

Año 2017

**BOLETIN DE
SISTEMAS Y POLÍTICAS
DE SALUD**

Boletín N° 1



Eliminar los obstáculos que dificultan la cobertura sanitaria

Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2017;95:86. doi:
<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.190991>

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se pide a la comunidad internacional que dé prioridad a las necesidades y los derechos de las poblaciones vulnerables para no dejar a nadie atrás.¹ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son extremadamente ambiciosos, tienen un amplio alcance y se centran principalmente en las causas fundamentales de la desgracia humana, en particular en las múltiples fuerzas interrelacionadas que provocan que las poblaciones sean vulnerables a la enfermedad y la muerte prematura.

La vulnerabilidad suele ir asociada a la pobreza, pero también resulta de normativas y procesos políticos, leyes que excluyen a grupos de población o penalizan ciertos comportamientos, y actitudes sociales que marginan, estigmatizan y discriminan. A este respecto, las poblaciones vulnerables incluyen las poblaciones rurales remotas y los niños pobres de zonas urbanas afectados por las sequías y los conflictos, las personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y en riesgo de contraer tuberculosis, las personas con discapacidades físicas, los trabajadores migrantes indocumentados y las minorías de género. La meta de los ODS relativa a la cobertura sanitaria universal requiere que se atiendan las necesidades de estos y otros grupos

vulnerables. La cobertura sanitaria universal, dado que incluye la protección social frente a las dificultades financieras derivadas de los costos de la atención sanitaria, también contribuye a la finalidad general de los ODS de aliviar la pobreza.

Los estudios acerca de esta cuestión abarcan diversas estrategias prácticas para llegar a las poblaciones vulnerables y abordar los múltiples determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. Las investigaciones realizadas en Etiopía ponen de manifiesto que el examen de los efectos de la sequía y los conflictos sobre la prevalencia de la emaciación en niños puede orientar el diseño de intervenciones destinadas al conjunto de la población.² La Alianza Gavi para las Vacunas ha desarrollado una herramienta para monitorear la equidad en la cobertura vacunal utilizando criterios de referencia en materia de equidad que reflejan las pretensiones de la agenda para el desarrollo sostenible.³ En Tailandia, un programa para modificar los hogares de las personas con discapacidad resultó ser técnica y financieramente viable gracias a subvenciones estatales.⁴ En Nepal se recurrió a seropositivos para entrar en contacto con otras personas infectadas por el VIH y convencerlas de que se hicieran las pruebas de detección de la tuberculosis, lo que permitió obtener una alta tasa de participación e identificar a un elevado número de personas con VIH que padecían también tuberculosis. Este es un ejemplo de cómo vencer los obstáculos de la discriminación.⁵

En los modelos destinados a ampliar la cobertura de servicios se resalta la importancia de la educación, la formación y la participación comunitaria. El aumento de la contratación, la formación, la supervisión y la

remuneración de los trabajadores sanitarios comunitarios amplió rápidamente la cobertura de los servicios de salud materno-infantil en las zonas rurales de Liberia.⁶ El Brasil ha utilizado una serie de incentivos con el fin de contratar a médicos para que trabajen en zonas remotas y desfavorecidas y mejorar la infraestructura de atención primaria de la salud, lo que ha permitido mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de la atención.⁷

El compromiso político puede ser decisivo. Un artículo sobre la suerte que corren las poblaciones subatendidas y marginadas cuando cambia la ayuda prestada por donantes pone de manifiesto que un compromiso político insuficiente puede conducir a la persecución de grupos vulnerables y hace hincapié en la necesidad de hacer partícipes a las poblaciones clave en la planificación, aplicación y monitoreo de la transición.⁸ Un artículo sobre la salud de las poblaciones pobres urbanas muestra que los gobiernos suelen contribuir a agravar las dificultades con que se ve confrontado este grupo de población amplio y vulnerable.⁹ En Tailandia, el costo creciente de las subvenciones destinadas a la atención de la salud de los trabajadores migrantes, exentos de pagos directos por motivos humanitarios, condujo a las autoridades a poner en marcha un sistema innovador de seguro de enfermedad para los migrantes.¹⁰

Las personas transgénero son otro grupo vulnerable que hace frente a dificultades sociales y jurídicas que son generalizadas en los entornos de atención de la salud y, en general, en la sociedad. La OMS y sus asociados han elaborado varias orientaciones destinadas específicamente a los profesionales de la salud y a los encargados de la formulación de políticas para proteger

mejor la salud y los derechos de las personas transgénero.¹¹ Por último, es preciso hacer más esfuerzos para atender las necesidades de rehabilitación a largo plazo de las personas que se van afectadas por una discapacidad como consecuencia de una catástrofe.¹²

