



Consejo Económico y Social

Distr. general
15 de mayo de 2014
Español
Original: inglés

Período de sesiones de 2014

Tema 5 c) del programa provisional*

Serie de sesiones de alto nivel: examen ministerial anual

Carta de fecha 8 de mayo de 2014 dirigida al Presidente del Consejo Económico y Social por el Representante Permanente de Georgia ante las Naciones Unidas

Tengo el honor de transmitirle el informe nacional de Georgia sobre los progresos realizados hacia el logro de los objetivos convenidos internacionalmente, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el anexo), para el examen ministerial anual que tendrá lugar en la serie de sesiones de alto nivel del período de sesiones sustantivo de 2014 del Consejo Económico y Social.

Le agradecería que tuviera a bien hacer distribuir la presente carta y su anexo como documento del Consejo, en relación con el tema 5 c) del programa provisional.

(Firmado) Kaha **Imnadze**
Embajador
Representante Permanente

* E/2014/1/Rev.1, anexo II.



**Anexo de la carta de fecha 8 de mayo de 2014 dirigida
al Presidente del Consejo Económico y Social por el
Representante Permanente de Georgia ante las
Naciones Unidas**

Índice

	<i>Página</i>
I. Examen de la aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Georgia	3
II. Aplicación de los Objetivos y de las políticas conexas	4
III. Progresos realizados y retos pendientes en el cumplimiento de los Objetivos relacionados con la salud	18
IV. Conclusiones extraídas de la experiencia adquirida en la aplicación de los Objetivos relacionados con la salud	27

I. Examen de la aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Georgia

Información básica sobre el país

1. Georgia es un país con una superficie aproximada de 70.000 km², situado en el extremo meridional de la cordillera del Cáucaso y la costa sudoriental del Mar Negro. Limita al norte con la Federación de Rusia, al suroeste con Turquía, al sur con Armenia y al sureste con Azerbaiyán. Su población, que se caracteriza por su larga tradición de heterogeneidad étnica, es de 4,5 millones de habitantes (según los datos de 2013, véase también el cuadro 1), de los que el 54% vive en zonas urbanas.

2. Georgia es un país de ingresos medianos bajos con arreglo a la clasificación del Banco Mundial. En los últimos 20 años ha registrado un crecimiento económico considerable y su producto interno bruto (PIB) *per capita* pasó de 690 dólares en 2000 a 3.597 dólares en 2013. Los indicadores de pobreza se redujeron de forma paralela al crecimiento económico, aunque la tasa de desempleo sigue siendo relativamente elevada (15% en 2012).

Cuadro 1

Datos demográficos básicos

	2013	
	Número	Tasa (por cada 1.000 personas)
Nacidos vivos	57 878	12,9
Crecimiento demográfico natural	9 325	2,1
Muertes	48 553	10,8
Corrientes migratorias	-2 606	-0,6

Fuente: Oficina Nacional de Estadística de Georgia (GeoStat).

Compromisos en materia de desarrollo humano

3. Desde su independencia en 1991, Georgia ha ratificado una serie de instrumentos internacionales básicos en la esfera de los derechos humanos, incluidos la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

4. En 2000, tras la aprobación de la Declaración del Milenio por la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 55/2 de la Asamblea General), Georgia se comprometió a integrar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en sus estrategias y planes de desarrollo nacionales y a informar periódicamente sobre la aplicación de los Objetivos.

5. En 2014 el país elaboró una estrategia integrada y multisectorial de derechos humanos, en la que se define el marco de acción general del Gobierno y los principales interesados para mejorar la protección y promoción de los derechos humanos, incluidos los aspectos previstos en el contexto de los Objetivos.

6. En 2013 el Gobierno de Georgia puso en marcha su programa emblemático de atención sanitaria universal, que garantiza el acceso de todos los ciudadanos a una serie de servicios básicos, incluida la atención en ambulatorios, hospitales y servicios de urgencias. El programa, basado en la resolución 67/81 de la Asamblea General, cuyo tema central es la cobertura sanitaria universal, y la iniciativa del Banco Mundial “Hacia una cobertura universal de salud en 2030”, es otra muestra visible del compromiso de Georgia con el cumplimiento de los Objetivos relacionados con la salud y el programa de desarrollo humano en un sentido más amplio. Los asociados internacionales, incluidos la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), han prestado apoyo activo al país para garantizar el éxito en sus esfuerzos por ofrecer una cobertura sanitaria universal.

7. En la sección II del presente informe se ofrece una visión general de la situación existente en abril de 2013 en relación con la aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Georgia y las políticas adoptadas con ese fin.

II. Aplicación de los Objetivos y de las políticas conexas

Primer Objetivo. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Metas

1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día, utilizando como medio de verificación las tendencias observadas en las tasas de pobreza relativa y extrema.
 2. Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.
 3. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre, utilizando como medio de verificación el número de niños menores de 5 años con peso inferior al normal.
8. Georgia ha experimentado un impresionante crecimiento económico desde los primeros años de la transición tras la independencia, debido sobre todo a la gran diversidad de reformas que ha introducido. El PIB *per capita* pasó de 690 dólares en 2000 a 3.597 dólares en 2013. Las tendencias positivas en el ámbito del desarrollo económico se vieron trastocadas por la guerra con la Federación de Rusia en agosto de 2008 y por la crisis económica mundial, aunque volvieron a recuperarse a partir de 2010. La economía de Georgia creció un 3,2% en 2013.
9. El crecimiento económico ha ido acompañado de avances en la reducción de la pobreza. La tasa de pobreza extrema (un nivel de ingresos inferior al 40% de la mediana de ingresos por familia) se redujo del 10,9% en 2004 al 9,3% en 2012, y la tasa de pobreza relativa (un nivel de ingresos inferior al 60% de la mediana de ingresos por familia) pasó del 24% en 2004 al 22,4% en 2012.
10. La introducción de sistemas de protección social y su continua ampliación crearon una red de protección social para los grupos más vulnerables de la población, entre otros, las familias que viven en la pobreza, los pensionistas y las personas con discapacidad. En 2013, las pensiones y las prestaciones sociales aumentaron respecto de sus niveles en 2012 en un 50% y un 100%, respectivamente.

En general, la prestación social para los pensionistas de edad avanzada aumentó 10,7 veces, de 14 laris en 2000 a 150 laris en 2013.

11. Sin embargo, pese a los progresos realizados, la tasa de pobreza no se redujo significativamente, y tanto la incidencia como la gravedad de la pobreza siguen suscitando gran preocupación en el país. Según un estudio sobre el bienestar realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2012, 77.000 niños menores de 16 años vivían con menos de 1,25 dólares por día y más de 200.000 (una cuarta parte de la población infantil) vivían con menos del 60% de la mediana de gastos, que oscila alrededor de 2 dólares por día. Según otro estudio realizado en 2013 con el apoyo del UNICEF, se registró una tendencia a la baja en la tasa de pobreza extrema entre los niños, que pasó del 9,4% en 2011 al 6% en 2013. Los niños se han beneficiado indirectamente del aumento de las prestaciones sociales, que se han duplicado, y las pensiones; no obstante, el 27% de los niños siguen viviendo por debajo del 60% de la mediana de ingresos familiares.

12. La tasa de desempleo sigue siendo elevada (15% en 2012), y en el caso de los jóvenes se calcula que supera el 30% (véase el cuadro 2). Más del 70% de la población se considera desempleada según una encuesta de opinión pública realizada en 2012 por el Instituto Democrático Nacional. Además, el 70% de la población sigue en situación de vulnerabilidad económica o social según reveló un estudio realizado en 2012 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

13. El Gobierno de Georgia está promoviendo nuevas estrategias y reformas económicas para propiciar un crecimiento económico sostenible en el ciclo 2014-2020. El programa de desarrollo social y económico se centra en estimular el desarrollo del sector privado y en promover la formación profesional y la reforma de los sistemas de gobernanza a nivel local.

Cuadro 2
Tendencias en relación con el empleo, 2000-2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años empleados (ambos sexos)	21,2	20,1	27,9	24,6	28,3	28,3	29,3	31,5	35,5	38,7	36,3	35,6	–
Porcentaje de población empleada en relación con la población total (ambos sexos)	60,11	58,8	56,8	58,4	56,6	55,2	53,8	54,9	52,3	52,9	53,8	55,4	56,8
Porcentaje de hombres empleados	67,3	67,1	65,1	67,4	64,2	62,6	61,2	63,1	61,1	61,1	61,2	63,7	65,6
Porcentaje de mujeres empleadas	54,0	52,0	49,9	50,9	50,2	48,8	47,7	48,1	44,9	45,9	47,5	48,5	49,5

Fuente: Oficina Nacional de Estadística de Georgia.

14. El porcentaje de niños menores de 5 años con un peso inferior al normal sigue siendo bajo. Según la encuesta de indicadores múltiples realizada en 2005, el 2,1% de los niños menores de 5 años tenía una insuficiencia de peso moderada y el 0,3% una insuficiencia de peso grave (véase el cuadro 3). La encuesta nacional sobre

nutrición realizada en 2009 confirmó unos resultado similares. Aunque el porcentaje de niños con insuficiencia de peso sea bajo, el estudio realizado por el UNICEF en 2012 puso de manifiesto que había una elevada prevalencia de deficiencia de micronutrientes entre las embarazadas y los niños, un problema que el Gobierno ha empezado a afrontar en 2014 mediante programas selectivos de suplementos de micronutrientes y la adopción de normas al respecto.

