarios a tiempo completo por regiones sería como sigue: 0,5, Región de las Américas; 0,5, Región de Asia Sudoriental; y 0,5, Región del Pacífico Occidental). Se exigiría a los funcionarios conocimientos especializados y experiencia práctica en reglamentación de productos bioterapéuticos.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit de financiación se estima en US\$ 2,5 millones. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

1. Resolución WHA67.22 Acceso a los medicamentos esenciales

2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)

Categoría: 4. Sistemas de salud

| | |
|--|------------------------------|
| Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias ¹ y fortalecimiento de la capacidad normativa | Efecto 4.3 Producto 4.3.1 |
|--|------------------------------|

Vínculos adicionales con las categorías 1, 2, 3 y 5

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en el área programática *supra*?

Contribuiría a mejorar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de calidad y a promover su uso racional mediante: la elaboración y aplicación de políticas nacionales y prácticas óptimas; el establecimiento de mecanismos regionales para compartir información y experiencias; y la facilitación por la Secretaría de apoyo y orientación a los países para que aumenten y vigilen el acceso a los medicamentos esenciales.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí.

¹ Como se señala en la resolución WHA60.29, la expresión «tecnologías sanitarias» se refiere a los dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**a) Costo total**

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Seis años (periodo 2014–2019).

ii) Costo total: US\$ 18 millones (personal: US\$ 8 millones; actividades: US\$ 10 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 8,6 millones (personal: US\$ 3,6 millones; actividades: US\$ 5,0 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En la Sede y las seis oficinas regionales.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No, pero se realizarán contrataciones para cubrir los puestos incluidos en el presupuesto por programas aprobado.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Se necesitarían ocho funcionarios a tiempo completo de la categoría profesional y categorías superiores (dos en la Sede y seis en las oficinas regionales). Dichos funcionarios deberán tener experiencia en fijación de precios, adquisición y suministro, y uso racional de medicamentos y productos sanitarios.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit se estima en US\$ 5,6 millones. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014–2015.

| | | | | |
|--|--|------------------------------|---|------------------------------|
| <p>1. Resolución WHA67.23 Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal</p> | | | | |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 4. Sistemas de salud</p> <table border="0" data-bbox="354 495 1192 632"> <tr> <td>Área programática: Políticas, estrategias y planes de salud nacionales</td> <td>Efecto 4.1 Producto 4.1.2</td> </tr> <tr> <td>Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa</td> <td>Efecto 4.3 Producto 4.3.1</td> </tr> </table> <p>Vínculos adicionales con las categorías 1, 2, 3 y 5.</p> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>?</p> <p>La resolución contribuiría a reforzar la capacidad de los países para evaluar la relación costo-eficacia de las intervenciones sanitarias, así como de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, adoptando un enfoque basado en pruebas científicas y transparente. Eso permitiría a los responsables de la formulación de políticas definir prioridades con respecto a las inversiones en salud y respaldar el logro de progresos hacia la cobertura sanitaria universal.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> | Área programática: Políticas, estrategias y planes de salud nacionales | Efecto 4.1 Producto 4.1.2 | Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa | Efecto 4.3 Producto 4.3.1 |
| Área programática: Políticas, estrategias y planes de salud nacionales | Efecto 4.1 Producto 4.1.2 | | | |
| Área programática: Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa | Efecto 4.3 Producto 4.3.1 | | | |
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p><i>i)</i> Seis años (2014 a 2019).</p> <p><i>ii)</i> Total: US\$ 28 millones (personal: US\$ 12 millones; actividades: US\$ 16 millones).</p> <p>Las repercusiones en materia de costos y dotación de personal de la aplicación de las medidas previstas en la resolución se incluirán en cada uno de los presupuestos bienales, con arreglo a un cálculo realista del costo de los productos y los entregables relacionados con el trabajo previsto para cada uno de los ejercicios económicos de los respectivos presupuestos por programas, a partir del presupuesto por programas para el bienio 2016-2017.</p> <p>b) Costos en el bienio 2014-2015</p> <p>Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>Total: US\$ 13,6 millones (personal: US\$ 6,6 millones; actividades: US\$ 7,0 millones).</p> <p>Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.</p> <p>La Sede y las seis oficinas regionales.</p> <p>¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> <p>En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.</p> | | | | |

