A69/45
69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 20.1 del orden del día provisional
3 de mayo de 2016

INFORME PROGRAMÁTICO Y FINANCIERO DE LA OMS PARA 2014-2015

incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2015

Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE

RESUMEN DE ORIENTACIÓN de la Directora General

Prólogo		4
Sinopsis		5
SECCIÓN 1.	**LOGROS POR CATEGORÍA Y ÁREA PROGRAMÁTICA**	31
Categoría 1	**Enfermedades transmisibles**	32
	1.1 VIH/SIDA	34
	1.2 Tuberculosis	37
	1.3 Malaria	40
	1.4 Enfermedades tropicales desatendidas[1]	43
	1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación	46
Categoría 2	**Enfermedades no transmisibles**	50
	2.1 Enfermedades no transmisibles	52
	2.2 Salud mental y abuso de sustancias	55
	2.3 Violencia y traumatismos	58
	2.4 Discapacidades y rehabilitación	60
	2.5 Nutrición	63
Categoría 3	**Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida**	66
	3.1 Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente[2]	67
	3.2 Envejecimiento y salud	70
	3.3 Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos	73
	3.4 Determinantes sociales de la salud	75
	3.5 Salud y medio ambiente	78
Categoría 4	**Sistemas de salud**	81
	4.1 Políticas, estrategias y planes nacionales de salud	83
	4.2 Servicios de salud integrados y centrados en la persona	86
	4.3 Acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa	89
	4.4 Información y datos científicos sobre los sistemas de salud	92
Categoría 5	**Preparación, vigilancia y respuesta**	96
	5.1 Capacidad de alerta y respuesta	98
	5.2 Enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas	100
	5.3 Gestión de riesgos en emergencias y crisis	102
	5.4 Inocuidad de los alimentos	105
	5.5 Erradicación de la poliomielitis	107
	5.6 Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis	110
Categoría 6	**Servicios corporativos/funciones instrumentales**	113
	6.1 Liderazgo y gobernanza	115
	6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	118
	6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes	120
	6.4 Gestión y administración	123
	6.5 Comunicaciones estratégicas	127

[1] Incluido el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

[2] Incluido el Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana.

SECCIÓN 2. INFORME FINANCIERO Y ESTADOS FINANCIEROS COMPROBADOS 130

Certificación de los estados financieros correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2015 131
Trámite de presentación 132
Dictamen del Comisario de Cuentas 133
Estados financieros 135
Estado I. Estado de situación financiera 135
Estado II. Estado de rendimiento financiero 136
Estado III. Cambios en el valor de los activos netos/patrimonio neto 137
Estado IV. Estado de flujo de efectivo 138
Estado V. Estado de comparación del presupuesto y los importes reales 139
Notas a los estados financieros 140
1. Fundamento de la preparación y presentación 140
2. Políticas contables básicas 141
3. Nota sobre la reexpresión de los saldos 150
4. Información complementaria sobre el estado de situación financiera 150
5. Información complementaria sobre el estado de rendimiento financiero 172
6. Información complementaria del estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto 176
7. Información complementaria sobre el estado de comparación del presupuesto y los importes reales 182
8. Información financiera por segmentos 184
9. Cancelaciones de créditos y pagos graciables 186
186
10. Revelación sobre las partes vinculadas y el personal directivo superior 186
11. Hechos posteriores a la fecha de presentación 186
12. Pasivo contingente, compromiso y activo contingente 187
Cuadro I. Estado de rendimiento financiero, por fondos principales 188
Cuadro II. Gasto por oficina principal – solo Fondo General 189

La información sobre las contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2015 se puede consultar en el portal web del presupuesto por programas de la OMS y en el sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/es/).

ANEXOS

Anexo 1 Presupuesto por programas 2014-2015 metodología de evaluación de la ejecución 190

Anexo 2 Glosario 192

RESUMEN DE ORIENTACIÓN de la Directora General

PRÓLOGO

Por primera vez, el informe financiero de la OMS sobre el ejercicio 2014-2015 se ha fundido en un solo documento con la evaluación del desempeño institucional durante el bienio. Es esta una novedad razonable habida cuenta del periodo de reformas por el que atraviesa la OMS y de un escenario del desarrollo sanitario que hace especial hincapié en la transparencia, la rendición de cuentas y la cuantificación de los resultados. Al combinar material que antes se publicaba en informes independientes, el documento permite a los lectores examinar cómo se están utilizando los recursos financieros solicitados por la OMS para avanzar hacia la consecución de los resultados previstos.

La información se presenta en dos partes. La primera de ellas comienza con un panorama general de los principales problemas sanitarios surgidos durante el bienio y la forma en que la OMS respondió a ellos. Se incluye también una evaluación del desempeño institucional en las seis prioridades de liderazgo, establecidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. Tanto los fracasos como los logros se presentan sin ambages. En la sección más extensa se usan algunas actividades para ilustrar cada área programática en las seis categorías de trabajo. Estos ejemplos permiten a los lectores observar a la OMS en acción: enviando 1500 millones de dosis de medicamentos para enfermedades tropicales desatendidas en un solo año, creando un sistema de perfiles de nutrientes como base de datos probatorios para restringir la comercialización de alimentos y bebidas poco saludables para los niños, o patrocinando la investigación de alternativas que mejoren la supervivencia de los neonatos prematuros. Otros ejemplos muestran los mecanismos por los que las funciones normativas de la OMS se traducen, a menudo con el apoyo de asociados, en iniciativas que generan resultados en los países. Cada perfil de actividades programáticas se acompaña de un cuadro de desglose del presupuesto y los gastos correspondientes a la Sede y a las seis oficinas regionales.

En la segunda parte se presenta el informe financiero sobre el bienio, incluidos los estados financieros comprobados para el año 2015. En el portal web del presupuesto por programas se facilita información más detallada sobre los productos realmente entregados, los retos y los obstáculos surgidos durante el bienio. Durante el diálogo sobre financiación llevado a cabo en el marco de la reforma de la OMS, los Estados Miembros expresaron su reconocimiento por la información financiera disponible a través del portal web del presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud,[1] pero también solicitaron más datos programáticos. En consecuencia, como parte de mi compromiso de aumentar la transparencia, se ofrecen a los Estados Miembros dos posibles vías para acceder a la información que necesitan.

Este informe inicial debe considerarse un trabajo en curso, pues la OMS sigue aplicando las reformas que han pedido sus Estados Miembros. En futuros bienios se seguirá reforzando la integración de la información financiera y programática, y mejorando la vinculación de los logros alcanzados en las distintas áreas programáticas con los efectos y el impacto.

Presento este documento a los Estados Miembros como un instrumento más de la rendición de cuentas que debe hacer la OMS sobre los recursos invertidos en sus actividades.

[1] Véase http://extranet.who.int/programmebudget/, consultado el 4 de abril de 2016.

SINOPSIS

La mitad de las 10 metas mundiales de impacto[1] que figuran en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, a las que contribuye la labor de la OMS, se ajustan a las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015. De esas metas, la meta de reducir el número de muertes por el sida en un 25% se ha superado, si bien las metas de reducir en un 50% y un 75% el número de muertes por tuberculosis y por paludismo, respectivamente, no se han alcanzado. La mortalidad infantil ha disminuido en un 53% a partir de las estadísticas de referencia de 1990, y la mortalidad materna ha descendido en un 44%. Aunque esas cifras no llegan al 66,6% y al 75% fijados como objetivo, no dejan de ser logros importantes. Otra meta de impacto establecida para 2015 fue la erradicación de la dracunculosis.[2] Si bien la labor aún no ha culminado, cabe esperar que no haya más casos nuevos en tres de los cuatro países donde la enfermedad es endémica. Las metas de impacto establecidas para 2015 se actualizarán y se adaptarán a los Objetivos de Desarrollo Sostenible cuando se acuerde el marco de seguimiento.

En cuanto a los resultados, que proporcionan una medida más aproximada de la contribución de la OMS, el panorama es más complejo. Por ejemplo, en lo que respecta al VIH/sida ya se ha alcanzado la meta de efecto inicial de ampliar a 15 millones de personas el acceso a tratamiento con antirretrovíricos.[3] Por consiguiente, las metas de efecto establecidas con relación al VIH/sida en el presupuesto por programas para 2016-2017 se han revisado. En muchas otras áreas programáticas es demasiado pronto para evaluar el logro de los efectos. Así pues, en la primera parte del informe se reseña el logro de productos respecto de cada área programática y, en la medida de lo posible, se *ilustra* el modo en que los productos contribuyen al logro de los efectos.

En ausencia de cualquier otra medida de logro agregada, en la presente sinopsis se adopta un enfoque diferente. Si bien se parte de los informes detallados presentados con arreglo a redes de categorías y áreas programáticas, la labor de la OMS se analiza de forma selectiva, desde una perspectiva más de conjunto. Se toma como punto de partida el Duodécimo Programa General de Trabajo y se evalúan los progresos realizados durante el primer bienio del sexenio. En concreto, se hace una evaluación, sobre todo en términos cualitativos, de: *a*) el modo en que la OMS ha respondido a algunos de los **retos** mundiales señalados en el capítulo 1 del Duodécimo Programa General de Trabajo; *b*) el grado en que la OMS ha ejercido su función de *liderazgo* en relación con las prioridades establecidas en el capítulo 3; y *c*) el grado en que las reformas efectuadas en materia de gobernanza y gestión (en particular, en la financiación) señaladas en los capítulos 4 y 5 han incrementado la eficacia y el funcionamiento institucionales.

1. RESPONDER A UN ENTORNO MUNDIAL EN RÁPIDA EVOLUCIÓN

a) Nueva realidad política, económica y social

La geografía de la pobreza

En el Duodécimo Programa General de Trabajo, se señala que si bien un importante porcentaje de la población mundial que subsiste en condiciones de extrema pobreza vive en países de ingresos medianos, sigue habiendo muchas personas que viven en los países más inestables y frágiles del mundo —países que dependen de la asistencia externa técnica y financiera—. ¿En qué medida la financiación que la OMS aporta a los países refleja la de otros donantes y se centra cada vez más en los países más pobres? ¿Cómo se ha adaptado la labor de la OMS para hacer frente a los problemas de los pobres y de los desfavorecidos en los países de ingresos medianos y altos?

- En cuanto a la financiación, cabe señalar dos tendencias claras. En primer lugar, el gasto de la OMS en los países ascendió en términos absolutos de US$ 1700 millones en 2010-2011 a US$ 2300 millones en 2014-2015, y en términos relativos del 46% del gasto total en 2010-2011 al 52% en 2014-2015. Sin

[1] Véase el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, anexo sobre las metas de impacto.

[2] Véase el área programática 1.4, Enfermedades tropicales desatendidas.

[3] Véase el área programática 1.1, VIH/sida.

embargo, en lugar de reflejar un cambio sistemático en la asignación de recursos, los datos indican que el aumento total obedece, en parte, a que la financiación de la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria se destina a fines muy específicos en varios países, mientras que el número de países a los que se destinan fondos para combatir la poliomielitis, las emergencias y los desastres es menor.

- Con el progreso económico, lo que los países necesitan y piden a la OMS cambia. Mientras que el apoyo a la ejecución de los programas puede haber sido una prioridad en el pasado, actualmente la atención se centra en promover una mayor conciencia acerca de los problemas de salud y las poblaciones desatendidos; en el asesoramiento estratégico sobre políticas y estrategias sanitarias; y en facilitar el intercambio de experiencias entre países con niveles similares de desarrollo. Esos cambios tienen consecuencias en la dotación de personal y la combinación de competencias. Según una evaluación independiente de la presencia en los países realizada recientemente, en algunas regiones (en particular la Región del Pacífico Occidental) esos cambios están empezando a implantarse. Ahora bien, todavía no se ha puesto en marcha un proceso *sistemático* que permita responder a las necesidades cambiantes con los recursos de que disponen las oficinas de los países.

Incertidumbre económica: presión en el gasto público en los países donantes

Muchas de las predicciones que figuran en el Duodécimo Programa General de Trabajo con relación a las consecuencias de la crisis económica y financiera se han confirmado. Los aumentos interanuales que dieron lugar a que se triplicara la asistencia para el desarrollo destinada a la salud durante un periodo de 10 años han cesado. Lo que era menos predecible es que los presupuestos de ayuda, ya limitados, se utilizaran para financiar nuevas prioridades, en particular, la seguridad sanitaria, así como problemas que suscitan una gran preocupación en los países donantes, como la migración. Uno de los resultados es que cada vez es más difícil financiar nuevas prioridades, como las enfermedades no transmisibles, en los países con recursos externos; por consiguiente, el avance que se logre dependerá de la financiación interna.

Al mismo tiempo, muchos países han experimentado un crecimiento económico constante y, por lo tanto, ni necesitan financiación en condiciones favorables, ni cumplen los requisitos para recibirla. Pese a que la financiación externa sigue siendo importante, aunque para un número de países cada vez menor, en su labor, la OMS ha de tener en cuenta las siguientes tendencias:

- Cada vez es más importante garantizar que la ayuda se utilice de manera eficaz en los 20 a 30 países que todavía dependen de la asistencia financiera externa. Para ello la Alianza Sanitaria Internacional[1] concentra su actividad en esos países, al tiempo que está ampliando su ámbito de actuación, a fin de coordinar la labor relacionada con la cobertura sanitaria universal.

- Si bien los criterios de elegibilidad para recibir financiación externa se basan únicamente en las tendencias económicas, no hay garantía de que los indicadores de salud y otros indicadores sociales se vayan a ajustar de forma sistemática al crecimiento económico. Por tanto, garantizar que esos países sigan teniendo acceso a los principales productos básicos, como las vacunas, a precios asequibles ha sido una importante medida de protección. La OMS colabora con la Alianza GAVI en la preparación de planes de acción de transición que ayuden a determinar el derecho a seguir teniendo los precios de la Alianza GAVI. Los países que hayan dejado de cumplir los requisitos exigidos pueden acceder a asesoramiento sobre precios de mercado y procedimientos de compra en línea a través de la Iniciativa para la Transparencia en los Precios de la OMS.

- No obstante, lo fundamental es que la OMS se está convirtiendo en una fuente esencial de información y asesoramiento en materia de *gasto sanitario nacional*. El cambio de enfoque que se inició con el *Informe sobre la salud en el mundo 2010* ha cobrado impulso, de forma que la principal preocupación en un número de programas cada vez mayor no es tanto los US$ 28 000 millones dedicados a la salud a través de financiación externa, como los US$ 6,5 billones que se emplean en salud procedentes mayormente de recursos internos.

---

[1] Véase http://www.internationalhealthpartnership.net/en/

Cambios en el poder relativo del Estado, el sector privado y la sociedad civil

En el informe se ilustra con numerosos ejemplos el modo en que la OMS ha colaborado con el sector privado y la sociedad civil, con buenos resultados y beneficios demostrables para la salud de la población. Entre esos ejemplos figura la negociación del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica de la OMS, el desarrollo de nuevas vacunas y la realización reciente de actividades relacionadas con la seguridad vial.

Si bien en el Duodécimo Programa General de Trabajo se señala que es difícil imaginar que haya avances importantes con respecto a los principales problemas a que se enfrenta el planeta, incluidos los relacionados con la salud, sin la participación del sector privado y la sociedad civil, los principales interlocutores de la OMS siguen siendo fundamentalmente los gobiernos nacionales.

- La posibilidad de que la OMS amplíe el espectro de las relaciones que mantiene con otras partes interesadas que influyen en los resultados sanitarios es una cuestión sobre la que las opiniones de los Estados Miembros siguen profundamente divididas. Aunque todos coinciden en la necesidad de mantener y proteger la integridad de la labor normativa de la OMS, el avance para definir las normas de participación de los agentes no estatales ha sido mucho más lento de lo previsto.

Evolución rápida de la tecnología

Si bien los avances tecnológicos aparecen en muchas de las áreas programáticas que figuran en el presente informe, en el Duodécimo Programa General de Trabajo se destacaba en particular la creciente importancia de las tecnologías de la información y la comunicación, y en esa esfera, el poder de los medios sociales.[1]

- A principios del bienio, la OMS tenía alrededor de 1,4 millones de suscriptores en dos redes de comunicación social. Dos años más tarde esa cifra había aumentado a más de 5,3 millones de abonados, con 2,7 millones de seguidores en solo Twitter. En conjunto, las 11 redes de comunicación social tienen, en la actualidad, 6,74 millones de suscriptores, por lo que los mensajes de salud de la OMS llegan a millones de personas en todo el mundo, todos los días.

- Se ha mantenido la innovación en el modo en que los mensajes se formulan, se dirigen y se difunden, sobre todo en situaciones de emergencia y en los brotes epidémicos. Recientemente, la OMS ha obtenido reconocimiento externo por utilizar la red social Twitter con más eficacia que cualquier otra organización internacional en Ginebra en 2015.

b) Problemas de salud más complejos

De los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles

La negociación de un nuevo conjunto de objetivos mundiales de desarrollo ha tenido pendiente a la comunidad sanitaria internacional durante los últimos cuatro años. El resultado final coloca la salud en un lugar destacado, y, de hecho, la mayoría de las prioridades de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible ya se habían previsto en el Duodécimo Programa General de Trabajo. Por otro lado, varias metas relacionadas con la salud se derivan de la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y gran parte de las críticas (respecto de la viabilidad, la precisión y la mensurabilidad) que se han hecho a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su conjunto pueden contrarrestarse con relativa facilidad, en lo que atañe al objetivo relacionado con la salud, aun cuando la agenda actual sea más ambiciosa.

Al mismo tiempo, es importante reconocer la amplitud de la nueva Agenda, pues no solo considera que la salud es un medio que permitirá garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, sino que además ofrece un contexto en el que la salud y sus determinantes, por una parte, y otros objetivos y metas, por otra, se influyen mutuamente como parte integral del desarrollo sostenible.

- La OMS ha iniciado un diálogo sobre los efectos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la forma en que la Organización presta apoyo a los países. El texto de la declaración - *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* - constituye un excelente punto de partida al es-

[1] Véase el área programática 6.5, Comunicaciones estratégicas.

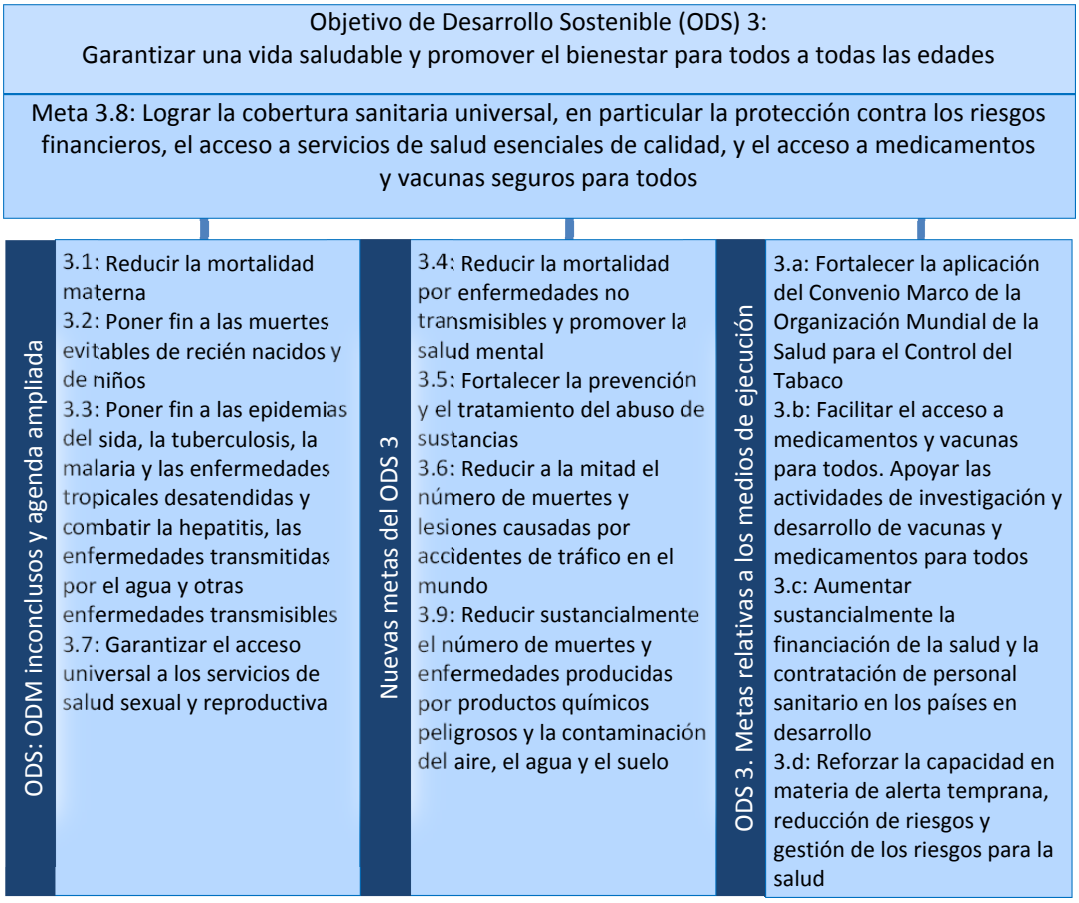
tablecer que la cobertura sanitaria universal es el objetivo que subyace a muchas de las demás metas y es esencial para su consecución.

> *«Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie…»*

- En una publicación reciente[1] de la OMS se muestra esa relación en forma de diagrama (véase la figura 1). También se sostiene que la consecución de las nuevas metas relacionadas con la salud no podrá alcanzarse haciendo lo mismo de siempre. Uno de los problemas que se reconocieron en la época de los Objetivos de Desarrollo del Milenio fue la fragmentación de los sistemas nacionales de salud derivada de la creación de programas separados, que se centraban en sus propios objetivos y no tenían suficientemente en cuenta sus efectos en el sistema de salud en su conjunto.

- Dado que las 13 metas relacionadas con la salud abarcan la mayoría de los problemas sanitarios nacionales, sería contraproducente aplicar un enfoque para el desarrollo sanitario nacional centrado en los programas individuales de forma aislada. Cada vez hay un mayor consenso con respecto al hecho de que para responder a la nueva agenda, las áreas programáticas individuales han de apoyar el plan o la estrategia general de salud del país y funcionar en ese contexto.

Figura 1. Marco para el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 relativo a la vida saludable y el bienestar y sus metas que figura en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.



[1] Health in 2015: from MDGs to SDGs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.

Los problemas complejos requieren soluciones intersectoriales

Si bien la cobertura sanitaria universal es un medio para armonizar el sector de la salud en su conjunto, una diferencia importante entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo del Milenio es el hecho de que se presta más atención a problemas de salud que no son susceptibles de soluciones puramente técnicas y que no encajan perfectamente en compartimentos sectoriales únicos. Ello es particularmente cierto en el caso del programa de enfermedades transmisibles, que se examina con más detalle en la sección dedicada a las prioridades de liderazgo que figura más adelante. Sin embargo, dos de los temas intersectoriales más urgentes a que se enfrenta la sanidad mundial recibieron poca atención en la declaración formulada en la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en la resolución 70/1.[1] La resistencia a los antimicrobianos aparece casi como algo secundario en el párrafo de la declaración dedicado a la salud, y no figura en las metas. Del mismo modo, los problemas de salud que plantea el envejecimiento de la población solo aparecen mencionados en el Objetivo 2 relativo a la nutrición y el Objetivo 11 relativo a las ciudades (entornos más seguros) y no se mencionan en la sección sobre salud.

- Ahora bien, tanto el envejecimiento saludable como la resistencia a los antimicrobianos se han convertido en importantes prioridades para la OMS en los últimos dos años.

- El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*[2] se ha centrado en la importancia de mantener la capacidad funcional como medida fundamental para disfrutar de una vejez plena. El informe subraya la importancia del vínculo entre la salud, el empleo y las políticas de pensiones, así como entre la salud y la asistencia social. Las estrategias que se formulan en el informe constituirán la base de una nueva estrategia mundial y un plan de acción sobre envejecimiento y salud, que se someterá a la consideración de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2016 para su adopción.[3]

- Desde que en el Duodécimo Programa General de Trabajo se puso de relieve la preocupación que suscita la resistencia a los antimicrobianos, la OMS ha dirigido los debates sobre la materia celebrados con asociados de otros sectores, en particular la FAO y la OIE. La Asamblea de la Salud adoptó en 2015 un plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos,[4] que fue uno de los tres temas de salud del comunicado de la reunión del G7 de 2015; además, se ha preparado un documento conjunto (OMS, FAO, OIE) para orientar la elaboración de los planes nacionales; y actualmente se está estudiando la posibilidad de llevar la cuestión de la resistencia a los antimicrobianos a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2016.

Prestar una mayor atención en los medios que permiten alcanzar mejores resultados

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se centraron en gran medida en los efectos agregados. La creciente complejidad de la agenda hace que sea necesario prestar una mayor atención a los medios que permiten alcanzar esos efectos. Por esa razón en el Duodécimo Programa General de Trabajo se hizo mucho más hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de salud (que se examina más en detalle en la sección sobre las prioridades de liderazgo) y los valores perdurables que sustentan la labor de la OMS.

- La incorporación de las cuestiones de género, la equidad y los derechos humanos[5] sigue guiando la labor de la OMS en todas las áreas programáticas. La OMS se ha comprometido a poner en práctica el Plan de Acción para Todo el Sistema de las Naciones Unidas, a fin de promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres tanto en la Organización, como en las políticas y los programas que respalda. Por ejemplo, dada la preponderancia de la mujer en el personal de salud en todo el mundo, las cuestiones de género ocuparon un lugar destacado en el seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud de 2014 y la posterior estrategia mundial de

---

[1] Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; véase http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S (consultado el 7 de abril de 2016).

[2] Véase el área programática 3.2, Envejecimiento y salud.

[3] Documento A69/17.

[4] Véase la resolución WHA68.7.

[5] Véase el área programática 3.3, Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos.

recursos humanos para la salud hasta 2030, que se presentará a la Asamblea Mundial de la Salud en 2016.

- Los datos desglosados del Observatorio Mundial de la Salud[1] facilitan el seguimiento de los progresos realizados a favor de una mayor equidad sanitaria entre hombres y mujeres. Esos tres elementos —género, equidad y derechos— seguirán siendo cuestiones fundamentales a medida que todos los países vayan centrando la atención en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la idea de que no se debe dejar a nadie atrás.

c) La salud y la acción humanitaria

Son muchas las cosas que se han dicho y escrito sobre la respuesta de la OMS y la respuesta mundial al ebola, y no vamos a repetirlas aquí. Más bien, de lo que se trata es de poner de relieve los factores que influirán en el desempeño de la OMS frente a crisis futuras.

Cabe destacar una lección importante: en la sección dedicada a los retos futuros, el Duodécimo Programa General de Trabajo apunta hacia la relación entre la seguridad sanitaria y la acción humanitaria, y es esa relación, o más concretamente, la incapacidad de establecerla con la suficiente rapidez o eficacia, lo que se destaca como una de las principales enseñanzas extraídas de la crisis.

La gripe pandémica y el síndrome respiratorio agudo severo fueron principalmente *crisis sanitarias*. Si bien tuvieron importantes repercusiones económicas, con solo algunas excepciones, no provocaron grandes catástrofes humanitarias. Paralelamente al brote de ebola se producía una emergencia en la República Árabe Siria y situaciones de conflicto crónicas o agudas en otros países. Se trata en su mayoría de *crisis humanitarias*, que, sin duda, afectan enormemente a la salud humana, pero la salud ha de ser una parte integral de la respuesta, en lugar de ocupar un papel rector.

- Sin embargo, cuando en 2014 el ebola se declaró en las ciudades de África occidental, la crisis que se produjo era sanitaria tanto como humanitaria, si bien se trató fundamentalmente como una crisis sanitaria. La incapacidad de integrar los recursos de la asistencia humanitaria y de reconocer la necesidad de dar una respuesta global al más alto nivel gubernamental en los países afectados y fuera de estos, y el hecho de enfocar el problema del ebola sobre todo como un problema de salud, al que la OMS se enfrentó aplicando sus procesos y procedimientos habituales, suscitaron muchas de las críticas que hubo tras la crisis. En cambio, cuando la OMS se sirvió de su capacidad tradicional para convocar a los mejores expertos y científicos, con el fin de producir medios de diagnóstico y vacunas con la mayor rapidez, sus logros fueron ampliamente aplaudidos.[2]

- La necesidad de mejorar la eficacia de la OMS como agente humanitario subyace a las actuales propuestas de reforma. Se parte de la base de que la OMS no tiene por qué hacerlo todo; tampoco existe la necesidad de que haya una organización independiente. Más bien, es imperativo que la OMS utilice los vínculos sustanciales institucionalizados que mantiene con otros grandes actores humanitarios en las Naciones Unidas y el sistema internacional en su conjunto.

- Además, de cara a futuras situaciones de emergencia, la OMS necesita sistemas y procedimientos que permitan llevar a cabo una intervención rápida y coherente, con líneas claras de mando y control, que son necesarias para garantizar el rápido despliegue de recursos humanos, financieros y materiales.[3] Por esa razón, hay quienes han abogado en favor de una «organización dentro de una organización», autónoma y capaz de hacerse cargo por completo de cualquier crisis. Sin embargo, lo más probable es que se necesite un enfoque más específico en el que se reconozca de manera más explícita los recursos que los diferentes niveles de la OMS pueden aportar a la situación, y se defina con mayor claridad los límites de la «autoridad de emergencia» en diferentes tipos de crisis, en particular en los países que se enfrentan a situaciones de emergencia humanitaria crónicas.

---

[1] Véase http://www.who.int/gho/en/.

[2] Véase el área programática 1.5, Enfermedades prevenibles mediante vacunación.

[3] Véase el área programática 5.6, Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis.

Enseñanzas extraídas de la crisis del ebola en materia financiera

En 2015, la OMS empleó US$ 240 millones en la respuesta al ebola, además de los US$ 72 millones sufragados en 2014. Ahora se están analizando las lecciones extraídas de esa crisis como parte de un examen destinado a evaluar la capacidad de respuesta de la OMS ante futuras emergencias sanitarias a gran escala. En algunas oficinas, la falta de comprensión de los procedimientos establecidos contribuyó a retrasar la ejecución y a aumentar el riesgo operacional. Otra lección aprendida, aún más importante (que ya se había puesto de manifiesto a raíz de la pandemia por H1N1) es la necesidad de que la Organización cuente con una fuente de financiación flexible que permita hacer desembolsos inmediatos al comienzo de una crisis. Tras haber rechazado una propuesta similar en 2011, los órganos deliberantes de la OMS convinieron en crear un nuevo fondo de contingencias para emergencias (decisión WHA68(10)). Se estableció que el fondo debía tener una dotación de US$ 100 millones y se prometieron varias contribuciones, pero, actualmente, el saldo disponible del fondo y las sumas comprometidas ascienden a US$ 25 millones.[1]

d) Nuevos retos en materia de gobernanza de la acción sanitaria

El Duodécimo Programa General de Trabajo resumía las principales dificultades que se plantean en relación con la gobernanza de la acción sanitaria del modo siguiente:

> «*Cada vez hay más cuestiones relacionadas con la salud sobre las que es preciso lograr acuerdos basados en negociaciones cuidadosas que permitan equilibrar los aspectos técnicos y políticos;… [la] mayor diversidad de agentes que participan en la acción sanitaria mundial supone un reto para la OMS como órgano rector y coordinador en esa materia;… [y] cada vez hay más interés en velar por que la gobernanza en otros sectores y en distintos ámbitos normativos permita evitar medidas perjudiciales para la acción sanitaria e, idealmente, tenga un impacto positivo en esta.*»

Esos retos se han puesto de manifiesto a lo largo del bienio mediante la negociación en la Asamblea de la Salud de distintas estrategias nuevas de ámbito mundial; en los debates sobre la reforma de la «arquitectura sanitaria mundial»; y en la formulación y negociación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

- En los últimos dos años se han propuesto soluciones en una serie de áreas clave. Las estrategias relacionadas con la tuberculosis, la hepatitis, el paludismo y el plan de acción para todos los recién nacidos[2] han sido importantes en sí mismas y también como instrumentos para fijar nuevas metas para después de 2015, que puedan incorporarse sin dilación al marco de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de la cobertura sanitaria universal.