Cuadro 3

Prevalencia de la insuficiencia de peso entre los niños menores de 5 años, Georgia, 2009

	<i>Insuficiencia grave</i>	<i>Insuficiencia moderada</i>	<i>Peso normal</i>
Total	14 (0,5%)	25 (0,6%)	2 981 (98,8%)
Niños	7 (0,4%)	19 (0,9%)	1 599 (98,7%)
Niñas	7 (0,6%)	6 (0,4%)	1 382 (99,0%)
Por región:			
Tbilisi	3 (0,8%)	1 (0,3%)	360 (98,8%)
Ajara y Guria	2 (0,6%)	1 (0,3%)	337 (99,1%)
Imereti y Racha-Lechkhumi	1 (0,5%)	2 (1,0%)	204 (98,6%)
Kakheti	2 (0,7%)	1 (0,3%)	304 (99,0%)
Kvemo Kartli	2 (0,3%)	8 (1,1%)	751 (98,7%)
Samegrelo	1 (0,4%)	3 (1,1%)	272 (98,6%)
Samtskhe-Javakheti	3 (0,6%)	8 (1,6%)	490 (97,8%)
Shida Kartli y Mtskheta-Mtianeti	0	1 (0,4%)	263 (99,6%)

Fuente: Encuesta nacional sobre nutrición, 2009.

Segundo Objetivo. Lograr la enseñanza primaria universal

Meta

Asegurar que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

15. Georgia tiene una larga tradición de apoyo a la educación y la escolarización en centros de enseñanza primaria es casi universal en todo el país. El país ha mantenido una elevada tasa de matriculación en las escuelas primarias (entre el 96% y el 100%) desde el año 2000, y en 2011 el índice de paridad de género era del 1,03.

16. El Ministerio de Educación y Ciencia introdujo en 2005 los conceptos de educación inclusiva y escuelas inclusivas. Hoy en día todas las escuelas de Georgia imparten educación inclusiva basada en la adopción de un enfoque individualizado y de un programa de estudios centrado en los alumnos. El concepto de educación inclusiva ha mejorado la accesibilidad en todos los niveles del sistema de educación general. El sistema está procurando mejorar la calidad de la educación inclusiva en Georgia.

17. Con todo, la calidad del sistema educativo ha seguido suscitando preocupación. Según un estudio internacional de las tendencias en matemáticas y

ciencias realizado en 2011, los alumnos de octavo grado de Georgia ocupaban el puesto 26 de los 28 países europeos participantes en cuanto a conocimientos de matemáticas y ciencias. Además, según el Ministerio de Educación y Ciencia, 2.388 alumnos abandonaron sus estudios durante el curso académico 2009-2010 y se necesita más y mejor información sobre los niños no escolarizados o en peligro de abandonar sus estudios.

18. El proceso en curso de reforma educativa se centra principalmente en mejorar la calidad de la enseñanza y en garantizar el acceso a la educación en los diferentes niveles a un precio asequible. Georgia se incorporó al Proceso de Bolonia en la cumbre celebrada en Bergen en 2005, y el Ministerio de Educación y Ciencia ha puesto en marcha las enmiendas legislativas necesarias para facilitar la introducción de los principios de Bolonia en el sistema de educación superior.

19. Georgia está trabajando activamente en la reforma amplia del sistema de formación y capacitación profesional. Algunos organismos de las Naciones Unidas, como el PNUD y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y la Unión Europea han prestado asistencia al país en el diseño y la aplicación de reformas sistémicas durante el período 2013-2020 a fin de subsanar el desequilibrio existente entre la oferta del sistema educativo y la demanda del mercado laboral.

Tercer Objetivo. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer

Meta

Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza a más tardar en 2015.

20. Incluso durante el período crucial de transición socioeconómica de principios de la década de 1990, el país logró avances considerables en su programa de igualdad de género mediante la aplicación progresiva de los compromisos asumidos en el marco de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

21. Como ya se ha indicado, la igualdad de género en el ámbito de la educación no ha sido uno de los problemas de desarrollo del país. Georgia ha mantenido una tasa de escolarización en la enseñanza primaria casi universal tanto para niñas como niños y, según los datos más recientes, los índices de paridad de género en los niveles de enseñanza primaria, secundaria y terciaria eran 1,03, 0,95 y 1,2, respectivamente. Con arreglo a la información suministrada por los centros de recursos educativos de todo el país, la proporción de mujeres que ocupan puestos directivos en las escuelas públicas con respecto a los hombres es de 1,4, y cuatro de cada cinco maestros de Georgia son mujeres.

22. El país ha realizado progresos importantes para asegurar los derechos educativos de los niños de familias socialmente desfavorecidas. No obstante, las niñas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios siguen estando sujetas a un riesgo mayor de abandono escolar. En un estudio reciente realizado por la Millennium Challenge Corporation también se pusieron de manifiesto las barreras existentes para la participación de las niñas en pie de igualdad en los programas educativos de ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas. A ese respecto, el Gobierno tiene previsto intensificar su labor para proteger y promover los derechos de la mujer en

la educación y las ciencias. El Ministerio de Educación y Ciencia está trabajando con la Civilian Research and Development Foundation de los Estados Unidos de América (CRDF Global) y con fundaciones locales de carácter científico para promover la inclusión de mujeres con talento en programas de doctorado y facilitar la participación de las mujeres en la investigación científica.

23. En marzo de 2010, Georgia aprobó una ley de igualdad entre los géneros y estableció una comisión parlamentaria sobre la igualdad de género. Esa comisión ha completado desde 2010 dos ciclos bienales de planificación estratégica para la incorporación de la perspectiva de género. Dentro del marco del Plan de Acción Nacional 2010-2013, el Ministerio de Educación, en colaboración con la sociedad civil, impartió capacitación sobre la igualdad de género a maestros de todo el país. En el Plan de Acción Nacional 2014-2016 se contemplan iniciativas de concienciación pública sobre la igualdad de género, la incorporación de la perspectiva de género en la legislación educativa y la promoción de la igualdad de género en los programas educativos de ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas y en las instituciones profesionales.

24. En 2012, Georgia superó el umbral del 10% en la representación de las mujeres en el Parlamento, frente a un nivel de referencia del 5% en 2000. En la actualidad hay mujeres al frente de ministerios clave, como los de Justicia, Educación, Relaciones Exteriores y Protección del Medio Ambiente, y del Consejo de Seguridad Nacional y el Comité Electoral Central. El empoderamiento económico de las mujeres también se ha hecho patente desde la década de 1990, y hoy en día el 30% de las mujeres son el principal sostén de la familia y ocupan un 20% de los puestos directivos en empresas comerciales.

25. Pese a esos avances, las mujeres siguen estando insuficientemente representadas en los niveles de adopción de decisiones y su empoderamiento económico debe seguir mejorando. Según el índice de desigualdad entre los géneros, Georgia ocupa el puesto 71 entre los 137 países estudiados. En 2012 el promedio del sueldo mensual nominal de las mujeres en todos los ámbitos de la economía y sectores industriales equivalía al 60% del de los hombres.

26. El logro de avances significativos en la igualdad entre los géneros solo será posible mediante una labor firme y coherente de todos los interesados, incluidos el Gobierno, la sociedad civil y los asociados para el desarrollo.

Cuarto Objetivo. Reducir la mortalidad infantil

Meta

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

27. Según las estadísticas de la Oficina Nacional de Estadística de Georgia, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años se ha reducido considerablemente y pasó de 24,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000 a 13,0 muertes en 2013. La dependencia administrativa de estadísticas de salud del Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública observó una tendencia similar y, según sus datos, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años pasó de 27,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000 a 12,4 muertes en 2012.

28. Pese a la gran discrepancia que hay entre los datos de las estadísticas rutinarias y los del estudio sobre la salud reproductiva, es evidente que se han logrado avances considerables en la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años y todas las fuentes confirman esa tendencia (véase el cuadro 4).

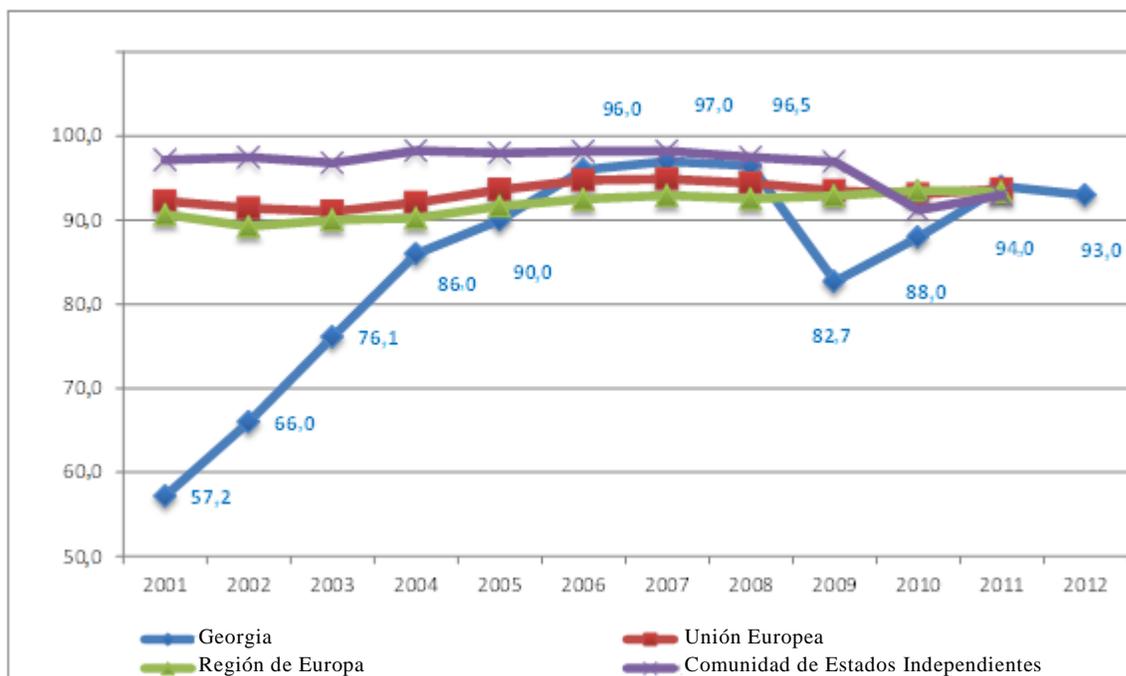
Cuadro 4

Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos), datos comparativos de las estadísticas oficiales, las estadísticas de salud y las encuestas de hogares