En conjunto, estos artículos evidencian el lugar que ocupa la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La salud es un punto de llegada que refleja el éxito de otros muchos objetivos. Como los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud son tan amplios, los progresos en la mejora de la salud son un indicador fiable de los avances en el cumplimiento del conjunto de la agenda. En el análisis final, el objetivo último de todas las actividades de desarrollo —ya estén destinadas a mejorar el suministro de alimentos y agua o a proteger a la población pobre urbana— es velar por la buena salud de las personas. Por otro lado, todas las metas relacionadas con la salud se pueden medir de forma fiable con métodos científicos establecidos. Como demuestran los artículos a este respecto, se pueden medir las cargas de morbilidad y sus causas, se puede evaluar el impacto de intervenciones específicas y se puede hacer un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

La inclusión en los ODS de una meta consistente en alcanzar la cobertura sanitaria universal y en proteger contra los riesgos financieros confirma el poder que tiene la salud para construir sociedades justas, estables e integradas y contribuir al alivio de la pobreza. La meta representa una plataforma unificadora para avanzar hacia el cumplimiento de todas las demás metas relacionadas con la salud mediante la prestación de servicios integrados y centrados en la persona que abarquen el curso de vida, den prioridad a la prevención y protejan contra las

dificultades financieras. La cobertura sanitaria universal es la expresión última de la justicia y una de las opciones normativas que más contribuyen a la igualdad social.

Referencias

Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. In: Seventieth United Nations General Assembly, New York, 15 September 2015–13 September 2016. New York: United Nations; 2015 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E).

Delbiso TD, Rodriguez-Llanes JM, Donneau AF, Speybroeck N, Guha-Sapira D. Drought, conflict and children's undernutrition in Ethiopia 2000–2013: a meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):94–102. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.172700>

Arsenault C, Harper S, Nandi A, Rodríguez JMM, Hansen PM, Johrid M. An equity dashboard to monitor vaccination coverage. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):128–34. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.178079>

Tongsiri S, Ploylearmsang C, Hawsutisima K, Riewpaiboon W, Tangcharoensathien V. Modifying homes for persons with physical disabilities in Thailand. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):140–5. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.178434>

Joshi D, Sthapita R, Brouwer M. Peer-led active tuberculosis case-finding among people living with HIV: lessons from Nepal. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):135–9. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179119>

Luckow PW, Kenny A, White E, Ballard M, Dorr L, Erlandson K, et al. Implementation research on community health workers'

provision of maternal and child health services in rural Liberia. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):113–20. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.175513>

Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):103–12. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.178236>

Rodríguez DC, Whiteside A, Bennett S. Political commitment for vulnerable populations during donor transition. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):121–7. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179861>

Nambiar D, Mander H. Inverse care and the role of the state: the health of the urban poor. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):152–3. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179325>

Tangcharoensathien V, Thwin AA, Patcharanarumol W. Implementing health insurance for migrants, Thailand. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):146–51. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179606>

Thomas R, Pega F, Khosla R, Verster A, Hana T, Say L. Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):154–6. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.183913>

Mills JA, Durhamb J, Packirisamy V. Rehabilitation services in disaster response. *Bull World Health Organ.* 2017 Feb 1;95(2):162–4. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.157024>



Actuar contra la pérdida de audición: una inversión

3 de marzo de 2017 -- Con ocasión del día mundial de la audición, la OMS pone de relieve la importancia de invertir contra la pérdida de la audición. Se estima que la pérdida de audición no tratada tiene un alto costo económico a nivel mundial: unos 750 000 millones de dólares internacionales al año. Entre las medidas recomendadas por la OMS destacan la detección y el tratamiento precoces de la pérdida de la audición o la integración de la atención otológica y audiológica en los sistemas de salud.

Medidas contra la pérdida de audición

Las instancias decisorias pueden actuar contra la pérdida de audición:

- destinando suficientes recursos;
- incluyendo la atención otológica y audiológica en los sistemas de salud;
- reforzando la capacidad en materia de recursos humanos;
- poniendo en marcha programas de detección e intervención tempranas; y
- concienciando a todos los sectores de la sociedad.