- Las cuatro resoluciones independientes, relacionadas con distintos aspectos de los servicios integrados de salud centrados en las personas, han aportado un sólido fundamento para considerar la prestación de servicios como parte de la cobertura sanitaria universal. En lugar de concentrarse exclusivamente en países aislados que se enfrentan a importantes carencias, el trabajo realizado durante el bienio para elaborar una nueva estrategia mundial de recursos humanos para la salud de aquí a 2030,[3] adopta una perspectiva genuinamente *mundial* y multisectorial, considerando los asuntos relacionados con los profesionales de la salud en términos de las dinámicas que caracterizan al mercado laboral a nivel mundial, y como una cuestión que suscita serias preocupaciones en relación con la igualdad de género. Este enfoque ha sentado las bases para el establecimiento de la nueva Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones

[1] Véase http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/.

[2] Véase el área programática 3.1, Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente.

[3] Véase el área programática 4.2, Servicios de salud integrados y centrados en la persona.

Unidas, creada por el Secretario General de las Naciones Unidas, que funcionará por tiempo limitado y bajo la presidencia de los Jefes de Estado de Francia y Sudáfrica. Siguiendo el ejemplo de anteriores esfuerzos en el ámbito de las enfermedades no transmisibles, esta Comisión pone de manifiesto una vez más cómo la OMS ha convertido lo que antes se consideraba una cuestión relacionada exclusivamente con la salud en una cuestión de política exterior que preocupa a las más altas instancias gubernamentales.

- Recientemente, la atención mundial ha estado centrada sobre todo en las estructuras y sistemas concebidos para fortalecer la seguridad sanitaria. No obstante, reducir la fragmentación y la duplicación de esfuerzos en el sector de la salud a nivel general —especialmente en países en los que existe gran cantidad de asociados para el desarrollo— sigue siendo una importante prioridad para muchos Estados Miembros. De hecho, la disponibilidad de un plan único, un presupuesto único y un sistema único para las tareas de supervisión y evaluación es un objetivo aún lejano en muchos de los países en los que resulta más necesaria su consecución. A nivel mundial, iniciativas como la Comisión integrada por el ONUSIDA y Lancet para derrotar al SIDA y promover la salud en el mundo, que ha contado con la participación de la OMS, han ayudado a definir los retos más importantes, pero su influencia con relación al comportamiento organizativo ha sido limitada. La puesta en marcha en 2015 del Mecanismo de Financiación Mundial,[1] que contempla el uso de financiación externa para aprovechar los recursos disponibles a nivel nacional en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, abre la posibilidad (con el respaldo añadido de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño) de introducir mayor coherencia en un ámbito caracterizado por una gran diversidad de actores. Sin embargo, la iniciativa no aborda la necesidad de elaborar políticas y estrategias sectoriales que abarquen la totalidad de los programas y no solamente un subconjunto determinado de estos. La Alianza Sanitaria Internacional sigue trabajando en un número reducido de países y, como se ha señalado anteriormente, se centrará cada vez más en los que se encuentren en situaciones más difíciles.

- Para muchos profesionales de la salud, la diplomacia sanitaria es una nueva habilidad. De igual manera, es importante que los miembros de los servicios diplomáticos, que negocian en representación de sus respectivos países, conozcan las características específicas del sector de la salud. En este sentido, la capacitación en el ámbito de la diplomacia sanitaria —actualmente obligatoria para todos los representantes de la OMS— ha sido una actividad de creciente importancia. A nivel regional (por ejemplo en la Región del Mediterráneo Oriental) y a nivel nacional (por ejemplo en China), la OMS se ocupa actualmente de la organización de cursos dirigidos a altos funcionarios que participan en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS y en reuniones sobre cuestiones de salud celebradas en las Naciones Unidas.

- La gobernanza para la salud —función centrada en la promoción y formulación de políticas públicas encaminadas a influir en las instancias decisorias de otros sectores, de forma que afecten positivamente a la salud, desempeña un papel cada vez más importante en la labor de la OMS. En los últimos dos años, la principal preocupación ha sido garantizar que la salud ocupara un lugar importante dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como se ha mencionado anteriormente, el resultado ha sido positivo, y la mayor parte de las prioridades definidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo han quedado reflejadas en la nueva generación de objetivos y metas. Además, la manera interdependiente en la que se organizan los objetivos aporta una legitimidad añadida a la función que desempeña la OMS a la hora de promover que se preste mayor atención a las cuestiones relacionadas con la salud.

- Si bien la OMS desempeña un papel cada vez más activo en los principales procesos internacionales que afectan a la salud, dada la gran cantidad de actores que también hacen oír su voz, resulta inevitablemente difícil ofrecer datos concluyentes que demuestren la influencia de la Organización. No obstante, podría citarse como ejemplo de esa influencia el hecho de que informes detallados dirigidos a los directores regionales de la OMS ayudaran al personal de las oficinas regionales y las oficinas de los países a utilizar sus buenos oficios para informar a los gobiernos de los Estados Miembros sobre los

[1] Véase http://www.who.int/pmnch/gff/en/, consultado el 7 de abril de 2016.

posibles efectos en el acceso a los medicamentos[1] del Acuerdo de Asociación Transpacífico, acuerdo comercial multilateral. El texto definitivo indica que los países en desarrollo alcanzaron un número importante de los objetivos que se habían fijado públicamente. De igual manera, en el 21.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el objetivo era poner de relieve las numerosas formas en las que un acuerdo medioambiental puede tener efectos positivos para la salud (por ejemplo, mediante el transporte sostenible y la reducción de la contaminación[2]). Aunque no se mencionan sectores concretos, es significativo que el documento final justifica los enfoques frente al cambio climático en términos del derecho a la salud.

- El comunicado emitido por la presidencia de Alemania de la reunión del G7 celebrada en 2015 contenía una sección específica relativa a la salud centrada no solamente en el ebola y la seguridad sanitaria, sino también en la resistencia a los antimicrobianos, la investigación y el desarrollo en el ámbito de enfermedades tropicales desatendidas, y los esfuerzos encaminados a poner fin a las muertes infantiles por enfermedades prevenibles y mejorar la salud materna en todo el mundo. En 2016, bajo la presidencia japonesa, el G7 pondrá en marcha una nueva iniciativa titulada «Sistemas saludables, vidas saludables».

- Si bien la diplomacia sanitaria se desarrolla en gran medida a escala mundial, los acuerdos a nivel regional están cobrando una importancia cada vez mayor. El acuerdo conjunto alcanzado recientemente por la Oficina Regional para Asia Sudoriental y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental con la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (para el periodo 2014-2017) compromete a ambas partes a colaborar en una serie de áreas relacionadas con las prioridades de liderazgo de la OMS, entre las que cabe destacar las enfermedades infecciosas emergentes, las fronteras saludables, la resistencia a los antimicrobianos, el acceso a los medicamentos y a las tecnologías, y los determinantes sociales de la salud.

[1] Véase el área programática 4.3, Acceso a medicamentos y a otras tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa.

[2] Véase el área programática 3.5, Salud y medio ambiente.

2. PRIORIDADES DE LIDERAZGO DE LA OMS

Las seis prioridades de liderazgo que figuran en el Duodécimo Programa General de Trabajo permiten orientar y encauzar la labor de la OMS. Se seleccionaron con el fin de poner de relieve las áreas en que la labor de promoción y la dirección técnica de la OMS pueden trazar las líneas generales del debate mundial para propiciar la participación de los países y orientar la forma de trabajar de la Organización, integrando los esfuerzos desplegados entre los distintos niveles de la OMS. En esta sección se analiza brevemente cada una de las prioridades en esos términos. En la sección 1 del presente informe figuran más detalles sobre los aspectos más destacados de cada uno de los componentes programáticos específicos de las prioridades de liderazgo por área programática.

a) Avanzar hacia la cobertura sanitaria universal

Una vez sentadas las bases en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, la adopción de la cobertura sanitaria universal como estrategia unificadora del sector de la salud por un número de países cada vez mayor ha sido posible en gran medida gracias a la labor de la OMS. Del mismo modo, la inclusión de la cobertura sanitaria universal entre las metas del Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible fue el resultado del enorme apoyo que recibe ese concepto de un gran número de gobiernos y una gran cantidad de grupos de la sociedad civil, lo que es muy significativo.

Si bien el avance realizado hasta la fecha es alentador, es conveniente que la cobertura sanitaria universal continúe siendo una prioridad de liderazgo de la OMS en los años venideros. Aún queda mucho por hacer y alguna controversia por resolver.

- La cobertura sanitaria universal es relevante para todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo. A nivel conceptual, los elementos que la integran son claros en lo que respecta al acceso universal progresivo a todos los servicios necesarios y a protección frente a consecuencias financieras adversas. Sin embargo, en la práctica, la consecución de la cobertura sanitaria universal también posee una importante dimensión regional. Con su multiplicidad de sistemas de financiación y prestación de atención sanitaria, la Región de Europa ofrece un valioso acervo de experiencias que otras regiones pueden aprovechar. En el continente americano, la cobertura sanitaria universal se considera una cuestión política de primer orden y, en muchos países, se ve como un instrumento para reducir las crecientes desigualdades. En otras zonas del mundo, sobre todo en la Región del Mediterráneo Oriental, donde muchos países viven sumidos en situaciones de emergencia crónica, la cobertura sanitaria universal constituye una aspiración de poder disfrutar de un futuro mejor. Es probable que ciertos elementos de este «ADN regional» sigan configurando los acontecimientos futuros, y la OMS utilizará sus estructuras regionales para adaptar sus directrices mundiales a las condiciones que se presenten en los distintos territorios.

- Uno de los obstáculos importantes que hubo que afrontar a la hora de convencer a algunos de los países más escépticos del valor de la cobertura sanitaria universal durante las negociaciones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible fue demostrar que es posible cuantificar el avance hacia la cobertura sanitaria universal. Uno de los logros más notables alcanzados durante el bienio fue la creación, por la OMS y el Banco Mundial, de un sistema dotado de un número limitado de indicadores, concebido para realizar un seguimiento del acceso a los servicios de salud y a protección financiera. No obstante, aún queda trabajo por hacer para asegurarse de que la métrica empleada para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es fiel reflejo de la acordada para medir el grado de implantación de la cobertura sanitaria universal – en particular, en lo relativo a la protección financiera.

- Otra cuestión que suscita polémica gira en torno al grado en que la cobertura sanitaria universal constituye un concepto unificador para el logro de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si bien la definición de la OMS de cobertura sanitaria universal engloba el acceso a servicios que abordan los determinantes sociales de la salud, son muchos los que consideran que la cobertura sanitaria universal es, principalmente, una estrategia para el sector sanitario y los servicios de salud. A medida que los países comiencen a articular estrategias encaminadas a alcanzar los nuevos objetivos, será necesario aclarar mejor esa cuestión. Es muy posible que la cobertura sanitaria

universal represente *un* concepto unificador, tal y como se indica en la figura 1. Sin embargo, dada la creciente importancia de la gobernanza sanitaria (o salud en todas las políticas[1]), la cobertura sanitaria universal no es suficiente por sí sola para abarcar, la agenda de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible en toda su amplitud.

- En lo que atañe a los aspectos financieros de la cobertura sanitaria universal, hasta la fecha el foco de atención se ha puesto en la protección financiera, y muchos países de recursos bajos se han centrado específicamente en reducir la ruinosa carga que suponen los pagos directos. Si bien esa labor sigue siendo esencial, es preciso complementarla con actuaciones que permitan aumentar la eficiencia y la eficacia del gasto interno, prestando más atención al modo en que pueden utilizarse los incentivos financieros (vinculados al logro de resultados) para mejorar el desempeño.

b) Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: agenda pendiente y retos futuros

La agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio fue incluida como prioridad de liderazgo por varias razones. En primer lugar, porque países de todos los niveles de ingresos insistieron en que los debates sobre una nueva generación de objetivos de desarrollo no debía producirse en menoscabo de los trabajos actualmente en curso. Además, era importante aprovechar la experiencia adquirida con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la formulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En segundo lugar, junto con la erradicación de las enfermedades tropicales desatendidas y la poliomielitis, los programas incluidos en esta prioridad de liderazgo son una de las principales vías mediante las que la labor de la OMS contribuye a reducir la pobreza. En tercer lugar, según lo establecido en el Duodécimo Programa General de Trabajo, la agenda asociada a los Objetivos de Desarrollo del Milenio «integra las actividades emprendidas en toda la Organización, reuniendo bajo una única prioridad varios aspectos de la labor de la OMS, en particular la necesidad de construir sistemas de salud robustos e instituciones sanitarias eficaces.»

- La primera razón por la que la agenda asociada a los Objetivos de Desarrollo del Milenio debía ser una prioridad ha sido aceptada de forma explícita y sin mayores dificultades: los Objetivos de Desarrollo Sostenible dan continuidad al legado de sus predecesores y sus metas relacionadas con la salud son más ambiciosas. Además, las enfermedades tropicales desatendidas[2] han encontrado su lugar en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Aunque la erradicación de la poliomielitis no se menciona de forma específica, esta queda incluida implícitamente en la meta 3.3 relativa a las enfermedades transmisibles.[3]

- Asimismo, cada vez son más quienes reconocen que las enfermedades tropicales desatendidas no pueden seguir estando desatendidas, en parte debido a que ello puede repercutir en la seguridad sanitaria, pero también porque son una manifestación de la pobreza absoluta y un impedimento para cualquier modelo racional de lo que constituye el desarrollo sostenible.

- El tercer elemento – la agenda asociada a los Objetivos de Desarrollo del Milenio como fuerza integradora de la OMS – merece una reflexión más profunda. Existen signos positivos, como el acuerdo sobre una lista mundial de referencia de 100 indicadores sanitarios básicos (*Global Reference List of 100 Core Health Indicators*).[4] No obstante, la lista de indicadores, que ofrece información concisa sobre la situación sanitaria y las tendencias en materia de salud, va mucho más lejos que los Objetivos de Desarrollo del Milenio e incluye factores de riesgo de enfermedades no transmisibles así como indicadores que permiten medir la eficacia de los sistemas de salud. Además, en sus respectivos documentos, incluidas las estrategias mundiales, todos los programas de la OMS relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, actualmente, hacen referencia a su papel como elemento fundamental de la cobertura sanitaria universal.

---

[1] Véase el área programática 3.4, Determinantes sociales de la salud.

[2] Véase el área programática 1.4, Enfermedades desatendidas.

[3] Véase la figura 1, Marco para el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 relativo a la vida saludable y el bienestar y sus metas que figura en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

[4] Véase el área programática 4.4, Información y datos científicos sobre los sistemas de salud.

- Si bien para algunos de los principales donantes de la OMS la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituye un área prioritaria en cuanto a la prestación de apoyo financiero a la Organización, cabría considerar varias cuestiones con relación a esa prioridad de liderazgo. ¿Cumple con su objetivo original en términos de integración institucional? ¿Ofrecería la cobertura sanitaria universal, actualmente, una estructura integradora igualmente eficaz, o incluso más potente y pertinente? Dada la actual estructura presupuestaria y de planificación, que considera cada programa como un centro presupuestario independiente y en posible competencia con los demás, ¿qué otras medidas son necesarias para promover una mayor integración programática?

c) Hacer frente al reto de las enfermedades no transmisibles y la salud mental, la violencia, los traumatismos y las discapacidades

La prioridad de liderazgo relativa a las enfermedades no transmisibles coincide con la categoría 2 en la estructura del presupuesto por programas y abarca las cinco áreas programáticas de esa categoría. Se seleccionó como prioridad de liderazgo debido principalmente a las devastadoras consecuencias sociales y económicas que se producirían, si las enfermedades no transmisibles no se combatieran de manera más eficaz.

- No hay duda de que la OMS ha desempeñado un papel fundamental a la hora de elevar la importancia del programa de enfermedades no transmisibles a nivel mundial y regional. De una situación de negación en la que no se reconocía que las enfermedades no transmisibles eran un problema importante a principios de esta década, en especial en muchos países de ingresos bajos, el programa de enfermedades no transmisibles ha pasado a ocupar uno de los primeros puestos en la agenda sanitaria mundial, y, actualmente, esas enfermedades tienen un lugar claro entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.[1]

- La estrategia de liderazgo clave se ha centrado en señalar el problema que representan las enfermedades no transmisibles a la atención de los Jefes de Estado y de gobierno en las Naciones Unidas. Dos reuniones sucesivas de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas permitieron concienciar a unos asistentes con poder político, lo que generó una serie de compromisos con plazos concretos con relación a las metas nacionales, los planes de acción multisectoriales, la reducción de riesgos mediante la realización de las mejores inversiones en materia de enfermedades no transmisibles y el aumento de la eficacia de los sistemas de salud.

- En los últimos años, se ha contado con el compromiso de la Asamblea General de las Naciones Unidas en lo que respecta a la seguridad vial,[2] la nutrición[3] y la discapacidad. Sin embargo, ha sido más difícil encontrar patrocinadores que apoyen el tema de la salud mental a alto nivel, si bien se ha prestado atención a los problemas específicos de la demencia y los trastornos del espectro autista, que son cada vez más graves.

- El mayor conocimiento de los problemas ha dado lugar a un aumento de la demanda de asistencia técnica de los países, que la OMS no ha podido atender satisfactoriamente sola. El nuevo Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles presta ayuda, ofreciendo un mecanismo de coordinación mundial a los asociados de las Naciones Unidas que pueden contribuir a la respuesta en los países. Sin embargo, en la práctica, esa colaboración se ve obstaculizada en los países, cuando otros organismos de las Naciones Unidas no disponen de partidas presupuestarias para trabajar en lo que se percibe principalmente como un problema de salud.

- El problema que plantean las enfermedades no transmisibles es un problema de gobernanza sanitaria. Sin embargo, a nivel mundial, los Estados Miembros siguen estando profundamente divididos a la hora de colaborar con el sector privado. En los países ha habido progresos importantes en la lucha contra el tabaco. En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Financiación para el Desarrollo,

---

[1] Véase el área programática 2.1, Enfermedades no transmisibles.

[2] Véase el área programática 2.3, Violencia y traumatismos.

[3] Véase el área programática 2.5, Nutrición.

celebrada en 2015, se reconoció que el aumento de los gravámenes sobre las ventas de tabaco era una estrategia que permitía a los gobiernos movilizar recursos.

- Los progresos realizados a nivel nacional en otros ámbitos han sido lentos. El diálogo celebrado recientemente sobre el papel de la cooperación internacional en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles puso de manifiesto la falta de inclinación de los principales organismos de desarrollo de poner a disposición una cantidad de fondos considerable. Así pues, el avance dependerá de los recursos internos. Sin embargo, al mismo tiempo, si bien muchos países han elaborado planes de acción multisectorial ambiciosos, son muchos los gobiernos que siguen sin tomar la iniciativa a la hora de formular las políticas necesarias y crear un entorno institucional adecuado para llevar a cabo intervenciones intersectoriales, y siguen recurriendo a departamentos de enfermedades no transmisibles en los ministerios de salud que no cuentan con los recursos necesarios.

- Dadas las dificultades mencionadas, conviene que las enfermedades no transmisibles sigan siendo una prioridad de liderazgo de la OMS. Las nuevas y prometedoras orientaciones incluyen la selección de un grupo de 12 países «de vía rápida» a fin de mostrar un avance más rápido hacia las metas, que se examinará en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018; y una mayor atención a la colaboración con los gobiernos municipales, habida cuenta de la importancia que tiene la rápida urbanización en la cadena causal de las enfermedades no transmisibles. Para la OMS el reto sigue siendo aumentar la colaboración entre los programas que integran la categoría 2 y estrechar la cooperación con los departamentos de los sistemas de salud en la Sede y en las oficinas regionales, a fin de velar por que el fortalecimiento de los sistemas de salud tenga más en cuenta las características que necesitan los sistemas para mejorar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

d) Aplicación de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

En el informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) correspondiente a 2011, sobre la pandemia por virus H1N1 (2009) se llega a la conclusión de que el mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave o a cualquier otra emergencia de salud pública similar de alcance mundial, que se prolongue en el tiempo. Así pues, establecer como prioridad de liderazgo la aplicación de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) fue una decisión lógica en el momento en que se estaba elaborando el Duodécimo Programa General de Trabajo. Los acontecimientos posteriores han puesto de relieve la importancia vital del Reglamento, si bien también se han puesto de manifiesto los problemas de los Estados Miembros a la hora de cumplir con lo dispuesto en un instrumento legalmente vinculante y las deficiencias del enfoque en la aplicación del Reglamento.[1]

- El informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola presenta un breve resumen: «La crisis del ebola ha vuelto a señalar la existencia de una serie de deficiencias en este instrumento y su aplicación por los Estados y la Secretaría de la OMS, en su versión actual: *i*) Los Estados Miembros han omitido establecer buena parte de las capacidades básicas prescritas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005); *ii*) en contravención del Reglamento, casi una cuarta parte de los Estados Miembros de la OMS introdujeron prohibiciones de viaje y otras medidas adicionales no promovidas por la OMS, que interfirieron considerablemente en los viajes internacionales, acarreando consecuencias políticas, económicas y sociales negativas para los países afectados; y *iii*) se produjeron retrasos importantes e injustificables en la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por parte de la OMS[2]».

- En el pasado, la OMS centraba su labor en el desarrollo de capacidad, a menudo con recursos insuficientes, y se encargaba de elaborar informes a partir de las autoevaluaciones de los países.[3] Ahora se propone fortalecer toda la estrategia de creación de capacidad mediante el establecimiento de una nueva alianza con la Iniciativa Mundial de Seguridad Sanitaria. La nueva alianza llevará a cabo evalua-

---

[1] Véase http://www.who.int/ihr/about/es/.

[2] Véase http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/en/.

[3] Véase el área programática 5.1, Capacidad de alerta y respuesta.

ciones conjuntas de un espectro de capacidades más amplio, recaudará recursos que destinará a los países e implantará un enfoque más riguroso con relación a la presentación de informes.

- Con anterioridad a las crisis sanitarias experimentadas en los dos últimos años, la labor relacionada con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los países se había llevado a cabo fuera del contexto de las actividades destinadas a fortalecer los sistemas de salud. La experiencia reciente ha dejado claro que dicha estrategia ya no es sostenible. «La mayoría de los países menos desarrollados y de los países en desarrollo que tienen sistemas de salud precarios son muy vulnerables y están mal preparados para responder a las catástrofes naturales, las crisis y conflictos políticos, sociales y económicos, las epidemias, la contaminación y otras amenazas».[1] Por consiguiente, crear sistemas de salud resilientes es en sí mismo positivo, además de ser un elemento fundamental para el fortalecimiento de la seguridad sanitaria a escala mundial y nacional.

- Si bien la creación de capacidad sigue siendo un componente necesario para que el Reglamento sea más eficaz, ello no es en absoluto suficiente. Es evidente que se precisan más esfuerzos para que los países cumplan con las obligaciones que establece el Reglamento Sanitario Internacional (2005). En el informe provisional figuran una serie de recomendaciones sobre el tema, como la necesidad de explorar la posibilidad de aplicar mecanismos financieros (por ejemplo, mediante pólizas de seguro) que permitan mitigar las consecuencias económicas adversas y ofrezcan incentivos reales para la pronta notificación de riesgos relacionados con la salud pública. También se señala la posibilidad de introducir desincentivos que disuadan a los países de adoptar medidas que puedan interferir con el comercio o con la prestación de asistencia material a los países afectados.

- Por último, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) goza de un amplio reconocimiento dentro del ámbito de la salud, pero no tanto fuera de él. En consonancia con lo expuesto anteriormente sobre el vínculo entre las intervenciones sanitarias y la acción humanitaria, es esencial que el cumplimiento del Reglamento sea una prioridad también para las organizaciones humanitarias.

e) Aumento del acceso a productos médicos esenciales, de gran calidad, eficaces y asequibles

La equidad en el ámbito de la salud pública depende del acceso a tecnologías médicas, medicamentos, vacunas y medios diagnósticos esenciales, de gran calidad y asequibles. Al tratarse de una esfera en la que la OMS ha tenido tradicionalmente una ventaja comparativa, el acceso a productos médicos quedó incluido en el Duodécimo Programa General de Trabajo como una de las prioridades de liderazgo más específicas. El trabajo se centra en el Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios de la Sede y en su equivalente en las oficinas regionales, aunque también se basa en las políticas sobre desarrollo de vacunas. Además, varias áreas programáticas incluyen un acceso cada vez mayor a medicamentos y medios diagnósticos entre sus productos.

- Actualmente, el acceso a medicamentos y vacunas esenciales está explícitamente reconocido como un elemento clave de la cobertura sanitaria universal de conformidad con la Meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

- La labor de la OMS se centra en las especificaciones, el desarrollo y los ensayos de *productos* (medicamentos, vacunas, pruebas diagnósticas y otras tecnologías) y *procesos* —como la elaboración de listas de medicamentos esenciales y buenas prácticas de fabricación, los procesos de precalificación y la creación de capacidad de los organismos de reglamentación— que contribuyan a ampliar el acceso.

- En lo que respecta a los productos, se ha prestado especial atención a la lista elaborada por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños. La OMS también ha trabajado con el UNITAID y otros organismos en la formulación de una nueva combinación de dosis fija para niños aquejados de tuberculosis,[2] a la que actualmente los países pueden acceder por medio del Servicio Mundial de Medicamentos. Si bien los donantes han realizado inversiones

---

[1] *Health systems for universal health coverage and health security: a country and global agenda*. Documento preparado para la reunión del G7 de expertos en salud, celebrada los días 18 y 19 de febrero en Tokyo (Japón).

[2] Véase el área programática 1.2, Tuberculosis.

considerables para incrementar la disponibilidad de los productos básicos de supervivencia, todavía no hay datos consolidados que demuestren que haya mejorado el acceso a esos productos.

- Gran parte de la labor normativa de la OMS en el ámbito de los productos se enfrenta a un desafío similar. Si bien se pide que aumente el número de denominaciones comunes internacionales, de normas que regulen las sustancias biológicas y farmacológicas, y de productos, el problema sigue siendo demostrar que todos esos esfuerzos redundan en un mayor acceso.

- Al mismo tiempo, es importante reconocer que la teoría del cambio en que se sustenta la labor normativa de la OMS en ese ámbito comprende varios componentes. Uno de ellos es el vínculo directo entre el desarrollo de productos y el aumento del acceso sobre el terreno. Sin embargo, la inclusión de un nuevo medicamento en la lista de medicamentos esenciales (revisada en 2015) o la precalificación de un medicamento o una vacuna, podrían tener efectos adicionales en el precio, la capacidad de fabricación en países productores, y las políticas de compras de los principales donantes. Plasmar los «efectos de red» de la labor normativa de la OMS, que a menudo se pasan por alto en los procesos multilaterales de examen de la ayuda realizados por distintos donantes, es crucial no solo en relación con los medicamentos, sino también en muchos otros ámbitos (en especial, en las directrices de tratamiento).

- Los logros alcanzados recientemente ponen de manifiesto que es posible impulsar el desarrollo tecnológico frente a una amenaza mundial. Cuando se declaró la epidemia de ebola, la vacuna contra esa enfermedad nunca se había probado en seres humanos. En julio de 2015, un año y medio después, se publicaron resultados preliminares que demostraban que era posible combatir la enfermedad por medio de una vacuna. En la sección 1 del informe se relata cómo se desarrolló la vacuna contra el ebola. Además de su labor en materia de vacunas, en el programa de precalificación se evaluaron 16 pruebas diagnósticas para utilizarlas sobre el terreno, y se determinó que una de ellas era de calidad suficiente. Existen muchas enfermedades capaces de provocar caos y sufrimiento humano. La experiencia adquirida en la crisis del ebola se ha incorporado al plan de acción de investigación y desarrollo para prevenir epidemias.

- Aunque no es el único factor que dificulta el acceso, el precio sigue siendo una preocupación acuciante para las autoridades nacionales y para quienes han de sufragar los medicamentos. Varios países han reanudado los programas de seguimiento de precios y están ideando soluciones basadas en las tecnologías de la información para aumentar su capacidad de vigilancia. Mientras que en el pasado el foco de atención se centraba en el costo de los medicamentos utilizados para el tratamiento de las enfermedades transmisibles, en particular el VIH/sida, actualmente se hace cada vez más hincapié en el costo de los medicamentos (y también de las vacunas) que se utilizan para combatir las enfermedades no transmisibles.

- A principios de 2016, el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon creó un Grupo de Alto Nivel sobre el Acceso a Medicamentos. El grupo tiene por cometido «examinar y evaluar propuestas, y recomendar soluciones para resolver las incongruencias que existen entre las políticas que protegen el legítimo derecho de los inventores, el derecho internacional humanitario, las normas del comercio y la salud pública en el contexto de las tecnologías de la salud». Se prevé que el grupo complemente y amplíe el alcance de la labor emprendida por la OMS bajo los auspicios de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, que principalmente se ocupa de las enfermedades de tipo 2 y tipo 3, que afectan sobre todo a países de recursos bajos.

f) La actuación sobre los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud, un medio para reducir las inequidades sanitarias entre los países y dentro de ellos

En el Duodécimo Programa General de Trabajo se señala que la labor sobre los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud no es algo nuevo sino que sus orígenes se remontan a la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud. Con el tiempo, la labor sobre los determinantes sociales ha recibido un nuevo impulso, mediante la iniciativa denominada «Salud en todas las políticas» y la integración del concepto de «promoción de la salud» en las políticas de otros sectores destinadas a promover la salud, así como a través del concepto de «gobernanza para la salud», la influyente labor de la Comisión sobre Determinantes Sociales y

la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud celebrada en el Brasil en 2011, en la que se vinculó la idea de los determinantes con la consecución de la equidad sanitaria.

- El hecho es que la OMS —a distintos niveles y en distintos ámbitos de la Organización— cuenta con una abultada cartera de proyectos que ponen de manifiesto la importancia de esta prioridad de liderazgo. Muchos de esos trabajos ya se han mencionado en esta sección. Por ejemplo, gran parte de las intervenciones llevadas a cabo en relación con los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles aborda un amplio espectro de determinantes económicos, sociales y políticos; los trabajos de la OMS sobre el VIH/sida y la tuberculosis se han visto profundamente influidos por distintos aspectos sobre las dificultades sociales y económicas que excluyen a determinados grupos de población del acceso a la atención de salud y tratamiento. La labor realizada sobre la relación entre la salud y el cambio climático, y la salud y la contaminación atmosférica pone de relieve hasta qué punto los determinantes ambientales influyen en los resultados sanitarios.[1] El acceso a medicamentos esenciales está condicionado por los acuerdos comerciales y por la rentabilidad económica de la producción local, factores que en ambos casos son objeto de estudio por la OMS. Solucionar la grave escasez de personal sanitario supone lidiar con las políticas relativas al mercado de trabajo y la migración. La universalidad de la cobertura sanitaria tiene que resolver los problemas de quienes carecen de ciudadanía. La salud es la primera víctima de las contiendas civiles, y los países cuyas economías sufren los efectos más graves en el caso en que se declare una epidemia son inevitablemente los más pobres.

- La amplitud de este programa de trabajo plantea cuestiones de gran interés. En lo que atañe al desempeño de la OMS, la utilización de una teoría del cambio, que examina la aportación del trabajo sobre determinantes al logro de los objetivos de cada área programática, probablemente proporcionará información más explícita que los objetivos del Duodécimo Programa General de Trabajo, que persiguen un único efecto. El Programa se está articulando actualmente en torno a reducir las diferencias entre el entorno urbano y el entorno rural con respecto a la mortalidad de los niños menores de cinco años.

- En segundo lugar, la diversidad de los trabajos llevados a cabo en este apartado plantea cuestiones acerca del papel de un área programática específica —que actualmente se ocupa de un número limitado de cuestiones de fondo, principalmente de los determinantes ambientales relacionados con la vivienda y con las barriadas marginales— e independiente de otros programas.

- La labor sobre los determinantes de la salud se apoyaba con entusiasmo y se consideraba una prioridad en el momento en que se redactaba el Duodécimo Programa General de Trabajo. Esto plantea la cuestión de si hay que seguir considerando el trabajo sobre los determinantes una prioridad independiente, o si, por el contrario, son un aspecto que integra el modo en que la OMS aborda la salud y la equidad sanitaria. La realización en el futuro de una evaluación del desempeño podría contribuir a responder esa cuestión mediante un análisis más sistemático del alcance y la eficacia de la labor de la OMS sobre los determinantes de la salud.

[1] Véase el área programática 3.5, Salud y medio ambiente.