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estadísticas de salud	27,2	26,7	22,1	20,3	20,1	19,4	19,7	15,6	16,0	15,4	13,4	12,0	12,4	-
Estadísticas oficiales (Oficina Nacional de Estadística de Georgia)	24,9	25,5	26,0	27,6	26,4	21,1	16,9	14,4	18,0	16,0	13,0	13,8	14,4	13,0
Estudio sobre la salud reproductiva	45,8	-	-	-	-	25,1	-	-	-	-	16,4	-	-	-

29. Tras los trastornos que sufrieron los servicios de vacunación rutinaria a principios de la década de 1990, Georgia consiguió restablecer y ampliar la cobertura del programa nacional de inmunización. Desde 2000 el país ha mantenido una cobertura de más del 90% para la primera vacuna contra el sarampión: a finales de 2012 el nivel de cobertura era del 93% (véase el gráfico I) y en 2013 siguió mejorando y se situó en el 96,5%. Esas cifras están cerca de los promedios de la Unión Europea y la región de Europa en general, aunque es preciso realizar una mayor inversión para mantener la cobertura de la primera vacuna contra el sarampión por encima del 95% y un nivel de cobertura también elevado para la segunda dosis. La segunda dosis es particularmente importante si se tiene en cuenta el objetivo fijado por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud que forman parte de la región de Europa de eliminar el sarampión y la rubeola en esa región para 2015.

Gráfico I
Porcentaje de niños de 12 meses vacunados contra el sarampión, 2001-2012



Fuente: Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública de Georgia y base de datos sobre la región de Europa del programa “Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud.

30. Pese a los progresos realizados, la tasa de mortalidad infantil en Georgia sigue siendo la segunda más elevada en Europa. La mayoría de las muertes siguen siendo de niños menores de 1 año (87,5%), una situación que no ha cambiado significativamente desde 2000, cuando el 90% de la tasa de mortalidad de menores de 5 años correspondía a muertes de niños menores de 1 año. Además, según el estudio sobre la salud reproductiva realizado en 2010, hay diferencias considerables entre las tasas de mortalidad infantil en las zonas urbanas y las zonas rurales. En el análisis comparativo del excesivo número de muertes de niños menores de 1 año en Georgia que realizó el UNICEF en 2013 se observó que: a) fuera de Tbilisi, los niños menores de 1 año tenían 1,4 veces más de posibilidades de morir que en esa ciudad, y b) que los niños nacidos fuera de Tbilisi que pesaban 1.500 gramos o más al nacer tenían 1,9 veces más de posibilidades de morir antes de abandonar la sala de maternidad del hospital y 1,5 veces más de morir después de ser dados de alta que los niños nacidos en Tbilisi.

Quinto Objetivo. Mejorar la salud materna

Metas

1. Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
2. Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

31. Georgia ha reducido la tasa de mortalidad materna en más de la mitad, de 49,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2000 a 22,9 muertes en 2012 (véase el

cuadro 5). Esa reducción del 54% en la tasa de mortalidad materna ha sido significativa, pero es muy probable que no se pueda cumplir para 2015 la meta fijada en la Declaración del Milenio de reducirla en tres cuartas partes.

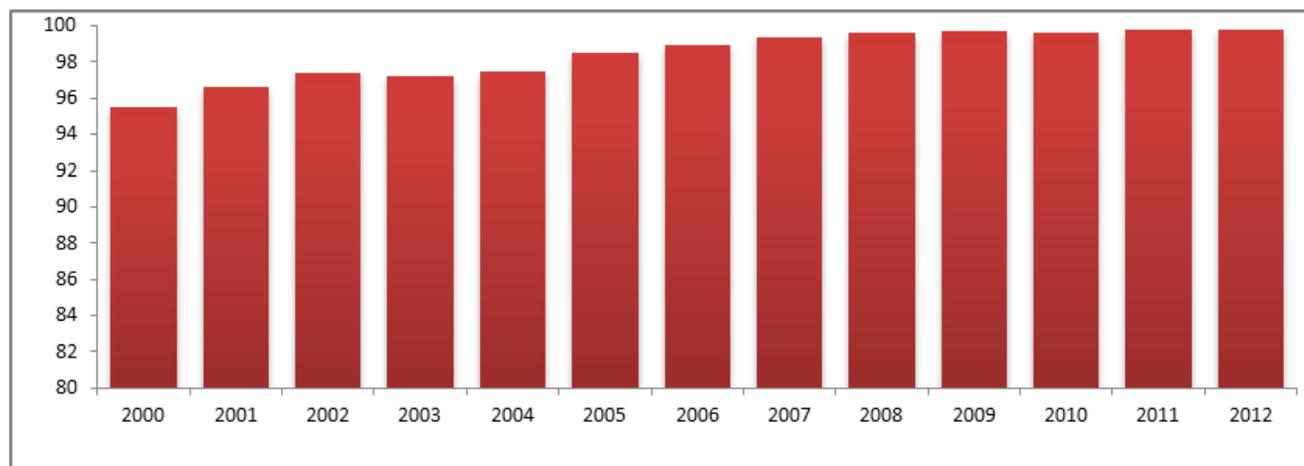
Cuadro 5

Tasa de mortalidad materna, 2000-2012 (por cada 100.000 nacidos vivos)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estadísticas oficiales (Oficina Nacional de Estadística de Georgia)	49,2	58,7	42,2	49,9	43,1	23,4	23,0	20,2	14,3	52,1	19,4	27,6	22,9
Estudio sobre la mortalidad de las mujeres en edad de procrear	-	-	-	-	-	-	44,0	-	-	-	-	-	-
Estudio sobre la mortalidad materna, 2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,6	-	-

32. La proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado, que ya era elevada en el momento en que se aprobó la Declaración del Milenio, siguió aumentando y pasó del 97,4% en 2002 al 99,8% en 2012 (véanse el gráfico II y el cuadro 6)

Gráfico II

Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

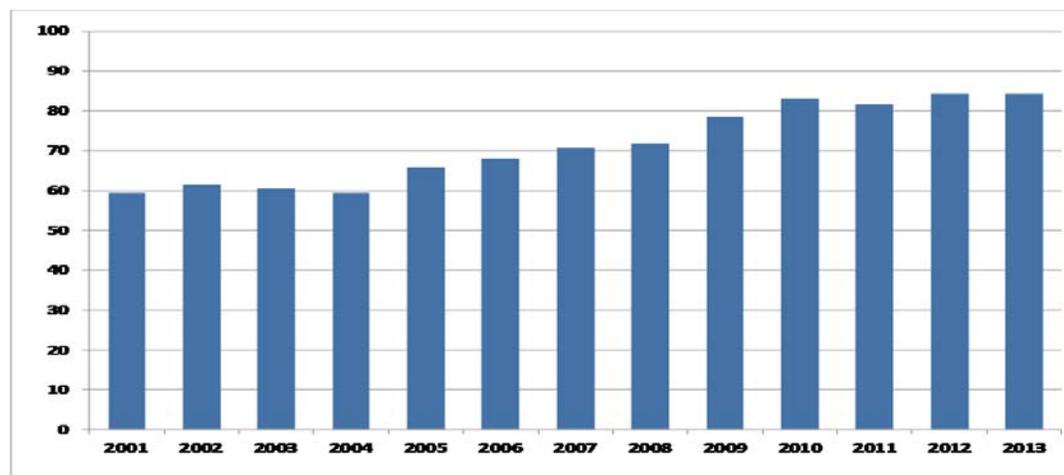
Fuente: Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública.

Cuadro 6
Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2012
Estadísticas de salud	95,8	96,9	99,2	99,8
Estudio sobre la salud reproductiva	92,2	92,5	98,8	–
Encuesta de indicadores múltiples	–	–	93,8	–

33. El porcentaje de mujeres embarazadas que tienen acceso por lo menos a las cuatro consultas prenatales recomendadas también ha ido en aumento y en 2013 llegó al 84,2%, frente al nivel de referencia de menos del 60% que había en 2001 (véase el gráfico III). Según la encuesta de indicadores múltiples realizada en 2005, el 97,4% de las embarazadas habían sido atendidas al menos una vez en centros de atención prenatal. El elevado cumplimiento de la meta de cuatro consultas prenatales fue confirmado por el estudio sobre la salud reproductiva (98,8% en el período 2005-2009). La mejora del acceso a los servicios de salud reproductiva desde 1999 ha beneficiado a las mujeres, en especial a las que viven en las zonas rurales y las procedentes de grupos con un menor nivel educativo. El porcentaje de embarazadas de esos dos grupos sin acceso a atención prenatal se redujo del 14% y el 30% al 3% y el 6%, respectivamente.

Gráfico III
Porcentaje de mujeres que reciben al menos cuatro consultas de atención prenatal



Fuente: Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública.

34. Los datos sobre los servicios de salud reproductiva (aparte de las estadísticas sobre la salud maternoinfantil) proceden sobre todo de las encuestas de los hogares. Según los tres estudios sobre la salud reproductiva realizados en el período 2000-2010, la tasa de abortos provocados disminuyó del 3,7 al 1,6 (por mujer) y, paralelamente, la tasa de uso de anticonceptivos (todos los métodos) aumentó y pasó del 25% al 32% entre todas las mujeres en edad de procrear (y del 41% al 54% entre las mujeres casadas). Este aumento se debió principalmente al mayor uso de

métodos anticonceptivos modernos (del 20% en 2000 al 35% en 2010 entre las mujeres casadas). En esos estudios también se constató una reducción de las necesidades no atendidas de servicios de planificación de la familia, por ejemplo, las necesidades no atendidas de métodos modernos de planificación de la familia se redujeron del 27% al 18% (véase el cuadro 7). Esa disminución fue consecuencia de las iniciativas de colaboración apoyadas por USAID y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para asegurar el acceso gratuito a métodos modernos de planificación de la familia y la disponibilidad de productos de ese tipo en el mercado, la ampliación de las asociaciones con el sector privado y la capacitación de los proveedores de servicios de salud reproductiva en todo el país.