Actuar es costo eficaz

Se ha demostrado la costo eficacia de:

-Prevenir la pérdida de audición mediante:

- La protección contra los sonidos fuertes
- la detección y el tratamiento de la otitis media

- Detectar precozmente la pérdida auditiva realizando pruebas a:

- recién nacidos,
- niños en edad escolar,
- adultos de más de 50 años

- Proporcionar servicios de rehabilitación y apoyo para el uso continuado de audífonos

- Aumentar el acceso a los implantes cocleares

Los subtítulos y la interpretación en lenguaje de signos son métodos eficaces para que las personas sordas y con dificultades auditivas puedan acceder a la información.

Actuar beneficia a la sociedad y los países

Las intervenciones contra la pérdida de audición generan:

- Ahorros financieros y un considerable rendimiento de la inversión
- Mayor acceso a la educación
- Mayor empleabilidad y salarios más altos, lo que beneficia a la economía
- Reducción de los costos relacionados con la depresión y el deterioro cognitivo
- Una sociedad integrada



Las consecuencias de la contaminación ambiental: 1,7 millones de defunciones infantiles anuales, según la OMS
Comunicado de prensa

6 DE MARZO DE 2017 | GINEBRA - De acuerdo con dos nuevos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de una cuarta parte de las defunciones de niños menores de cinco años son consecuencia de la contaminación ambiental.

Cada año, las condiciones insalubres del entorno, tales como la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior, la exposición al humo de tabaco ajeno, la insalubridad del agua, la falta de saneamiento y la higiene inadecuada, causan la muerte de 1,7 millones de niños menores de cinco años.

En el primer informe, titulado *La herencia de un mundo sostenible: Atlas sobre Salud Infantil y Medio Ambiente*, se indica que una gran parte de las enfermedades que se encuentran entre las principales causas de muerte de los niños de un mes a 5 años —como las enfermedades diarreicas, el paludismo y las neumonías— pueden prevenirse mediante intervenciones que reducen los riesgos ambientales, tales como el acceso al agua potable y el uso de combustibles menos contaminantes para cocinar.

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, señala que «la insalubridad del medio ambiente puede ser letal, especialmente para los niños pequeños, que son especialmente vulnerables a la contaminación del aire y el agua debido a que sus órganos y su sistema inmunitario se están desarrollando y a que todo su cuerpo, en especial sus vías respiratorias, es más pequeño».

La exposición a sustancias peligrosas en el embarazo aumenta el riesgo de prematuridad. Además, la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior y la exposición al humo de tabaco ajeno aumenta el riesgo que corren los bebés y niños en edad

preescolar de contraer neumonías en su infancia y enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, asma) durante toda la vida. La contaminación del aire también puede aumentar el riesgo de sufrir cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer a lo largo del ciclo de vida.

Las cinco principales causas de muerte en los niños menores de cinco años guardan relación con el medio ambiente

En el otro informe, titulado *¡No contamines mi futuro!* El impacto de los factores medioambientales en la salud infantil, se ofrece un panorama general de las consecuencias de la contaminación del medio ambiente en la salud de los niños, aportando datos que ilustran la magnitud del problema. Cada año:

570 000 niños menores de cinco años fallecen como consecuencia de infecciones respiratorias (entre ellas las neumonías) causadas por la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior y la exposición al humo de tabaco ajeno.

361 000 niños menores de cinco años fallecen a causa de enfermedades diarreicas debidas al acceso insuficiente a agua salubre, saneamiento e higiene.

270 000 niños fallecen en el transcurso del primer mes posterior al parto por diversas causas —entre ellas la prematuridad— que podrían prevenirse proporcionando acceso a agua potable y a instalaciones de saneamiento e higiene en los centros de salud, y reduciendo la contaminación del aire.

200 000 defunciones por paludismo de niños menores de cinco años podrían evitarse actuando sobre el medio ambiente, por ejemplo, reduciendo el número de criaderos de mosquitos o cubriendo los depósitos de agua.

200 000 niños menores de cinco años mueren a causa de lesiones o traumatismos involuntarios relacionados con el medio ambiente, como envenenamientos, caídas y ahogamientos.

Factores de riesgo ambientales actuales y emergentes para la salud infantil

La Dra. Maria Neira, Directora del Departamento de Salud Pública y Determinantes Medioambientales y Sociales de la Salud de la OMS, señala que «la contaminación del medio ambiente tiene un altísimo costo para la salud de nuestros hijos. Toda inversión encaminada a eliminar los riesgos relacionados con el entorno, como la mejora de la calidad del agua o el empleo de combustibles menos contaminantes, reportará mejoras importantes para su salud».