3. GOBERNANZA, FINANCIACIÓN Y GESTIÓN

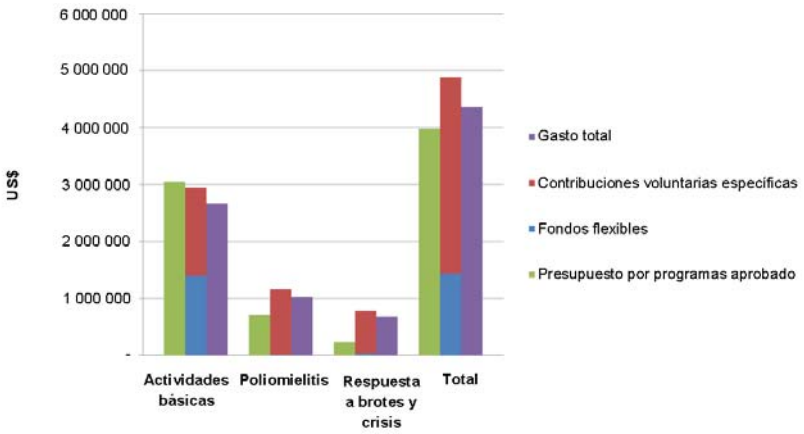
En el capítulo 4 del Duodécimo Programa General de Trabajo se señala una serie de desafíos en materia de gobernanza sanitaria, que se han tratado anteriormente en este informe y que incluyen las relaciones de la OMS con agentes no estatales. En el momento en que se redactaba el presente informe, se celebraban negociaciones encaminadas a racionalizar la forma en que los Estados Miembros dirigen la Organización.

Por tanto, esta sección está dedicada, en primer lugar, a proporcionar una visión general de la financiación de la OMS durante los dos primeros años del periodo de vigencia del Duodécimo Programa General de Trabajo, señalando, por ejemplo el modo en que las tendencias de financiación que se prevén en el mencionado programa se han materializado en la práctica. En segundo lugar, en esta sección se destaca una serie de intervenciones complementarias que han sustentado las mejoras en la gestión durante el bienio 2014-2015. Esas actuaciones se han centrado en medidas destinadas a mejorar la eficiencia y en promover de forma conjunta la transparencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento de las disposiciones en vigor.

a) Sinopsis de la situación financiera

Los fondos disponibles para el bienio ascendieron a US$ 4882 millones y, por lo tanto, superaron el presupuesto de US$ 3997 millones aprobado por la Asamblea de la Salud. Esa mayor disponibilidad de fondos es enteramente atribuible a los dos segmentos para situaciones de emergencia del presupuesto de la OMS: la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y el segmento de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, cuya dotación conjunta ascendió a US$ 1943 millones. El segmento correspondiente al presupuesto por programas básico, con un presupuesto de US$ 3049 millones (categorías 1 a 6, excluidas la Iniciativa contra la Poliomielitis y la respuesta a los brotes y las crisis) tuvo un nivel de financiación del 96% o US$ 2939 millones.

Presupuesto por programas 2014-2015. Financiación y gastos (todas las cifras en US$)



De los fondos disponibles, un 29% correspondían a fondos flexibles y el resto eran fondos destinados a financiar actividades especificadas del presupuesto por programas. Los fondos flexibles comprenden contribuciones señaladas, la cuenta de contribuciones voluntarias básicas e ingresos por apoyo administrativo. Las contribuciones voluntarias flexibles siguen siendo relativamente escasas, si bien su cuantía se ha mantenido estable entre un bienio y otro.

Contribuyentes de contribuciones voluntarias básicas (en millones de US$)

	Total 2015	Total 2014	Total 2014–2015
Australia	18,55	15,67	34,22
Bélgica	9,92	9,92	19,84
Dinamarca	5,30	5,12	10,42
España	0,81		0,81
Finlandia	7,52	5,96	13,48
Francia	2,34	1,91	4,25
Irlanda	1,54	1,09	2,63
Kuwait	0,72		0,72
Luxemburgo	2,21	1,94	4,15
Mónaco	0,04	0,03	0,07
Noruega	9,17	5,59	14,76
Países Bajos	5,98	5,98	11,96
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	24,25	21,90	46,14
Suecia	24,42	23,93	48,35
Suiza	3,33	3,59	6,91
Kurozumi Medical Foundation	0,01		0,01
Herencia del Difunto John Mcinnes	0,18		0,18
Ingresos financieros – contribuciones voluntarias básicas	**116,29**	**102,62**	**218,91**

El segmento básico del presupuesto por programas (que representa el 47% de este) se sustenta en gran medida gracias a fuentes de financiación flexibles, y fue el único segmento del presupuesto que no obtuvo financiación plena. La cuantía de los fondos disponibles procedentes de contribuciones voluntarias básicas, incluidas las sumas arrastradas, se situó en US$ 247 millones en 2014-2015, un nivel relativamente bajo. Las contribuciones voluntarias disponibles en el periodo 2012-2013 ascendieron a US$ 262 millones. No obstante, la concentración de las diferentes categorías de fondos flexibles y, en particular, su utilización más estratégica durante el bienio, en función de la ejecución, ha facilitado un alineamiento más eficaz de los fondos en los distintos programas y las principales oficinas.

El gasto total durante el periodo 2014-2015 ascendió a US$ 4357 millones, lo que supone un saldo de US$ 525 millones con respecto a los fondos disponibles. Ese superávit procede principalmente de las contribuciones voluntarias para fines especificados, y se imputará al periodo 2016-2017. Si añadimos a ese superávit los fondos voluntarios ya asignados para el bienio 2016-2017, que ascienden a US$ 1700 millones, la financiación total disponible al comienzo del bienio 2016-2017 se sitúa en US$ 2200 millones. La plena financiación del presupuesto por programas para 2014-2015, junto con las perspectivas positivas que se vislumbran para el periodo 2016-2017, dan fe de los resultados alcanzados con la reforma de la OMS, que ha hecho hincapié en la necesidad de pasar de presupuestos ambiciosos a presupuestos realistas. No obstante, podrían persistir ciertas dificultades relacionadas con la financiación de algunas partes del segmento básico debido a la escasez de fondos flexibles.

Los fondos disponibles para el periodo 2014-2015 comprenden las cantidades procedentes del bienio anterior y los ingresos recibidos en ese periodo. El cuadro que figura a continuación ofrece una visión de conjunto de los ingresos y los gastos de la OMS tanto en lo que respecta al presupuesto por programas de la Organización como a los fondos gestionados fuera de este.

Principales datos financieros – todos los fondos, 2015 y 2014 (en millones de US$)

	Total 2015	Total 2014	Total 2014–2015	Total 2012–2013
Contribuciones señaladas	463	492	955	950
Contribuciones voluntarias – presupuesto por programas	1 837	2 002	3 839	3 469
Total contribuciones – presupuesto por programas	**2 300**	**2 494**	**4 794**	**4 419**
Ingresos no previstos en el presupuesto por programas	45	78	**123**	319
Contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios	130	50	**180**	110
Total ingresos (toda procedencia)	**2 475**	**2 622**	**5 097**	**4 848**
Gastos – presupuesto por programas	2 466	1 891	4 357	3 729
Gastos – en especie de bienes y servicios	126	49	175	84
Gastos – no previstos en el presupuesto por programas	147	376	523	513
Total gastos (toda procedencia)	**2 739**	**2 316**	**5 055**	**4 326**
Ingresos financieros	**21**	**7**	**28**	**44**
Neto	**(243)**	**313**	**70**	**566**

b) Ingresos

Los ingresos totales correspondientes al presupuesto por programas 2014-2015 ascendieron a US$ 4794 millones. De esa cantidad US$ 955 millones[1] corresponden a las contribuciones señaladas de los Estados Miembros y US$ 3839 millones a contribuciones voluntarias. En 2014-2015 se contabilizaron US$ 123 millones correspondientes a ingresos no previstos en el presupuesto por programas, lo que supone un descenso con respecto al bienio anterior, derivado del cierre o abandono de varias alianzas. Las contribuciones voluntarias en especie de bienes y servicios se efectuaron mediante donaciones de suministros médicos, alquiler de oficinas y gastos de personal. En el sitio web del presupuesto por programas de la OMS puede consultarse la lista completa de todas las contribuciones voluntarias por fondo y donante.

Los ingresos por contribuciones voluntarias aumentaron en un 11% de 2012-2013 a 2014-2015. El incremento más importante se registró en el segmento de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, sobre todo en lo que respecta al ebola. Las contribuciones a los programas básicos se mantuvieron relativamente estables.

Las contribuciones voluntarias flexibles disminuyeron en un 7% de 2012-2013 a 2014-2015, mientras que las contribuciones voluntarias para fines especificados aumentaron en un 12% durante el mismo periodo. Muchas de las contribuciones voluntarias tenían fines muy específicos y guardaban relación con proyectos concretos que prevén distintos requisitos en materia de presentación de informes en el marco de los resultados previstos en el presupuesto por programas.

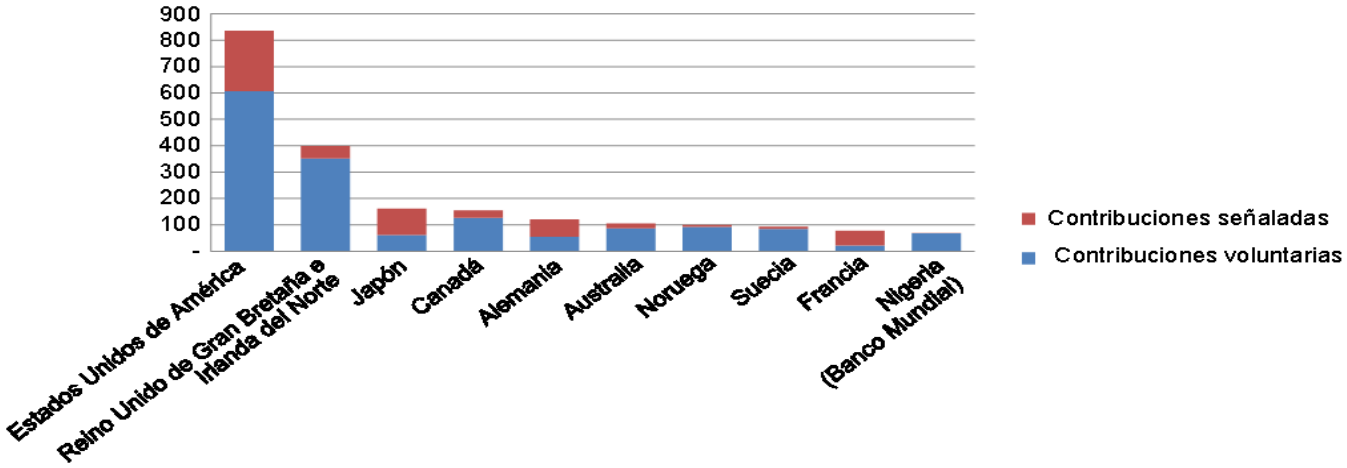
[1] Los US$ 955 millones correspondientes al periodo 2014-2015 en concepto de ingresos procedentes de contribuciones señaladas incluyen las cantidades abonadas a favor del fondo de Iguala de Impuestos. Los fondos disponibles para el presupuesto por programas 2014-2015 se mantienen en US$ 929 millones.

Los Estados Miembros siguen siendo la principal fuente de contribuciones voluntarias, con un 53% del total de las contribuciones no señaladas (voluntarias). Los porcentajes relativos son similares a los del bienio anterior, siendo el cambio más importante un descenso en lo que respecta a las fundaciones, debido a una reducción en determinadas contribuciones a la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis.

Ingresos procedentes de las contribuciones voluntarias correspondientes a 2014-2015, según su procedencia

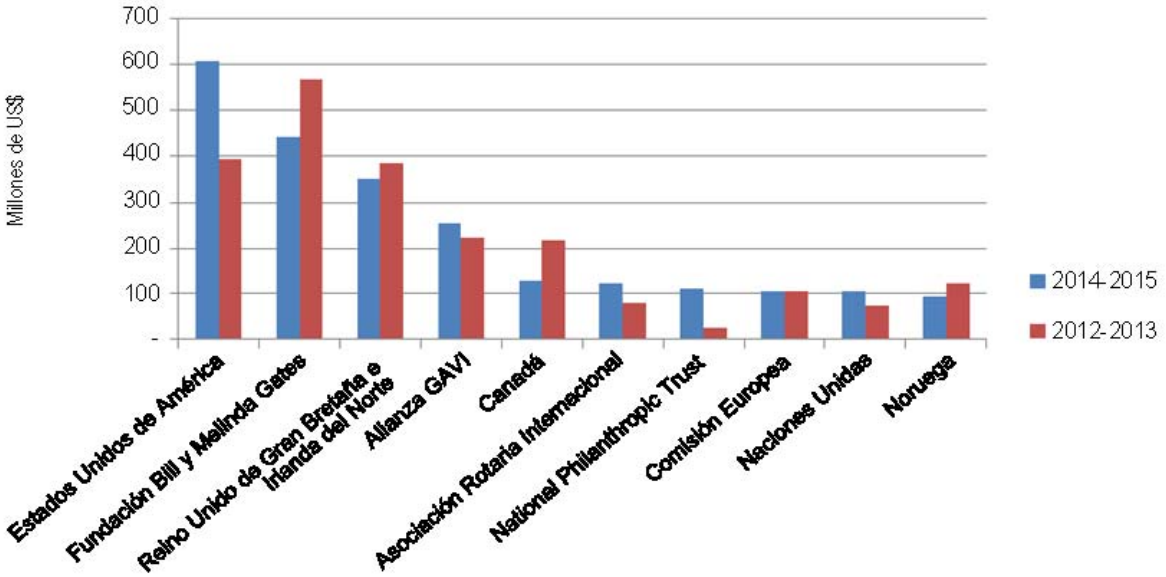
El volumen total de las contribuciones aportadas por los Estados Miembros al presupuesto por programas (contribuciones voluntarias y contribuciones señaladas) correspondiente a 2014-2015 ascendió a US$ 3000 millones, frente a US$ 2743 millones en 2012-2013. Ello representa el 63% del volumen total de las contribuciones aportadas (contribuciones voluntarias y contribuciones señaladas) para 2014-2015. Los 10 Estados Miembros que más contribuyeron al presupuesto por programas figuran a continuación y aportaron un importe total conjunto de US$ 2119 millones, lo que representa el 71% del total de las contribuciones de los Estados Miembros, o el 44% del total de las contribuciones de todas las procedencias.

Los 10 Estados Miembros que más contribuyeron al presupuesto por programas correspondiente a 2014-2015, tanto con contribuciones señaladas como con contribuciones voluntarias (en millones de US$)



A continuación se enumeran los principales contribuyentes voluntarios del periodo 2014-2015, junto con una comparación con respecto al periodo 2012-2013. Se incluyen los Estados Miembros y otros contribuyentes. Los 10 principales contribuyentes voluntarios representan el 60% del volumen total de las contribuciones voluntarias realizadas al presupuesto por programas.

Los 10 principales contribuyentes voluntarios al presupuesto por programas correspondiente a 2014-2015 y a 2012-2013 (en millones de US$)

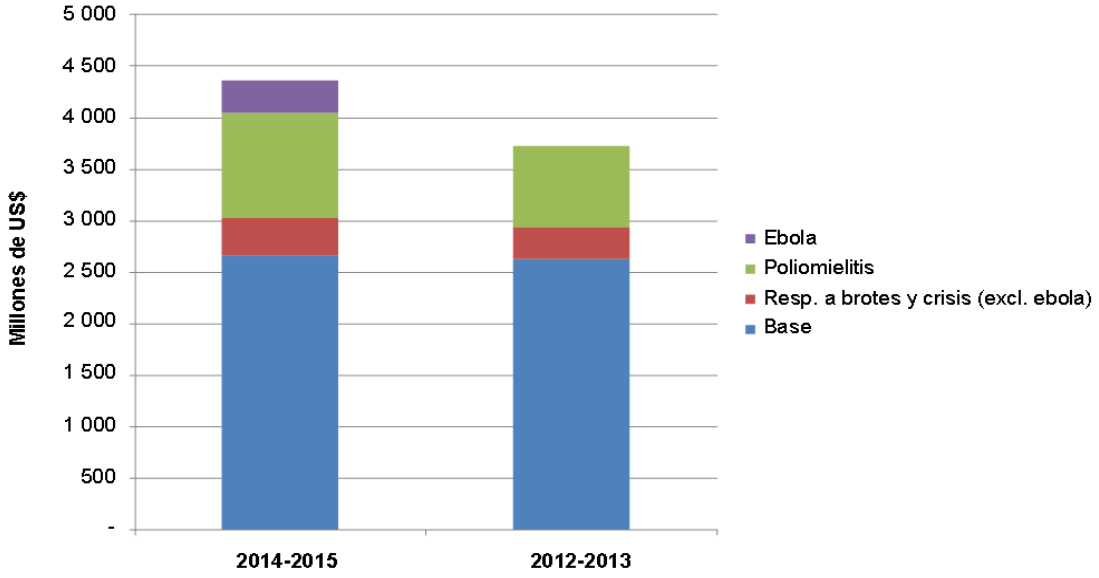


c) Gastos

El gasto total efectuado en 2014-2015 en la ejecución del presupuesto por programas ascendió a US$ 4357 millones (frente a US$ 3729 millones en 2012-2013), lo que representa un aumento de US$ 627 millones, o el 14%, con relación a 2012-2013. Los gastos se reconocen al recibir los bienes y servicios, no en el momento de contraer los compromisos o realizar los pagos. El aumento de los gastos en 2014-2015 se debe principalmente al incremento del gasto relacionado con las emergencias, en particular la emergencia del ebola (US$ 312 millones) y la ampliación de las actividades de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

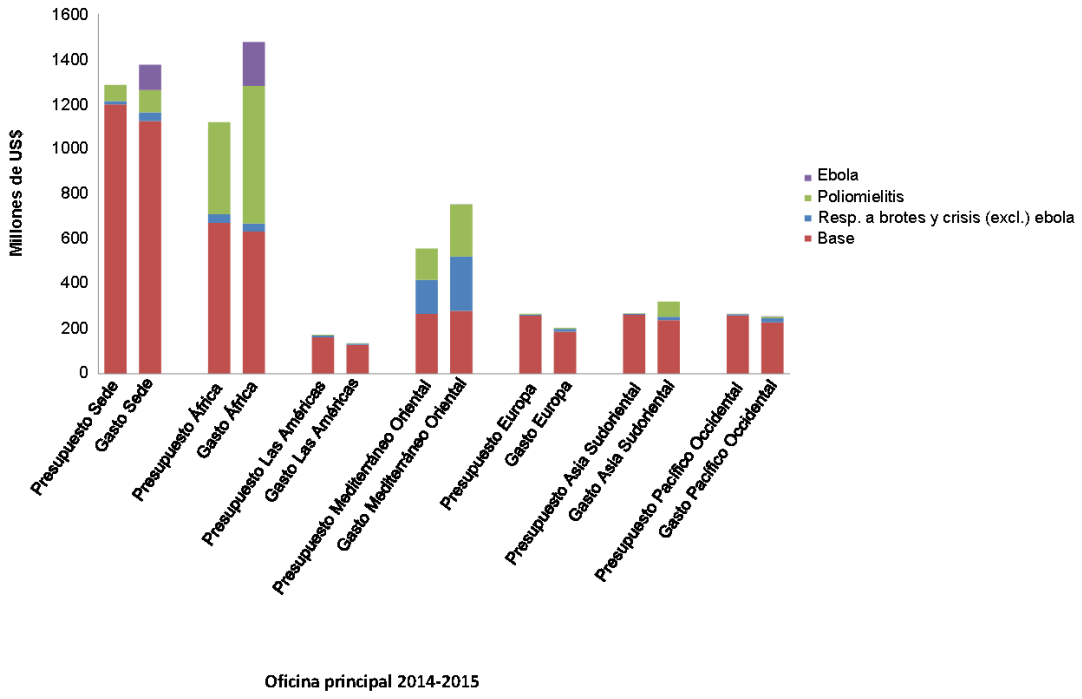
En el gráfico que figura a continuación se muestra el porcentaje del gasto correspondiente a los programas básicos, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, el ebola y otras actividades del segmento de respuesta a los brotes y las crisis. En el periodo 2014-2015, el porcentaje del gasto total correspondiente al segmento de programas básicos ascendió al 61%, lo que supone un descenso respecto del 71% registrado en 2012-2013. El porcentaje del gasto correspondiente a otros segmentos aumentó y se distribuyó del modo siguiente: el gasto correspondiente a la lucha contra la poliomielitis representó el 23% del gasto total de 2014-2015, mientras que las actividades contra el ebola representaron el 7% del gasto y la respuesta contra los brotes y las crisis, el 9%.

Gastos del presupuesto por programas por segmento, 2014–2015 y 2012–2013 (en millones de US$)



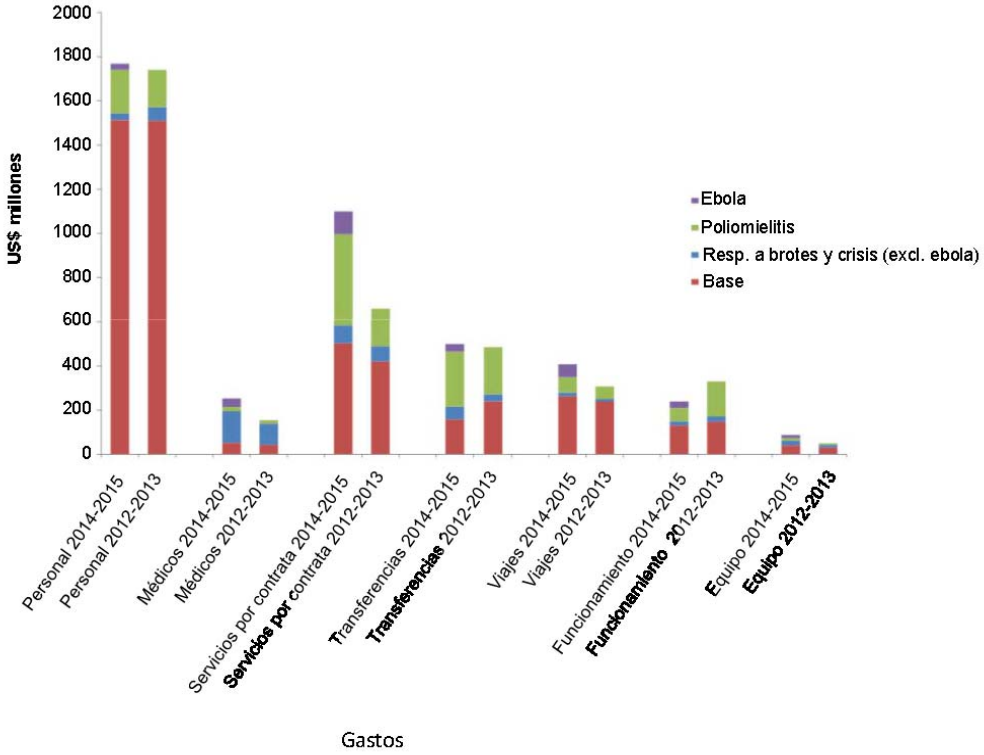
En el gráfico que figura a continuación se presentan los gastos correspondientes a 2014-2015 frente a lo previsto en el presupuesto por programas aprobado por la Asamblea de la Salud, por oficina principal. En la Región de África, los principales incrementos correspondieron al ebola y la poliomielitis, mientras que en la Región del Mediterráneo Oriental, los mayores incrementos correspondieron a la poliomielitis y las emergencias de la República Árabe Siria, el Irak, el Yemen, el Sudán y el Afganistán.

Gastos efectuados con cargo al presupuesto por programas por oficina principal en 2014-2015 y 2012-2013, frente al presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud (en millones de US$)



En el gráfico que figura a continuación se presenta un resumen de los gastos efectuados con cargo al presupuesto por programas por tipo de gasto correspondientes a 2014-2015 y 2012-2013.

Gastos efectuados con cargo al presupuesto por programas por tipo de gasto en 2014-2015 y 2012-2013 (en millones de US$)



Los **gastos de personal** suponen la mayor categoría de gasto y representan el 41% del gasto total con cargo al presupuesto por programas 2014-2015. Ese gasto correspondió al costo total de la contratación de personal, incluidos los gastos en concepto de sueldo base, ajuste por lugar de destino y otras prestaciones asumidas por la Organización (como pensiones y seguros). En comparación con 2012-2013, el gasto total de personal se mantuvo estable en toda la Organización. Los gastos de personal de base se mantuvieron estables en todos los segmentos, si bien los gastos de personal correspondientes a la poliomielitis pasaron de US$ 169 millones en 2012-2013 a US$ 197 millones en 2014-2015, principalmente debido a incrementos en las regiones de África y el Mediterráneo Oriental. Los gastos de personal correspondientes al ebola ascendieron a US$ 27 millones en 2014-2015.

Los servicios por contrata representaron el 25% del gasto total y fueron la segunda categoría de gasto más importante. Abarcan los gastos derivados de la contratación de expertos y proveedores de servicios que ayudan a la Organización a alcanzar sus objetivos. El gasto correspondiente a los servicios por contrata aumentó en US$ 441 millones de 2012-2013 a 2014-2015. Los principales componentes de esta categoría fueron los acuerdos concertados para la realización de trabajos, las actividades de ejecución directa y los contratos por acuerdos de servicios especiales expedidos a distintas personas para llevar a cabo actividades en nombre de la Organización. Los servicios por contrata también incluyeron servicios relacionados con becas, formación y gastos de seguridad. Los segmentos que registraron el mayor aumento entre 2012-2013 y 2014-2015 fueron la poliomielitis, el ebola y la respuesta a los brotes y las crisis.

Las **transferencias y las ayudas** representaron el 11% del gasto total y alcanzaron los valores máximos en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental. Esos gastos corresponden a contratos suscritos con homólogos nacionales (principalmente ministerios de salud y organizaciones no gubernamentales) para llevar a cabo actividades acordes con el presupuesto por programas (cooperación financiera directa). Cerca del 50% de todos los importes registrados para transferencias y ayudas se refieren a actividades de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. En 2014-2015 se reforzaron las normas y procedimientos relativos al uso de los acuerdos de cooperación financiera directa, con objeto de fortalecer la rendición de cuentas por el uso de esos fondos.

Los **gastos generales de funcionamiento** reflejan los gastos de mantenimiento y explotación, que incluyen los gastos relacionados con los servicios generales y otros gastos de oficina. Se registran principalmente a nivel local y en 2014-2015 representaron un 6% del gasto total del presupuesto por programas (frente al 9% en 2012-2013).

Los **gastos de viaje** representaron un 9% del gasto total del presupuesto por programas de la Organización correspondiente a 2014-2015 y ascendieron a un total de US$ 408 millones (frente a US$ 308 millones en 2012-2013). Los gastos de viaje comprenden pasajes de avión, viáticos y otros gastos de viaje abonados a funcionarios y a personal sin condición de funcionario. El incremento de los gastos de viaje se debió al aumento de los viajes de personal sin condición de funcionario relacionados con situaciones de emergencia —epidemia de ebola y otras emergencias— y a la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis. De hecho, el porcentaje de los gastos de viaje correspondientes al personal descendió del 52% en 2012-2013 al 46% en 2014-2015.

Los **gastos en material y suministros médicos** corresponden principalmente a los suministros médicos adquiridos y distribuidos por la Organización para ejecutar los programas, así como la bibliografía médica, y únicamente representaron el 6% del gasto total de 2014-2015 (frente al 4% registrado en 2012-2013). Los mayores incrementos en términos absolutos se registraron en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental, y se debieron al aumento de suministros médicos de emergencia para combatir la epidemia de ebola, para las emergencias de Libia y la República Árabe Siria y para las actividades de erradicación de la poliomielitis.

d) Riesgos financieros

La Organización debe gestionar distintos riesgos financieros, derivados de su estructura de financiación y de un funcionamiento descentralizado. El Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión examina esos riesgos a alto nivel y formula recomendaciones. Algunos riesgos concretos han sido objeto de particular atención por los Estados Miembros.

El mayor riesgo al que se enfrenta la OMS es la **incertidumbre en relación con su financiación a largo plazo**. En las reuniones del diálogo sobre financiación se ha examinado el conjunto de la financiación proyectada para la Organización, así como la armonización entre esta y el presupuesto de la OMS. Si bien el diálogo sobre financiación ha permitido mejorar la financiación del presupuesto a corto plazo y garantizó la práctica totalidad de los recursos necesarios para sufragar todos los programas del bienio 2014-2015 y prácticamente también del bienio 2016-2017, aún persisten riesgos en el largo plazo. La financiación de la Organización sigue dependiendo de un número relativamente pequeño de donantes.

Una importante fuente de financiación que no estará disponible después de 2019 es la que sufraga la **Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis**. En 2014-2015, el 23% del gasto del presupuesto total por programas se dedicó a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Es preciso encontrar otras fuentes de financiación para garantizar que, una vez que se agoten los recursos destinados a esa iniciativa, la Organización pueda seguir sufragando el costo del personal que tiene previsto conservar para llevar a cabo la planificación del legado de la lucha contra la poliomielitis. En lo que atañe al personal financiado con recursos procedentes de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis que la Organización no tiene previsto conservar, existe un fondo de reserva, que se ampliará en el futuro, para garantizar la disponibilidad de fondos suficientes para hacer frente a las indemnizaciones por separación del servicio.

Las **obligaciones a largo plazo más gravosas relacionadas con el personal** están relacionadas con el costo del seguro de enfermedad después de la separación del servicio. La última valoración actuarial cifra el total de las obligaciones de la OMS por prestaciones de seguro médico en US$ 1523 millones, incluido el coste futuro estimado de las prestaciones devengadas después de la separación del servicio. Teniendo en cuenta que la financiación actual de la OMS asciende a US$ 609 millones, la Organización adolece de un déficit neto de US$ 914 millones. Para paliar dicho déficit, la Organización se ha dotado de un mecanismo presupuestario, mediante su modelo de cálculo de gastos de personal, que garantiza un reparto equitativo de la carga entre todos los contribuyentes de la OMS.

El programa de asistencia sanitaria prevé el reembolso de gastos médicos a los empleados en activo y los empleados jubilados, y a los familiares que tengan a su cargo, con arreglo a una serie de normas y límites estrictos. El plan de Seguro de Enfermedad del Personal también da cobertura al personal de otras entidades, como

la OPS, el ONUSIDA, el UNITAID, el CIIC y el Centro Internacional de Cálculos Electrónicos, y publica sus propios estados financieros. Con el fin de establecer un mecanismo a largo plazo para garantizar la financiación futura de la totalidad de esas prestaciones, en 2011 se aprobaron cambios en las tasas de contribución al plan del Seguro de Enfermedad del Personal, realizadas tanto por la Organización como por los partícipes en el plan de todas las entidades. En la última evaluación actuarial se estimó que el plan podía alcanzar la financiación plena en 2037. También se prevé introducir otras medidas de contención del gasto.

La Organización recibe contribuciones y realiza pagos en monedas distintas del dólar de los Estados Unidos, por lo que está expuesta al **riesgo cambiario** derivado de las fluctuaciones de los tipos de cambio. Se utilizan contratos a plazo sobre divisas para cubrir la exposición al riesgo cambiario de monedas diferentes al dólar de los Estados Unidos y gestionar los flujos de efectivo a corto plazo. Esas medidas de gestión del riesgo cambiario han permitido proteger el presupuesto actual de la Organización frente a la volatilidad a corto plazo de los tipos de cambio. La Organización también está expuesta a riesgos de **inversión** relacionados con los fondos a corto plazo destinados a actividades programáticas, y los fondos a largo plazo destinados a cumplir con obligaciones no perentorias. El Comité Asesor de Inversiones analiza periódicamente las políticas de inversión, el rendimiento de las inversiones y el riesgo ligado a cada cartera de inversión.

Además de las necesidades expuestas en sus presupuestos bianuales, la Organización tiene **necesidades de infraestructura a largo plazo** relacionadas, en particular, con sus edificios y sistemas de tecnologías de la información. El plan de mejoras, financiado por el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, describe las necesidades más urgentes en ese campo. El proyecto de mayor envergadura previsto en el plan es una estrategia de remodelación integral de la Sede, que se presentará por separado a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud,[1] junto con una propuesta de financiación. En cuanto a los sistemas de tecnologías de la información, se ha constituido un fondo para administrar las principales infraestructuras informáticas. Mediante el presente informe, se notifican a la Asamblea de la Salud los datos relativos a la financiación y los gastos del Fondo de Gestión de Bienes Inmuebles y el Fondo para Tecnologías de la Información.

e) Transparencia, rendición de cuentas y cumplimiento

Tras la aprobación del presupuesto por programas para el periodo 2014-2015, se puso en marcha una medida fundamental de la reforma de la OMS y una recomendación derivada del diálogo sobre la financiación de 2013. Se trata de la implantación de una asignación más estratégica y una gestión más sistemática de los recursos flexibles mancomunados, con el fin de proporcionar fondos suficientes a todas las áreas programáticas y garantizar el buen funcionamiento de las entidades de los tres niveles de la Organización. La liberación de recursos flexibles se produce varias veces a lo largo de cada bienio, tras hacer un seguimiento y un examen minuciosos en toda la Organización de los recursos disponibles, los déficits de financiación, los ingresos previstos y las tasas de ejecución previstas. La Organización se apoyará en la experiencia adquirida en 2014-2015 para seguir optimizando la distribución estratégica de fondos flexibles en el bienio 2016-2017.