Cuadro 7

Porcentaje de necesidades no atendidas de métodos modernos de planificación de la familia

	2000	2005	2010
Mujeres de entre 15 y 44 años	27	22	18

Fuente: Estudios sobre la salud reproductiva.

35. A fin de facilitar un mayor acceso a servicios de salud reproductiva de calidad y hacer frente a una de las principales causas de mortalidad y morbilidad entre las mujeres en edad de procrear, el Gobierno, en asociación con el UNFPA, ha puesto en marcha programas para la detección del cáncer de mama y el cáncer de cuello del útero en todas las regiones del país, a través de los cuales se ofrecen servicios de pruebas gratuitas a las mujeres de ese grupo de edad. En la actualidad, se está haciendo un esfuerzo conjunto para planificar y poner a prueba el programa de detección del cáncer de cuello del útero a fin de aumentar la tasa de participación en las pruebas y mejorar la calidad de estas. Asimismo, gracias al apoyo prestado por el UNFPA y el proyecto de USAID para la promoción de los servicios de planificación de la familia y la atención de la salud maternoinfantil (SUSTAIN), se impartió capacitación a más de 1.400 proveedores de servicios de atención primaria de la salud en la prevención del cáncer de mama y el cáncer de cuello del útero y su detección temprana.

36. Pese al evidente progreso conseguido, según los datos de la Oficina Nacional de Estadística de Georgia y el Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública, en 2013 todavía hubo 16 madres que murieron por complicaciones relacionadas con el embarazo. El Ministerio de Trabajo, Salud y Asuntos Sociales, en colaboración con las entidades de las Naciones Unidas (UNICEF y UNFPA), USAID y otros asociados internacionales, intensificó su labor para mejorar las estadísticas sobre salud reproductiva, prestando una particular atención a la presentación oportuna de información y a la determinación de las muertes relacionadas con el embarazo. Gracias a la asistencia técnica proporcionada por el proyecto SUSTAIN de USAID, el Instituto JSI de Investigación y Capacitación, en colaboración con el Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública, está realizando en 2014 un estudio sobre la mortalidad de las mujeres en edad de procrear con el objetivo de determinar la tasa de mortalidad en ese grupo e investigar el alcance y las causas de ese problema en Georgia.

Sexto Objetivo. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Metas

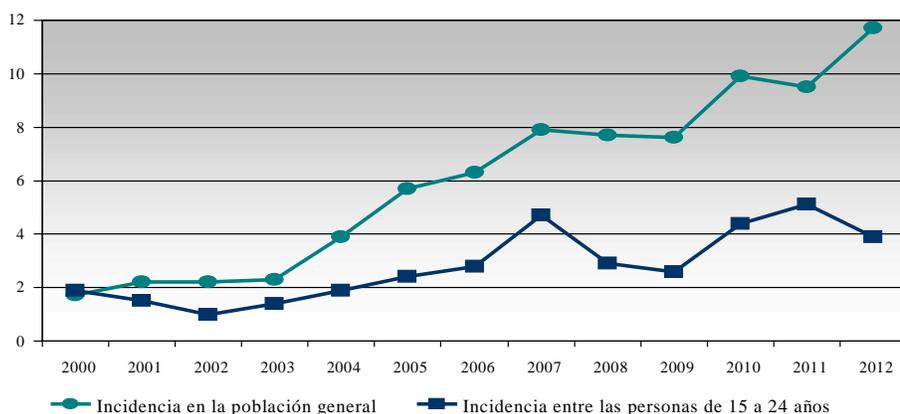
1. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
2. Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
3. Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

37. Georgia fue uno de los primeros países de la región de Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes en ofrecer acceso universal a tratamiento antirretroviral en 2004, y esa situación se ha mantenido durante más de 10 años. Gracias a ello, se han logrado mejoras considerables en la tasa de supervivencia y en la calidad de vida de las personas que viven con el VIH en el país.

38. No obstante, el país sigue teniendo problemas debido a la concentración de la epidemia en grupos de comportamiento de alto riesgo, con un aumento de la prevalencia del VIH entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (del 3% al 13%) y una prevalencia de más del 5% entre los consumidores de drogas inyectables en algunas ciudades de la parte occidental de Georgia. El número de nuevas infecciones de VIH entre los jóvenes de entre 15 y 24 años también aumentó entre 2009 y 2011, aunque en 2012 esa cifra disminuyó en un 23,5% (véase el gráfico IV).

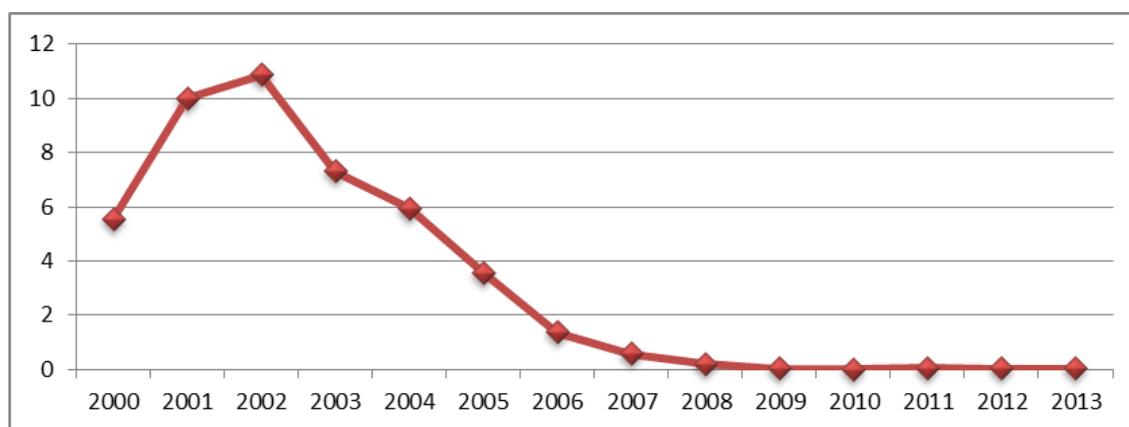
Gráfico IV

Incidencia del VIH por cada 100.000 habitantes



39. El país ha logrado avances significativos hacia la eliminación de la malaria. Georgia ha documentado una reducción en la incidencia de la malaria de 5,5 casos por cada 100.000 personas en 2002 a 0,02 casos en 2013, y no se registró ningún caso autóctono de malaria en 2013. Georgia, que es uno de los signatarios de la Declaración de Tashkent de 2005 titulada “El paso del control de la malaria a su eliminación”, se encuentra en la fase de prevención de la reintroducción de la malaria. En 2011, Georgia solicitó a la OMS la certificación como país libre de la malaria.

Gráfico V
Incidencia de la malaria por cada 100.000 habitantes



Fuente: Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública.

40. Georgia ha conseguido también avances considerables en la lucha contra la epidemia de la tuberculosis. Desde 2003, el país cuenta con acceso universal a servicios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, incluidos servicios para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente desde 2008. Según la OMS, las tasas de incidencia, mortalidad y prevalencia de la tuberculosis en Georgia se han reducido desde 2000. El número de nuevos casos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes disminuyó de 96,5 en 2000 a 84,1 en 2012 y la tasa de prevalencia en ese mismo período pasó de 133,4 a 110,7 (véase el cuadro 8).

Cuadro 8

Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Incidenia	96,5	86,4	96,5	92,8	94,8	98,1	96,9	95,0	94,7	101,4	98,6	101,4	84,1
Prevalencia	133,4	128,8	145,2	143,4	149,7	153,2	143,1	147,0	133,0	135,9	130,4	123,4	110,7
Mortalidad	–	–	3,1	3,5	4,3	5,3	5,4	5,9	5,2	4,6	4,1	3,5	3,9

Fuente: Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública.

41. Pese a todos esos progresos, el país sigue enfrentando problemas debido a la pesada carga que supone el tratamiento de la tuberculosis multirresistente, que complica sobremanera los esfuerzos para atajar la epidemia en Georgia, ya que ese tipo de tuberculosis requiere casi dos años de tratamiento con medicamentos más tóxicos, más caros y menos eficaces. Georgia es uno de los 27 países de todo el mundo con una mayor carga en cuanto al número de casos de tuberculosis multirresistente.

42. Gracias al apoyo de la OMS, Georgia realizó entre 2004 y 2006 un estudio sobre la tuberculosis multirresistente a medicamentos de primera línea. Ese estudio puso de manifiesto que el 6,8% de los nuevos casos detectados con frotis positivo y el 27,4% de los casos vueltos a tratar eran de tipo multirresistente. En 2011, se

constató que el 10,9% de los casos nuevos y el 31,7% de los casos vueltos a tratar eran de tipo multirresistente. La tuberculosis sigue siendo un problema particularmente grave en el sistema penitenciario.

Séptimo Objetivo. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Metas

1. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
2. Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.
3. Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

43. El Gobierno de Georgia aprobó la estrategia y el plan de acción para la conservación de la diversidad biológica en virtud de su resolución núm. 27, de 19 de febrero de 2004. La estrategia abarca la conservación de la diversidad biológica en un período de 10 años, mientras que el plan de acción está concebido para un período de 5 años. En 2005, también puso en marcha la elaboración de una política y estrategia de gestión forestal.