Un ejemplo de riesgo emergente son los residuos eléctricos y electrónicos (por ejemplo, los teléfonos móviles usados) que, al no ser reciclados adecuadamente, exponen a los niños a toxinas que pueden afectar a sus aptitudes cognitivas y causar déficits de atención, lesiones pulmonares y cáncer. Se ha estimado que, entre 2014 y 2018, los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos se incrementarán en un 19% y alcanzarán los 50 millones de toneladas.

Debido al cambio climático, están aumentando las temperaturas y las concentraciones de dióxido de carbono, factores que favorecen la producción de polen, que se ha asociado a un incremento de las tasas de asma en los niños. Entre un 11% y un 14% de los niños de cinco años presentan síntomas de asma, y se estima que el 44% de esos síntomas guardan relación con la exposición a riesgos ambientales. La contaminación del aire, la exposición al

humo de tabaco ajeno, y el moho y la humedad de los espacios interiores agravan el asma en los niños.

En los hogares que no tienen acceso a servicios básicos, como el agua potable y el saneamiento, o en los que se respira el humo de combustibles contaminantes, como el carbón o el estiércol utilizados para la cocina y la calefacción, los niños corren un mayor riesgo de contraer enfermedades diarreicas y neumonías.

Los niños también están expuestos a productos químicos nocivos contenidos en los alimentos, el agua, el aire y otros productos de su entorno. Los productos químicos, como los fluoruros, los plaguicidas que contienen plomo y mercurio, los contaminantes orgánicos persistentes y otras sustancias presentes en productos manufacturados pueden acabar entrando en la cadena alimentaria. Asimismo, aunque la gasolina con plomo se ha eliminado casi por completo en todos los países, muchas pinturas contienen este metal y pueden afectar al desarrollo del cerebro.

Medidas para que los niños vivan en entornos saludables

La reducción de la contaminación atmosférica dentro y fuera de los hogares, el acceso a agua potable, el saneamiento y la desinfección (en especial en los paritorios), la protección de las embarazadas frente al humo de tabaco ajeno y las medidas de higiene del entorno pueden prevenir muchas muertes y enfermedades infantiles.

Es necesario el trabajo conjunto de varios sectores gubernamentales, que pueden trabajar juntos para aplicar las siguientes medidas: Hogares: usar combustibles no

contaminantes para la cocina y la calefacción, sin mohos ni plagas, y eliminar los materiales de construcción

contaminantes y las pinturas que contienen plomo.

Escuelas: garantizar el saneamiento y la higiene, crear entornos sin ruido ni contaminación y promover una buena nutrición.

Centros de salud: garantizar el abastecimiento de agua potable, el saneamiento, la higiene y el suministro eléctrico sin cortes.

Urbanismo: crear más zonas verdes y espacios seguros para los peatones y los ciclistas.

Transporte: reducir las emisiones y ampliar el transporte público.

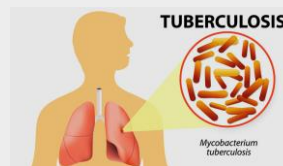
Agricultura: reducir el uso de plaguicidas peligrosos y erradicar el trabajo infantil.

Industria: eliminar adecuadamente los residuos peligrosos y recortar el uso de productos químicos nocivos.

Sector de la salud: hacer un seguimiento de los resultados sanitarios y educar a la población sobre los efectos de la salud ambiental y la importancia de la prevención.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los países están trabajando para alcanzar una serie de metas que pueden orientar las intervenciones en materia de higiene del entorno en que viven los niños y poner fin a las muertes prevenibles de los recién nacidos y los niños menores de cinco años de aquí a 2030. Además del SDG 3 («Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades»), el logro de otros ODS permitirá mejorar el acceso a agua salubre, el saneamiento y la higiene; llevar a cabo la transición a energías no contaminantes para mejorar la salubridad del aire, y revertir el cambio climático, unas metas que, sin duda,

tendrán efectos positivos en la salud de los niños.



La OMS insiste en la necesidad urgente de apostar por la I+D para luchar contra la tuberculosis farmacorresistente y los patógenos resistentes a los antibióticos que son actualmente prioritarios

Comunicado de prensa

28 DE FEBRERO DE 2017 | GINEBRA - La OMS reafirma la necesidad imperiosa de potenciar la investigación y el desarrollo (I+D) de nuevos antibióticos para hacer frente a la amenaza que supone la tuberculosis farmacorresistente.