Ese mecanismo ha facilitado una mayor armonización de los fondos asignados a los distintos programas y las principales oficinas. Ello ha permitido reducir la diferencia entre los programas y las oficinas mejor y peor financiadas, en comparación con el periodo 2012–2013. Las contribuciones voluntarias flexibles aportadas por un pequeño número de donantes siguen siendo fundamentales para dar continuidad a los esfuerzos destinados a mejorar la armonización.

La puesta en marcha del portal de Internet del presupuesto por programas de la OMS ha permitido mejorar considerablemente la transparencia financiera. El portal proporciona datos sobre las fuentes de financiación y la distribución de recursos en toda la Organización, incluso en cada país. Las aportaciones realizadas por los Estados Miembros y otros actores durante el diálogo sobre financiación han determinado el modo de funcionamiento del portal y la información que en él se publica. Con el tiempo, el portal se convertirá en el principal repositorio de información sobre programas, función que se está poniendo a prueba durante la actual fase de evaluación general del desempeño.

Entre otras iniciativas encaminadas a mejorar la transparencia figura la creación de una serie de consolas que muestran datos relativos al cumplimiento por la dirección de la Organización en función de una serie de indica-

[1] Véanse los documentos A69/56 y EB138/2016/REC/1, resolución EB138.R7.

dores clave. Se trata de un instrumento importante para realizar comparaciones entre centros presupuestarios u otras entidades administrativas, así como para hacer un seguimiento de las mejoras en entidades individuales a lo largo del tiempo.

El establecimiento de un pacto de rendición de cuentas entre la Directora General y los Subdirectores Generales también ilustra el modo en que la OMS se esfuerza por que haya una mayor apertura y claridad con respecto a la labor de los altos directivos de la Organización. La carta anual de representación, junto con la lista de comprobación para la autoevaluación del control interno, que constituyen declaraciones de control interno acerca del uso de recursos por cada director regional y subdirector general, también se han implantado con buenos resultados.

Es esencial actuar a los tres niveles de la Organización para mejorar el proceso de rendición de cuentas en toda la OMS. Un ámbito que ha recibido especial atención es el modo en que la Organización gestiona la cooperación financiera directa en los países. El aumento de la vigilancia y los cambios normativos han dado lugar a mejoras importantes, como la reducción en un 65% del número de informes pendientes sobre cooperación financiera directa entre finales de 2013 y finales de 2015.

La puesta en marcha de una serie de procesos complementarios ha mejorado los procedimientos de rendición de cuentas en los países. Entre ellos, figuran las auditorías realizadas por auditores internos y externos; la realización conjunta de exámenes administrativos, financieros y programáticos; y una evaluación externa independiente de la presencia de la OMS en los distintos países. Todas las oficinas regionales han establecido unidades específicas de cumplimiento y los directores regionales actúan sistemáticamente ante cualquier irregularidad que se detecte para aplicar los mecanismos de rendición de cuentas a nivel regional y nacional.

Desde 2014, cuando se implantó el registro de riesgos institucionales, la gestión de riesgos se ha convertido en parte integrante de los procesos operacionales de la OMS. Tras la adopción de la política integral de gestión de riesgos en noviembre de 2015, la gestión de riesgos se integró en la planificación operacional. Actualmente, todos los centros presupuestarios de la OMS están obligados a definir riesgos; notificar esos riesgos al personal directivo superior en función de su nivel de gravedad; y formular recomendaciones para la adopción de medidas de mitigación. Se ha establecido un mecanismo centralizado de vigilancia permanente para facilitar ese ejercicio y garantizar un seguimiento sistemático. La gestión de riesgos proporciona información que facilita la toma de decisiones por la Organización. La planificación estratégica y operacional utiliza los datos sobre los riesgos detectados en el ejercicio, a fin de avanzar en lo referente al presupuesto por programas y evaluar los progresos realizados.

El traslado progresivo de los servicios de finanzas, de recursos humanos y de tecnologías de la información de toda la Organización a Malasia, donde los costes de personal son inferiores a los de Ginebra, sigue contribuyendo a aumentar la eficiencia de la Organización. En el periodo 2014-2015 cabe destacar la implantación de productos de tecnologías de la información armonizados y de uso común a escala mundial. Esos productos han permitido mejorar la prestación de los servicios, aumentar la productividad de los usuarios en todas las oficinas de la OMS, reducir las duplicidades y obtener mayor eficiencia financiera. Asimismo, todas las oficinas regionales introdujeron mejoras; un ejemplo de ello es la reducción de los viajes y el mayor uso de la videoconferencia. Algunas regiones han hecho un esfuerzo especial para reducir el uso de material impreso en las reuniones regionales de los órganos deliberantes y en otras reuniones importantes. En parte gracias a esas iniciativas, en el bienio 2014-2015, el gasto total correspondiente a la categoría 6, que engloba las funciones de dirección, infraestructura y administración de la Organización, se redujo en un 7,5% con respecto a lo presupuestado.

SECCIÓN 1. LOGROS POR CATEGORÍA Y ÁREA PROGRAMÁTICA

SECCIÓN 1. LOGROS POR CATEGORÍA Y ÁREA PROGRAMÁTICA

Categoría 1
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El objetivo general de esta categoría consiste en reducir la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, entre ellas el VIH/sida, la tuberculosis, el paludismo, las enfermedades tropicales desatendidas y las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

El bienio ha sido testigo de resultados alentadores y de logros importantes que superaron las metas originales de la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que respecta al VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo. Esto incluye aumentos significativos en la cobertura de intervenciones esenciales para, por ejemplo, las personas infectadas con el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico, los pacientes con tuberculosis multirresistente diagnosticada rápidamente y sometidos al tratamiento apropiado, y el creciente número de niños menores de cinco años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida en el África subsahariana. Las actividades de la OMS en esta categoría han contribuido al logro de esas metas.

Las hepatitis virales no se incluyeron en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo que reflejó una falta general de compromiso político y financiación. Sin embargo, en el bienio 2014-2015 la OMS asumió el liderazgo para dar mayor importancia a los programas mundiales relativos a esa enfermedad, lo que culminó en 2015 con la primera Cumbre Mundial sobre la Hepatitis. La OMS publicó directrices que pueden ayudar a los países a elaborar programas nacionales integrales sobre la hepatitis. La Organización desarrolló la primera estrategia mundial del sector sanitario para las hepatitis virales en 2016-2021, que presenta una visión sobre la eliminación de la hepatitis para 2030. Próximamente se someterá al examen de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud un pro-

yecto de estrategia.[1] No obstante, la ampliación del acceso al tratamiento para materializar esa visión dependerá de importantes reducciones de precios de los medicamentos contra la hepatitis.

A fin de avanzar en lo concerniente a la prevención y el control de las enfermedades tropicales desatendidas, durante el bienio se adoptó con éxito un enfoque integrado centrado en las poblaciones pobres, rurales y marginadas.

La OMS y el ONUSIDA establecieron nuevas metas ambiciosas relacionadas con el VIH, la tuberculosis y el paludismo. Como continuación de esto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible van más allá del programa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que respecta a ampliar el ámbito de la atención para incluir, específicamente, las enfermedades tropicales desatendidas y las hepatitis virales.

La OMS acogió la secretaría que recopiló los datos sobre los progresos realizados hacia la consecución de las metas y los objetivos estratégicos del Plan de acción mundial sobre vacunas, facilitó el examen independiente llevado a cabo por el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico en 2014 y 2015, e informa a la Asamblea de la Salud. En general, y no obstante los progresos observados en algunas áreas, el mundo no está bien encaminado hacia el logro de las metas a mediano plazo.

CATEGORÍA 1 - SITUACIÓN FINANCIERA GLOBAL, 2014-2015 (MILES DE US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	266 700	19 500	107 400	30 600	89 900	71 500	255 200	840 800
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	60 967	14 902	21 326	4053	11 365	11 990	31 852	156 455
Contribuciones voluntarias para fines especificados	199 914	18 270	64 289	30 447	37 890	51 265	242 883	644 985
Total	**260 881**	**33 172**	**85 615**	**34 500**	**49 255**	**63 255**	**274 735**	**801 440**
Fondos disponibles como % del presupuesto	98%	170%	80%	113%	55%	88%	108%	95%
Gastos de personal	82 042	18 939	26 906	13 471	16 771	28 323	137 902	324 354
Gastos derivados de las actividades	144 005	11 677	52 912	17 758	29 885	31 145	105 433	392 815
Total de gastos	**226 047**	**30 616**	**79 818**	**31 229**	**46 656**	**59 468**	**243 335**	**717 169**
Gastos como % del presupuesto aprobado	85%	157%	74%	102%	52%	83%	95%	85%
Gastos como % de los fondos disponibles	87%	92%	93%	91%	95%	94%	89%	89%
Gastos de personal por oficina principal	25%	6%	8%	4%	5%	9%	43%	100%

[1] Véase el documento A69/32.

1.1 VIH/SIDA

EFECTO 1.1. AUMENTO DEL NÚMERO DE PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH QUE ACCEDEN A INTERVENCIONES CLAVE

De las pruebas científicas a la adopción de medidas: la experiencia de la OMS en lo relativo al VIH/sida orienta la lucha contra la hepatitis

En 2015, gracias a un esfuerzo multisectorial sin precedentes, la propagación del VIH comenzó a retroceder, lo que reveló que la meta mundial del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 relativa al VIH/sida se podía alcanzar.

La Estrategia mundial del sector sanitario sobre el VIH/sida 2011-2015 fue esencial en el marco del esfuerzo mundial y proporcionó la orientación estratégica para la respuesta del sector sanitario. Esto posibilitó que 16 millones[1] de personas infectadas con el VIH puedan acceder ahora a la terapia antirretrovírica; permitió una intensificación masiva de los programas integrales de prevención del VIH, incluidas 10 millones de circuncisiones profilácticas voluntarias en África oriental y meridional; y dio lugar a progresos significativos hacia la eliminación de la transmisión del VIH y la sífilis de la madre al niño.

Una de las funciones de la OMS consiste en actuar como fuerza impulsora, ejerciendo el liderazgo técnico de una coalición mundial de países, asociados para el desarrollo y entidades de la sociedad civil:

- Al comienzo del bienio, en 2014, las nuevas infecciones anuales con el VIH disminuyeron a 2 millones, respecto de los 3,1 millones de 2000, o sea una reducción del 35%.
- Del nivel máximo registrado en 2004, las defunciones relacionadas con el VIH descendieron un 42% hasta 2014. Esto significa también que el número de personas infectadas con el VIH aumentó de unos 9 millones, en 1990, a 36,9 millones en 2014, mientras que las tasas de supervivencia mejoraron gracias al tratamiento.
- La proporción de nuevas infecciones por año entre jóvenes de 15 a 19 años disminuyó un 37% entre 2000 y 2014, debido principalmente a un cambio comportamental, en particular el aumento del uso de preservativos, el menor número de parejas sexuales múltiples y el retraso del inicio de las relaciones sexuales.
- El uso de antirretrovíricos para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño ha sido eficaz, y la eliminación es actualmente un objetivo realista; la OMS está dirigiendo el proceso de certificación de la eliminación en los países. En la actualidad, más de 80 países notifican menos de 50 nuevas infecciones con el VIH cada año. En junio de 2015 Cuba se convirtió en el primer país en el que se certificó la eliminación de nuevas infecciones entre los niños en general.

Otro componente de la función de liderazgo de la OMS consiste en traducir la investigación clínica y operacional, las pruebas científicas y las experiencias sobre el terreno, así como las prácticas óptimas internacionales que vayan surgiendo, en claras recomendaciones normativas, operacionales y clínicas.

Durante el bienio se han elaborado directrices relativas al enfoque de «tratamiento para todos». Las directrices proporcionaron fundamentos técnicos sólidos respecto del acceso universal al tratamiento antirretrovírico para todas las personas infectadas con el VIH; información estratégica para orientar mejor las respuestas en toda la gama de servicios relativos al VIH; diversificación de los enfoques y servicios relativos a pruebas de VIH y servicios destinados a ampliar los conocimientos sobre el estado del VIH; servicios integrales que permitan reducir la exclusión de poblaciones clave; e información estratégica para vigilar y orientar mejor los programas sobre el VIH.

Otros instrumentos de orientación normativa, política y operacional se centraron en el autoanálisis del VIH; la circuncisión profiláctica voluntaria; la profilaxis previa a la exposición a la infección con el VIH; al adquisición de medicamentos; y la prestación de servicios relacionados con el VIH, especialmente para poblaciones clave.

---

[1] La meta inicial del efecto consistía en llegar a 15 millones de personas tratadas con medicamentos antirretrovíricos.

El apoyo de la OMS a los países contribuyó a traducir las pruebas científicas en medidas concretas. El apoyo intensificado se centró en un conjunto de 58 países destinatarios. El resultado fue una reducción significativa del tiempo transcurrido entre la publicación, la adopción y la aplicación de nuevas recomendaciones.

Gracias a su presencia sobre el terreno, al conocimiento de la situación local y a la comprensión del contexto de los países, la OMS ayudó a 74 países a acceder a los recursos que necesitaban de otros asociados, tanto mediante la asistencia técnica para evaluar programas nacionales como a través de la elaboración de notas conceptuales del Fondo Mundial sobre el VIH.

La obtención de mejores datos destinados a la adopción de decisiones ha sido de importancia capital en el apoyo de la OMS a los países. Utilizados de forma óptima, los datos de buena calidad ayudan a los países a comprender las constantemente cambiantes epidemias y darles respuestas estratégicas. Esto es particularmente crítico cuando los recursos son escasos y la relación calidad precio es primordial. Actualmente se utilizan datos geográficos y demográficos clave desglosados, con el fin de respaldar decisiones en los planos mundial, nacional y local y, en ese contexto, la OMS ha aumentado su inversión en encuestas demográficas y vigilancia de enfermedades. A raíz de esto los programas permiten realizar intervenciones de gran efecto en las poblaciones y los lugares que más las necesitan y, al mismo tiempo, se mejora la presentación de informes nacionales y mundiales.

En el bienio 2014-2015 los programas de la OMS sobre VIH y hepatitis virales aunaron esfuerzos para revitalizar las actividades mundiales dirigidas a afrontar cuestiones largamente desatendidas concernientes a las hepatitis virales. La eliminación de la hepatitis B y la hepatitis C como amenazas de salud pública es posible mediante intervenciones de prevención y tratamiento disponibles y sumamente eficaces (en particular la vacunación contra el virus de la hepatitis B, los protocolos y servicios para la seguridad de las inyecciones y la sangre, la prevención de daños en personas que se inyectan drogas, el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B, y los nuevos tratamientos curativos para la infección crónica con el virus de la hepatitis C).

La OMS ha acelerado los procesos de examen de las pruebas científicas y el desarrollo de directrices a fin de aprovechar esas oportunidades y satisfacer las necesidades de los países. Se han elaborado nuevas directrices, incluso en relación con la detección, la atención y el tratamiento de la infección con el virus de la hepatitis C; la prevención la atención y el tratamiento de la infección con el virus de la hepatitis B; y el reconocimiento, la investigación y el control de infecciones con el virus de la hepatitis E transmitidas por el agua. Esto se complementó con instrumentos de orientación sobre el desarrollo de programas de lucha contra la hepatitis, y la elaboración de un conjunto de indicadores normalizados que permitan realizar el seguimiento y la evaluación de las políticas y los servicios relativos a la hepatitis.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática (VIH/sida) y muestra la contribución de la OMS al creciente uso de medicamentos antirretrovíricos y a la reducción de la transmisión del VIH de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/155, consultado el 7 de abril de 2016.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
1.1.1.	Se habrán logrado la aplicación y el seguimiento de la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015 mediante el diálogo sobre políticas y la asistencia técnica en los planos mundial, regional y nacional	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
1.1.2.	Se habrán adaptado y aplicado las normas y los criterios más recientes en materia de prevención y tratamiento de la infección con el VIH en niños y adultos, con incorporación de programas sobre el VIH y otros programas sanitarios, y se habrán reducido las desigualdades	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Europa**	**Mediterráneo Oriental**	**Pacífico Occidental**	**Sede**	**Total**
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	45 900	4000	14 200	5800	9600	10 100	41 900	131 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	16 645	5250	4751	956	2282	3843	5520	39 247
Contribuciones voluntarias para fines especificados	29 394	2602	10 802	5651	5600	8081	40 842	102 972
Total	**46 039**	**7852**	**15 553**	**6607**	**7882**	**11 924**	**46 362**	**142 219**
Fondos disponibles como % del presupuesto	100%	196%	110%	114%	82%	118%	111%	108%
Gastos de personal	22 388	4775	5713	3133	3760	7139	23 914	70 822
Gastos derivados de las actividades	19 825	1338	7935	2893	3865	4464	18 798	59 118
Total gastos	**42 213**	**6113**	**13 648**	**6026**	**7625**	**11 603**	**42 712**	**129 940**
Gastos como % del presupuesto aprobado	92%	153%	96%	104%	79%	115%	102%	99%
Gastos como % de los fondos disponibles	92%	78%	88%	91%	97%	97%	92%	91%
Gastos de personal por oficina principal	32%	7%	8%	4%	5%	10%	34%	100%

1.2 TUBERCULOSIS

EFECTO 1.2. AUMENTO DEL NÚMERO DE PACIENTES DE TUBERCULOSIS TRATADOS CON ÉXITO

Progresos hacia la ampliación del acceso a pruebas de diagnóstico rápido – una medida crucial para superar la crisis de tuberculosis multirresistente

Joe es un hombre sudafricano infectado con el VIH desde hace cinco años. En una revisión médica realizada recientemente en el dispensario local para el VIH, una médica observó que Joe tosía persistentemente y estaba perdiendo peso. La médica sospechó que el motivo podría ser la tuberculosis, y prescribió una prueba de tuberculosis que arrojó resultados precisos en solo dos horas. Los resultados incluían información según la cual la cepa del virus de la tuberculosis que afectaba a Joe era resistente a la rifampicina, el medicamento de primera línea más poderoso, y un marcador para la tuberculosis multirresistente. Joe se pudo someter inmediatamente a un tratamiento que la médica confiaba en que lo curaría de la tuberculosis.

Pocos años antes, esta historia no habría tenido un buen final. Con los métodos tradicionales de detección de la tuberculosis, un esputo de Joe se debería haber teñido y examinado en un microscopio. Si se hubiesen observado bacilos (con frecuencia no hay suficientes para que los vea un microbiólogo, especialmente cuando la muestra proviene de una persona con VIH o de un niño), se habría sometido a Joe a un tratamiento semestral normalizado que tal vez no habría sido eficaz contra su cepa del virus de la tuberculosis. Tras el fracaso del tratamiento, se lo habría sometido a otro tratamiento normalizado. Si el médico tenía acceso a pruebas de farmacorresistencia, se habría enviado una muestra a un laboratorio centralizado con altas condiciones de bioseguridad y personal especializado, y la muestra de Joe se habría cultivado. Semanas, e incluso meses más tarde, los resultados habrían estado listos para permitir que Joe finalmente se sometiera a un tratamiento que lo curara.

Lo que ha cambiado las perspectivas de Joe ha sido el Xpert MTB/RIF, una prueba de detección rápida de la tuberculosis y la resistencia a la rifampicina (un marcador para la tuberculosis multirresistente). La OMS recomendó esa prueba por primera vez en diciembre de 2010, tras un examen general de las pruebas científicas. Posteriormente, los países adoptaron el Xpert MTB/RIF como un instrumento eficaz para la rápida detección de la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente en los niveles más bajos del sistema de salud. En 2015, 119 países de ingresos bajos y medianos disponían de la capacidad para realizar pruebas Xpert MTB/RIF con 4672 dispositivos y 6,2 millones de cartuchos para pruebas adquiridos en el sector público de todo el mundo. La OMS facilitó este desarrollo mediante el suministro de asistencia técnica a los países, la elaboración de orientación práctica, la reunión de asociados y donantes para intercambiar prácticas óptimas, y la coordinación de las actividades. Además, esto fue posible gracias a la sustancial financiación y la asistencia técnica que los países recibieron de diversas fuentes, entre ellas el Fondo Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, el Plan de Emergencia del Presidente para luchar contra el SIDA, la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores, TB REACH y Médicos Sin Fronteras.

Esta capacidad nacional reforzada en lo concerniente a las pruebas rápidas de detección de la tuberculosis posibilitó grandes avances en la lucha contra la epidemia de tuberculosis multirresistente. En 2012 la OMS pidió que la tuberculosis multirresistente se abordara como una crisis de sector público. En 2014, unas 480 000 personas contrajeron tuberculosis multirresistente, y según estimaciones de la OMS se produjeron 190 000 defunciones por tuberculosis multirresistente. En el mismo año se detectaron y notificaron 123 000 casos de tuberculosis multirresistente. Esto representa un aumento del 130% respecto de 2010, año de la introducción del Xpert MTB/RIF. El mejoramiento de la capacidad nacional de diagnóstico para detectar casos de tuberculosis farmacorresistente es un primer paso crucial en la lucha contra esa forma de la enfermedad. La combinación de esta medida con un mejor acceso a los tratamientos y la atención de calidad completan la cadena y permiten que las personas con tuberculosis multirresistente reciban la atención que necesitan. Según se notificó, el número de pacientes de tuberculosis que se examinaron en 2014 para detectar farmacorresistencia fue mayor que en ningún otro año precedente, si bien todavía es insuficiente. En todo el mundo se realizaron pruebas al 58% de los pacientes tratados previamente y al 12% de los nuevos casos, lo que supone un 17% y un 8,5% de aumento, respectivamente, en 2013. Esta mejora se debe principalmente a la adopción de la prueba molecular rápida.

En el periodo 2013-2016, el proyecto TBXpert, iniciado por el Programa Mundial de la OMS contra la Tuberculosis con una financiación del UNITAID de US$ 25,9 millones, desempeñó una función crucial para ampliar el acceso a pruebas rápidas. El proyecto permitió suministrar 237 dispositivos y 1,4 millones de cartuchos para pruebas a 21 países con elevada carga de morbilidad. Esto incrementó significativamente la capacidad de detección de la tuberculosis y de diagnóstico de resistencia a la rifampicina, y posibilitó la detección de tuberculosis en 230 000 personas y de tuberculosis farmacorresistente en 61 000 personas.

Asimismo, en 2014 la OMS publicó orientación normativa actualizada con recomendaciones ampliadas para la utilización de Xpert MTB/RIF. Además de estar vivamente recomendada para la detección de la tuberculosis en personas en riesgo de contraer tuberculosis farmacorresistente y tuberculosis asociada con el VIH, Xpert MTB/RIF se recomienda para la detección de tuberculosis en los niños, la detección de tuberculosis no pulmonar y, cuando los recursos lo permiten, la detección de tuberculosis en todas las personas en las que se sospeche la posibilidad de infección.

En 2014, la mayoría de los países con alta carga de morbilidad notificaron la inclusión de las recomendaciones de la OMS en las políticas nacionales de detección de la tuberculosis en personas en riesgo de contraer tuberculosis farmacorresistente (69%), así como en personas con tuberculosis asociada al VIH (60%). Muchos países también han adoptado las recomendaciones de la OMS sobre su uso para detectar la tuberculosis en niños (50%) y la tuberculosis no pulmonar (41%).

A fin de ampliar más aún el acceso a las pruebas rápidas de detección de la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente, la OMS está trabajando para:

- evaluar pruebas científicas relativas a la eficacia de nuevos medios de diagnóstico, con miras a desarrollar orientación normativa sobre su uso;
- asesorar a los países en el desarrollo de algoritmos de diagnóstico eficaces, con el fin de ampliar el acceso de los pacientes;
- prestar y coordinar la asistencia técnica a los países para permitir el uso óptimo de las tecnologías disponibles.

A partir de 2016, el objetivo mundial ha dejado de ser el control de la tuberculosis para ser la eliminación mundial de la epidemia de tuberculosis. Acabar con esa epidemia para 2030 es el objetivo de la Estrategia Alto a la Tuberculosis, de la OMS, y es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Estrategia hace hincapié en la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato para todas las personas de todas las edades que sufran cualquier forma de tuberculosis farmacosensible o farmacorresistente. La OMS está colaborando estrechamente con países y asociados, a fin de asegurar que los medios rápidos de diagnóstico y las pruebas de susceptibilidad de la tuberculosis sean accesibles a quienes los necesiten. Junto con este impulso destinado a fortalecer la capacidad de diagnóstico, la OMS está apoyando a los países en lo relativo a la creación de la capacidad para dispensar tratamiento y atención eficaces. Con este impulso se puede poner fin a la crisis generada por la tuberculosis multirresistente y a la epidemia de tuberculosis.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la tuberculosis. Las actividades de la OMS orientadas a ampliar el acceso a medios rápidos de diagnóstico de la tuberculosis han contribuido al indicador del efecto correspondiente al número de pacientes con tuberculosis multirresistente sometidos a tratamiento.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/156, consultado el 7 de abril de 2016.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
1.2.1.	Se habrá facilitado la aplicación reforzada de la estrategia Alto a la Tuberculosis con miras a intensificar los servicios de atención y control haciendo hincapié en los grupos vulnerables, el fortalecimiento de la vigilancia y la armonización con los planes del sector sanitario	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2.2.	Se habrá proporcionado orientación normativa y directrices técnicas actualizadas sobre tuberculosis relacionada con el VIH, atención a los pacientes con tuberculosis multirresistente, enfoques del diagnóstico de la tuberculosis, detección de la tuberculosis en grupos de riesgo y tratamiento integrado de la tuberculosis en la comunidad	✓	!	✓	!	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Europa**	**Mediterráneo Oriental**	**Pacífico Occidental**	**Sede**	**Total**
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	16 900	1100	30 400	11 000	20 900	14 400	36 200	130 900
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	7639	1094	2821	1653	1814	2453	3772	21 246
Contribuciones voluntarias para fines especificados	17 539	1061	19 674	11 595	3541	8670	34 400	96 480
Total	**25 178**	**2155**	**22 495**	**13 248**	**5355**	**11 123**	**38 172**	**117 726**
Fondos disponibles como % del presupuesto	149%	196%	74%	120%	26%	77%	105%	90%
Gastos de personal	11 181	1212	5893	5129	3276	6237	25 556	58 484
Gastos derivados de las actividades	10 694	762	15 501	6024	1774	4252	11 633	50 640
Total gastos	**21 875**	**1974**	**21 394**	**11 153**	**5050**	**10 489**	**37 189**	**109 124**
Gastos como % del presupuesto aprobado								
Gastos como % de los fondos disponibles	129%	179%	70%	101%	24%	73%	103%	83%
Gastos de personal por oficina principal	87%	92%	95%	84%	94%	94%	97%	93%

1.3 MALARIA

EFECTO 1.3. ACCESO AMPLIADO PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE MALARIA AL TRATAMIENTO ANTIPALÚDICO DE PRIMERA LÍNEA

La estrategia técnica mundial – un marco para el control y la eliminación de la malaria

Desde el comienzo del presente milenio se ha registrado un extraordinario descenso de la carga de morbilidad por malaria en todo el mundo. Entre 2000 y 2015 las tasas de defunción por malaria cayeron un 60%, lo que se tradujo en 6,2 millones de vidas salvadas. La tasa de nuevos casos de malaria (incidencia) disminuyó un 37%. Se ha alcanzado la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados en 2000 relativa a la malaria, consistente en detener y comenzar a contrarrestar la incidencia de esa enfermedad para 2015.

Los progresos mundiales se debieron, en gran parte, a la aplicación masiva de intervenciones eficaces para el control de la malaria. En los últimos 15 años se han distribuido en el África subsahariana casi 1000 millones de mosquiteros tratados con insecticida. Las pruebas rápidas de diagnóstico facilitaron la tarea de distinguir rápidamente entre las fiebres palúdicas y de otro tipo, lo que permitió dispensar oportunamente el tratamiento apropiado. El tratamiento combinado basado en la artemisinina, introducido ampliamente en el decenio pasado, ha sido extremadamente eficaz contra *P. falciparum*, el más prevalente y letal entre los parásitos palúdicos que afectan al ser humano.

Sin embargo, persisten desafíos importantes. Unos 3,2 millones de personas, casi la mitad de la población mundial, siguen expuestos al riesgo de contraer malaria. Según estimaciones, en 2015 se registraron 214 millones de nuevos casos de malaria, y unas 438 000 defunciones. El África subsahariana sigue soportando la mayor carga de morbilidad por malaria. En 2015 esta región representó aproximadamente el 90% de todos los casos y las defunciones por malaria.

En muchos países los progresos se ven amenazados por la rapidez con que el mosquito desarrolla y amplía la resistencia a los insecticidas. La farmacorresistencia también podría poner en peligro los recientes avances en lo relativo al control de la malaria. Hasta la fecha, en cinco países de la subregión del Gran Mekong se ha detectado la resistencia de los parásitos a la artemisinina, el principio activo esencial de los mejores medicamentos antipalúdicos disponibles.

En mayo de 2015, la Asamblea de la Salud adoptó la Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030,[1] con el fin de superar los problemas que aún persisten para el control y la eliminación de la malaria. El periodo 2016-2030 coincide con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada el año pasado por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas.

La estrategia técnica mundial desarrollada y encabezada por la OMS es la primera estrategia antipalúdica aprobada por la Asamblea de la Salud desde 1993. Ha sido el resultado de un proceso amplio que supuso la participación de más de 400 expertos en malaria procedentes de 70 países, y la celebración de consultas en siete regiones. Sus objetivos, basados en el análisis de datos, son ambiciosos pero alcanzables:

- Reducir la tasa de nuevos casos de malaria, por lo menos un 90%
- Reducir las tasas de defunción por malaria, por lo menos un 90%
- Eliminar la malaria en, por lo menos en 35 países
- Prevenir una reaparición de la malaria en todos los países exentos de malaria.

La OMS se ha comprometido a ayudar a los Estados Miembros a alcanzar las metas de la estrategia técnica mundial. Desde la puesta en marcha de la estrategia, en mayo de 2015, la Organización ha armonizado estrategias regionales con ese marco mundial, y ha prestado asistencia técnica a los países para que adapten sus estrategias nacionales contra la malaria a la estrategia técnica mundial.

[1] Véase la resolución WHA/68.2.

En los últimos años, la intensificación de las actividades de control de la malaria y las mayores inversiones en investigación sobre esa enfermedad dieron lugar al desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias dirigidos a consolidar más aún los objetivos de control de la malaria. En consecuencia, ha sido cada vez más necesario que la OMS examinara rápidamente las nuevas pruebas científicas y actualizara sus recomendaciones técnicas.

En 2010, el Programa Mundial de la OMS sobre Malaria puso en marcha un examen a fondo de los procesos normativos de la Organización concernientes al control y la eliminación de la malaria. El objetivo consistía en establecer un proceso más riguroso, eficiente y transparente que permitiera dar respuestas oportunas a los retos que actualmente afrontan los programas nacionales sobre malaria. En 2011, a raíz de la recomendación de un grupo consultivo externo, se estableció un Comité Asesor en Políticas de Malaria, encargado de proporcionar asesoramiento independiente a la OMS sobre todas las esferas normativas relacionadas con el control y la eliminación de la malaria. El Comité, que se reúne dos veces al año, está integrado por 15 destacados especialistas en malaria. La arquitectura reforzada para la formulación normativa ha reubicado a la OMS como la autoridad internacional de salud pública más creíble en materia de políticas, orientación y asistencia técnica en los países en los que esta enfermedad es endémica. En el bienio 2014-2015, el Comité orientó el desarrollo de la estrategia técnica mundial y prestó asesoramiento estratégico al Programa Mundial sobre Malaria en relación con diversas cuestiones técnicas[1] que abarcaron desde recomendaciones sobre la administración colectiva de medicamentos, hasta los riesgos asociados con la disminución del control de vectores.

Otro instrumento esencial de orientación publicado por la OMS en el último bienio incluye una actualización de las directrices para el tratamiento de la malaria (desarrolladas en colaboración con el Comité de Examen de Directrices de la OMS); una nota de información técnica sobre el control y la eliminación de *P. vivax*; y recomendaciones sobre diagnóstico en entornos de baja transmisión.