44. Según la encuesta de indicadores múltiples de 2005, el 94,2% de la población tenía acceso a fuentes mejoradas de agua potable, el 78,9% de los hogares tenían suministro de agua potable por cañerías dentro de la vivienda, y el 17,3% de la población tardaba menos de 30 minutos en acarrear agua a sus hogares. Según el estudio sobre la salud reproductiva, la proporción de la población con suministro de agua suficiente dentro de la vivienda para satisfacer sus necesidades de higiene no varió sustancialmente en el período 2000-2009. En el caso de la población urbana, en comparación con la rural, ese indicador aumentó un 30% (véase el cuadro 9). Según la encuesta de indicadores múltiples de 2005, la gran mayoría de la población de Georgia (96,8%) vivía en hogares con instalaciones de saneamiento mejoradas, y el 56,3% de los niños menores de 2 años tenían acceso a inodoros que cumplían las normas básicas de higiene. El estudio sobre la salud reproductiva también puso de relieve un aumento del 3,7% en la disponibilidad de inodoros en los hogares entre 1995 y 2009.

Cuadro 9

Porcentaje de la población con acceso a agua corriente

	2000-2004	2005-2009
<i>Estudio sobre la salud reproductiva</i>		
Zonas urbanas	96,1	96,8
Zonas rurales	66,2	65,8
<i>Encuesta de indicadores múltiples</i>		
Total		94,2

45. Pese a sus abundantes reservas de agua, Georgia sigue teniendo problemas para suministrar agua potable a la población que vive en las zonas rurales. Los

acuíferos del subsuelo siguen siendo la principal fuente de agua potable y de ellos procede el 90% del agua distribuida. En la actualidad, el 84% de la población urbana y el 15,7% de la población rural disfrutan de servicios centralizados de suministro de agua potable.

46. En los últimos años, Georgia ha sufrido los efectos cada vez más notables del cambio climático. En la tercera comunicación nacional a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, se incluirá información actualizada sobre las emisiones de gases de efecto invernadero y sobre las medidas para minimizar esas emisiones en las principales ciudades de Georgia. Esa información también servirá de ayuda al Gobierno para analizar mejor los riesgos del cambio climático y elaborar hipótesis realistas para reducir sus efectos negativos.

47. Georgia está elaborando estrategias y planes de acción con el fin de aumentar la capacidad nacional para aplicar de manera eficaz las disposiciones de las convenciones mundiales sobre el cambio climático, incluidas las relativas a: la conservación de la diversidad biológica, la lucha contra la desertificación, la elaboración de un plan nacional para la aplicación del Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, y el plan de conservación y gestión integrada de la cuenca del Kura-Aras.

Octavo Objetivo. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Metas

1. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
2. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
3. En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

48. Georgia tiene uno de los regímenes comerciales más liberalizados y competitivos de todo el mundo. La legislación de Georgia no contempla ningún tipo de barreras no arancelarias (como prohibiciones, restricciones, cuotas arancelarias o requisitos de licencias), excepto en los casos que afectan a cuestiones de salud, seguridad y medio ambiente. En 2006 Georgia abolió los derechos de importación de casi el 85% de los productos y redujo el número de tasas de ese tipo de 16 a solo 3 (0%, 5% y 12%).

49. Tras su incorporación a la Organización Mundial del Comercio (OMC) en junio de 2000, Georgia empezó a armonizar su régimen de aduanas con los compromisos negociados con la OMC. Su incorporación a la OMC dio lugar a la derogación por los Estados Unidos de América de las disposiciones relativas a Georgia de la enmienda Jackson-Vanik, y también a su reconocimiento como país con el trato de nación más favorecida. Posteriormente, fue reconocido como país beneficiario del sistema general de preferencias por el Canadá, los Estados Unidos de América, el Japón, Noruega y Suiza.

50. La Unión Europea elevó la categoría de Georgia como beneficiario del sistema general de preferencias, que le había otorgado en 1995, a la de beneficiario especial, lo que permite que más de 7.200 tipos de productos originarios de Georgia puedan entrar en el mercado de la Unión Europea sin tener que pagar tasas de aduanas. En

2013, tras el levantamiento por la Federación de Rusia del embargo a sus productos agrícolas, Georgia reinició la exportación al mercado ruso de vino, agua mineral y frutos cítricos.

51. Georgia tiene acuerdos de libre comercio con los países de la Comunidad de Estados Independientes y Turquía. En noviembre de 2013, se iniciaron las negociaciones del Acuerdo de Asociación entre la Unión Europea y Georgia, incluido un acuerdo general y exhaustivo de libre comercio. La firma de ese acuerdo está prevista para junio de 2014.

52. En abril de 2011, Georgia se convirtió en el país número 135 en adherirse oficialmente a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y al Programa de Acción de Accra.

53. Por lo que respecta a la asequibilidad de los medicamentos esenciales, Georgia ha utilizado los mecanismos mundiales para la adquisición de vacunas y productos biológicos, así como de medicamentos para el tratamiento del VIH y la tuberculosis, con la cooperación del UNICEF, la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El país está haciendo lo posible por mantener unos precios asequibles una vez que deje de recibir apoyo de la Alianza GAVI y el Fondo Mundial a partir de 2016. Por otro lado, en 2014 Georgia consiguió mejorar significativamente la asequibilidad del tratamiento de la hepatitis C, con una reducción del 60% en el precio del interferón pegilado (PEG-IFN) en el mercado local que benefició a 11.000 pacientes.

54. Los programas de atención de la salud con financiación pública (como los de tratamiento de la diabetes, diálisis e inmunización) incluyen la cobertura universal de los medicamentos y productos biológicos que necesitan los pacientes. El servicio de atención sanitaria universal y los programas de seguros médicos estatales también cubren los medicamentos prioritarios para determinados grupos de beneficiarios, así como los necesarios para la atención médica de emergencia, la cirugía electiva y el tratamiento del cáncer. En reconocimiento de la alta prevalencia de la hipertensión en el país, el Ministerio de Trabajo, Salud y Asuntos Sociales está considerando opciones sobre políticas, desarrolladas en el marco del proyecto de mejora de la atención sanitaria patrocinado por USAID, con el fin de mejorar el acceso financiero a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas.

55. El país ha logrado un progreso considerable en el acceso y la implantación de las tecnologías modernas de la información y las comunicaciones. En 2012, había 107,81 teléfonos celulares por cada 100 habitantes, en comparación con tan solo 10,9 en 2002. También en 2012, el 45,5% de los habitantes eran usuarios de Internet, en comparación con menos del 1,59% en 2002.

III. Progresos realizados y retos pendientes en el cumplimiento de los Objetivos relacionados con la salud

56. El país ha logrado una serie de avances históricos en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, entre otros, la reducción de la tasa de mortalidad materna, de 49,2 casos (por cada 100.000 nacidos vivos) en 2000 a 22,9 casos en 2012, la reducción de la tasa de mortalidad infantil, de 22,5 casos (por cada 1.000 nacidos vivos) a 11,1 casos (según la Oficina Nacional de Estadística), y la reducción de la tasa de mortalidad de los niños

menores de 5 años, de 24,9 casos (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2000 a 13,0 casos en 2013. La tasa de abortos también ha disminuido (de 3,7 (por mujer) en 2000 a 1,6 en 2010) paralelamente al aumento del uso de anticonceptivos (del 20% al 53% en el caso de las mujeres casadas). Por último, desde 2003 se ha mantenido el acceso universal a tratamiento antirretroviral para el VIH y a tratamiento para la tuberculosis, y Georgia va camino de obtener la certificación como país libre de la malaria.

57. En el presente informe nacional se resumen algunas de las principales políticas adoptadas que han ayudado al país a avanzar en el cumplimiento de los Objetivos relacionados con la salud, los retos pendientes, la experiencia adquirida y la visión para las intervenciones y alianzas futuras.

Objetivos Cuarto y Quinto. Salud materna y salud infantil

¿Qué iniciativas han dado buenos resultados?

58. El progreso en la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil ha sido posible gracias a una serie de factores facilitadores, como el compromiso político, la inversión de recursos (tanto nacionales como internacionales), la mejora de la calidad de los datos y la adopción de políticas basadas en pruebas empíricas en todos los servicios de atención prenatal, perinatal y posnatal.

Compromiso político

59. La mejora de la salud de las madres, los recién nacidos y los niños ha sido una de las prioridades estratégicas de los planes de desarrollo nacionales y las estrategias del sector sanitario desde 1999. En la evaluación más reciente del sistema nacional de salud y en el marco estratégico para 2014-2020 sobre la atención universal de la salud y la gestión de la calidad para proteger los derechos de los pacientes, también se incluye la salud de las madres, los recién nacidos y los niños como una de las nueve prioridades estratégicas. Por último, la promoción de la salud maternoinfantil figura como una de las prioridades básicas de la estrategia Georgia 2020 para el desarrollo socioeconómico. El Ministerio acoge además el Consejo de Coordinación de la Salud Maternoinfantil, que engloba a todos los principales interesados y cuyo objetivo es asegurar el análisis y la adopción de medidas coherentes para mejorar las políticas de salud de las madres, los recién nacidos y los niños, y sus resultados.

Inversión de recursos

60. Los servicios de atención de la salud maternoinfantil están integrados en los programas estatales para mejorar la atención prenatal, perinatal y posnatal y los servicios de pediatría para los menores de 18 años en todo el país.

61. Los programas estatales prevén cuatro consultas y la realización de pruebas de la hepatitis B y C, la sífilis y el VIH durante el embarazo, así como intervenciones para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas de la madre al niño. Desde julio de 2003, se garantiza financiación estatal para los servicios de maternidad, que incluyen tanto el parto natural como mediante cesárea.

62. La prestación de servicios sanitarios de calidad a todos los recién nacidos en el momento del parto y en los días inmediatamente posteriores es extremadamente importante. Las intervenciones selectivas dirigidas a los recién nacidos incluyen

cuidados esenciales que se ofrecen en los servicios de maternidad (en el 95% de los casos) de todo el país. Los programas estatales para los recién nacidos incluyen la realización de pruebas para la detección del hipotiroidismo, la fenilcetonuria, la hiperfenilalaninemia, la fibrosis quística y problemas de audición.

63. Asimismo, todos los menores de 18 años tienen garantizado el acceso a un conjunto de servicios de atención primaria de la salud (incluidos los de inmunización), a atención en servicios de urgencia en hospitales y ambulatorios, a cirugía electiva y a tratamiento contra el cáncer.