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, recalca que «la investigación sobre la tuberculosis farmacorresistente es una prioridad absoluta para la OMS y para el mundo. Es urgente investigar sobre nuevos antibióticos para tratar esta enfermedad, pero para llevar a cabo estos estudios se requieren más de US\$ 800 millones anuales».

La crisis de salud pública causada por la tuberculosis farmacorresistente no se detiene. Según las estimaciones, en 2015 se registraron 580 000 casos y 250 000 muertes relacionadas con esta enfermedad. Además, solo se administró tratamiento a 125 000 afectados, la mitad de los cuales fallecieron.

En los últimos 50 años, solamente dos nuevos antibióticos para tratar la tuberculosis farmacorresistente superaron los ensayos de Fase IIB. La investigación con ambos fármacos se encuentra todavía en la Fase III, y se necesitará más financiación para completar el proceso y obtener otras pautas terapéuticas eficaces.

El 27 de febrero, la OMS publicó una lista de patógenos resistentes a los antibióticos que recientemente han sido declarados de alto riesgo para la salud humana y que se consideran prioritarios en la actualidad.

La Dra. Marie-Paule Kieny, Subdirectora General de la OMS, señaló que «Mycobacterium tuberculosis, la bacteria que causa la tuberculosis en el ser humano, no se incluyó en el ejercicio de priorización porque la intención era determinar cuáles eran nuevos patógenos peligrosos debido a que han desarrollado resistencias a los antibióticos. Hay un consenso generalizado respecto de que la tuberculosis es una de las máximas prioridades en las actividades de I+D encaminadas a obtener nuevos antibióticos».

En 2017-2018 se ha programado una serie de reuniones mundiales de alto nivel sobre esta enfermedad. La tuberculosis farmacorresistente y la investigación sobre esta enfermedad serán temas importantes en la Conferencia Ministerial de la OMS sobre la tuberculosis que tendrá lugar en Moscú en noviembre de 2017. Además, será uno de los principales puntos del orden del día de la reunión de alto nivel sobre la tuberculosis que se celebrará en 2018 durante la Asamblea General de las Naciones Unidas. La tuberculosis farmacorresistente y la investigación necesaria son también objeto de debate en foros más amplios, como los que se centran en la resistencia

a los antimicrobianos y la seguridad sanitaria.



La OMS publica la lista de las bacterias para las que se necesitan urgentemente nuevos antibióticos

Comunicado de prensa

27 DE FEBRERO DE 2017 | GINEBRA - La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su primera lista de «patógenos prioritarios» resistentes a los antibióticos, en la que se incluyen las 12 familias de bacterias más peligrosas para la salud humana.

La lista se ha elaborado para tratar de guiar y promover la investigación y desarrollo (I+D) de nuevos antibióticos, como parte de las actividades de la OMS para combatir el creciente problema mundial de la resistencia a los antimicrobianos.

En la lista se pone de relieve especialmente la amenaza que suponen las bacterias gramnegativas resistentes a múltiples antibióticos. Estas bacterias tienen la capacidad innata de encontrar nuevas formas de resistir a los tratamientos y pueden transmitir material genético que permite a otras bacterias hacerse farmacorresistentes.

«Esta lista es una nueva herramienta para garantizar que la I+D responda a necesidades urgentes de salud pública», señala la Dra. Marie-Paule Kieny, Subdirectora General de la OMS para

Sistemas de Salud e Innovación. «La resistencia a los antibióticos va en aumento y estamos agotando muy deprisa las opciones terapéuticas. Si dejamos el problema a merced de las fuerzas de mercado exclusivamente, los nuevos antibióticos que con mayor urgencia necesitamos no estarán listos a tiempo».

La lista de la OMS se divide en tres categorías con arreglo a la urgencia en que se necesitan los nuevos antibióticos: prioridad crítica, alta o media.

El grupo de prioridad crítica incluye las bacterias multirresistentes que son especialmente peligrosas en hospitales, residencias de ancianos y entre los pacientes que necesitan ser atendidos con dispositivos como ventiladores y catéteres intravenosos. Entre tales bacterias se incluyen las siguientes: Acinetobacter, Pseudomonas y varias enterobacteriáceas como Klebsiella, E. coli, Serratia, y Proteus. Son bacterias que pueden provocar infecciones graves y a menudo letales, como infecciones de la corriente sanguínea y neumonías.