Gracias al personal de la OMS en todos los países en los que la malaria es endémica, la Organización tiene una presencia singular y bien posicionada para promover el programa de lucha contra la malaria. En el último bienio, la Organización ayudó a los países endémicos en sus análisis de las deficiencias, y formuló propuestas al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Asimismo, expertos técnicos de la OMS prestaron asistencia a países de todas las regiones para ejecutar planes nacionales estratégicos y realizar exámenes de programas.

En 2013, con el fin de hacer frente a la propagación de la resistencia a los medicamentos antipalúdicos, la OMS puso en marcha en la subregión del Gran Mekong una respuesta de emergencia a la resistencia a la artemisinina. Desde entonces, la Organización presta asistencia técnica a los países afectados en esa subregión, por conducto de sus oficinas en los países y de un centro regional de respuesta de emergencia a la resistencia a la artemisinina, establecido en Camboya. En 2015 se puso en marcha una *Estrategia de la OMS para la eliminación de la malaria en la subregión del Gran Mekong 2015-2030,* basada en la estrategia técnica mundial y armonizada con ella.

Como parte de su mandato, el Programa Mundial sobre Malaria lleva un registro independiente de los progresos mundiales en la lucha contra la malaria. Su buque insignia es la publicación anual *World malaria report,* que contiene los datos más actualizados sobre el control y la eliminación de la malaria en el mundo. El último informe, publicado en diciembre de 2015, señala que la financiación mundial para el control de la malaria aumentó de US$ 960 millones en 2005, a US$ 2500 millones en 2014. Para alcanzar los objetivos fijados por la estrategia técnica mundial será preciso incrementar sustancialmente los niveles actuales, a fin de alcanzar los US$ 8700 millones anuales para 2030.

Para acelerar los futuros progresos en lo relativo a la malaria se requerirá, además de una sólida financiación, el desarrollo de nuevos instrumentos e innovaciones en la prestación de servicios, un firme compromiso político y una mayor colaboración multisectorial.

Este ejemplo del área programática sobre la malaria demuestra la conveniencia de contar con una única estrategia, basada en pruebas científicas y respaldada por los Estados Miembros, en torno a la cual numerosas partes interesadas puedan contribuir activamente al logro del efecto deseado, consistente en ampliar el acceso al tratamiento antipalúdico de primera línea para las personas con diagnóstico confirmado.

---

[1] En el sitio web del Programa Mundial sobre Malaria, http://www.who.int/malaria/mpac/policyrecommendations/en/, se puede acceder a notas de información y orientación relativas a las recomendaciones del Comité Asesor en Políticas de Malaria.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
1.3.1.	Se habrá posibilitado que los países apliquen planes estratégicos contra el paludismo en los que se preste especial atención a la mejora del diagnóstico, la detección y el tratamiento y al seguimiento y la vigilancia de la eficacia terapéutica mediante el fortalecimiento de la capacidad	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3.2.	Se habrán actualizado las recomendaciones normativas y las directrices estratégicas y técnicas sobre control antivectorial, pruebas de diagnóstico, tratamiento antipalúdico, atención clínica integrada de las enfermedades febriles, vigilancia, detección de epidemias y respuesta	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	21 300	500	13 400	1100	13 800	12 600	28 900	91 600
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	8484	2638	2685	454	2464	1876	4850	23 451
Contribuciones voluntarias para fines especificados	20 304	1393	9032	601	4479	10 503	28 893	75 205
Total	**28 788**	**4031**	**11 717**	**1055**	**6943**	**12 379**	**33 743**	**98 656**
Fondos disponibles como % del presupuesto	135%	806%	87%	96%	50%	98%	117%	108%
Gastos de personal	12 555	2327	4514	405	3031	6274	16 700	45 806
Gastos derivados de las actividades	10 880	1505	6883	644	3554	5276	9731	38 473
Total de gastos	**23 435**	**3832**	**11 397**	**1049**	**6585**	**11 550**	**26 431**	**84 279**
Gastos como % del presupuesto aprobado	110%	766%	85%	95%	48%	92%	91%	92%
Gastos como % de los fondos disponibles	81%	95%	97%	99%	95%	93%	78%	85%
Gastos de personal por oficina principal	27%	5%	10%	1%	7%	14%	36%	100%

[1] Disponible http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/157, consultado el 7 de abril de 2016.

1.4 ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS

EFECTO 1.4. ACCESO AMPLIADO Y CONSTANTE A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS

La implicación nacional y los asociados luchan con éxito contra las enfermedades tropicales desatendidas

Las enfermedades tropicales desatendidas son endémicas en 149 países. Afectan a más de 1000 millones de personas que viven en condiciones de pobreza, en estrecha proximidad con vectores y ganado y con acceso limitado al agua potable y a la atención sanitaria básica. En la mayoría de los casos, la persona padece simultáneamente más de una de esas enfermedades, lo que conlleva efectos perjudiciales para la productividad, el embarazo, el crecimiento y el desarrollo en la infancia, y afecta a las personas en sus mejores años de vida.

El firme liderazgo de los países, el compromiso reforzado de los asociados y la disponibilidad de medicamentos donados determinaron los progresos realizados en el bienio 2014-2015. Muchos países consiguieron ejecutar con éxito programas de control, y algunos alcanzaron las metas de eliminación antes del plazo fijado. Se han adoptado medidas que incluyen contribuciones nacionales destinadas a ampliar los programas existentes y la participación intersectorial, y se ha integrado cada vez más a las comunidades, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

En 2014, un enfoque multisectorial más amplio, respaldado por los asociados, permitió fortalecer la coordinación y la gestión de los programas nacionales, y administrar más de 1000 millones de tratamientos a 853 millones de personas afectadas al menos por una enfermedad, en comparación con los 791 millones de personas tratadas en 2013. En el mismo contexto, la OMS coordinó el envío de 1300 millones de comprimidos en 2014 y 1500 millones en 2015. Un incremento de esa magnitud exige el fortalecimiento de la capacidad de los países para abordar una ejecución en mayor escala. En consonancia con las prioridades identificadas, en los dos últimos años se ejecutaron algunos programas de capacitación para gestores de programas nacionales, que permitieron la capacitación «en cascada» de dispensadores de atención de salud en los distritos y zonas periféricas.

También se han logrado progresos sin precedentes en las actividades destinadas a erradicar la dracunculosis. En 2015, solo cuatro países (Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur) notificaros 22 casos de contagio humano, un mínimo histórico, en comparación con 126 casos en 2014 y 148 en 2013. Los progresos se debieron en gran medida a un marcado descenso del número de casos en Sudán del Sur, con lo que el mundo está más cerca de la meta fijada en la hoja de ruta de la OMS, consistente en interrumpir la transmisión mundial. En la actualidad, la vigilancia es extrema en los cuatro países, así como en todos los países expuestos a la reintroducción de la enfermedad.

También se realizaron progresos sustanciales respecto de enfermedades que requieren el tratamiento individual de casos, de las que a continuación se mencionan dos ejemplos destacados: la tripanosomiasis africana humana y la leishmaniasis visceral. Con respecto a la tripanosomiasis africana humana, en 2014 solo se notificaron 3796 nuevos casos, el nivel más bajo registrado desde que comenzaron a recopilarse datos mundiales de manera sistemática, hace 75 años. Esto arroja una comparación favorable con respecto a los 6314 casos notificados en 2013, y representa una disminución de casi el 40% en apenas un año. Los progresos constantes indican que para 2020 se puede alcanzar la eliminación de la leishmaniasis visceral como problema de salud pública en Asia Sudoriental. En 2014, Bangladesh logró la meta de eliminación en aproximadamente un 98% de los subdistritos del país (llamados *upazillas)* y en la India se consiguió la eliminación en un 82% de los bloques endémicos (o sea, subdistritos). Nepal mantuvo la meta de eliminación en los 12 distritos del país.

El fortalecimiento de la capacidad en materia de ecología y gestión de vectores se ha convertido en una de las máximas prioridades de la OMS, habida cuenta de que los vectores se han vuelto sumamente sensibles a las variables del clima. Dado que las enfermedades transmitidas por insectos se propagan rápidamente a causa de la urbanización no planificada, los desplazamientos de población y los cambios medioambientales, la OMS prestó apoyo a la realización de un estudio sobre la estimación de la carga de morbilidad por dengue en cinco países, y un estudio de sus costes económicos en tres países durante el bienio 2014-2015. El dengue es prevalente en más de 150 países, y la propagación de la chikungunya, y más recientemente la enfermedad por el

virus de Zika, transmitidas ambas por el mismo vector que transmite el dengue, ha añadido un elemento al desafío mundial. Dado que los programas que se ejecutan en la actualidad se basan principalmente en el control de las poblaciones de mosquitos, la necesidad de contar con métodos de control integral de vectores se ha vuelto apremiante, y por lo tanto es preciso desarrollar instrumentos y enfoques innovadores. En este contexto, la OMS presta apoyo a una iniciativa orientada a fomentar el desarrollo de instrumentos innovadores para el control de vectores a gran escala.

En los últimos dos años, la OMS ha aplicado las enseñanzas adquiridas en la lucha contra la rabia, como un modelo para promover programas de control de otras zoonosis desatendidas. Una de las principales estrategias consiste en promover una ampliación del acceso a productos médicos veterinarios asequibles y de calidad asegurada, y una colaboración intersectorial que incluya a todos los segmentos de los sectores de salud humana y animal.

Por otra parte, la OMS ha hecho mayor hincapié en la mejor integración de los servicios de abastecimiento de agua, saneamiento e higiene (WASH) con otras intervenciones de salud pública. En 2015 la Organización puso en marcha una estrategia mundial con un programa quinquenal, lo que demuestra los compromisos mundiales orientados a fusionar los elementos de WASH y de la salud pública, en particular en beneficio de las comunidades más pobres y más necesitadas.

La resolución WHA66.12, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2013, instaba a intensificar las intervenciones orientadas a alcanzar para 2020 las metas de la hoja de ruta por medio de la constante implicación de los países en los programas y la planificación programática y financiera eficaz. El tercer informe de la OMS sobre enfermedades tropicales desatendidas (2015)[1] se centra en la necesidad de generar inversiones nacionales innovadoras con miras a superar de manera sostenible las desigualdades sociales y sanitarias. Existen sólidos motivos para realizar inversiones nacionales acertadas, y ello es alcanzable dado que esas inversiones representan apenas el 0,1% del actual gasto público en salud para el periodo 2015-2030 en los países de ingresos bajos y medianos afectados.

El control de las enfermedades tropicales desatendidas se debe convertir en una parte integral de los planes y los presupuestos nacionales de salud, a fin de alcanzar la cobertura universal propuesta en la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En algunos países ya se están adoptando medidas hacia la consecución de esa meta. La eliminación y el control de enfermedades tropicales desatendidas es una «prueba decisiva» para la cobertura sanitaria universal, y el éxito que supone vencer colectivamente a esas enfermedades se puede aprovechar como un marcador de equidad en los progresos hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal (meta 3.8), el acceso universal al agua potable (meta 6.1) y el saneamiento (meta 6.2).

Según lo descrito anteriormente, es evidente que un enfoque multisectorial arroja resultados fructíferos. La contribución de la OMS en la coordinación de las donaciones de medicamentos para enfermedades tropicales desatendidas se relaciona directamente con el efecto relativo al acceso ampliado y constante a los medicamentos esenciales para el tratamiento de esas enfermedades.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[2]

---

[1] Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: third WHO report on neglected diseases 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152781/1/9789241564861_eng.pdf?ua=1, consultado el 29 de marzo de 2016).

[2] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/158, consultado el 7 de abril de 2016.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
1.4.1.	Se habrá facilitado la aplicación y el seguimiento de la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas	✓	!	✓	!	n/a	✓	✓
1.4.2.	Se habrá facilitado la aplicación y el seguimiento de las intervenciones de control de las enfermedades tropicales desatendidas mediante directrices y asistencia técnicas basadas en datos científicos	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓
1.4.3.	Se habrán desarrollado nuevos conocimientos, soluciones y estrategias de aplicación, acordes con las necesidades sanitarias de los países en los que las enfermedades son endémicas, mediante el fortalecimiento de la investigación y la capacitación	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Europa**	**Mediterráneo Oriental**	**Pacífico Occidental**	**Sede**	**Total**
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	19 400	4600	8600	400	6300	8300	92 400	140 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	10 968	2687	7248	148	1634	1858	10 980	35 523
Contribuciones voluntarias para fines especificados	26 615	2403	5434	228	1860	3846	79 934	120 320
Total	**37 583**	**5090**	**12 682**	**376**	**3494**	**5704**	**90 914**	**155 843**
Fondos disponibles como % del presupuesto	194%	111%	147%	94%	55%	69%	98%	111%
Gastos de personal	9 475	2628	5345	116	717	1592	41 370	61 243
Gastos derivados de las actividades	20 838	2274	6705	268	2339	3858	40 141	76 423
Total gastos	**30 313**	**4902**	**12 050**	**384**	**3056**	**5450**	**81 511**	**137 666**
Gastos como % del presupuesto aprobado	156%	107%	140%	96%	49%	66%	88%	98%
Gastos como % de los fondos disponibles	81%	96%	95%	102%	87%	96%	90%	88%
Gastos de personal por oficina principal	15%	4%	9%	0%	1%	3%	68%	100%

1.5 ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE VACUNACIÓN

EFECTO 1.5. COBERTURA VACUNAL AMPLIADA PARA PODER ABARCAR A POBLACIONES Y COMUNIDADES DE DIFÍCIL ACCESO

Desarrollo y ensayo de vacunas contra el ebola

En julio de 2015, apenas un año y medio después del surgimiento de un devastador brote epidémico de ebola en África occidental, se publicaron resultados preliminares sobre la posibilidad de controlar la propagación de la enfermedad mediante una vacuna. Hasta el inicio de la epidemia no se había ensayado ninguna vacuna contra el ebola en seres humanos. La rapidez con que se demostró la eficacia, un hito crucial en el desarrollo de toda vacuna, no tiene precedentes y abre la perspectiva de su uso universal.

En primer lugar, la OMS desempeñó una función aglutinante para coordinar la elaboración de un programa de investigación y desarrollo de vacunas contra el ebola, que fue integral e incorporó a investigadores, especialistas en ética, organismos de reglamentación, organismos asociados de las esferas relativas al desarrollo de vacunas y la salud pública, así como sectores de la industria y la financiación. El 8 de agosto de 2014, la Directora General de la OMS declaró que el brote de ebola en África occidental constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. La magnitud del brote y la dificultad para contenerlo pusieron de manifiesto la urgente necesidad de una vacuna. A mediados de agosto, en conversaciones con investigadores de vacunas en África, Europa y América del Norte, la OMS había propiciado la creación de grupos para probar dos vacunas candidatas en fase I de ensayos (o sea, estudios destinados a probar la seguridad de una vacuna humana y la capacidad de una vacuna para inducir una respuesta inmunitaria). Además, la OMS entabló contactos con posibles donantes a fin de asegurar la disponibilidad de recursos para financiar esos estudios. Los grupos de investigación publicaron los primeros resultados de esos estudios de fase I en noviembre de 2014.

A principios y a fines de septiembre de 2014 la OMS organizó dos consultas que serían las primeras de una serie de reuniones destinadas a evaluar los esfuerzos en curso dirigidos a financiar, evaluar, fabricar y administrar vacunas contra el ebola. Las reuniones de septiembre de 2014 revelaron que era preciso acelerar los ensayos de fase I y difundir ampliamente los resultados, a fin de facilitar el paso rápidamente a la fase II (estudios que aportan pruebas adicionales sobre la capacidad de la vacuna para inducir una respuesta inmunitaria a una infección). Asimismo, esas reuniones determinaron que sería necesario realizar paralelamente tres ensayos de fase IIb (estudios para demostrar que una vacuna protege a las personas inmunizadas contra la enfermedad) en los países afectados por el ebola, incluso entre los trabajadores sanitarios de primera línea o las personas que viven en comunidades en las que hubiese habido casos de ebola.

En octubre de 2014, y en enero y mayo de 2015 se convocaron otras reuniones de alto nivel sobre el acceso a vacunas contra el ebola y su financiación. Estas iniciativas han evolucionado hacia el desarrollo de una estrategia y un plan de preparación mundiales destinados a asegurar que las metas de investigación y desarrollo fijadas permitan fortalecer la respuesta de emergencia mediante el uso de tecnologías médicas para los pacientes durante las epidemias. Este programa de investigación y desarrollo se presentará a los Estados Miembros en la Asamblea de la Salud que tendrá lugar en mayo de 2016.

En segundo lugar, la OMS ejerció su liderazgo en la constitución de un consorcio que elaboró un ensayo de eficacia vacunal (fase III) y lo aplicó en Guinea. En la reunión celebrada en octubre de 2014 sobre la vacuna contra el ebola se hizo evidente que, a pesar del interés de las autoridades nacionales, ninguna institución internacional de investigación estaba interesada en llevar a cabo ensayos en Guinea. Inmediatamente, la OMS reunió a un equipo de investigadores que elaboró un método innovador para ensayar la eficacia de la vacuna sobre la base de la experiencia adquirida en los decenios de 1960 y 1070 en el contexto de la iniciativa de erradicación de la viruela. Este ensayo se basó en la vacunación de los grupos de personas («anillos») que pudieran haber tenido contacto con nuevos pacientes de ebola. Aunque la logística de esta opción es onerosa, por cuanto requiere el rápido despliegue de equipos de vacunación cada vez que se notifica un nuevo caso, su concepción demostraría que es muy eficiente, dado que permite evaluar la eficacia de la vacuna incluso en un contexto de transmisión del virus del Ebola sumamente reducida.

En consonancia con criterios establecidos en una consulta anterior sobre la vacuna contra el ebola, se seleccionó la vacuna candidata rVSV-ZEBOV (desarrollada originalmente por la Agencia de Salud Pública del Canadá y

en la actualidad por el fabricante Merck) para realizar el ensayo en Guinea Entre marzo y octubre de 2015, después de obtener las necesarias aprobaciones relativas al carácter ético, y tras la preparación del personal y los aspectos logísticos para la aplicación sobre el terreno, se vacunó a más de 8000 personas en más de 100 anillos. Los resultados preliminares, publicados en julio de 2015, revelaron que la vacuna rVSV-ZEBOV tiene una eficacia del 100%, y su uso en el marco de una estrategia de vacunación anular era muy probablemente eficaz entre la población. Hasta febrero de 2016, esos resultados eran los únicos disponibles en relación con la eficacia de cualquier vacuna candidata contra el ebola, y son esenciales para posibilitar la aprobación de la vacuna rVSV-ZEBOV. En general, el ensayo anular realizado en Guinea con la vacuna contra el ebola revela la capacidad de la OMS para elaborar, en colaboración con los expertos, enfoques innovadores en lo concerniente a la investigación y las intervenciones sanitarias, y aplicarlos eficientemente incluso durante emergencias y en las condiciones más difíciles.

El consorcio que realizó el ensayo dirigido por la OMS está integrado por el Ministerio de Salud de Guinea, Médicos Sin Fronteras, EPICENTRE y el Instituto Noruego de Salud Pública. El ensayo está financiado por la OMS con el apoyo de Wellcome Trust, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega, el Gobierno del Canadá (por conducto de la Agencia de Salud Pública del Canadá, los Institutos Canadienses de Investigación Sanitaria, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y el Departamento de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo) y Médicos Sin Fronteras.

Paralelamente al desarrollo clínico de una vacuna contra el ebola, la OMS desempeñó una función crucial en la formulación de orientación y en la creación de capacidad para un posible desarrollo de la vacuna contra el ebola. Con el liderazgo de la OMS, en febrero de 2015 se creó un Equipo mundial para administrar la vacuna contra el ebola (GEVIT), con el fin de ayudar a los países afectados a planificar la introducción de la vacuna en gran escala, en consonancia con las recomendaciones de la OMS. Actualmente el GEVIT congrega a los países de África occidental más afectados por la epidemia de ebola del periodo 2014-2015, así como a los principales asociados (la Fundación Bill y Melinda Gates, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el UNICEF, la USAID y la OMS). El GEVIT está supervisado por un grupo directivo e integrado por tres grupos de trabajo: *i*) aplicación en el país; *ii*) evaluación del seguimiento, la vigilancia y las repercusiones; y *iii*) suministro, asignación y adquisición de vacunas.

Durante el brote de ebola en el periodo 2014-2015, el GEVIT elaboró orientación sobre las actividades de vacunación en los países, y como respuesta a futuros brotes de otras enfermedades infecciosas epidemiógenas, así como orientación en lo concernientes al seguimiento de las actividades durante la administración de las vacunas. Igualmente importante es el hecho de que el proceso del GEVIT haya dado lugar a la formulación de modelos relativos a la capacidad de suministro y las fechas de disponibilidad en función de las diferentes situaciones hipotéticas de demanda, así como al establecimiento de un grupo internacional de coordinación de las existencias de vacuna contra el ebola para una emergencia mundial, y la definición de modalidades de adquisición de vacunas contra el ebola. Debido a la interrupción de la transmisión del virus del Ebola, el GEVIT reorientó su enfoque hacia el desarrollo de planes de contingencia genéricos aplicables en brotes futuros.

Por último, la OMS está reforzando su arraigada función relativa a la formulación de recomendaciones mundiales sobre inmunización que respalden políticas a ese respecto, especialmente por conducto del Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización. Establecido en 1999, el SAGE es el principal grupo asesor de la OMS en materia de vacunas e inmunización. El SAGE se encarga de asesorar a la OMS sobre políticas y estrategias mundiales en general, que abarcan desde vacunas y tecnología, investigación y desarrollo, hasta la prestación de servicios de inmunización y sus vínculos con otras intervenciones sanitarias. En reuniones celebradas en octubre de 2014 y abril de 2015 el SAGE recibió información actualizada acerca del brote de ebola en África occidental y el desarrollo de vacunas. En octubre de 2015 el SAGE volvió a examinar exhaustivamente los aspectos siguientes: información disponible sobre epidemiología, factores de riesgo y patrones de transmisión de la enfermedad por el virus del Ebola; estado del desarrollo de vacunas; resultados preliminares de las vacunas candidatas más adelantadas; preparativos para la administración de vacunas; y proyecciones de los efectos de la vacuna en diferentes situaciones epidemiológicas hipotéticas. Sobre la base de estos datos, el SAGE formuló cuatro recomendaciones provisionales sobre vacunación, que no son específicas de ninguna vacuna en desarrollo contra el ebola y que se revisarán cuando se disponga de nuevos datos. Además, el SAGE presentó una reseña de otras 10 áreas para el examen de los datos o la investigación.

En general, estas actividades relacionadas con el desarrollo de vacunas no tienen precedente en lo que respecta a la rapidez, y demuestran la capacidad de la OMS para convocar y coordinar un gran número de asociados externos, así como múltiples departamentos internos que contribuyen en la misma dirección.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Además, es un ejemplo cabal de una de las seis funciones básicas de la OMS, a saber, «Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas».

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
1.5.1.	Se habrá fortalecido la aplicación y el seguimiento del plan de acción mundial sobre vacunas como parte del Decenio de Colaboración en materia de Vacunas, con particular hincapié en el acceso a grupos de población no vacunados e insuficientemente vacunados	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5.2.	Se habrá facilitado la ejecución y el seguimiento reforzados de las actividades destinadas a eliminar el sarampión y la rubéola, así como de las estrategias de control de la hepatitis B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5.3.	Se habrán determinado las características de las nuevas vacunas y otras tecnologías relacionadas con la inmunización y se habrán acordado prioridades de investigación para desarrollar vacunas de importancia para la salud pública y superar los obstáculos a la inmunización	✓	!	✓	✓	n/a	✓	✓

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/159, consultado el 7 de abril de 2016.

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	163 200	9300	40 800	12 300	39 300	26 100	55 800	346 800
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	17 231	3233	3821	842	3171	1960	6730	36 988
Contribuciones voluntarias para fines especificados	106 062	10 811	19 347	12 372	22 410	20 165	58 814	250 008
Total	**123 293**	**14 044**	**23 168**	**13 214**	**25 581**	**22 125**	**65 544**	**286 996**
Fondos disponibles como % del presupuesto	76%	151%	57%	107%	65%	85%	117%	83%
Gastos de personal	26 443	7997	5441	4688	5987	7081	30 362	87 999
Gastos derivados de las actividades	81 768	5798	15 888	7 929	18 353	13 295	25 130	168 161
Total gastos	**108 211**	**13 795**	**21 329**	**12 617**	**24 340**	**20 376**	**55 492**	**256 160**
Gastos como % del presupuesto aprobado	66%	148%	52%	103%	62%	78%	99%	74%
Gastos como % de los fondos disponibles	88%	98%	92%	95%	95%	92%	85%	89%
Gastos de personal por oficina principal	30%	9%	6%	5%	7%	8%	35%	100%

Categoría 2

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

El advenimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ha traído consigo un renovado impulso para luchar contra las enfermedades no transmisibles, incluidas como una meta específica de esos Objetivos (reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en una tercera parte) y como parte de algunas otras metas relacionadas con la salud. Este renovado interés por las enfermedades no transmisibles se inscribe en la trayectoria iniciada con la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011.

En 2013, la Asamblea de la Salud adoptó el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. En 2014, durante la segunda Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, los gobiernos otorgaron prioridad a cuatro compromisos con plazos fijados para 2015 y 2016, como preparación para la tercera de esas reuniones, que tendrá lugar en 2018.

Para evaluar en qué medida los 194 Estados Miembros de la OMS están aplicando esos compromisos, la OMS publicó en septiembre de 2015 el primer informe de seguimiento de los progresos realizados en lo concerniente a las enfermedades no transmisibles, en el que se incluyen 18 medidas concretas que los gobiernos han de adoptar para cumplir lo prometido en 2014. A pesar del actual nivel sin precedentes del fortalecimiento de las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles, el informe de seguimiento reveló que si solo se mantuviera el nivel actual de fortalecimiento, los progresos no serían suficientes para cumplir las promesas hechas por los gobiernos en 2014.

Esto revela que si bien existe un compromiso político para acelerar las medidas de lucha contra las enfermedades no transmisibles, demasiados países, lamentablemente, no han materializado en hechos tangibles los compromisos que contrajeron en 2014.

En enero de 2016, la OMS informó a su Consejo Ejecutivo que la probabilidad de defunción entre los 30 y los 70 años de edad por alguna de las principales enfermedades no transmisibles había comenzado a disminuir a partir de 2011, al igual que la exposición a algunos factores de riesgo, entre ellos la prevalencia del consumo de tabaco y la hipertensión entre personas de 18 o más años de edad, y el consumo de alcohol per cápita. Asimismo, el número de países cuyos ministerios de salud disponen de unidades operacionales para enfermedades no transmisibles comenzó a aumentar.

Estos progresos alentaron a la OMS a reafirmar que es posible alcanzar la meta mundial consistente en reducir en un tercio para 2030 la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. En los próximos dos años, la respuesta a las enfermedades no transmisibles deberá tener en cuenta las conclusiones del informe 2015 de la OMS sobre el seguimiento de esas enfermedades, llegar a los países rezagados y aprovechar las oportunidades que ofrecen los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos Objetivos otorgan a los gobiernos un mandato para que la respuesta a las enfermedades no transmisibles deje de ser aislada y aproveche su potencial para contribuir a la acción colectiva mundial, y, al mismo tiempo, hacer frente a cuestiones concernientes a salud mental y abuso de sustancias, discapacidad, prevención de la violencia y los traumatismos, y nutrición.

Con el fin de superar este reto en los países, la OMS está desarrollando un marco de aceleración destinado a proporcionar a los Estados Miembros un medio sistemático para desarrollar sus propios planes de acción relativos a esas áreas y basados en planes y procesos existentes, de forma tal que les permita satisfacer sus prioridades y lograr las metas nacionales. El marco ha reunido pruebas científicas sobre los aspectos que obstaculizan los progresos, y ofrece sugerencias para superarlos. Estas pruebas científicas revelan la existencia de una gama de políticas de eficacia probada que, adaptadas al contexto nacional, asegurarán los progresos, siempre que su aplicación se base en el liderazgo, la capacidad, la financiación y la coordinación de múltiples sectores y partes interesadas.

Los Estados Miembros de todo el mundo cuentan con un margen de tiempo, de 24 meses o menos, para redoblar esfuerzos antes de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas, en 2018. Las medidas actuales se traducirán en vidas salvadas y economías de recursos en el futuro.

CATEGORÍA 2 - SITUACIÓN FINANCIERA GLOBAL, 2014-2015 (MILES DE US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	56 500	21 700	21 800	32 800	23 500	42 100	119 500	317 900
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	28 991	12 061	14 370	9427	12 393	16 624	51 265	145 131
Contribuciones voluntarias para fines especificados	21 056	3787	3612	12 490	2827	16 764	53 243	114 600
Total	**50 047**	**15 848**	**17 982**	**21 917**	**15 220**	**33 388**	**104 508**	**259 731**
Fondos disponibles como % del presupuesto	89%	73%	82%	67%	65%	79%	87%	82%
Gastos de personal	23 127	7877	6755	9713	6222	12 182	60 843	126 719
Gastos derivados de las actividades	22 263	7741	10 154	10 570	9003	20 216	30 931	110 878
Total gastos	**45 390**	**15 618**	**16 909**	**20 283**	**15 225**	**32 398**	**91 774**	**237 597**
Gastos como % del presupuesto aprobado	80%	72%	78%	62%	65%	77%	77%	75%
Gastos como % de los fondos disponibles	91%	99%	94%	93%	100%	97%	88%	91%
Gastos de personal por oficina principal	18%	6%	5%	8%	5%	10%	48%	100%

2.1 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

EFECTO 2.1. ACCESO AMPLIADO A INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO

Evitar las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles

La trascendente Estrategia mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles adoptada en 2000 sigue inspirando al mundo. La probabilidad de muerte prematura por alguna de las cuatro principales enfermedades no transmisibles se redujo un 15% entre 2000 y 2012 en todo el mundo. En ese periodo, las tasas mundiales normalizadas por edad relativas a defunciones por cardiopatías disminuyeron un 16%, y también disminuyeron en cada una de las regiones. Asimismo, en ese período, las tasas normalizadas de mortalidad por cáncer se redujeron un 6%. En lo concerniente a las enfermedades respiratorias crónicas los progresos han sido extraordinarios y se han traducido en una disminución del 26% de las tasas normalizadas de mortalidad entre 2000 y 2012. La prevalencia del consumo de tabaco entre personas de 15 o más años de edad disminuyó del 27% en 2000 al 21% en 2013. En países de altos ingresos de la OCDE se registraron reducciones especialmente significativas.

En 2011, inspirados por estos progresos, los dirigentes mundiales convinieron, en una reunión organizada en la Asamblea General de las Naciones Unidas con los auspicios de la OMS, en que se podría hacer mucho más para llegar a las personas rezagadas de otros países y reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. La Declaración Política sobre las Enfermedades no Transmisibles adoptada en la reunión de alto nivel representa un firme compromiso de los dirigentes mundiales coordinados por la OMS, orientado a crear un mundo que será muy diferente del que conocemos actualmente. Será un mundo en el que las enfermedades no transmisibles no se ocultarán ni serán objeto de desconocimiento ni subregistro; en el que todas las personas que reúnan los requisitos recibirán farmacoterapia y asesoramiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares; en el que todas las personas, independientemente de sus ingresos, tendrán acceso a medicamentos y tecnologías seguras, asequibles, eficaces y de calidad para diagnosticar y tratar el cáncer y la diabetes; en el que las personas jóvenes estarán protegidas contra los riesgos y las consecuencias del consumo de tabaco, en el que todas las personas, independientemente del lugar en que vivan o de quiénes sean, podrán acceder a productos alimentarios asequibles, compatibles con una dieta sana, que cumplan las normas de etiquetado relativas a los valores nutricionales, incluida la información sobre el contenido de azúcares, sales, grasas y grasas trans.