64. Además de los recursos nacionales asignados, el apoyo internacional para promover una atención perinatal eficaz también ha sido importante como factor catalizador de cambios. Los programas patrocinados por USAID y ejecutados por el Instituto JSI de Investigación y Capacitación y el proyecto SUSTAIN facilitaron la ampliación en todo el país de las intervenciones de atención sanitaria perinatal sobre la base de pruebas empíricas y la capacitación del personal encargado de prestar esos servicios. El apoyo de USAID y el UNICEF fue esencial para llevar a cabo en 2013 una evaluación de las instalaciones de atención perinatal en todo el país y formular un plan regional de atención perinatal y neonatal en los servicios de maternidad.

65. El restablecimiento y la ampliación de las campañas de inmunización rutinaria ha sido otro logro significativo en los últimos 20 años. El actual programa nacional de inmunización incluye las siguientes vacunas: tuberculosis (BCG); hepatitis B; difteria, tos ferina y tétanos, hepatitis B y anti-haemophilus influenzae B (DPT-HepB-Hib); difteria (DPT); poliomielitis, vacuna oral/vacuna inactiva (OPV/IPV); sarampión, paperas y rubeola (MMR); y difteria y tétanos (DT). El apoyo del UNICEF y USAID fue importante para la financiación del programa de inmunización entre 1993 y 2006. Las iniciativas independientes de vacunación han supuesto un paso importante para el país, que ha conseguido desvincularse del apoyo del UNICEF para el suministro de antígenos tradicionales y desde 2006 se ha autoabastecido de vacunas y de materiales para su administración. Gracias al apoyo de la Alianza GAVI y la Fundación Rostropovich-Vishnevskaya, el país pudo comenzar en 2003 la campaña de vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubeola. La Alianza GAVI, con el apoyo técnico de la OMS, también está proporcionando apoyo a Georgia para la introducción de nuevas vacunas, como la vacuna contra el rotavirus a partir de 2013 y la vacuna antineumocócica a partir de 2014.

66. El apoyo del UNFPA ha sido esencial para el desarrollo de la capacidad nacional para ofrecer servicios de salud reproductiva y planificación de la familia, en particular mediante la capacitación del personal de los centros de atención primaria y perinatal y el suministro gratuito de métodos modernos de planificación de la familia al sector sanitario en los últimos 15 años. Esa labor contribuyó en gran medida a la reducción de la tasa de abortos provocados (de 3,7 por mujer en 1999 a 1,6 en 2010), que fue acompañada de un aumento en el uso de métodos modernos de planificación de la familia como se comprobó en los estudios sobre la salud reproductiva realizados en 1999, 2005 y 2010.

Inversión en la mejora de la calidad de los datos utilizados para la adopción de decisiones

67. Aunque el descenso observado en la tasa de mortalidad materno-infantil resulta alentador, sigue siendo preocupante la discrepancia entre las estadísticas administrativas y los datos reunidos en las encuestas. El Gobierno ha movilizado

recursos para hacer frente a los problemas derivados de la fragmentación de los servicios de salud maternoinfantil y sentar las bases para la introducción de un nuevo sistema de gestión de la información sobre la salud maternoinfantil. Ese sistema a) permitirá realizar un seguimiento de la madre y el niño a lo largo de todo el ciclo (embarazo, parto y atención perinatal, y atención de la salud del niño hasta los 6 años); b) estará diseñado de tal modo que facilite el acceso a los datos que faltan en la actualidad; y c) tendrá la eficiencia necesaria para transformar los datos brutos en información útil y será una herramienta eficaz para gestionar la calidad de los servicios y promover la adopción de políticas y decisiones sobre la base de pruebas empíricas. El UNICEF ha apoyado al Gobierno en esa labor y gracias a ello se han elaborado ya instrumentos para la reunión de información y el análisis de los datos.

68. Por otro lado, sobre la base de la evaluación realizada con el apoyo de la OMS de la exhaustividad y calidad de los registros de fallecimientos, se formularon recomendaciones sobre la armonización de los sistemas de registro de estadísticas vitales de las principales entidades (Centro Nacional para el Control de las Enfermedades y la Salud Pública, Organismo para el Desarrollo de la Administración Pública, y Oficina Nacional de Estadística de Georgia).

69. Con el fin de realizar un mejor seguimiento de los casos de mortalidad materna e infantil, el Ministerio puso en marcha en febrero de 2013 un sistema de notificación de emergencia. Ese sistema asegura la notificación inmediata al Ministerio de todos los fallecimientos de madres y menores de 5 años y de los casos de muerte prenatal. Esa información se incorpora a la base de datos, se analiza y se presenta mensualmente a la Junta de Salud Maternoinfantil del Ministerio de Trabajo, Salud y Asuntos Sociales. Sobre la base de esos análisis, la Junta examina la información y formula recomendaciones en tiempo real para mejorar los resultados del sistema de atención perinatal. Por ejemplo, en los exámenes realizados en 2013 se puso de manifiesto que, en dos terceras partes de los casos de fallecimiento de madres, estas no habían utilizado los servicios de atención prenatal durante el embarazo o lo habían hecho solo de forma parcial. Los exámenes de la Junta también revelaron que, en una elevada proporción de casos de fallecimiento de madres, el parto se había realizado mediante cesárea, a raíz de lo cual se introdujeron directrices al respecto.

Promoción de políticas basadas en pruebas empíricas

70. A fin de mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva, el Gobierno, en asociación con organizaciones internacionales (UNICEF, UNFPA, USAID y OMS), ha iniciado el proceso de desarrollo, adaptación e institucionalización de las directrices y los protocolos nacionales sobre prácticas clínicas. En los últimos años se han adaptado e introducido directrices y protocolos sobre prácticas clínicas en casi todos los ámbitos relacionados con la salud reproductiva y maternoinfantil.

71. Los datos obtenidos en trabajos de investigación, estudios (como los estudios sobre la salud reproductiva, las encuestas de indicadores múltiples y los estudios sobre la mortalidad de las mujeres en edad de procrear) y actividades rutinarias de seguimiento se analizan y aplican en la formulación de políticas basadas en pruebas empíricas. Por ejemplo, en 2013, en respuesta a la elevada proporción de partos mediante cesárea (30% a 35%) observada gracias al seguimiento mensual de los servicios de atención universal de la salud, se elaboraron protocolos y directrices

nacionales sobre los partos mediante cesárea con el apoyo del UNFPA, el proyecto SUSTAIN de USAID y las asociaciones profesionales. El Ministerio, en asociación con la OMS y el UNFPA, también está procurando abordar el problema de la tasa de abortos provocados, que sigue siendo elevada, mediante la elaboración de un protocolo basado en pruebas empíricas para casos de aborto provocado. Según los resultados de una encuesta sobre el tema “Los hombres y las relaciones entre los géneros en Georgia” (realizada por el UNFPA, el PNUD, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI)), el 9% de las mujeres sexualmente activas se habían sometido a un aborto selectivo en función del sexo del feto. Se está realizando un estudio amplio con el apoyo del UNFPA para determinar la prevalencia real y los factores subyacentes de los abortos selectivos, que se utilizará como base para la formulación de las políticas y actividades de comunicación pertinentes.

72. Por otro lado, el Ministerio de Trabajo, Salud y Asuntos Sociales, en asociación con USAID, el proyecto SUSTAIN y el UNICEF, está trabajando en la regionalización de los servicios de atención obstétrica y neonatal y en la integración funcional de los diferentes niveles de atención, algo que se ha comprobado que es extremadamente importante para reforzar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud maternoinfantil.

73. La eficacia de las intervenciones en materia de salud maternoinfantil también se ve reforzada por las iniciativas de mejora de la calidad. Con el apoyo de USAID y el programa SUSTAIN y en colaboración con la Comisión Internacional Conjunta, se elaboró un programa de acreditación de la atención perinatal cuyo objetivo es asegurar la mejora constante de la calidad de los servicios de atención perinatal en los centros de salud y contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad maternoinfantil.

74. Otro ejemplo positivo de la contribución del apoyo internacional a la atención de la salud infantil sobre la base de pruebas empíricas es el proyecto de mejora de la atención sanitaria en Georgia, patrocinado por USAID y ejecutado por el grupo University Research Co., LLC. La neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias son la principal causa de morbilidad entre los niños menores de 5 años de Georgia. En la evaluación realizada para establecer la base de referencia del proyecto se detectaron muchas deficiencias de calidad importantes en el diagnóstico y la gestión de ese tipo de infecciones en los niños a todos los niveles de la atención sanitaria, como el uso irracional y excesivo de antibióticos, y la utilización injustificada de medicamentos, pruebas de diagnóstico y servicios especializados sin ninguna base empírica. Por ejemplo, solo el 36,15% de los niños hospitalizados con neumonía recibían tratamiento con antibióticos de primera línea y eficacia probada. A fin de mejorar el diagnóstico y la gestión de esas infecciones en los niños, el proyecto está prestando apoyo desde 2012 a una serie de ambulatorios y hospitales participantes de la región de Imereti para crear equipos de mejora de la calidad, impartir capacitación intensiva en cuestiones relativas a las prácticas clínicas y la calidad, y desarrollar y distribuir materiales de apoyo y otras herramientas basadas en pruebas empíricas para la gestión de las infecciones de las vías respiratorias. Tras 18 meses de intervenciones para mejorar la calidad, se ha logrado un aumento del 68% ($p<0,001$) en el uso justificado de antibióticos y un aumento del 33% ($p<0,001$) en el uso de antibióticos de primera línea en los hospitales y del 71% ($p<0,001$) en los ambulatorios, en comparación con los centros de control. Esos resultados

demuestran que la difusión e institucionalización en todo el país de métodos y herramientas de eficacia probada para la mejora de la calidad muy probablemente darán lugar a una reducción de la resistencia a los antibióticos y de la incidencia de muertes y enfermedades entre los niños y además generarán economías.