| |
|---|
| <p>c) Repercusiones en la dotación de personal</p> <p>¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)</p> <p>No. Se cubrirán puestos aprobados ya previstos en el presupuesto por programas aprobado.</p> <p>En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.</p> <p>Hará falta en total el equivalente de ocho funcionarios a tiempo completo de las categorías profesional y superior (dos en la Sede y uno en cada una de las oficinas regionales). Las personas interesadas deberán tener experiencia en análisis de la relación costo-eficacia o evaluación de intervenciones y tecnologías sanitarias.</p> |
| <p>4. Financiación</p> <p>¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)</p> <p>No.</p> <p>En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).</p> <p>El déficit se estima en US\$ 13,6 millones. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.</p> |

| |
|--|
| <p>1. Resolución WHA67.24 Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal</p> |
| <p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)</p> <p>Categoría: 4. Sistemas de salud</p> <p>Área programática: Servicios de salud integrados y centrados en la persona Efecto 4.2 Producto 4.2.2</p> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en el área programática <i>supra</i>?</p> <p>Contribuiría apoyando a los países en el trazado y aplicación de estrategias acordes con la estrategia mundial de la OMS sobre recursos humanos para la salud.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)</p> <p>Sí.</p> |
| <p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p><i>i</i>) Cuatro años (periodo 2014-2017).</p> <p><i>ii</i>) Total: US\$ 18,8 millones (personal: US\$ 13,0 millones; actividades: US\$ 5,8 millones).</p> |

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 9,4 millones (personal: US\$ 6,5 millones; actividades: US\$ 2,9 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Oficinas en los países: 30%; oficinas regionales y subregionales: 40%; y la Sede: 30%.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí, siempre que se cubran las vacantes actuales en la Sede y las oficinas regionales.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit se estima en US\$ 3,8 millones. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

1. Resolución WHA67.25 Resistencia a los antimicrobianos**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 5. Preparación, vigilancia y respuesta

Área programática: Enfermedades epidemiológicas y pandémicas

Además, la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos abarca y repercute en una amplia variedad de categorías y áreas programáticas.

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

La resolución tiene repercusiones directas en el efecto «Aumento del número de países que cuentan con un plan de acción nacional de lucha contra la resistencia a los antimicrobianos».¹ La resolución garantizará el compromiso mundial de los Estados Miembros y de otras organizaciones con el logro de este efecto. La naturaleza transversal y el impacto sanitario de la resistencia a los antimicrobianos implican que la resolución también tiene repercusiones directas en los efectos y los entregables de otras categorías y áreas programáticas.

¹ Como se muestra en el portal sobre el presupuesto por programas de la OMS.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)

Sí. No obstante, el presupuesto por programas 2014-2015 no abarca la aplicación del proyecto de plan de acción mundial mencionado en el párrafo dispositivo 2(5).

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Dos años (que abarcarán el periodo 2014–2015).

ii) Total: US\$ 9,6 millones (dotación de personal: US\$ 7,4 millones; actividades: US\$ 2,2 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 9,6 millones (dotación de personal: US\$ 7,4 millones; actividades: US\$ 2,2 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En la Sede y en las seis oficinas regionales. Todos los gastos en actividades se realizarán en la Sede; los gastos en personal serán de US\$ 4,6 millones en la Sede y US\$ 470 000 en cada oficina regional.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

No. Solo está incluida parcialmente.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

Total: US\$ 7,8 millones (dotación de personal: US\$ 6,6 millones; actividades: US\$ 1,2 millones).