Desde la adopción de la Declaración, en 2011, la OMS ha procurado activamente congregar a ministerios, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil en torno a esos compromisos, a fin de crear un mundo en el que nadie quede rezagado. En 2014 y 2015 la OMS aportó su experiencia programática en materia de enfermedades no transmisibles con el fin de apoyar a muchos países en el desarrollo de sus respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles. En Samoa, la OMS prestó apoyo al Ministerio de Salud, al Servicio Nacional de Salud y a grupos de mujeres, con miras a aplicar el Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles en aldeas de todo el país (PEN). El PEN de Samoa se basa en estructuras comunitarias existentes y consta de tres pilares principales: detección precoz de enfermedades no transmisibles, gestión clínica de enfermedades no transmisibles y mejora de la sensibilización comunitaria. En Mongolia, la OMS y la Millennium Challenge Corporation de los Estados Unidos apoyaron a la División de Nutrición del Centro Nacional de Salud Pública en el desarrollo y la ejecución de un proyecto destinado a reducir el uso de la sal en la industria alimentaria. Gracias a la iniciativa Salt Pinch, las personas redujeron su ingesta diaria de sal en casi dos gramos. En la Argentina, la OMS ayudó al Ministerio de Salud a establecer una alianza público-privada con la Federación Argentina de la Industria del Pan y Afines. En Barbados, la OMS prestó apoyo a la elaboración de un plan destinado a prevenir la obesidad infantil y a aplicar un impuesto del 10% a las bebidas azucaradas. En el Senegal, la OMS respaldó a los ministerios de salud y telecomunicaciones en el desarrollo de un servicio gratuito de mensajería de texto para teléfonos móviles que ayuda a las personas diabéticas a prevenir complicaciones provocadas por el ayuno y los festines durante el Ramadán. La OMS apoyó iniciativas similares que recurren a la tecnología móvil, en particular los mensajes de texto y las aplicaciones, orientadas a promover el abandono del tabaco y prevenir el cáncer cervicouterino en Costa Rica y Zambia. En las Regiones de la OMS de Europa y del Mediterráneo Oriental se han elaborado estrategias y marcos regionales sobre la actividad física.

En Benin, Jordania y la República Democrática del Congo la OMS prestó apoyo para aplicar las medidas de MPOWER,[1] en consonancia con las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, lo que permitió el establecimiento de mecanismos nacionales de coordinación. En Gambia, la OMS ayudó al Ministerio de Finanzas a reformar la política tributaria, lo que dio lugar a incrementos sustanciales de los impuestos especiales sobre los productos de tabaco en 2015. En China la OMS ayudó en la reforma de la política tributaria sobre los cigarrillos que dio lugar a un aumento de hasta un 20% en el precio de las marcas más baratas. Además, esta reforma fue significativa por cuanto sentó un precedente importante para que los aumentos de los impuestos a los cigarrillos se trasladen al precio de venta al público, lo que facilita el logro de los resultados de salud pública buscados mediante el menor consumo de tabaco. En Kenya la OMS apoyó al Gobierno para reformar la estructura tributaria relativa al tabaco y elevar los impuestos al tabaco, lo que provocó una disminución del consumo del 16%, así como un aumento del 29% en los ingresos fiscales.

Inspirados por esos éxitos de la OMS, y sobre la base de los cuatro compromisos con plazos establecidos e innovadores que los ministros de salud y asuntos exteriores contrajeron en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2014 para acelerar las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles, los dirigentes mundiales reafirmaron en 2015 que se podía alcanzar la meta mundial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible consistente en reducir en un tercio la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030. La decisión de los ministros de dar respuesta para que nadie quede rezagado afectará profundamente el ciclo vital de millones de personas de las generaciones venideras en todo el mundo. El mundo posterior a 2030 será muy diferente del que conocemos hoy, y será un mundo que la OMS seguirá contribuyendo a crear.

En la India, la ayuda de la OMS hizo que el Gobierno pasara a ser el primero en el mundo en desarrollar metas nacionales específicas relativas a enfermedades no transmisibles, que se han de alcanzar en 2025, y elaborar un plan de acción nacional multisectorial para su consecución con la participación de las partes interesadas del Gobierno, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado. En Nepal, la OMS contribuyó para que el Gobierno pudiera seguir dispensando atención a pacientes de diabetes y cardiopatías en instalaciones afectadas por un terremoto. En Bhután, la OMS prestó asistencia al Ministerio de Salud con el fin de abordar problemas de hipertensión, cardiopatías y diabetes entre mujeres de aldeas de regiones montañosas. En Jordania, la OMS respaldó al Ministerio de Salud y a organizaciones no gubernamentales para posibilitar que el sistema nacional de salud atendiera a las necesidades sanitarias de los refugiados sirios registrados que padecen enfermedades no transmisibles. En México, el Gobierno respaldó a la OMS en el desarrollo de un programa destinado a velar por que todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama reciban tratamiento.

Nunca antes hemos tenido tantas oportunidades para aprovechar el impulso y acelerar la respuesta a las enfermedades no transmisibles en los próximos dos años: una meta ambiciosa relativa a las enfermedades no transmisibles fijada por los dirigentes mundiales, encuadrada directamente en la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; cuatro compromisos con plazos establecidos, contraídos por los ministros en 2014; las bases políticas innovadoras acordadas por los dirigentes mundiales en 2011; el fortalecimiento del liderazgo y las instituciones políticas regionales y nacionales en materia de enfermedades no transmisibles desde esa fecha; y la decisión de celebrar en 2018 la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles con miras a examinar los progresos realizados y acordar un nuevo conjunto de metas prioritarias para el próximo hito en el camino hacia 2030.

La cuenta regresiva hasta 2018 ha comenzado. Es posible lograr un mundo exento de la evitable carga de morbilidad debida a enfermedades no transmisibles, en el que ninguna persona quede rezagada.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a las enfermedades no transmisibles. El apoyo que la OMS proporciona a un gran número de países para ayudarlos a realizar intervenciones basadas en pruebas científicas y bien documentadas es una contribución sustancial a la consecución de indicadores del efecto en lo concerniente a enfermedades no transmisibles relacionados con reducciones del consumo nocivo de alcohol, el consumo de tabaco, la hipertensión, la ingesta de sal, la diabetes y la obesidad.

---

[1] **V**igilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; **P**roteger a la población del humo de tabaco; **O**frecer ayuda para el abandono del tabaco; **A**dvertir de los peligros del tabaco; **H**acer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, y **A**umentar los impuestos al tabaco.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica

Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
2.1.1.	Se habrá facilitado el desarrollo de políticas y planes nacionales multisectoriales para aplicar intervenciones de prevención y control de las enfermedades no transmisibles	✓	!	✓	!	✓	✓	✓
2.1.2.	Se habrá acordado alta prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los procesos de planificación sanitaria y los programas de desarrollo nacionales	✓	!	✓	!	✓	✓	✓
2.1.3.	Se habrá aplicado el marco de seguimiento para informar sobre los progresos en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y el plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020)	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	48 000	13 200	15 900	16 400	16 300	28 200	54 100	192 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	24 052	6103	9753	4917	7616	11 094	27 420	90 955
Contribuciones voluntarias para fines especificados	5830	1407	2529	6861	1071	8636	16 852	43 186
Total	**29 882**	**7510**	**12 282**	**11 778**	**8687**	**19 730**	**44 272**	**134 141**
Fondos disponibles como % del presupuesto	62%	57%	77%	72%	53%	70%	82%	70%
Gastos de personal	18 646	4244	4496	5339	3797	7397	25 506	69 425
Gastos derivados de las actividades	9889	3226	6969	5095	4816	11 678	13 663	55 336
Total gastos	**28 535**	**7470**	**11 465**	**10 434**	**8613**	**19 075**	**39 169**	**124 761**
Gastos como % del presupuesto aprobado	59%	57%	72%	64%	53%	68%	72%	65%
Gastos como % de los fondos disponibles	95%	99%	93%	89%	99%	97%	88%	93%
Gastos de personal por oficina principal	27%	6%	6%	8%	5%	11%	37%	100%

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/160, consultado el 7 de abril de 2016.

2.2 SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

EFECTO 2.2. ACCESO AMPLIADO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

De las directrices a la realidad del país

El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo es atribuible a trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el abuso de sustancias. Aunque casi una de cada 10 personas sufre algún trastorno de salud mental, solo el 1% del personal sanitario mundial trabaja en el área de salud mental. Con miras a proporcionar orientación e instrumentos normativos y facilitar el mejoramiento de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el abuso de sustancias en los países de ingresos bajos y medianos, la OMS puso en marcha el Programa de acción para superar la brecha en salud mental.

El Programa consta de intervenciones destinadas a prevenir y tratar trastornos prioritarios de salud mental, neurológicos y relacionados con el abuso de sustancias, identificados en función de su elevada carga de morbilidad, sus grandes costos económicos o su relación con violaciones de los derechos humanos. Esos trastornos prioritarios incluyen depresión, psicosis, suicidio, epilepsia, demencia, trastornos debidos al consumo de alcohol o de drogas ilícitas, y trastornos mentales en niños.

Las directrices del Programa, basadas en pruebas científicas y elaboradas con arreglo a la metodología de la OMS para el desarrollo de directrices son el fundamento técnico de la Guía de intervenciones. El programa se desarrolló con la participación de grupos de expertos e instituciones internacionales con conocimientos técnicos especializados, procedentes de todas las regiones de la OMS. Las directrices del Programa, desarrolladas en 2009, se han actualizado y ampliado periódicamente (última revisión en 2015). Están dirigidas a dispensadores de atención de salud que trabajan en servicios de atención de salud en países de ingresos bajos y medianos, en los niveles primero y segundo. Los destinatarios pueden ser médicos, enfermeras u otros miembros del personal de atención primaria de salud.

En la actualidad el Programa se aplica en 90 países de todas las regiones de la OMS, y sus materiales se han traducido a 19 idiomas, incluidos los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas.

El desarrollo y la aplicación del Programa ha sido una práctica óptima para la división del trabajo entre los tres niveles de la Organización. La sede de la OMS ha suministrado orientación e instrumentos normativos, mientras que las oficinas regionales y en los países han dirigido su adaptación y aplicación regional en gran escala.

A continuación se presentan algunos ejemplos del uso actual del Programa.

- Mejoramiento de los servicios de salud mental y reducción de la brecha terapéutica. En Etiopía el Programa se utiliza como un componente esencial de la Estrategia Nacional de Salud Mental 2012-2016 para prestar servicios comunitarios amplios e integrados, por ejemplo en el distrito de Sodo, en la zona de Gurage. En esas zonas, gracias a la capacitación de 119 enfermeras y 92 profesionales sanitarios mediante la Guía de intervenciones, la cobertura del servicio para personas con trastornos psicóticos asciende actualmente al 80%. En la actualidad se está ejecutando un programa orientado a reducir la brecha terapéutica en relación con la epilepsia, en beneficio de miles de pacientes de Ghana, Mozambique, Myanmar y Viet Nam. En Ghana, la cobertura del proyecto alcanza aproximadamente a 1,2 millones de personas en 10 distritos. La brecha terapéutica respecto de la epilepsia se ha reducido un 30% en los últimos cuatro años. En Myanmar, donde la cobertura del proyecto alcanza a 1,4 millones de personas en ocho municipios, la brecha terapéutica en lo que respecta a la epilepsia se redujo, en promedio, un 38% en los últimos tres años.

- El Programa de acción para superar la brecha en salud mental se utilizó en el desarrollo de planes de estudio para profesionales sanitarios. La Universidad de Madrid ejecutó el Programa en México con el fin de actualizar los planes de capacitación universitaria en medicina; el Programa se aplicó también para desarrollar un curso de posgrado en atención primaria de salud mental en Libia (en colaboración con el

Centro Nacional de Control de Enfermedades en Trípoli y la Oficina de la OMS en Libia); y actualizar el plan de estudios universitarios en Somalia (Universidades de Amoud y Hargeisa, en colaboración con el King's College de Londres).

- Colaboración y alianzas para la aplicación. No solo los ministerios de salud están utilizando el Programa para mejorar los servicios de salud mental; otras partes interesadas, incluidos los centros colaboradores de la OMS, organismos de las Naciones Unidas, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y fundaciones nacionales e internacionales están utilizando la orientación y los instrumentos del Programa. La Unión Europea ha financiado la ejecución del Programa en algunos lugares, entre ellos la Ribera Occidental y la Franja de Gaza, Etiopía y Nigeria. *Grand Challenges Canada* financió 13 proyectos que utilizan material del Programa y se ejecutan en 11 países de cuatro regiones de la OMS. El Programa de Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (PRIME), apoyado por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte procura ampliar la cobertura de tratamiento de trastornos de salud mental prioritarios mediante la aplicación y evaluación de las directrices del Programa en cinco países (Etiopía, India, Nepal, Sudáfrica y Uganda).

- Uso del Programa de acción para superar la brecha en salud mental, en situaciones de emergencia. En situaciones de emergencia, las necesidades de servicios de la población pueden rebasar la capacidad y los recursos disponibles. Durante y después de la emergencia de salud pública debida al brote de la enfermedad por el virus del Ebola el Programa se utilizó para reforzar los servicios prestados a los supervivientes del ebola y a sus cuidadores, por conducto de las oficinas de la OMS en Guinea, Liberia y Sierra Leona. En Filipinas el Programa se aplicó para integrar la atención de salud mental en todos los servicios prestados en una región con 4 millones de habitantes que fue gravemente afectada por el tifón Haiyan. En la República Árabe Siria, tras la capacitación de más de 500 profesionales sanitarios, el Programa se utiliza para prestar servicios en el nivel de atención primaria de salud en más de 10 gobernaciones, entre ellas las zonas más afectadas por el conflicto en curso. En 2015, el 18% de los centros de atención primaria y secundaria de salud que funcionaban en la República Árabe Siria ofrecieron atención de salud mental por primera vez, gracias al Programa de acción para superar la brecha en salud mental.

La descripción de la aplicación de las directrices del Programa muestra claramente las etapas de un programa, desde la formulación de las normas y las pautas hasta la ejecución en el país. También describe la singular contribución de cada uno de los tres niveles de la Organización. Los resultados de la aplicación del Programa contribuyen a los indicadores del efecto de la prestación de servicios mejorados para personas con trastornos de salud mental graves y a la reducción de la tasa de suicidio.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/161, consultado el 7 de abril de 2016.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
2.2.1.	Se habrá fortalecido la capacidad de los países para desarrollar y aplicar políticas y planes nacionales compatibles con el plan de acción mundial sobre salud mental 2013-2020	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.2.	Se habrán mejorado los servicios de promoción, prevención, tratamiento y recuperación mediante la divulgación, los mejores instrumentos y la orientación sobre servicios de salud mental integrados	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.3.	Se habrá posibilitado la ampliación y el fortalecimiento de las estrategias, los sistemas y las intervenciones de los países en lo que respecta a los trastornos provocados por el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	2300	2600	1400	7200	2800	4300	18 600	39 200
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	1765	1741	1190	2606	1998	2131	7775	19 206
Contribuciones voluntarias para fines especificados	624	16	305	1660	0	1117	11 124	14 846
Total	**2389**	**1757**	**1495**	**4266**	**1998**	**3248**	**18 899**	**34 052**
Fondos disponibles como % del presupuesto	104%	68%	107%	59%	71%	76%	102%	87%
Gastos de personal	661	1028	557	2172	869	1228	11 246	17 761
Gastos derivados de las actividades	1006	736	915	1980	1116	1868	5444	13 065
Total gastos	**1667**	**1764**	**1472**	**4152**	**1985**	**3096**	**16 690**	**30 826**
Gastos como % del presupuesto aprobado	72%	68%	105%	58%	71%	72%	90%	79%
Gastos como % de los fondos disponibles	70%	100%	98%	97%	99%	95%	88%	91%
Gastos de personal por oficina principal	4%	6%	3%	12%	5%	7%	63%	100%

2.3 VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS

EFECTO 2.3. REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS CON ATENCIÓN ESPECIAL A LA SEGURIDAD VIAL, LOS TRAUMATISMOS EN LA INFANCIA, Y LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS, LAS MUJERES Y LOS JÓVENES

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible promueven intervenciones urgentes en materia de seguridad vial

Cada año, los accidentes de tráfico ocasionan 1,25 millones de defunciones y entre 20 y 50 millones de traumatismos no mortales, y suponen para los gobiernos un gasto que varía entre el 3% y el 5% del producto interno bruto, por lo que, finalmente, se les está prestando la atención prioritaria que merecen. 2015 fue un año particularmente crítico para la seguridad vial, tanto por el número de actividades de alto nivel realizadas, como por el hecho de que representa la culminación de esfuerzos concertados durante más de un decenio con el fin de salvar vidas en las carreteras de todo el mundo. Desde que la OMS y el Banco Mundial publicaron el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, en 2004, la percepción de los accidentes de tránsito ha cambiado y, en la actualidad, se considera ciertamente que representan un importante problema de salud y desarrollo.

Este reconocimiento trajo consigo la adopción de medidas y la expectativa de buenas noticias por venir. Tras más de un siglo de aumentos de la mortalidad, el *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2015* de la OMS revela una meseta en el número de defunciones por accidentes de tránsito en todo el mundo, comparado con los tres años precedentes. La Región de África sigue registrando las tasas más altas de defunciones por accidentes de tránsito, mientras que las más bajas se registran en la Región de Europa. A pesar de los progresos, el informe destaca la necesidad de abordar la cuestión a través de un enfoque holístico de «sistemas de seguridad» centrados no solo en el comportamiento del usuario, sino también en otros componentes sistémicos, a saber, infraestructura segura y vehículos seguros. Dado que aproximadamente la mitad de todas las defunciones se producen entre personas que están fuera de un vehículo, o sea, peatones, ciclistas y motociclistas, es preciso centrar la atención en reconsiderar especialmente los entornos urbanos, con el fin de proteger a esos «usuarios viales vulnerables».

En septiembre de 2015 se alcanzó un nuevo hito. Sobre la base de los trabajos de la OMS y numerosos asociados se incluyó la seguridad vial en dos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Objetivo 3 sobre salud, y el Objetivo 11 sobre ciudades y comunidades sostenibles. La meta 3.6, consistente en reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo es muy ambiciosa, y es una de las pocas metas cuyo plazo se fijó para 2020. Esto significa que en cinco años, se deberán evitar aproximadamente unas 600 000 defunciones en todo el mundo. Ello implicará un esfuerzo sustancialmente mayor y concertado por parte de los organismos multisectoriales, los gobiernos, los organismos internacionales, la sociedad civil y el sector privado. En ese contexto la OMS colabora con asociados internacionales en el desarrollo de un conjunto de intervenciones básicas que ayudarán a los Estados Miembros a establecer estrategias eficaces y costoeficaces para hacer frente más rápidamente al problema.

En noviembre de 2015, la segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial, organizada por el Gobierno del Brasil y copatrocinada por la OMS, ofreció una oportunidad para interactuar con instancias normativas al máximo nivel, a fin de definir medios que permitieran alcanzar la ambiciosa meta establecida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Conferencia adoptó la Declaración de Brasilia, en la que se insta a todos los países a intensificar las actividades en la esfera de la seguridad vial. Probablemente, en 2016, una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas y una resolución de la Asamblea de la Salud adoptarán las recomendaciones de la Declaración.

Si bien estos procesos políticos contribuyen a orientar las medidas, la verdadera prueba de su poder reside en su capacidad para influir en los cambios en los países. Esto se refleja en la adopción y aplicación de normas relativas a exceso de velocidad, conducción bajo los efectos del alcohol y uso de cascos en las motocicletas, cinturones de seguridad y sistemas de sujeción para niños; mejoramiento de la seguridad en carreteras y vehículos; y fortalecimiento de los servicios de traumatología. En el bienio en curso, así como en el anterior, la OMS, en colaboración con asociados, pudo contribuir al logro beneficios sustanciales en los países. Esos be-

neficios, entre otros, incluían reducciones de velocidad y aumentos del uso de cinturones de seguridad en la Federación de Rusia y Turquía, así como reducciones de la conducción bajo los efectos del alcohol, y aumento del uso de cascos entre los motociclistas, en Camboya y Viet Nam.

Bajo el estandarte del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2010, la OMS centrará sus esfuerzos en proporcionar asistencia técnica a los Estados Miembros para que introduzcan y supervisen buenas prácticas de seguridad vial y, al mismo tiempo, seguirá coordinando la seguridad vial en el sistema de las Naciones Unidas, junto con las comisiones regionales de las Naciones Unidas.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la violencia y los traumatismos. Todas las medidas adoptadas por la OMS y sus asociados a lo largo del tiempo para alertar al mundo acerca de la seguridad vial se pueden apreciar actualmente (como lo documenta el *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2015*, de la OMS) como una contribución al efecto de reducir la mortalidad por accidentes de tránsito.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
2.3.1	Se habrá posibilitado el desarrollo y la aplicación de planes y programas multisectoriales destinados a prevenir traumatismos, con especial atención al logro de las metas establecidas en el marco del Decenio de Acción para la Seguridad Vial (2011-2020)	!	!	✓	✓	✓	✓	!
2.3.2.	Se habrá posibilitado a los países y los asociados el desarrollo y la ejecución de programas y planes orientados a prevenir los traumatismos en los niños	✓	n/a	✓	✓	✓	✓	!
2.3.3.	Se habrá facilitado el desarrollo y la aplicación de políticas y programas destinados a prevenir la violencia contra las mujeres, los jóvenes y los niños	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓

[1] Disponible http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/162, consultado el 7 de abril de 2016.

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	1400	2200	900	6700	1000	4200	14 700	31 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	789	1383	1732	1093	820	1350	4920	12 087
Contribuciones voluntarias para fines especificados	1136	1686	710	2316	193	3191	9516	18 748
Total	**1925**	**3069**	**2442**	**3 409**	**1013**	**4541**	**14 436**	**30 835**
Fondos disponibles como % del presupuesto	138%	140%	271%	51%	101%	108%	98%	99%
Gastos de personal	590	1532	954	1340	583	1179	9604	15 782
Gastos derivados de las actividades	1010	1504	1229	2073	348	3216	3842	13 222
Total gastos	**1600**	**3036**	**2183**	**3413**	**931**	**4395**	**13 446**	**29 004**
Gastos como % del presupuesto aprobado	114%	138%	243%	51%	93%	105%	91%	93%
Gastos como % de los fondos disponibles	83%	99%	89%	100%	92%	97%	93%	94%
Gastos de personal por oficina principal	4%	10%	6%	8%	4%	7%	61%	100%

2.4 DISCAPACIDADES Y REHABILITACIÓN

EFECTO 2.4. AMPLIACIÓN DEL ACCESO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LOS SERVICIOS

Establecimiento del liderazgo de la OMS en el ámbito de la atención otológica: estudio monográfico

«Un corredor habitual, Matthew Brady, disfrutaba escuchando música con sus auriculares durante su rutina diaria. Inconsciente del efecto de los sonidos fuertes en sus oídos, subía tanto el volumen que incluso sus padres, sentados en la planta de abajo podían escuchar su música. Cuando comenzó a tener problemas para escuchar lo que se hablaba en su entorno, empezó a preocuparse. El problema era considerablemente más marcado en lugares con alto nivel de ruido de fondo, por ejemplo, en restaurantes. Para compensar su pérdida de audición, también comenzó a hablar más fuerte. Tras buscar ayuda profesional durante meses, le diagnosticaron una pérdida auditiva permanente debida al daño provocado en las estructuras finas del oído por el volumen elevado. En la actualidad, Matthew ha aprendido a convivir con su pérdida auditiva, y la compensa con ayuda de la lectura labial. Ha cambiado sus hábitos de audición para prevenir un daño mayor, y se ha convertido en un adalid de la prevención de la pérdida auditiva mediante la sensibilización y las prácticas de audición sin riesgo.»

Matthew relató su historia en una consulta de la OMS celebrada en octubre de 2015. Esto pone de relieve el riesgo al que se exponen más de 1000 millones de adolescentes y adultos jóvenes debido a la exposición periódica o prolongada al alto volumen sonoro en lugares de entretenimiento y al uso inadecuado de sus sistemas personales de audio (reproductores de música y auriculares/cascos).

En todo el mundo, 360 millones de personas, (aproximadamente el 5% de la población mundial) sufre pérdida auditiva discapacitante, entre ellos, 32 millones de niños. La pérdida auditiva puede obedecer a diversas causas, muchas de las cuales son prevenibles. Entre ellas se incluyen algunas infecciones prevenibles mediante vacunas, complicaciones relacionadas con el parto, uso de medicamentos ototóxicos y exposición al ruido, tan-

to en entornos de ocio como de trabajo. En el bienio 2014-2015 la OMS dirigió su atención, entre otras cosas, a los peligros planteados por la exposición de los jóvenes al ruido en entornos recreativos.

A fin de prevenir eficazmente la creciente amenaza que representa la pérdida auditiva ocasionada por el ruido, la OMS puso en marcha en marzo de 2015 la iniciativa Escuchar sin riesgo. La OMS y sus asociados promovieron esta iniciativa en todo el mundo como tema del Día Mundial de la Audición. Mediante la realización de un seminario, la distribución de material de promoción innovador y la difusión en los medios de información, la OMS subrayó la importancia de la inminente epidemia y transmitió el mensaje de la audición sin riesgo a todas las partes interesadas, en particular a los usuarios de dispositivos de audio personales, fabricantes y profesionales. Las organizaciones asociadas y la prensa de todo el mundo reflejaron el tema y lo respaldaron con actividades de promoción en las redes sociales, comunicados de prensa, programas de televisión y radio y reuniones de sensibilización.

En consonancia con su función básica de liderazgo y participación en alianzas, la OMS invitó a todas las partes interesadas a que acordaran futuras medidas destinadas a fomentar la audición sin riesgo. En octubre de 2015, una reunión celebrada en Ginebra congregó a profesionales del ámbito de la otología, ingenieros de sonido, representantes de organizaciones profesionales, fabricantes de sistemas de audio personales y representantes de la sociedad civil, con el fin de elaborar una estrategia coherente y polifacética sobre el tema.

A fin de dar continuidad a esta iniciativa, la OMS está trabajando para:

- Establecer normas relativas a dispositivos de audición sin riesgo. La OMS ha colaborado con la Unión Internacional de Telecomunicaciones en la definición de nuevas normas mundiales para los sistemas de audio personales, compatibles con las recomendaciones sobre audición sin riesgo. Se espera que los dispositivos fabricados con arreglo a estas normas internacionales limiten la exposición de los usuarios al sonido. Además, proporcionarán información y mensajes para promover prácticas de audición sin riesgo entre los usuarios.
- Desarrollar una aplicación para la audición sin riesgo («Safe listening app»). Este reproductor de audio permitirá a los usuarios reproducir música y vigilar, simultáneamente, el volumen y el tiempo de uso. También permitirá que los usuarios calculen la dosis diaria de sonido, y comunicará mensajes de advertencia cuando se sobrepasen los niveles seguros.
- Elaborar un protocolo normalizado de detección de pérdida auditiva inducida por ruidos en entornos recreativos. Este protocolo proporcionará a los investigadores un instrumento normalizado para recopilar datos sobre pérdida de audición causada por la exposición a volúmenes sonoros elevados en entornos recreativos, y servirá como instrumento para el seguimiento de las tendencias futuras.
- Crear mensajes sobre audición sin riesgo. Estos mensajes se transmitirán mediante la interfaz del dispositivo del usuario y promoverán un cambio en los hábitos de audición.

En general, las actividades de la OMS relativas a prevención de la sordera y pérdida de la audición procuran minimizar esa pérdida por causas prevenibles y asegurar que las personas con pérdida de audición inevitable puedan desarrollar todas sus posibilidades mediante la rehabilitación, la educación y el empoderamiento. Estas actividades se centran en la sensibilización respecto de la pérdida de audición y las enfermedades del oído, el desarrollo de instrumentos técnicos basados en datos fidedignos y la prestación de asistencia técnica a los Estados Miembros.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a las discapacidades y la rehabilitación. En el bienio 2014-2015, el enfoque centrado en la atención otológica señala el comienzo de un derrotero en el que algunas de las funciones básicas de la OMS entrarán en juego por medio del desarrollo de normas y criterios, la formulación de opciones políticas y la prestación de asistencia técnica en los países. En general, durante el período comprendido por el Duodécimo Programa General de Trabajo, esto ayudará a mejorar el acceso de las personas con trastornos de audición a los servicios de otología.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica

Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
2.4.1.	Aplicación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la discapacidad y de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓
2.4.2.	Los países habrán podido fortalecer la prestación de servicios para reducir la discapacidad debida a discapacidades visuales y pérdida de la audición, mediante políticas y servicios integrados más eficaces	✓	!	✓	✓	n/a	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	900	900	600	500	400	2300	9900	15 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	542	514	326	37	604	525	2872	5420
Contribuciones voluntarias para fines especificados	909	90	23	832	274	2995	6549	11 672
Total	**1451**	**604**	**349**	**869**	**878**	**3520**	**9421**	**17 092**
Fondos disponibles como % del presupuesto	161%	67%	58%	174%	220%	153%	95%	110%
Gastos de personal	566	271	51	227	364	1372	3851	6702
Gastos derivados de las actividades	464	283	352	614	427	2145	2672	6957
Total gastos	**1030**	**554**	**403**	**841**	**791**	**3517**	**6523**	**13 659**
Gastos como % del presupuesto aprobado	114%	62%	67%	168%	198%	153%	66%	88%
Gastos como % de los fondos disponibles	71%	92%	115%	97%	90%	100%	69%	80%
Gastos de personal por oficina principal	8%	4%	1%	3%	5%	20%	57%	100%

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/163, consultado el 7 de abril de 2016.

2.5 NUTRICIÓN

EFECTO 2.5. REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES

Reformular el debate sobre nutrición – un programa ambicioso

La Asamblea de la Salud definió el alcance de los problemas de nutrición, en el contexto de su compromiso de alcanzar para 2025 seis metas mundiales en materia de nutrición, destinadas a reducir el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de cinco años, frenar el aumento de la obesidad, reducir la anemia materna y el bajo peso ponderal y aumentar las tasas de lactancia materna. Reconocemos actualmente que el mundo se ve afectado por múltiples formas de malnutrición de las que casi ningún país está exento, y cuyos efectos en la salud y el desarrollo son generalizados. La dieta malsana y la nutrición maternoinfantil deficiente son factores principales relacionados con la carga mundial de morbilidad.

En la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, organizada conjuntamente por la FAO y la OMS en 2014, se señaló que los sistemas alimentarios eran disfuncionales, y los gobiernos se comprometieron a adoptar medidas correctivas urgentes para asegurar que la dieta sana durante todo el ciclo vital se convirtiera en el principal objetivo de las políticas y los programas que rigen la producción, la distribución y el consumo de alimentos.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce esos enfoques y se compromete a velar por el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año, a fin de acabar con todas las formas de malnutrición y hacer frente a las necesidades nutricionales de las mujeres adolescentes, embarazadas y lactantes, y de las personas mayores. Esos conceptos están firmemente arraigados en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, y en los ámbitos de trabajo sobre nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial.

Las repercusiones de este cambio de política comienzan a percibirse. En todas las regiones y en la Sede, las actividades que desarrolla actualmente la OMS en el ámbito de la nutrición abarcan completamente la doble carga de morbilidad debida a la malnutrición. Las Oficinas Regionales para el Pacífico Occidental, las Américas y Europa han actualizado recientemente sus planes regionales sobre nutrición, y las oficinas regionales para Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y África también se han sumado a este proceso. Los Estados Miembros han establecido metas y compromisos nacionales propios sobre nutrición, que reflejan toda la gama de problemas de malnutrición, así como las recomendaciones sobre políticas de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición.

La OMS está asesorando a los países en materia de políticas y programas que permitan hacer frente a los múltiples retos concernientes a la nutrición, y proporciona una definición clara del concepto de dieta sana. La OMS publicó directrices sobre la ingesta de sodio y azúcares, y desarrolló una metodología para evaluar los efectos sanitarios de los alimentos en función de su contenido de nutrientes (perfil nutricional). En la Oficina Regional para Europa se desarrolló un sistema para elaborar perfiles nutricionales, y en las Oficinas Regionales para Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se están desarrollando otros sistemas que servirán de base para la formulación de medidas destinadas a restringir la comercialización de alimentos a los niños.

Por otra parte, la OMS ha proporcionado orientación para alcanzar las seis metas mundiales relativas a nutrición, y ha identificado medidas eficaces que los servicios de salud deberían aplicar a tal efecto. La base de datos mundial de la OMS sobre la aplicación de medidas concernientes a nutrición contiene actualmente más de 1500 documentos de política y más de 2500 programas que permiten analizar la respuesta normativa a los problemas de nutrición en todos los países.

Para orientar la respuesta normativa es necesario realizar el seguimiento de las diferentes dimensiones de la malnutrición, así como de las políticas y sus repercusiones. La Asamblea de la Salud aprobó un marco mundial para el seguimiento de la nutrición, y la OMS elaboró mecanismos de apoyo para su aplicación, incluido el establecimiento de un grupo de expertos en asesoramiento técnico (creado conjuntamente con el UNICEF).