¿Cuáles son los retos pendientes y qué lecciones se pueden extraer?

75. Pese a que los avances en el ámbito de la salud maternoinfantil son notables, el país sigue necesitando más inversiones para poder alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además de mejorar el acceso y la utilización de los servicios, se debe abordar de manera amplia la cuestión de la calidad de esos servicios. Los resultados del proyecto de mejora de la atención sanitaria demuestran que las intervenciones de mejora de la calidad pueden elevar el nivel en la prestación de servicios preventivos, de diagnóstico y terapéuticos para mantener, recuperar y mejorar la salud de los pacientes. Por lo tanto, se debe prestar atención a la integración de mejoras de la calidad en las prácticas clínicas rutinarias. El proceso de regionalización de los centros de atención perinatal se debe completar y se debe implementar un sistema de formación médica continua para el personal que se ocupa de la salud maternoinfantil. También se debe aumentar la inversión en actividades de concienciación de la población.

76. Es preciso redoblar los esfuerzos y asegurar inversiones públicas sostenibles para mantener los progresos conseguidos y seguir avanzando hacia el objetivo de facilitar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, a fin de reducir la tasa de abortos provocados y contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas.

77. Por otro lado, no se ha completado la formulación de un plan estratégico para los programas de salud maternoinfantil que sea amplio y sólido, esté basado en pruebas empíricas y facilite la armonización y adaptación de la ayuda internacional. La ausencia de un plan de ese tipo puede haber contribuido a que no se haya aprovechado lo suficiente el potencial de las inversiones realizadas por el Gobierno ni el apoyo técnico y financiero de los asociados para mejorar los resultados en el ámbito de la salud maternoinfantil.

Sexto Objetivo. Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis

78. Tal como se indica en la sección II, Georgia ha conseguido avances históricos en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria. El país ha podido ofrecer y mantener un acceso universal a tratamiento antirretroviral desde 2004, así como acceso universal al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (incluso de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis altamente resistente a los medicamentos), y va camino de obtener la certificación como país libre de la malaria.

¿Qué medidas han sido eficaces?

79. El examen de los progresos realizados en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, al igual que en las esferas de la salud materna, neonatal e infantil, pone de manifiesto que el compromiso político, la inversión de recursos (tanto nacionales como internacionales) y la implicación de los asociados internacionales y las organizaciones de la sociedad civil en las actividades de concienciación y prestación de apoyo técnico han sido factores cruciales para el

éxito. Por otro lado, las medidas de lucha contra esas tres enfermedades se han basado en actividades amplias de planificación estratégica y en la movilización coordinada de recursos, que en buena medida han sido responsables del éxito de los programas.

Compromiso político

80. El compromiso político en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria quedó plasmado en los planes de desarrollo nacionales y en las estrategias del sector de la salud desde finales de la década de 1990. Las plataformas políticas de alcance mundial y regional, como la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA, aprobada en el 26º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (resolución S-26/2), y la Alianza para la Lucha contra la Tuberculosis y la Alianza contra la Malaria de la OMS, ofrecieron un sólido marco general para la acción. La lucha contra esas tres enfermedades figura entre las nueve prioridades estratégicas tanto en la última evaluación del sistema nacional de salud como en el marco estratégico para 2014-2020, titulado “Atención universal de la salud y gestión de la calidad para proteger los derechos de los pacientes”.

81. Aparte del compromiso político, en 2002 se estableció un órgano de coordinación nacional para reunir a los principales interesados y guiar la formulación de planes estratégicos nacionales basados en los resultados para la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria. Las actividades de planificación detallada que se llevaron a cabo con el apoyo del equipo de las Naciones Unidas en el país (UNICEF, UNFPA, OMS y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)) han sido una contribución crucial a la planificación estratégica contra el VIH/SIDA. El apoyo del UNICEF y la OMS también fue significativo para la planificación de los programas contra la malaria, y se ha hecho un esfuerzo similar en la lucha contra la tuberculosis con el apoyo de la OMS, Médicos sin Fronteras y USAID.

Inversión de recursos

82. Las intervenciones de prevención y control del VIH/SIDA se llevan a cabo en el marco del programa de prevención y tratamiento del VIH/SIDA y los programas de transfusión de sangre segura y atención prenatal, que incluyen medidas para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. Los objetivos del programa público sobre el VIH/SIDA son la detección temprana mediante la oferta de servicios de pruebas y consultas voluntarias a los miembros de grupos de alto riesgo, como los enfermos de tuberculosis, las personas con enfermedades de transmisión sexual, los presos, las personas que tienen hepatitis B y C, y los pacientes que muestran síntomas clínicos de VIH/SIDA. El programa público de tratamiento del VIH/SIDA cubre la atención en ambulatorios y hospitales, incluido el tratamiento con medicamentos antirretrovirales. El Gobierno ha aumentado considerablemente la consignación para la terapia sustitutiva de opiáceos. Por último, el programa de transfusiones de sangre segura contempla la realización de pruebas obligatorias a todos los donantes para la detección del VIH, la hepatitis B y C, y la sífilis.

83. Aunque el Gobierno ha aumentado su consignación para la lucha contra el VIH de 39.718 dólares en 2001 a 4.918.619 dólares en 2013, las medidas de respuesta al VIH/SIDA en el país siguen dependiendo en buena medida del apoyo financiero del

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Las actividades de prevención del VIH, sobre todo entre los jóvenes, están financiadas en su mayor parte por organizaciones internacionales (UNFPA, UNICEF y USAID). Los medicamentos antirretrovirales se suministran exclusivamente gracias al apoyo del Fondo Mundial. En general, el apoyo proporcionado por el Fondo Mundial, USAID y las Naciones Unidas, con arreglo a la estrategia nacional, ha sido esencial para poder ampliar las actividades de prevención y tratamiento del VIH en Georgia sobre la base de pruebas empíricas.

84. El progreso logrado por el país en el control de la tuberculosis exigió una gran inversión por parte del Gobierno y los donantes. La contribución del Gobierno al presupuesto de lucha contra la tuberculosis se ha duplicado desde 2008. Los 10,5 millones de laris aportados por el Gobierno en 2012 representaron el 65% del presupuesto total para la lucha contra la tuberculosis. No obstante, pese al aumento de la financiación pública, una serie de funciones esenciales para el control de esa enfermedad (como las de desarrollo de la capacidad, la adquisición y administración de los productos y equipos para el diagnóstico y de los medicamentos de primera y segunda línea contra la tuberculosis y el control de sus efectos secundarios, la supervisión central y regional de los centros de servicios a los pacientes, y los incentivos y elementos facilitadores del tratamiento bajo observación directa) siguen dependiendo en gran medida o por completo del Fondo Mundial. La subvención del Fondo Mundial termina en 2016, al igual que el proyecto de prevención de la tuberculosis de USAID, por lo que el período 2013-2015 es crucial para determinar qué inversiones son más eficaces en función del costo y de qué modo se pueden mantener con los recursos nacionales.

Inversión en la mejora de la calidad de los datos utilizados para la adopción de decisiones

85. El programa nacional contra la tuberculosis, apoyado por el proyecto de lucha contra la tuberculosis del Fondo Mundial, estableció un sistema de supervisión de apoyo para los proveedores de servicios a nivel local a fin de vigilar la presentación y el registro de información relativa a la tuberculosis. El sistema actual de gestión de la información sobre la tuberculosis permite generar datos de calidad sobre todos los indicadores clave necesarios para la presentación de informes a nivel nacional e internacional. La iniciativa en curso para desarrollar un sistema de gestión electrónica de la información sobre la tuberculosis, que cuenta con el apoyo de USAID, reforzará significativamente el sistema de vigilancia ya que permitirá el intercambio rápido y en tiempo real de información y facilitará los procesos de adopción de decisiones sobre programas y políticas.

Promoción de la atención basada en pruebas empíricas

86. El modelo de Georgia para el tratamiento y la atención del VIH/SIDA está considerado por los expertos internacionales como la experiencia más positiva en ese ámbito de todos los países de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. La ejecución del programa de tratamiento y atención del VIH/SIDA corre a cargo del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas, SIDA e Inmunología Clínica (Centro Nacional para el SIDA) que, junto con los cuatro centros regionales afiliados (Kutaisi, Batumi, Zugdidi y Sokhumi), ofrece servicios médicos gratuitos a través del programa estatal de lucha contra el VIH y los proyectos apoyados por el Fondo Mundial.

87. Se presta una atención especial a la continuidad del tratamiento como factor fundamental para su éxito. Se ha diseñado un programa para promover y mantener la continuidad del tratamiento con medicamentos antirretrovirales, que incluye medidas de educación, seguimiento y asesoramiento de los pacientes. En 2008 se puso en marcha en todo el país un programa de apoyo y seguimiento de la continuidad del tratamiento en los hogares mediante el despliegue de unidades móviles.

88. Georgia está avanzando hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH mediante la adopción de medidas para garantizar el acceso universal a servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. Esos servicios incluyen la realización de pruebas y tratamiento profiláctico o terapéutico con medicamentos antirretrovirales para las madres seropositivas y sus recién nacidos. No ha habido ningún caso desde 2005 de transmisión vertical a hijos de madres seropositivas que estuvieran recibiendo tratamiento antirretroviral o preventivo.

89. Georgia ha introducido nuevas tecnologías de laboratorio para la rápida detección de la tuberculosis y la resistencia a los medicamentos, lo que hizo posible la identificación de un 63% de casos estimados de tuberculosis multirresistente en 2011.

¿Cuáles son los retos pendientes y las lecciones que se pueden extraer de la experiencia?