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Partiendo del supuesto de que se seguirá asignando el personal disponible a las actividades previstas en el actual presupuesto por programas, entre ellas las relacionadas con la resistencia a los antimicrobianos, para aplicar esta resolución se necesitará el equivalente a más funcionarios a tiempo completo, que comprenderá el equivalente a un funcionario a tiempo completo en cada una de las oficinas regionales, y el equivalente a entre cuatro y seis funcionarios a tiempo completo en la Sede (personal de las categorías profesional y superior con conocimientos especializados en políticas sanitarias, comunicación y gestión de proyectos).

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit de financiación se estima en US\$ 8,8 millones. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

| | |
|---|--|
| 1. Decisión WHA67(9) | Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño |
| 2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf) | |
| Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles | |
| Área programática: Nutrición | Efecto 2.5 Producto 2.5.1 |
| ¿De qué modo contribuiría la decisión a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas <i>supra</i>? | |
| <p>La decisión permitiría a la Secretaría completar tres tareas pendientes relacionadas con el plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: formular políticas multisectoriales sobre alimentación y nutrición (mediante la celebración de la segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición); proporcionar orientaciones sobre la comercialización de alimentos complementarios; y elaborar un marco de rendición de cuentas (mediante la labor relativa al marco de vigilancia mundial de la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño).</p> | |
| ¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la decisión? (Sí/No) | |
| Sí. | |
| 3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas | |
| a) Costo total | |
| Indíquese <i>i</i>) el periodo de vigencia de la decisión durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y <i>ii</i>) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima). | |
| <i>i</i>) Dos años (periodo 2014-2015). | |
| <i>ii</i>) Total: US\$ 1,87 millones (personal: US\$ 690 000; actividades: US\$ 1,18 millones). | |
| b) Costos en el bienio 2014-2015 | |
| Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima). | |
| Total: US\$ 1,87 millones (personal: US\$ 690 000; actividades: US\$ 1,18 millones). | |
| Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda. | |
| En la Sede. | |
| ¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No) | |
| Sí. | |
| En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida. | |
| c) Repercusiones en la dotación de personal | |
| ¿Se puede aplicar la decisión con la dotación de personal actual? (Sí/No) | |
| Sí. | |
| En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal. | |

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit de financiación se estima en US\$ 780 000. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

1. Decisión WHA67(10)

Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)

Categorías: todas

Área programática: la decisión está vinculada con áreas programáticas de todas las categorías

Efectos: todos
Productos: todos

¿De qué modo contribuiría la decisión a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?

Las seis acciones que se piden en la decisión y la labor integral de la Organización que implican contribuirían a todos los efectos programáticos.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la decisión? (Sí/No)

Sí, con la excepción de la evaluación sobre el terreno y el ulterior informe a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, que se encuentran fuera del ámbito del presupuesto por programas 2014-2015.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**a) Costo total**

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la decisión durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Un año (de mayo de 2014 a mayo de 2015).

ii) Total: US\$ 4,79 millones (personal: US\$ 2,83 millones; actividades: US\$ 1,96 millones).

b) Costos en el bienio 2014-2015

Indíquese la porción del costo indicado en 3(a) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 4,79 millones (personal: US\$ 2,83 millones; actividades: US\$ 1,96 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Los gastos se realizarían predominantemente a nivel de país, posiblemente con algún apoyo técnico a la evaluación sobre el terreno y al informe, que sería proporcionado por la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y la Sede.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 150 000, que representan el costo de la evaluación sobre el terreno y del informe correspondiente. Este gasto no está previsto en el presupuesto por programas 2014-2015, pero en vista del presupuesto adicional relativamente pequeño de las actividades, la cuestión se resolverá con una ligera reprogramación a nivel de país o regional.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la decisión con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí.

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit de financiación se estima en US\$ 803 500. Se financiará en el marco del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización para subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.