¿Cómo se traducen todas estas iniciativas en medidas concretas en los países? En la Región de África la OMS contribuyó al fortalecimiento de los servicios de seguimiento de la nutrición en más del 17% de los distritos en 11 países, e impartió capacitación a más de 1.600 profesionales sanitarios en nueve países, sobre diversos aspectos relativos a la vigilancia de la nutrición, en beneficio de casi 23 millones de mujeres en edad fecunda y 12 millones de niños menores de cinco años. Además, la OMS contribuyó a la realización de actividades de vigilancia de la nutrición en la Región de Europa y en la Región del Pacífico Occidental. En la Región de Europa se ha puesto en marcha una iniciativa pionera a nivel mundial para vigilar la obesidad infantil, en cuyo marco se recopilan datos nacionales representativos, mensurables y comparables relativos al sobrepeso y la obesidad entre niños de escuelas primarias de 31 Estados Miembros.

En los programas sobre nutrición de todas las oficinas principales se han adoptado enfoques basados en la equiparación entre los sexos, la equidad y los derechos humanos. En particular, se han tenido en cuenta los grupos vulnerables, especialmente las mujeres, las niñas y los niños, a fin de velar por la equidad y los derechos humanos en todas las áreas y programas de interés, con arreglo al artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La Región del Pacífico Occidental ofrece un ejemplo específico: en la República Democrática Popular Lao se administran semanalmente suplementos de hierro y ácido fólico, y en China se elaboró un informe sobre la situación nutricional de niños relegados, que contiene recomendaciones destinadas a mejorar la situación nutricional de los niños menores de cinco años en la provincia de Shaanxi.

Mediante la promoción del programa general sobre nutrición, los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecen oportunidades singulares y sin precedentes para que los países adopten medidas multisectoriales, y un impulso importante para promover la nutrición en todo el mundo. Para que la OMS desempeñe plenamente su función en este ambicioso programa se requerirá el trabajo en colaboración de las diversas áreas técnicas y la participación de los tres niveles de la Organización.

En el bienio 2014-2015, la formulación de seis metas mundiales sobre nutrición y el acuerdo alcanzado a ese respecto crearon las condiciones para mejorar el seguimiento y la evaluación de los progresos que se realicen hacia el logro de los indicadores del efecto relacionados con los factores de riesgo nutricionales. El establecimiento de normas y pautas y el seguimiento de las tendencias en materia de salud a lo largo del tiempo, como funciones básicas de la OMS, siguen siendo una base sólida para la labor de la Organización.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
2.5.1.	Se habrá posibilitado a los países el desarrollo, la aplicación y el seguimiento de planes de acción basados en el plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño	✓	!	✓	✓	✓	!	✓
2.5.2.	Se habrán actualizado las normas y los criterios sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, objetivos dietéticos para la población y lactancia materna, y se habrán desarrollado opciones normativas para la adopción de medidas de nutrición eficaces en relación con el retraso del crecimiento, la emaciación y la anemia	✓	!	✓	✓	✓	!	✓

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/164, consultado el 7 de abril de 2016.

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	3900	2800	3000	2000	3000	3100	22 200	40 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	1843	2320	1369	774	1355	1524	8278	17 463
Contribuciones voluntarias para fines especificados	12 557	588	45	821	1289	825	9202	26 148
Total	**14 400**	**2908**	**1414**	**1595**	**2644**	**2349**	**17 480**	**43 611**
Fondos disponibles como % del presupuesto	369%	104%	47%	80%	88%	76%	79%	109%
Gastos de personal	2664	802	697	635	609	1006	10 636	17 049
Gastos derivados de las actividades	9894	1992	689	808	2296	1309	5310	22 298
Total gastos	**12 558**	**2794**	**1386**	**1443**	**2905**	**2315**	**15 946**	**39 347**
Gastos como % del presupuesto aprobado	322%	100%	46%	72%	97%	75%	72%	98%
Gastos como % de los fondos disponibles	87%	96%	98%	90%	110%	99%	91%	90%
Gastos de personal por oficina principal	16%	5%	4%	4%	4%	6%	62%	100%

Categoría 3
PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA

Esta categoría engloba diversas estrategias orientadas a promover la salud y el bienestar desde la concepción hasta la vejez. Sus actividades son por naturaleza transversales y abordan las necesidades de la población prestando especial atención a etapas clave de la vida. Este enfoque del ciclo de vida considera la interacción que se da entre múltiples determinantes y su efecto en la salud.

Las actividades emprendidas en esta categoría están directamente vinculadas a objetivos acordados internacionalmente, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil) y 5 (Mejorar la salud materna), y contribuyen a ellos. Aunque se han hecho grandes avances, quedan todavía enormes retos por superar, y las actividades de la OMS se desplegarán en el contexto de la nueva agenda mundial para el desarrollo.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se ha adoptado un amplio conjunto de metas para abordar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes. Se han fijado así metas ambiciosas para poner fin a la mortalidad maternoinfantil prevenible y lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva.

La nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, 2016-2030, del Secretario General de las Naciones Unidas proporciona un marco de múltiples partes interesadas para la implementación, el seguimiento y la supervisión de los progresos hacia las metas conexas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen varias metas relacionadas con la sostenibilidad medioambiental y la salud humana. En lo que se refiere a la reducción de la pobreza, cabe destacar la consideración de que hay

riesgos ambientales, tales como los combustibles sólidos, el agua insalubre y un saneamiento inadecuado, que afectan desproporcionadamente a los pobres.

CATEGORÍA 3 - SITUACIÓN FINANCIERA GLOBAL, 2014-2015 (MILES DE US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	92 000	32 200	23 500	40 100	23 100	21 600	156 000	388 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	29 219	15 489	12 780	12 234	12 668	6844	32 815	122 049
Contribuciones voluntarias para fines especificados	63 046	2225	8725	18 273	9521	13 613	140 458	255 861
Total	**92 265**	**17 714**	**21 505**	**30 507**	**22 189**	**20 457**	**173 273**	**377 910**
Fondos disponibles como % del presupuesto	100%	55%	92%	76%	96%	95%	111%	97%
Gastos de personal	32 508	10 241	7687	19 044	8204	8098	77 613	163 395
Gastos derivados de las actividades	50 550	7431	11 987	9988	11 845	11 278	73 210	176 289
Total gastos	**83 058**	**17 672**	**19 674**	**29 032**	**20 049**	**19 376**	**150 823**	**339 684**
Gastos como % del presupuesto aprobado	90%	55%	84%	72%	87%	90%	97%	87%
Gastos como % de los fondos disponibles	90%	100%	91%	95%	90%	95%	87%	90%
Gastos de personal por oficina principal	20%	6%	5%	12%	5%	5%	48%	100%

3.1 SALUD REPRODUCTIVA, DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

EFECTO 3.1. AUMENTO DEL ACCESO A LAS INTERVENCIONES DE MEJORA DE LA SALUD DE LA MUJER, EL RECIÉN NACIDO, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Invertir la tendencia de la mortalidad neonatal prevenible

Casi tres millones de recién nacidos exhalan su último suspiro antes de cumplir un mes de vida, lo que representa casi la mitad (45%) de la mortalidad mundial de menores de cinco años. Otros 2,6 millones (una cifra casi idéntica) nacen ya muertos, y aproximadamente la mitad de esas muertes se producen durante el parto.

La mayoría de las muertes de recién nacidos se registran en la primera semana de vida. Muchas podrían haberse evitado, especialmente si la madre y el bebé hubieran recibido una atención de calidad adecuada durante el parto y una atención posnatal eficaz según lo recomendado, especialmente en la primera semana de vida. Existen intervenciones y tecnologías eficaces para proteger la vida de los neonatos. Entre las más asequibles para lograr que los recién nacidos sobrevivan y prosperen, cabe citar una atención cualificada durante el parto, atención neonatal esencial (por ejemplo, secar bien al bebé, mantenerlo junto a la madre y en estrecho contacto físico con ella inmediatamente después del nacimiento, y permitir que empiece a mamar en cuanto pueda), la reanimación neonatal, la lactancia materna exclusiva, cuidados extraordinarios para los bebés pequeños (método «madre canguro») y el tratamiento de los recién nacidos con signos de infección grave. No todo el mundo tiene acceso a esas intervenciones. Todo recién nacido tiene derecho a la salud y el bienestar, con independencia de dónde haya nacido.

El Plan de acción para todos los recién nacidos, dirigido por la OMS y el UNICEF con el respaldo de más de 40 asociados a nivel mundial, se desarrolló partiendo de cero. Preparado tras identificar de forma sistemática las enormes dificultades que afrontan los países con alta carga del problema, y apuntalado por la evidencia más avanzada sobre las intervenciones esenciales, el Plan de acción establece directrices factibles para que los planes nacionales de salud consigan ofrecer una cobertura sanitaria universal de calidad llegado el momento del parto. El plan garantiza que los sistemas de salud dispongan de productos básicos que salvan vidas y de trabajadores sanitarios que tengan las aptitudes y el apoyo requeridos para dispensar una atención de calidad en el parto, incluidas atención obstétrica de emergencia y atención posnatal rápida y eficaz, en particular para los neonatos pequeños y enfermizos.

El Plan de acción para todos los recién nacidos fue respaldado por 194 países en la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2014. Fue entonces cuando realmente se empezó a trabajar, traduciendo las palabras en acción en cada comunidad, centro de salud y sistema de salud en todos los países más afectados por el problema. La OMS, el UNICEF y numerosos asociados han estado guiando el Plan de acción para salvar vidas de recién nacidos con la ayuda de los países, informando de las últimas y mejores pruebas científicas para fundamentar las intervenciones, y midiendo el impacto sobre el terreno. Los 18 países más afectados han tomado medidas concretas para proteger la salud de los recién nacidos, y 41 han aplicado las recomendaciones que figuran en el Plan de acción para formular nuevos planes nacionales en materia de salud materna y neonatal, o para fortalecerlos si fuera el caso.

La OMS ha reforzado esos avances mediante la revisión de las directrices de práctica clínica para el manejo integrado del embarazo y el parto y la atención posparto y neonatal, la elaboración de nuevas directrices para el tratamiento de posibles infecciones bacterianas graves cuando la derivación es imposible, la actualización de las directrices sobre la atención a dispensar para mejorar los resultados de los partos prematuros, instrumentos de apoyo a una partería de calidad, estudios de evaluación del efecto de los suplementos de vitamina A en la supervivencia de los lactantes, la primera fase de Mejores resultados en los partos complicados, un estudio de cohortes sobre la morbimortalidad materna y neonatal, y cuatro nuevos estudios de investigación de opciones que mejoren la supervivencia de los bebés prematuros. También se están registrando progresos en algunas iniciativas regionales, como por ejemplo *First Embrace* en la Región del Pacífico Occidental.

La OMS, en colaboración con el UNICEF y otros asociados, está emprendiendo una iniciativa mundial orientada a mejorar la calidad de la atención, iniciativa que abarca tanto la dispensación de atención como la experiencia de la misma en la fase perinatal. La OMS ha elaborado normas que orientarán al personal de partería y a los administradores sanitarios que actúan en primera línea para que puedan ofrecer una atención obstétrica de calidad.

Las comunidades son esenciales para reducir la mortalidad materna y neonatal, debido a que muchas muertes y problemas de salud se pueden evitar actuando en los hogares y aldeas. La OMS y sus asociados han desarrollado un curso de formación para encauzar la movilización comunitaria, curso que complementa la carpeta OMS/UNICEF para los agentes de salud comunitarios —«atención a neonatos y niños en la comunidad»— y que incluye módulos para la atención domiciliaria a recién nacidos. Un análisis de la evidencia que hizo la OMS con grupos de mujeres que siguieron el proceso de Aprendizaje Participativo y Acción reveló importantes reducciones de las muertes de recién nacidos en poblaciones rurales con alta mortalidad y se plasmó en una recomendación de política mundial.

Sin embargo queda mucho por hacer. En numerosos lugares los recién nacidos no reciben aún los servicios que necesitan. El tratamiento de los bebés pequeños y enfermos sigue suponiendo un reto considerable. No todos los gobiernos han hecho de la salud del recién nacido una prioridad, y los sistemas de salud vulnerables pueden colapsarse en tiempos de crisis. Cuando África occidental se vio azotada por el brote de ebola, fueron más las mujeres y los recién nacidos que murieron tras el parto que los que fallecieron por la propia epidemia, debido al desmoronamiento de los servicios de salud materna.

Además, pueden surgir nuevas amenazas. La epidemia de virus de Zika en las Américas se ha extendido a un ritmo alarmante y se ha relacionado con un aumento del número de recién nacidos con problemas cerebrales graves, presumiblemente a causa de la infección en las primeras fases del embarazo. La OMS ha coordinado la respuesta internacional organizada para paliar los efectos de esta epidemia de un virus transmitido por mosquitos y proteger a las mujeres embarazadas en 39 países afectados. Se está realizando un arduo trabajo en

materia de vigilancia, análisis de datos, pruebas diagnósticas, vacunas experimentales y directrices para el personal sanitario.

El impulso generado en los países por el Plan de acción para todos los recién nacidos dirigido por la OMS y el UNICEF podría contribuir sustancialmente a los indicadores de efecto de esta área programática, más específicamente a los indicadores relacionados con los partos atendidos por personal sanitario cualificado, la atención posnatal a las madres y sus bebés, y la lactancia materna.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (✗) No entregado/aportado (n/a) No se aplica

Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
3.1.1.	Se habrá posibilitado una mayor ampliación del acceso a intervenciones eficaces y un mejoramiento de su calidad, desde antes del embarazo hasta después del parto, con especial atención al periodo de 24 horas en torno al parto	✓	!	✓	✓	✓	!	✓
3.1.2.	Se habrá fortalecido la capacidad de los países para ampliar las intervenciones de alta calidad destinadas a mejorar la salud del niño y su desarrollo en la primera infancia y poner fin a las defunciones infantiles por enfermedades prevenibles mediante vacunación, en particular neumonía y diarrea	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.3.	Se habrá posibilitado a los países la aplicación y el seguimiento de intervenciones eficaces para satisfacer las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y reducir los comportamientos de riesgo de los adolescentes	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.4.	Se habrán realizado investigaciones y se habrán generado y sintetizado datos probatorios para diseñar intervenciones clave en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido, el niño y el adolescente, así como en relación con otras afecciones y problemas conexos	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/165, consultado el 7 de abril de 2016.

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	68 900	12 100	14 200	7000	14 600	12 100	103 900	232 800
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	20 053	6892	7075	3469	7729	3283	13 538	62 039
Contribuciones voluntarias para fines especificados	56 682	1772	4070	3153	7774	6182	114 504	194 137
Total	**76 735**	**8664**	**11 145**	**6622**	**15 503**	**9465**	**128 042**	**256 176**
Fondos disponibles como % del presupuesto	111%	72%	78%	95%	106%	78%	123%	110%
Gastos de personal	24 905	4441	4179	3 036	4860	3502	49 332	94 255
Gastos derivados de las actividades	44 417	4083	5806	3 320	8603	5346	59 944	131 519
Total gastos	**69 322**	**8524**	**9985**	**6356**	**13 463**	**8848**	**109 276**	**225 774**
Gastos como % del presupuesto aprobado	101%	70%	70%	91%	92%	73%	105%	97%
Gastos como % de los fondos disponibles	90%	98%	90%	96%	87%	93%	85%	88%
Gastos de personal por oficina principal	26%	5%	4%	3%	5%	4%	52%	100%

3.2 ENVEJECIMIENTO Y SALUD

EFECTO 3.2. AUMENTO DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS DE EDAD QUE PUEDEN LLEVAR UNA VIDA INDEPENDIENTE

Estrategias para fomentar un envejecimiento saludable

Hoy día, por primera vez en la historia, la mayoría de la gente vive hasta entrados los sesenta años o más. Al coincidir ello con una caída de las tasas de fecundidad, esos aumentos de la esperanza de vida están provocando un rápido envejecimiento de la población en todo el mundo. Y el ritmo al que se está produciendo este fenómeno es mucho más rápido que en el pasado.

Una vida más larga es un recurso muy valioso, que nos lleva a reconsiderar no solo la definición misma de edad avanzada, sino la manera de organizar la totalidad de nuestra existencia. Sin embargo, el alcance de las oportunidades que se derivan de estos años de vida adicionales dependerá en gran medida de un factor clave: la salud. Si la gente los vive con buena salud, su capacidad para hacer las cosas que valoren no diferirá demasiado de la propia de una persona más joven. Pero si esos años adicionales se ven empobrecidos por el deterioro de la capacidad física y mental, su repercusión en las personas mayores y en la sociedad será mucho peor.

Aunque a menudo se supone que el aumento de la longevidad lleva asociado un periodo prolongado de buena salud, los indicios de que las personas mayores gozan hoy de una salud mejor que la de sus padres a la misma edad son muy limitados. Se requiere cuanto antes una respuesta de salud pública coherente y focalizada que abarque múltiples sectores y partes interesadas, pero hasta la fecha apenas se ha hecho nada en ese sentido. A fin de colmar esta gran laguna, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud resolvió en 2013 que el envejecimiento sería un área de trabajo prioritaria para la OMS.

Sin embargo, este campo estaba lastrado por ideas erróneas generalizadas y lagunas básicas de conocimientos, y carecía de un marco estratégico claro para la acción de salud pública. Por otra parte, si bien el trabajo de muchas unidades de la OMS a todos los niveles de la Organización está directa o indirectamente relacionado con la salud de las personas mayores, tradicionalmente esas actividades se han llevado a cabo con independencia unas de otras. Para que la OMS ejerza el liderazgo que tanto se necesita en este ámbito, había que adoptar varias medidas básicas que sentaran los cimientos para actuar de forma eficaz y duradera.

Como primer paso, a principios de 2014 la OMS estableció el Foro de Coordinación de la OMS para el Envejecimiento y la Salud para fomentar una respuesta de «toda la Organización» en este terreno. El Foro, que se reúne con regularidad, congrega a representantes de departamentos clave y establece vínculos con coordinadores de cada oficina regional. Gracias a él se forjó una visión compartida de los logros a perseguir.

Esta visión común se describió en detalle en el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de 2015. El informe se basó en 19 documentos de antecedentes para resumir los conocimientos actuales sobre el envejecimiento. También cuestionó muchos malentendidos generalizados y definió un nuevo marco de salud pública para la acción basado en la evidencia. Un aspecto capital de este marco es la reformulación que hace del envejecimiento saludable como un concepto relacionado con la creación y el mantenimiento de la capacidad funcional a lo largo de todo el ciclo de vida.

En el informe se identifican cuatro estrategias básicas para fomentar el envejecimiento saludable: la adaptación de los sistemas de salud a las poblaciones de mayor edad a las que han de atender en proporción creciente, el desarrollo de sistemas de atención crónica, la creación de entornos adaptados a las personas mayores, y mejoras de los sistemas de medición, vigilancia e investigación. El informe ha sido bien acogido, pues en los dos primeros meses tras su publicación se han descargado más de 20 000 copias del mismo.

A fin de consolidar el compromiso de los Estados Miembros y de focalizar las contribuciones de todas las partes interesadas, en 2014 la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud pidió a la OMS que elaborase una estrategia y un plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Tomando como punto de partida el marco descrito en el informe, y considerando los resultados de una amplia consulta que generó más de 600 aportaciones a través de la web y de una reunión presencial a la que asistieron más de 70 Estados Miembros y un total de 200 participantes, se elaboró un proyecto de estrategia que fue sometido a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, en enero de 2016.

Para ayudar a colmar las lagunas de conocimientos existentes en lo relativo a la salud y las necesidades de las personas mayores en los países de ingresos bajos y medianos, la OMS, con el apoyo del Instituto Nacional para el Estudio del Envejecimiento de los Estados Unidos, está llevando a cabo un estudio longitudinal pormenorizado de más de 40 000 personas de edad avanzada en China, la India, Ghana, Sudáfrica, México y la Federación de Rusia. A lo largo del bienio se pudo disponer de los primeros resultados de esta investigación.

Estas iniciativas estratégicas se han visto complementadas por el apoyo continuo proporcionado a muchos Estados Miembros por las oficinas regionales y de país a fin de ayudarles a determinar y atender las necesidades de las personas mayores para procurarles una mejor atención sanitaria. En China y Ghana se emprendieron proyectos de traslación de conocimientos a fin de establecer nuevos métodos capaces de aprovechar al máximo la labor de todos los niveles de la Organización para ayudar a los países a formular políticas basadas en la evidencia. La OMS también ha seguido apoyando a los municipios directamente mediante su compromiso con la Red Mundial OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores, que cuenta hoy con más de 300 miembros.

El bienio 2014-2015 ha sido por consiguiente un periodo decisivo para redefinir la agenda mundial sobre el envejecimiento. El firme y amplio apoyo al *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* y a la estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud constituye un respaldo a la función de liderazgo mundial de la OMS en este campo, y se han sentado las bases para que la Organización articule una respuesta de salud pública perdurable y focalizada. La visión estratégica y el marco de acción ya están listos, al igual que un mecanismo para sacar partido de todos los recursos de la Organización de forma coordinada.

La labor normativa sobre el envejecimiento llevada a cabo durante 2014-2015 (el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* y la estrategia mundial) es una contribución directa al indicador de efecto de esta área programática, que requiere que se elaboren indicadores mundiales como marco de seguimiento del envejeci-

miento. Esta actividad muestra también cómo un pequeño departamento de la OMS puede multiplicar la eficacia del conjunto de la Organización para abordar una cuestión transversal común.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica

Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
3.2.1.	Se habrá posibilitado a los países la formulación de políticas y estrategias que fomentan un envejecimiento saludable y activo y promueven un mejor acceso a cuidados permanentes, a largo plazo y paliativos, y su coordinación	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2.2.	Se habrá proporcionado orientación técnica innovadora para identificar y satisfacer las necesidades de las personas de edad avanzada de una mejor atención sanitaria	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
3.2.3.	Se habrá facilitado el diálogo normativo y el asesoramiento técnico a los países, con especial atención a la salud de las mujeres que han pasado la edad fecunda	X	!	✓	n/a	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	700	1100	300	1500	1000	200	4700	9500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	182	903	408	514	465	234	3502	6208
Contribuciones voluntarias para fines especificados	143	0	67	558	0	367	783	1918
Total	**325**	**903**	**475**	**1 072**	**465**	**601**	**4285**	**8126**
Fondos disponibles como % del presupuesto	46%	82%	158%	71%	47%	301%	91%	86%
Gastos de personal	410	436	166	731	211	276	3043	5273
Gastos derivados de las actividades	231	451	326	257	229	317	1135	2946
Total gastos	**641**	**887**	**492**	**988**	**440**	**593**	**4178**	**8219**
Gastos como % del presupuesto aprobado	92%	81%	164%	66%	44%	297%	89%	87%
Gastos como % de los fondos disponibles	197%	98%	104%	92%	95%	99%	98%	101%
Gastos de personal por oficina principal	8%	8%	3%	14%	4%	5%	58%	100%

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/166, consultado el 7 de abril de 2016.

3.3 INCORPORACIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, EQUIDAD Y DERECHOS HUMANOS

EFECTO 3.3. INCORPORACIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, EQUIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA Y LOS PAÍSES

De la teoría a los ejemplos de los países

El objetivo general del conjunto de las actividades de la OMS es mejorar la salud de la población y reducir las inequidades sanitarias. Para mejorar de forma duradera el bienestar físico, mental y social hay que actuar conforme a los principios de derechos humanos, intentando incidir en las cuestiones de género y los determinantes sociales de la salud. La reducción de las inequidades sanitarias que se dan en los países y entre ellos es una aspiración inscrita en la Constitución de la OMS y que ha quedado reflejada como una de las seis prioridades de liderazgo en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. Por último, los Objetivos de Desarrollo Sostenible integran la reducción de la inequidad como un fin transversal de todos los objetivos, y en el Objetivo 10 la equidad es un fin en sí misma. Las actividades emprendidas en el marco del área programática 3.3 en 2014-2015 fueron de dos tipos.

En el seno de la Organización, la finalidad de las actividades emprendidas en 2014-2015 ha sido orientar y facilitar la incorporación de una perspectiva de equidad, derechos humanos, género y determinantes sociales (EDGS). Esa incorporación en la OMS significa que todos los niveles y oficinas priorizan e integran los EDGS en sus programas. De forma gradual se han introducido cambios en la cultura institucional, la gestión y la manera de trabajar. Es preciso asimismo que las áreas programáticas se replanteen su forma de considerar y analizar la salud y las dificultades inherentes a la aplicación de esa iniciativa; la manera de tomar decisiones; el tipo de recomendaciones a formular en materia de política e intervenciones, y la forma de proceder a la implementación y de seguir de cerca los progresos realizados.

A fin de aplicar un enfoque uniforme en toda la OMS, los diferentes niveles de la Organización se reunieron y acordaron un conjunto de siete criterios esenciales de integración: desglose de datos; análisis de género; análisis de la equidad; sensibilidad al género; mejora de la equidad; implementación de las variables DAAC (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad); y uso de métodos participativos para eliminar las barreras a la inclusión. Se elaboraron siete módulos breves de ciberaprendizaje interactivo para el personal de la OMS al objeto de mejorar las aptitudes necesarias para poner en práctica los siete criterios. En el curso de programas de orientación inicial y sesiones de aprendizaje presenciales organizadas en varias regiones se dieron a conocer los conceptos de EDGS al personal nuevo. Para que los criterios de incorporación de la OMS quedaran reflejados en la orientación normativa mundial, se incluyó un capítulo en el manual revisado de la OMS para la elaboración de directrices, así como en el manual de orientación inicial de los jefes de las oficinas de la OMS en los países. Aunque algunos programas ya estaban trabajando en esta dirección, los EDGS no estaban bien integrados en los procesos reglamentarios de planificación y evaluación de la OMS. Al elaborar el presupuesto por programas 2016-2017 se tomaron medidas para resaltar los EDGS, y el proceso de evaluación de la ejecución para 2014-2015 exige que las áreas programáticas aporten ejemplos concretos de incorporación efectiva de los criterios.

Durante el bienio 2014-2015 se ha registrado una actividad destacable en las seis regiones de la OMS, como consecuencia de lo cual 46 países han hecho sus políticas, planes y leyes nacionales de salud más equitativos, sensibles al género y conformes con los derechos humanos. Los caminos elegidos para ello y los sectores seleccionados dependen de la situación nacional, pero durante el bienio los EDGS abandonaron el plano de lo abstracto para concretarse en ejemplos prácticos aplicables en los países. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Camboya ultimó una estrategia y plan de acción de incorporación de una perspectiva de género. La República de Moldova emprendió actividades para integrar el género, la equidad y los derechos humanos en su estrategia nacional sobre niños y adolescentes. La vigilancia de las inequidades sanitarias imprime un gran impulso a la actuación en los países. Análisis robustos de los datos sanitarios permiten a las partes interesadas nacionales entender el contexto social en que se implementan los programas de salud y comprender mejor qué variables deberían modificarse para lograr una mejor salud para todos, sin que nadie quede rezagado. Treinta y cinco países recibieron apoyo técnico de la OMS para reforzar el acopio de datos desglosados. La Oficina Regional para África participó en la revisión del Índice de Desarrollo de Género, bajo la coordinación de la Comisión Eco-

nómica de las Naciones Unidas para África. Para lograr una mayor difusión y participación, las Oficinas Regionales de la OMS para el Mediterráneo Oriental y las Américas tradujeron al árabe y el español el manual OMS de seguimiento de las desigualdades sanitarias.

Las actividades emprendidas en 2014-2015 en la OMS sobre los EDGS están directamente vinculadas al indicador de efecto 3.3, relativo a la necesidad de implantar los procedimientos requeridos para que el género, la equidad y los derechos humanos sean objeto de medición en los programas de la Secretaría.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas. Se ha elaborado también un resumen de las experiencias de incorporación en programas técnicos concretos, así como un informe sobre los progresos realizados hacia la consecución de las metas del Plan de Acción en el conjunto del sistema de las Naciones Unidas.[1]

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica

Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
3.3.1.	Se habrá incorporado una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en la planificación y el seguimiento estratégicos y operacionales ordinarios de los programas de la Secretaría	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.3.2.	Se habrá reforzado la capacidad de los países para incorporar y supervisar la perspectiva de género, equidad y derechos humanos en sus políticas sanitarias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014–2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	2300	2000	500	1300	1200	200	6400	13 900
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	221	1483	1362	826	525	204	2958	7579
Contribuciones voluntarias para fines especificados	1368	117	142	119	568	927	1301	4542
Total	**1589**	**1600**	**1504**	**945**	**1093**	**1131**	**4259**	**12 121**
Fondos disponibles como % del presupuesto	69%	80%	301%	73%	91%	566%	67%	87%
Gastos de personal	260	1017	338	679	211	331	2696	5532
Gastos derivados de las actividades	1249	678	770	252	818	782	1545	6094
Total gastos	**1509**	**1695**	**1108**	**931**	**1029**	**1113**	**4241**	**11 626**
Gastos como % del presupuesto aprobado	66%	85%	222%	72%	86%	557%	66%	84%
Gastos como % de los fondos disponibles	95%	106%	74%	99%	94%	98%	100%	96%
Gastos de personal por oficina principal	5%	18%	6%	12%	4%	6%	49%	100%

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/167, consultado el 7 de abril de 2016.

3.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

EFECTO 3.4. MAYOR COORDINACIÓN INTERSECTORIAL DE LAS POLÍTICAS PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Explicación del enfoque de la Salud en Todas las Políticas

Para cualquier niña o niño, el mero hecho de cruzar la calle en alguna de las muchas ciudades en rápido crecimiento supone una enorme amenaza para su salud. En esos entornos tanto los padres como los niños se exponen a varios riesgos, que van desde traumatismos causados por el tránsito como consecuencia de un mal diseño de las calles y los pasos de peatones, hasta la exposición a una densa contaminación por camiones y autobuses de alta emisión de productos de la combustión de gasóleo en entornos poco regulados en ese sentido.

Estas cuestiones son el núcleo de un enfoque de integración de la salud en todas las políticas, que pretende impulsar paralelamente la salud, la equidad y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel nacional, regional y local.

Salud en todas las políticas significa tener en cuenta las repercusiones sanitarias de las decisiones adoptadas en otros sectores, de forma que se reduzcan al mínimo los riesgos para la salud y se potencien las sinergias que la mejoren. La perspectiva de la inclusión de la salud en todas las políticas está implícita en muchos de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas asociadas. Por ejemplo, dos metas del Objetivo 11 (Ciudades y comunidades sostenibles) tienen por finalidad garantizar que las mujeres, los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad tengan acceso a «sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles» (meta 11.2) y a «zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles» (meta 11.7). Estas metas reconocen las sinergias que pueden suponer tales políticas para reducir la contaminación del aire y los traumatismos causados por el tránsito y promover una actividad física saludable, lo que repercute sobre todo en la salud de los grupos más vulnerables.

La aplicación de los enfoques de inclusión de la salud en todas las políticas a los temas de salud y desarrollo sostenible puede reforzar la vigilancia y el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fomentando «una perspectiva transversal de las importantes interrelaciones existentes entre los objetivos y las metas». La salud en todas las políticas es un instrumento clave para que el sector sanitario identifique los determinantes sociales y ambientales de la salud y colabore con otros sectores en los esfuerzos orientados a garantizar «una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades»— según se dice en el Objetivo 3 (Buena salud y bienestar).

Otro tema transversal del enfoque de la integración de la salud en todas las políticas es la reducción de las desigualdades entre los diferentes grupos de población dentro de los países y entre los países. Esto es igualmente fundamental para el Objetivo 10, sobre la reducción de las desigualdades en y entre los países. La mejora de la gobernanza también es esencial para la salud en todas las políticas, mientras que los Objetivos de Desarrollo Sostenible hacen hincapié en la importancia crucial de la acción intersectorial y de un enfoque pangubernamental como claves para su consecución, y consideran la salud y la equidad sanitaria como indicadores básicos para medir los avances hacia un desarrollo sostenible.

Reconociendo estas sinergias, la OMS ha acelerado la formación en relación con la integración de la salud en todas las políticas, organizando al efecto una serie de talleres mundiales, regionales y nacionales de capacitación. Entre ellos cabe citar un taller mundial de formación de instructores celebrado en Ginebra en marzo de 2015, al que siguieron ese mismo año siete talleres o cursos de formación regionales y subregionales en el Brasil, Finlandia, la India, México, Nueva Zelandia, Sudáfrica y Suriname, eventos que abarcan en conjunto cinco de la seis regiones de la OMS. En los talleres y cursos se hace uso de un nuevo manual de formación sobre salud en todas las políticas elaborado por la OMS. Este manual es un recurso adaptable para crear capacidad y promover la participación, la colaboración y los intercambios en materia de salud en todas las políticas.