90. La mala cobertura de los servicios de prevención y en particular de las pruebas para la detección del VIH en los grupos de alto riesgo hace que haya un número elevado de casos no diagnosticados o diagnosticados en una etapa avanzada. Esa circunstancia tiene graves consecuencias para el control de la epidemia. Las personas que desconocen su situación en relación con el VIH siguen adoptando comportamientos de alto riesgo y de ese modo continúan transmitiendo el virus de forma involuntaria. El diagnóstico tardío aumenta considerablemente el riesgo de muerte. Por ello, las iniciativas de prevención y reducción del riesgo son de crucial importancia.

91. La estigmatización y discriminación de las personas que viven con el VIH siguen suponiendo un gran obstáculo para la prevención del VIH y la utilización de los servicios. Las actitudes sociales negativas y la escasa concienciación de la población son también un obstáculo. Aparte de los problemas sociales, hay otros factores que limitan la eficacia de las medidas, como la legislación penal y las normas y políticas relativas al consumo de drogas y las iniciativas de prevención entre las personas que consumen drogas inyectables y los presos.

92. La legislación para la prevención y el control de la drogadicción no es compatible con la adopción de medidas eficaces en los sectores público y penitenciario. Por consiguiente, para asegurar el éxito de las políticas y medidas de lucha contra el VIH en Georgia es preciso realizar antes un esfuerzo de concienciación centrado en el tema y con objetivos específicos a fin de mejorar el entorno jurídico.

93. En el último análisis realizado de la política nacional de lucha contra la tuberculosis (mayo de 2012), los principales problemas que se señalaron fueron: la detección tardía de casos y la ausencia de un sistema de apoyo a los pacientes para asegurar su acceso fácil y continuado en las farmacias a medicamentos contra la

enfermedad (lo que promueve el tratamiento de forma autónoma). Las medidas de reforma radical de los servicios de salud que se están llevando a cabo han cambiado el contexto para el control de la tuberculosis. En 2012, los dispensarios para el tratamiento de la tuberculosis fueron integrados en los centros privados de atención médica general y la responsabilidad del control de la enfermedad se asignó a una serie de organismos públicos y privados que tienen diferentes niveles de experiencia y especialización en la esfera del tratamiento de la tuberculosis.

94. Si tiene éxito, la auténtica integración funcional de los servicios de tratamiento de la tuberculosis en la red privada debería dar lugar a mejoras en la detección temprana de casos, la remisión de pacientes, la periodicidad de su seguimiento y, lo que es más importante, en la calidad del tratamiento. Por otro lado, hay problemas potenciales que deben superarse para poder tener éxito, entre otros, el refuerzo de las medidas de control de la infección y la adaptación de la infraestructura física de los servicios de tratamiento de la tuberculosis a las normas internacionales relativas al espacio y la ventilación. La integración de los servicios de tratamiento de la tuberculosis en los centros de atención general de la salud podría contribuir a la reducción del estigma asociado con esa enfermedad. Las iniciativas de reducción del estigma deben ir acompañadas también de iniciativas apropiadas para el control de la infección, a fin de evitar que se produzca un aumento paradójico de la estigmatización.

95. También es necesario conocer los factores que impulsan la estigmatización y elaborar materiales de promoción, comunicación y movilización social para luchar contra el estigma asociado a la tuberculosis en comunidades y grupos de población específicos.

IV. Conclusiones extraídas de la experiencia adquirida en la aplicación de los Objetivos relacionados con la salud

96. En el análisis de los progresos realizados por Georgia en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud se puso de manifiesto una serie de factores facilitadores comunes. Esos mismos elementos catalizadores deberán tenerse en cuenta en la planificación y el apoyo para la aplicación de la agenda para el desarrollo después de 2015.

Coordinación eficaz de las políticas y los programas

97. Se han observado tendencias y resultados positivos en aquellas esferas en que los consejos de coordinación nacional o los mecanismos pertinentes de coordinación interinstitucional han funcionado bien. Esos mecanismos han garantizado la coherencia en las campañas de concienciación y el éxito en la aplicación de los programas de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria a través del sistema de coordinación en el país. El Consejo de Coordinación Interinstitucional para la Inmunización ha estado en funcionamiento desde 2000 y ha facilitado la creación de consenso entre los principales interesados en relación con las políticas y actividades del programa nacional de vacunación. También se han observado progresos en la esfera de la salud materna, neonatal e infantil desde la puesta en funcionamiento de la Junta sobre la Salud Maternoinfantil. No obstante, la experiencia de esa Junta es relativamente limitada y debe someterse a más observación y análisis.

Políticas y planes nacionales sólidos

98. La solidez de la planificación de las políticas y los programas nacionales ha sido un elemento crucial para la formulación de estrategias basadas en pruebas empíricas y orientadas hacia los resultados, y para la adaptación y armonización efectiva de la ayuda internacional a programas específicos (por ejemplo, los programas nacionales en las esferas de la inmunización, el VIH, la tuberculosis y la malaria). No obstante, paralelamente al aumento de las actividades de promoción en todo el mundo del programa de atención universal de la salud y de las plataformas para el refuerzo de los sistemas de salud, la comunidad internacional debe invertir más en el suministro de directrices amplias a los países de ingresos bajos y medianos sobre la planificación estratégica de sus sistemas nacionales de salud. Esa labor es fundamental para la promoción de políticas basadas en pruebas empíricas y orientadas hacia los resultados, la asignación y utilización con eficacia de los limitados recursos nacionales, y la armonización y adaptación de la ayuda internacional a unos planes y políticas nacionales sólidos.

Implicación de la sociedad civil

99. La implicación de los asociados de la sociedad civil y los representantes de los grupos afectados, las instituciones académicas y los medios de comunicación ha desempeñado un papel crucial en la creación de consenso y en la coordinación de las medidas relacionadas con el SIDA, la tuberculosis y la salud reproductiva. La participación de los pacientes también resultó crucial para los avances logrados en el tratamiento con medicamentos antirretrovirales y en la reciente iniciativa de Georgia para lograr una reducción del 60% en el costo del tratamiento de la hepatitis C.

Cooperación internacional

100. La asistencia internacional para el desarrollo, incluidas tanto la asistencia financiera como técnica, permitió poner en marcha oportunamente medidas que han permitido salvar vidas gracias al tratamiento de enfermedades contagiosas, como el VIH y la tuberculosis, y de enfermedades prevenibles mediante vacunación de los niños. El apoyo de las entidades de las Naciones Unidas, en especial del UNFPA, y de USAID ha sido fundamental para el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva y la generación de datos para la adopción de decisiones mediante las tres encuestas sobre salud reproductiva que se han realizado. En la actualidad, Georgia sigue dependiendo en buena medida del apoyo del Fondo Mundial para el suministro de medicamentos antirretrovirales y de tratamiento de la tuberculosis, así como para las medidas de reducción de los efectos en los grupos de más alto riesgo. El apoyo del UNICEF, USAID, la Alianza GAVI y la Fundación Rostropovich-Vishnevskaya ha sido de un gran valor para la revitalización del programa de inmunización en los primeros años de la transición y para la expansión constante del calendario nacional de inmunización con vacunas nuevas y poco utilizadas.

Compromiso de sostenibilidad financiera asumido por el Gobierno

101. La sostenibilidad de los programas apoyados por los donantes es crucial para el mantenimiento de los difíciles progresos realizados en la esfera de la salud pública. Los gobiernos necesitan orientación y apoyo adicionales para poder superar

con éxito la transición hacia iniciativas de vacunación independientes o disociarse gradualmente de dependencia del apoyo de las principales alianzas mundiales entre entidades de los sectores público y privado para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Este último aspecto es particularmente importante para los países de ingresos medianos de la región de Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes una vez que hayan completado la transición de los programas de apoyo de la Alianza GAVI y el Fondo Mundial, ya que cada vez cumplen menos requisitos como receptores potenciales de ayuda internacional para el desarrollo.

Necesidad de contar con una visión global más amplia en la esfera de la salud después de 2015

102. Desde la aprobación en 2012 de la resolución 67/81 de la Asamblea General sobre la atención universal de la salud, la comunidad internacional ha llegado a un acuerdo sobre una nueva visión global de la salud para 2030. Esa visión fue reforzada recientemente en una reunión de alto nivel organizada por el Banco Mundial en asociación con la Secretaría de las Naciones Unidas y la OMS. Por consiguiente, la atención universal de la salud debe integrarse de forma más prominente en la agenda para el desarrollo después de 2015, ya que constituye una plataforma esencial para la promoción de los derechos humanos y el logro del más alto nivel de atención de la salud, además de servir de plataforma para reforzar la integración de las medidas adoptadas por los sistemas nacionales de atención de la salud.

103. En la agenda para el desarrollo después de 2015, y en relación con los Objetivos sexto y octavo, se debe fijar la meta de aumentar el acceso a tratamiento eficaz y asequible de la hepatitis C, ya que esa enfermedad supone una carga enorme, en especial para los países de ingresos medianos. Los nuevos medicamentos antivirales de acción directa son una gran esperanza para millones de personas afectadas por la hepatitis C, por lo que las alianzas mundiales en la esfera de la salud deben aprovechar la experiencia del Fondo Mundial y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) y establecer un mecanismo sostenible que asegure el tratamiento a precios asequibles.

104. Por último, las enfermedades no transmisibles (como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer y las actividades conexas de promoción de la salud), que son responsables de gran parte de la morbilidad y las muertes prematuras en los países de ingresos bajos y medianos, deben recibir una atención prioritaria en las iniciativas futuras para el desarrollo humano. La Declaración Política sobre el VIH/SIDA, titulada “Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA”, aprobada por la Asamblea General en 2011 (resolución 65/277), y el programa Salud 2020 de la OMS son dos plataformas importantes para esa labor. Gracias al apoyo de los donantes y al apoyo técnico recibido (entre otros, de USAID y la OMS), Georgia ha realizado avances importantes en la planificación y aplicación de medidas a nivel nacional y en los centros para mejorar el acceso a prácticas de gran calidad para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aunque seguirá siendo esencial contar con apoyo técnico y ayuda internacional constantes para poder aplicar las mejores prácticas en todo el país.