Estas bacterias han adquirido resistencia a un elevado número de antibióticos, como los carbapenémicos y las cefalosporinas de tercera generación (los mejores antibióticos disponibles para tratar las bacterias multirresistentes).

Los niveles segundo y tercero de la lista – las categorías de prioridad alta y media – contienen otras bacterias que exhiben una farmacorresistencia creciente y provocan enfermedades comunes como la gonorrea o intoxicaciones alimentarias por salmonela.

Esta semana se reúnen en Berlín los expertos en salud del G20. En palabras del Sr. Hermann Gröhe, Ministro Federal de Salud de Alemania, «necesitamos antibióticos eficaces para nuestros

sistemas de salud. Debemos actuar unidos hoy para un mañana más sano. Así pues, examinaremos y señalaremos a la atención del G20 la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos. La primera lista mundial de la OMS de patógenos prioritarios es una nueva herramienta importante para garantizar y guiar la investigación y el desarrollo que permita lograr nuevos antibióticos».

La lista tiene por objeto animar a los gobiernos a que establezcan políticas que incentiven la investigación científica básica y la I+D avanzada tanto a través de organismos financiados con fondos públicos como del sector privado que inviertan en el descubrimiento de nuevos antibióticos. Asimismo proporcionará orientaciones a nuevas iniciativas de I+D como la Alianza mundial de I+D OMS/DNDi para los antibióticos, que está comprometida con el desarrollo de nuevos antibióticos sin ánimo de lucro.

El bacilo de la tuberculosis, cuya resistencia al tratamiento tradicional ha ido en aumento en los últimos años, no fue incluido en la lista porque es objeto de otros programas específicos. Otras bacterias que no fueron incluidas, como los estreptococos de los grupos A y B y Chlamydia, tienen bajos niveles de resistencia a los tratamientos existentes y no representan actualmente una amenaza significativa para la salud pública.

La lista se elaboró en colaboración con la División de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Tübingen (Alemania), mediante una técnica de análisis de decisiones de múltiples criterios desarrollada por un grupo de expertos internacionales. Los criterios para incluir patógenos en la lista fueron los siguientes: el grado de letalidad de las infecciones que provocan; el hecho de que el tratamiento requiera o no una

hospitalización larga; la frecuencia con que presentan resistencia a los antibióticos existentes cuando infectan a las personas de las comunidades; la facilidad con la que se transmiten entre animales, de animales a personas y entre personas; si las infecciones que provocan pueden o no prevenirse (por ejemplo, mediante una buena higiene y vacunación); cuántas opciones terapéuticas quedan; y si se están investigando y desarrollando nuevos antibióticos para tratar las infecciones que causan.

«Los nuevos antibióticos desarrollados contra los patógenos prioritarios que figuran en esta lista contribuirán a reducir las muertes debidas a infecciones resistentes en todo el mundo», dice la profesora Evelina Tacconelli, Jefa de la División de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Tübingen y una de las personas que más han contribuido a la elaboración de la lista. «Esperar más producirá problemas adicionales de salud pública y repercutirá enormemente en la atención a los pacientes».

Aunque es esencial aumentar la I+D, esta solo no basta para solucionar el problema. Para luchar contra la resistencia, tiene que haber también una mejor prevención de las infecciones y un uso apropiado de los antibióticos existentes en la medicina humana y veterinaria, así como un uso racional de cualquier nuevo antibiótico que se desarrolle en el futuro.

Lista OMS de patógenos prioritarios para la I+D de nuevos antibióticos

Prioridad 1: CRÍTICA

Acinetobacter baumannii, resistente a los carbapenémicos

Pseudomonas aeruginosa, resistente a los carbapenémicos

Enterobacteriaceae, resistentes a los carbapenémicos, productoras de ESBL

Prioridad 2: ELEVADA

Enterococcus faecium, resistente a la vancomicina

Staphylococcus aureus, resistente a la meticilina, con sensibilidad intermedia y resistencia a la vancomicina

Helicobacter pylori, resistente a la claritromicina

Campylobacter spp., resistente a las fluoroquinolonas

Salmonellae, resistentes a las fluoroquinolonas

Neisseria gonorrhoeae, resistente a la cefalosporina, resistente a las fluoroquinolonas

Prioridad 3: MEDIA

Streptococcus pneumoniae, sin sensibilidad a la penicilina

Haemophilus influenzae, resistente a la ampicilina

Shigella spp., resistente a las fluoroquinolonas