La diversidad de estos eventos —en lo tocante a los participantes elegidos como destinatarios, los objetivos y la estructura de las reuniones— pone de manifiesto tanto la existencia de una demanda considerable de instrumentos concretos y prácticos y de orientación sobre la salud en todas las políticas como la flexibilidad del manual y la versatilidad de su aplicación a distintos contextos y temas.

Estos eventos han tenido eco en el terreno normativo. Por ejemplo, el taller celebrado en Suriname en mayo de 2015 confirió notoriedad política a las inequidades sanitarias y los determinantes sociales de la salud en el país y sentó las bases para los debates al respecto que en él se organizaron, dirigidos por el Gobierno de Suriname y respaldados por la OMS. El resultado principal fue un examen exhaustivo e intersectorial de la salud en todas las políticas para mitigar las inequidades sanitarias en el país. Por ejemplo, se descubrió que la prevalencia de nefropatía crónica era 2,5 veces mayor en el distrito de Saramacca, cerca de la capital, Paramaribo, que en el distrito de Coronie, de carácter más rural. A nivel nacional, la prevalencia de diabetes de tipo 2 casi se triplicaba en los quintiles de riqueza más pobres en comparación con los más ricos; además, la prevalencia de tabaquismo entre los dos quintiles de riqueza más pobres era entre tres y cuatro veces mayor que en el quintil más rico.

El conocimiento de las medidas relativas a los determinantes sociales y ambientales de la salud y la equidad sanitaria y el compromiso político en ese sentido no han dejado de aumentar. El enfoque de inclusión de la salud en todas las políticas ha logrado reconocimiento y apoyo a nivel mundial, en particular mediante la Declaración de Adelaida de 2010 sobre la salud en todas las políticas, el documento final de la Conferencia Río+20 «El futuro que queremos», de 2012, y la octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en 2013 —que se centró en la salud en todas las políticas—, con la Declaración de Helsinki de ella emanada, debiéndose citar por último la ulterior resolución WHA67.12, en la que se aboga por la elaboración de un marco para la actuación en los países en todos los sectores de la salud y la equidad sanitaria.

La necesidad de hacer participar a muchos otros sectores de la sociedad, además del sector de la salud, en la lucha por una sociedad más sana también ha sido desde hace largo tiempo una prioridad de las actividades de la OMS en el campo de la salud ambiental. Las medidas adoptadas en sectores como los de la energía, el transporte, la vivienda y el agua son fundamentales para abordar en su raíz causas ambientales y sociales de mala salud que escapan al control directo del sector sanitario.

El bienio 2016-2017 de la OMS contempla planes de nuevos talleres nacionales y regionales y la adaptación del manual sobre la salud en todas las políticas para centrar la atención en factores de riesgo sanitario, sectores y enfermedades específicos, tales como la contaminación del aire, la vivienda y las enfermedades no transmisibles. También prevé actividades tendentes a garantizar la armonización estratégica entre el manual de salud en todas las políticas y nuevos instrumentos y orientaciones que está desarrollando la OMS y pueden contribuir a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Entre estos figuran la próxima estrategia Innov8 de la OMS para la revisión de los programas nacionales de salud, las directrices de la OMS sobre vivienda y salud y las indicaciones relativas a la medición y el seguimiento de los determinantes sociales de la salud.

Lo que precede ilustra la labor realizada en el área programática 3.4 relativa a los determinantes sociales de la salud. La labor de la OMS sobre la inclusión de la salud en todas las políticas contribuye a ampliar la capacidad de actuación intersectorial y participación social en los países, que contribuye a su vez a las metas relacionadas con los efectos en lo referente a corregir las brechas de equidad en el acceso a la salud por parte de las comunidades pobres y desfavorecidas y la dispensación de atención sanitaria a las mismas.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/168, consultado el 7 de abril de 2016.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
3.4.1.	Se habrá acrecentado la capacidad de los países para aplicar un enfoque que incorpore la salud en todas las políticas, así como medidas intersectoriales y participación social para abordar los determinantes sociales de la salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.4.2.	Se habrá suministrado orientación eficaz a los países a fin de que incorporen los determinantes sociales de la salud en todos los programas de la OMS	✓	n/a	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	7300	4200	1500	7600	1200	1400	7100	30 300
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	4364	3691	894	2934	921	403	3346	16 553
Contribuciones voluntarias para fines especificados	181	47	30	3612	33	13	697	4613
Total	**4545**	**3738**	**924**	**6546**	**954**	**416**	**4043**	**21 166**
Fondos disponibles como % del presupuesto	62%	89%	62%	86%	80%	30%	57%	70%
Gastos de personal	3536	2793	479	3652	422	356	2571	13 809
Gastos derivados de las actividades	865	1054	466	2347	522	60	815	6129
Total gastos	**4401**	**3847**	**945**	**5999**	**944**	**416**	**3386**	**19 938**
Gastos como % del presupuesto aprobado	60%	92%	63%	79%	79%	30%	48%	66%
Gastos como % de los fondos disponibles	97%	103%	102%	92%	99%	100%	84%	94%
Gastos de personal por oficina principal	26%	20%	3%	26%	3%	3%	19%	100%

3.5 SALUD Y MEDIO AMBIENTE

EFECTO 3.5. REDUCCIÓN DE LAS AMENAZAS AMBIENTALES PARA LA SALUD

La salud, la contaminación del aire y el cambio climático - Nuevos conocimientos

Hasta hace poco apenas se comprendía la relación existente entre el incremento galopante de las enfermedades no transmisibles observado en todo el mundo y el esmog que tan a menudo vemos cubriendo nuestras ciudades.

Análogamente, pocas personas comprendían los muchos mecanismos por los que la exposición al humo desprendido por los cocinas de leña y carbón aumentan las tasas de neumonía en los niños pequeños, así como los riesgos de enfermedad pulmonar crónica que afectan a las mujeres que se ocupan de mantener los fogones y preparar la comida para su familia día tras día en numerosos hogares de África, América Latina y Asia Sudoriental.

Un hito reciente es un trabajo realizado por la OMS para evaluar la carga de morbilidad atribuible a la contaminación del aire, así como para determinar los vínculos existentes entre los contaminantes del aire perjudiciales para la salud y los contaminantes climáticos de vida corta y larga. Ahora sabemos que la contaminación del aire es una causa relevante no solo de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, sino también de gran parte de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares, cardiopatías y cáncer. La OMS ha tenido un papel protagónico en este importante avance, pues ha dirigido los trabajos sobre la carga de morbilidad por contaminación del aire y la síntesis de la evidencia sobre las intervenciones eficaces, y está también elaborando directrices sobre los límites de seguridad de las emisiones y las concentraciones ambientales de las más nocivas de entre estas, en especial de las partículas finas (PM2,5).

Uno de los grandes avances recientes ha sido la actualización de las pruebas científicas sobre la carga mundial de enfermedades causadas por los contaminantes del aire en los hogares y en el exterior (contaminación ambiental), trabajo publicado por la OMS en 2014. Las estimaciones realizadas revelaron que la contaminación del aire causaba una de cada ocho muertes prematuras en todo el mundo, y constituye actualmente el principal riesgo ambiental para la salud. Globalmente, unos 3,7 millones de defunciones se atribuyeron a la contaminación del aire exterior en 2012, el último año para el que se evaluaron datos, y unos 4,3 millones más se atribuyeron a fuentes de contaminación del aire en las viviendas, principalmente a cocinas humeantes e ineficientes de carbón y leña.

Además se publicó una base de datos actualizada sobre la exposición a la contaminación del aire urbano, incluidos datos de unas 1600 ciudades importantes de todo el mundo. Estos datos mostraron que solo un 12% de la población considerada vivía en ciudades donde los niveles de contaminación se ajustaban a lo estipulado en las directrices de la OMS para las PM2,5. Muchas ciudades de ingresos bajos y medianos, así como algunas ciudades de altos ingresos, sufren niveles de contaminación atmosférica que superan entre dos y cinco veces los límites recomendados.

En noviembre de 2014 la OMS publicó las nuevas directrices sobre la calidad del aire de interiores y la quema de combustible en los hogares, proporcionando así por primera vez unas indicaciones de interés para la salud en relación con los combustibles y tecnologías limpios aconsejables para la cocina, la calefacción y la iluminación domésticas. En esta amplia evaluación científica se señalan las energías limpias que pueden usar los hogares y los niveles de emisión que plantean riesgos para la salud, así como la necesidad crucial de evitar la quema de keroseno, carbón, leña y otros combustibles sólidos en interiores para proteger la salud pública.

En mayo de 2015 los Estados Miembros de la OMS dieron un paso importante para resolver los problemas de contaminación del aire al adoptar la resolución WHA68.8 (Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire). Más recientemente, el Consejo Ejecutivo de la OMS examinó un proyecto de hoja de ruta para articular una respuesta mundial mejorada a los efectos perjudiciales que para la salud tiene la contaminación del aire, proyecto que se someterá a la consideración de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016.

La OMS también ha intensificado tanto sus trabajos técnicos como su labor de sensibilización acerca de la relación entre la contaminación del aire y el clima, y ha dirigido una revisión científica de los vínculos entre los contaminantes climáticos de vida corta, los contaminantes del aire y la salud, lo que se plasmó en el informe *Reducing global health risks through mitigation of short-lived climate pollutants* [Disminución de los riesgos mundiales para la salud mediante la reducción de los contaminantes climáticos de vida corta], producido en colaboración con la Coalición Clima y Aire Limpio para Reducir los Contaminantes del Clima de Corta Vida (CCAC). En este informe se analizaban los efectos beneficiosos paralelos de la reducción de la contaminación del aire y de los contaminantes climáticos desde una misma perspectiva, destacando el firme interés del sector de la salud en un compromiso intersectorial activo para la mitigación del cambio climático. El rápido crecimiento de las poblaciones urbanas y de múltiples fuentes de contaminación del aire en las ciudades ha provocado un empeoramiento de la calidad del aire urbano en los países en desarrollo. La OMS está dando forma a una nueva iniciativa de salud urbana, a fin de fortalecer la capacidad del sector de la salud, y métodos experimentales de intervención del sector de la salud contra los contaminantes atmosféricos y climáticos en el desarrollo urbanístico, en colaboración con el Gobierno de Noruega y con muchos otros asociados de las Naciones Unidas, entidades gubernamentales, interesados en el desarrollo y representantes de la sociedad civil que forman parte de la CCAC.

En estrecha colaboración con la Iniciativa de Energía Sostenible para Todos, dirigida por el Secretario General de las Naciones Unidas, la OMS está procurando que en los mecanismos de seguimiento de la SE4ALL se tenga en cuenta la transición a fuentes de energía más limpias en los hogares y en el sector de la salud. Se están proponiendo, y poniéndolas en marcha en cooperación con los asociados de la SE4ALL, iniciativas encaminadas a facilitar un mayor acceso a energías limpias en los establecimientos de salud, así como a trazar planes de energía limpia para los hogares. De este modo se ayudaría a los países a solucionar la falta generalizada de acceso a energías limpias en los centros de salud en el África subsahariana, señalando que el acceso a fuentes de energía más fiables puede contribuir a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud de los neonatos y los niños y fidelizar a los trabajadores sanitarios, y ayudando a poner en práctica las recomendaciones que para garantizar una energía doméstica limpia se formulan en las directrices de la OMS sobre la calidad del aire de interiores.

En relación con la Agenda para el Desarrollo Sostenible después de 2015, la OMS ha contribuido a garantizar que como parte del sistema formal de indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se incluyan indicadores pertinentes para la salud de la exposición a la contaminación doméstica y ambiental y de la carga de morbilidad conexa. La vigilancia de la contaminación del aire, de sus fuentes y de sus efectos en la salud es fundamental para evaluar la eficacia de las intervenciones y controlar los progresos realizados. La OMS ha convocado una plataforma mundial con organismos de las Naciones Unidas, organismos gubernamentales e instituciones de investigación para garantizar el acceso a información de calidad sobre la exposición humana a contaminantes del aire, basada en datos de teledetección por satélite, inventarios de emisiones y vigilancia de los contaminantes. Esto ha permitido mejorar los modelos y hacer una validación cruzada de los datos.

Sin embargo, esto es solo el principio. Sigue habiendo grandes dificultades para obtener datos más precisos y locales sobre los niveles de exposición a la contaminación del aire y su repercusión en la salud. Es preciso también definir mejor el papel del sector de la salud en la lucha contra esa contaminación, y debe acometerse una creación de capacidad importante. Son pocos los ministerios de salud que cuentan entre su personal con especialistas en contaminación del aire.

El ejemplo de la contaminación del aire ilustra varias funciones básicas de la OMS, como son las de conformar la agenda de investigación y estimular la producción, traslación y difusión de conocimientos valiosos, establecer normas y estándares, y promover y supervisar su aplicación. Esta actividad de la OMS en el ámbito de la contaminación del aire contribuye al indicador de efecto relacionado con la proporción de la población que depende principalmente de los combustibles sólidos para cocinar.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.[1]

[1] Disponible en http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/169, consultado el 7 de abril de 2016.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
3.5.1.	Se habrá fortalecido la capacidad de los países para evaluar los riesgos sanitarios, formular y aplicar políticas, estrategias o reglamentos destinados a prevenir, mitigar y gestionar los impactos sanitarios derivados de los riesgos medioambientales	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.2.	Se habrán elaborado normas, criterios y directrices para identificar los riesgos sanitarios de origen medioambiental y ocupacional, así como los beneficios relacionados con la calidad del aire, los productos químicos, los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, la radiación, las nanotecnologías y el cambio climático	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.3.	Se habrán incorporado cuestiones de salud pública en acuerdos multilaterales y convenios sobre medio ambiente y desarrollo sostenible	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	12 800	12 800	7000	22 700	5100	7700	33 900	102 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	4399	2520	3041	4491	3028	2720	9471	29 670
Contribuciones voluntarias para fines especificados	4672	289	4416	10 831	1146	6124	23 173	50 651
Total	**9071**	**2809**	**7457**	**15 322**	**4174**	**8844**	**32 644**	**80 321**
Fondos disponibles como % del presupuesto	71%	22%	107%	67%	82%	115%	96%	79%
Gastos de personal	3397	1554	2525	10 946	2500	3633	19 971	44 526
Gastos derivados de las actividades	3788	1165	4619	3812	1673	4773	9771	29 601
Total gastos	**7185**	**2719**	**7144**	**14 758**	**4173**	**8406**	**29 742**	**74 127**
Gastos como % del presupuesto aprobado	56%	21%	102%	65%	82%	109%	88%	73%
Gastos como % de los fondos disponibles	79%	97%	96%	96%	100%	95%	91%	92%
Gastos de personal por oficina principal	8%	3%	6%	25%	6%	8%	45%	100%

Categoría 4

SISTEMAS DE SALUD

En la categoría 4 se agrupan las actividades de la OMS relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de salud, que apuntalan gran parte de los trabajos de la Organización en lo concerniente a la cobertura sanitaria universal.

Esta categoría combina las actividades relativas a políticas, estrategias y planes nacionales de salud, incluida la financiación; los servicios de salud integrados y centrados en la persona, que abarca los recursos humanos para la salud; el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, en particular el fortalecimiento de la capacidad en materia normativa; y la información y los datos científicos sobre los sistemas de salud.

Los ejemplos siguientes ilustran la labor llevada a cabo en relación con cada una de las cuatro áreas programáticas. Si bien estos ejemplos no pueden abarcar cabalmente la amplia gama de las actividades de la OMS en lo que atañe a los sistemas de salud, procuran mostrar algunos de los aspectos más innovadores de los trabajos realizados en los dos últimos años.

Las actividades orientadas a fortalecer los sistemas de salud son esenciales para el logro de los efectos relacionados con la salud durante el ciclo de vida, así como con las enfermedades transmisibles y no transmisibles como componentes de la cobertura sanitaria universal. La solidez de los sistemas de salud también es esencial para garantizar la protección de la salud pública a nivel tanto individual como mundial. Las emergencias sanitarias ocurridas recientemente, como los brotes de enfermedad por el virus del Ebola y el virus de Zika, o los desastres naturales acaecidos en Nepal y Filipinas han evidenciado con toda crudeza que los sistemas de salud también deben estar preparados para garantizar la seguridad sanitaria de la población y la resiliencia de las sociedades. El fortalecimiento de los sistemas de salud implica movilizar recursos financieros o mejorar el establecimiento de prioridades respecto de su asignación, así como reforzar las capacidades de los sistemas de salud en distintos contextos institucionales, económicos, fiscales y políticos. Y lo que es más importante, el forta-

lecimiento de los sistemas de salud es un importante método (una serie de enfoques e instrumentos, políticas y acciones) necesario para alcanzar los fines de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A su vez, el logro de dichos fines contribuirá de manera esencial a la seguridad sanitaria mundial y la resiliencia de las sociedades, a la equidad de los resultados sanitarios y el bienestar, y al crecimiento económico incluyente. Esta dinámica queda reflejada en el gráfico que figura a continuación.

Marco para la cobertura sanitaria universal como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

CATEGORÍA 4 - SITUACIÓN FINANCIERA GLOBAL, 2014-2015 (MILES DE US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	71 300	30 700	44 900	44 800	43 000	54 200	242 200	531 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	29 839	19 715	32 415	22 723	25 930	24 000	63 716	218 338
Contribuciones voluntarias para fines especificados	49 266	3 111	12 466	19 413	16 858	21 132	178 592	301 586
Total	**79 105**	**22 826**	**44 881**	**42 136**	**42 788**	**45 132**	**242 308**	**519 924**
Fondos disponibles como % del presupuesto	111%	74%	100%	94%	100%	83%	100%	98%
Gastos de personal	34 398	16 608	17 461	18 074	18 679	19 880	142 831	267 931
Gastos derivados de las actividades	36 782	6 604	25 458	21 538	20 011	22 926	66 867	200 186
Total de gastos	**71 180**	**23 212**	**42 919**	**39 612**	**38 690**	**42 806**	**209 698**	**468 117**
Gastos como % del presupuesto aprobado	100%	76%	96%	88%	90%	79%	87%	88%
Gastos como % de los fondos disponibles	90%	102%	96%	94%	90%	95%	87%	90%
Gastos de personal por oficina principal	13%	6%	7%	7%	7%	7%	53%	100%

4.1 POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PLANES NACIONALES DE SALUD

EFECTO 4.1. TODOS LOS PAÍSES CUENTAN CON POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PLANES NACIONALES DE SALUD DE CARÁCTER INTEGRAL ACTUALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Procesos participativos de planificación y evaluación de la formulación de políticas sanitarias

Datos fidedignos concernientes tanto a economías avanzadas como en desarrollo demuestran que la integración de las personas, familias, comunidades y organizaciones de la sociedad civil, así como de los parlamentarios y los medios de información puede tener un efecto positivo en los conocimientos sanitarios básicos, la experiencia de los pacientes, la utilización de los servicios, los gastos por atención de salud y los resultados sanitarios. Una de las intervenciones más eficaces es la adopción conjunta de decisiones, seguida de exámenes realizados por diferentes partes interesadas.

Diálogo social en Túnez: un ejemplo del apoyo de la OMS a la participación popular en la formulación de políticas sanitarias.

En diciembre de 2010, Túnez acaparó los titulares por el movimiento popular que se produjo en el país. Desde entonces, la formulación de políticas ha estado impulsada por el compromiso de poner fin a las altas tasas de desempleo, corrupción y pobreza y de hacer partícipe a la ciudadanía.

En este contexto, y teniendo en cuenta los cambios ocurridos en la sociedad tunecina, era imprescindible que el sector sanitario experimentara una reorientación fundamental, más bien pronto que tarde. Una consulta popular detallada era crucial para conocer la opinión, las necesidades y los problemas cotidianos de la gente. Con asistencia técnica de la OMS, y en el marco de Alianza UE/Luxemburgo-OMS para la colaboración en pro de la cobertura sanitaria universal, se puso en marcha en 2012 un programa llamado «diálogo social» («dialogue sociétal»), centrado en su aspecto «sociétal» y orientado a subrayar la importancia de la participación de todos

los agentes sociales en el proceso de reforma. En aquel momento se hizo evidente que la viabilidad y la aceptabilidad de las reformas en el contexto político y social imperante dependían considerablemente de la participación ciudadana. Por consiguiente, la consulta popular de Túnez se llevó a cabo con el doble objetivo de conocer la opinión de la gente y ofrecerle una plataforma para que expresara su voluntad como nunca antes lo había hecho.

En cada una de las gobernaciones se organizaron por primera vez en la historia «reuniones ciudadanas sobre salud», en las que se recogieron aportaciones sobre los principales problemas del sector sanitario, así como sobre los valores y actitudes que deberían inspirar la reforma. Al mismo tiempo, en diferentes puntos del país se celebraron reuniones de grupos de discusión dirigidas a las poblaciones vulnerables. Las reuniones de ciudadanos y de los grupos de discusión se complementaron posteriormente con exámenes bibliográficos y estudios técnicos. Comenzó a hacerse patente que algunos aspectos principales requerían reformas urgentes. El próximo paso consistió en elegir por sorteo a unas 100 personas de cada una de las gobernaciones, para que integraran un «jurado ciudadano» («jury citoyen») en pro de la salud. Se encargó entonces al jurado la tarea de decidir sobre cuestiones específicas relativas a los siguientes temas:

- solidaridad y mecanismos de financiación de los sistemas de salud;
- «servicios sanitarios vecinales» y coordinación e integración de la atención;
- promoción de la salud y cultura sanitaria;
- confianza y revitalización del sector sanitario.

La respuesta a esas actividades de consulta ciudadana fue extraordinariamente positiva. Su enorme popularidad llevó al Gobierno a recomendar expresamente esa metodología a otros sectors, entre ellos los de educación y servicios sociales. Además, ayudó a grupos de ciudadanos a centrar su atención en cuestiones cruciales y a fortalecer su propia capacidad.

Consulta popular en Túnez: algunas cifras

- **96 miembros del jurado elegidos por sorteo representados en el «jurado ciudadano» en pro de la salud de 24 gobernaciones**
- **120 horas de material audiovisual grabado, en el que los ciudadanos expresan sus preocupaciones**
- **3424 ciudadanos participan en reuniones ciudadanas sobre salud**
- **20 556 kilómetros recorridos por facilitadores de los diversos actos relacionados con la consulta popular**

Por último, los diferentes actos relacionados con la consulta popular se plasmaron en el «Libro Blanco» («Livre Blanc»), el primer análisis exhaustivo sobre la situación del sector sanitario. El Libro Blanco sirvió de base para elaborar el próximo plan quinquenal sanitario nacional, que actualmente se está examinando y ultimando.

La consulta popular es uno de los medios más eficaces para evaluar las necesidades y las expectativas de la población y fomentar la participación de las comunidades como partes interesadas en el proceso de planificación. Las consultas deben incluir a todos los agentes principales, en particular los medios de información y los parlamentarios, así como las oficinas regionales de la sociedad civil y de organizaciones no gubernamentales. Una consulta realizada durante la fase de planificación sanitaria puede recoger las demandas y opiniones de la población en lo concerniente a la salud, y de esa manera mejorar la planificación sanitaria nacional y fortalecer la capacidad del sistema de salud para dar respuesta a las necesidades y expectativas de las personas.

Por consiguiente, las consultas como la celebrada en Túnez pueden proporcionar información sobre las necesidades de la población y, al mismo tiempo, reforzar la implicación de la gente en las políticas resultantes. Del mismo modo, es probable que se refuercen la transparencia y la rendición de cuentas. Los mecanismos de seguimiento y evaluación, incluidos generalmente en un plan o estrategia nacional de salud, también pueden respaldarse mediante consultas. A largo plazo, una consulta periódica metodológicamente sólida puede servir como punto de entrada para el establecimiento de procesos participativos institucionalizados (por ejemplo, exámenes anuales conjuntos del sector sanitario).

Túnez puede ser un caso singular en ciertos aspectos, pero no es el único ejemplo de respaldo de la OMS a procesos similares. En la República de Moldova, por ejemplo, en el marco de la Alianza UE/Luxemburgo-OMS para la colaboración en pro de la cobertura sanitaria universal, el primer foro nacional sobre salud celebrado en 2012 congregó a numerosas partes interesadas que nunca antes se habían reunido. En Togo, la OMS desempeñó una función esencial para ayudar al Ministerio de Salud a dirigir un análisis de situación más a fondo, más participativo y más orientado por las partes interesadas que en años anteriores. El análisis de situación dio lugar a la formulación de un plan nacional de salud para el período 2012-2015.

Existen muchos otros ejemplos que denotan la importancia de las organizaciones de la sociedad civil en esta esfera. Por ejemplo, «Coalition 15%», una plataforma sanitaria de 18 organizaciones de la sociedad civil creada en 2009 que actúa en el Camerún y en Guinea-Bissau y está a punto de establecerse en Benin, el Congo y la República Democrática del Congo, promovió el cumplimiento efectivo del compromiso del 15% contraído en el marco de la Declaración de Abuja (asignar el 15% del presupuesto nacional a la salud). Entre muchas otras actividades, la plataforma identifica el gasto público y las contribuciones de los donantes, y aboga por aumentar los presupuestos de salud. Además, la plataforma encabeza las actividades de movilización para el Día de la Cobertura Sanitaria Universal y aprovecha la oportunidad para informar a los ciudadanos acerca del acceso a la atención de salud y la protección financiera, y sensibilizarlos respecto del derecho a la salud.

En la actualidad la OMS presta asistencia a más de 70 países en cuestiones relativas a diálogo sobre políticas, financiación de la salud y planificación sanitaria nacional, y apoya más intensamente a 27 de ellos en el marco de la Alianza UE/Luxemburgo-OMS para la colaboración en pro de la cobertura sanitaria universal. El objetivo consiste en incrementar el número de países que reciben mayor apoyo, habida cuenta de la enorme demanda y los positivos resultados obtenidos.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a las políticas, estrategias y planes nacionales de salud. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (✗) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
4.1.1.	Promoción y diálogo de políticas para ayudar a los países a formular políticas, estrategias y planes sanitarios nacionales de carácter integral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.2.	La capacidad de los países para formular y aplicar marcos legislativos, regulatorios y financieros se fortalece mediante la generación y uso de datos de investigación, normas y patrones, así como la vigilancia y evaluación sólidas	✓	!	✓	!	✓	✓	✓

Presupuesto y gastos por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	15 200	14 500	12 600	17 600	11 100	15 400	39 300	125 700
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	7 094	4 833	9 739	5 528	4 960	8 786	6 910	47 850
Contribuciones voluntarias para fines especificados	18 053	1 317	2 600	9 550	9 086	6 322	28 694	75 622
Total	**25 147**	**6 150**	**12 339**	**15 078**	**14 046**	**15 108**	**35 604**	**123 472**
Fondos disponibles como % del presupuesto	165%	42%	98%	86%	127%	98%	91%	98%
Gastos de personal	7 039	4 441	7 029	6 928	4 830	8 413	19 522	58 202
Gastos derivados de las actividades	11 317	1 655	4 232	7 178	6 751	5 950	11 712	48 795
Total de gastos	**18 356**	**6 096**	**11 261**	**14 106**	**11 581**	**14 363**	**31 234**	**106 997**
Gastos como % del presupuesto aprobado	121%	42%	89%	80%	104%	93%	79%	85%
Gastos como % de los fondos disponibles	73%	99%	91%	94%	82%	95%	88%	87%
Gastos de personal por oficina principal	12%	8%	12%	12%	8%	14%	34%	100%

4.2 SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS Y CENTRADOS EN LA PERSONA

EFECTO 4.2. SE HABRÁN ESTABLECIDO POLÍTICAS, MEDIOS FINANCIEROS Y RECURSOS HUMANOS PARA AUMENTAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS Y CENTRADOS EN LA PERSONA

Asegurar el acceso universal al personal sanitario

En el bienio 2014-2015 el personal sanitario fue objeto de amplia cobertura en los medios de comunicación relacionados con cuestiones sanitarias internacionales. En 2014 la revista Time eligió «Persona del año» a los profesionales que luchan contra el ebola, y en mayo de 2015 la Asamblea de la Salud rindió homenaje a los 513 trabajadores sanitarios que murieron a causa de esa infección. La Asamblea de la Salud también rindió homenaje a los profesionales de la salud que sufrieron agresiones desde enero de 2014 en más de 17 países afectados por situaciones de conflicto y agitación social.

En Liberia, el fortalecimiento del personal sanitario es una de las máximas prioridades del Plan de Inversión del Ministerio de Salud en pro de Sistemas de Salud Resilientes 2015-2021, que prevé básicamente la creación de puestos de trabajo y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, con miras a impulsar la contratación y retención del personal sanitario. Esto deriva del reconocimiento de que el éxito de los esfuerzos de reconstrucción del sistema de salud depende de que se resuelvan problemas fundamentales que afectan al personal sanitario. La premisa que ha impulsado el enfoque de la OMS respecto del personal sanitario en los últimos 10 años es que la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria mundial dependen del acceso universal al personal sanitario. Esto ha concitado la atención y ha impulsado el desarrollo de orientación normativa y pruebas científicas respecto de cuestiones centrales concernientes a la escasez, la contratación y la retención del personal sanitario en zonas rurales y aisladas, así como a la formación y la migración internacional de ese personal. Ello ha resultado eficaz para reunir a las partes interesadas del sector sanitario y fortalecer la coherencia, el diálogo y la colaboración, por conducto de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, así como de otros foros.

En mayo de 2010, la adopción del Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud por parte de la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud supuso un logro importante, dado que por primera vez en 30 años la OMS utilizó sus atribuciones constitucionales para elaborar un código de esa índole. El examen del Código, presentado a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2015, reconocía su constante pertinencia, pero instaba a todos los agentes a fortalecer la capacidad institucional de aplicación efectiva, de modo que se pudiese lograr toda la eficacia posible de ese instrumento. Lamentablemente, el Código no ha cambiado significativamente la percepción de que los profesionales de la salud son un gasto para el erario público. La inversión en el personal sanitario y en estrategias laborales es buena para la economía, a pesar de lo cual en muchos países se ha reducido esa inversión y se ha restringido la contratación, incluso ante sustanciales necesidades sanitarias y sociales no satisfechas.

Hemos aprendido la lección de que más de lo mismo no será suficiente. Las incipientes pruebas científicas y el impulso político generado por la recientemente establecida Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en el Sector Sanitario y Crecimiento Económico[1] sitúan al personal sanitario directamente como un asunto de política económica e internacional. El personal sanitario no es solo una cuestión que deben abordar los ministerios de salud; es un tema que merece la atención de los jefes de Estado y los ministros de finanzas, educación, asuntos exteriores y trabajo. El desempleo es un problema que concierne a todos los países. El aumento de la población joven de África permite prever que para 2045 habrá más población activa en ese continente que en China o la India; en mayo de 2015, unos 42 millones de personas estaban desempleadas en los 34 países de la OCDE, 10 millones más que antes de la crisis financiera.[2] En la Unión Europea, las tasas de desempleo juvenil duplicaron, al menos, las tasas generales de desempleo, y se tradujeron en 4,4 millones de jóvenes menores de 25 años sin trabajo.[3] Ahora bien, la mayor parte de los empleos creados en países de la OCDE tras la crisis financiera correspondieron al sector de servicios, y el crecimiento del empleo en el sector sanitario y el sector social superó el de otros sectores, lo que contribuyó a otorgarles una gran proporción en el crecimiento económico mundial (10,3% del producto interno bruto mundial). Entre 2001 y 2012, aproximadamente la mitad de los nuevos empleos en el sector privado de los Estados Unidos se crearon en el sector sanitario. Los sectores sanitario y social de la Unión Europea emplean a 20 millones de personas (10% del empleo total). El personal sanitario es predominantemente femenino, y esa tendencia es creciente en muchos países. Por lo tanto, el crecimiento del empleo en el sector sanitario genera amplias oportunidades de trabajo decente para las mujeres. Los vínculos entre la reducción del desempleo, la mayor cohesión social y la estabilidad son evidentes; ¿es posible considerar que el empleo en los sectores sanitario y social supone un triple beneficio en términos de trabajo decente, seguridad sanitaria mundial y mejor salud?

Según proyecciones del Banco Mundial, la economía mundial generará una demanda de 40 millones de nuevos empleos en el sector sanitario, la mayoría en países de altos y medianos ingresos. Esto tiene lugar en el contexto de los profundos desequilibrios y carencias, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos, que obstaculizan los esfuerzos por alcanzar la cobertura sanitaria universal. ¿Podría la orientación y la inversión en empleos en el sector sanitario acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante el mejoramiento de la salud, la seguridad sanitaria mundial, la creación de capital humano capacitado, la generación de empleo decente de calidad y la reducción de la pobreza?

Mediante el establecimiento de la Comisión, las Naciones Unidas allanaron el camino para las deliberaciones y propusieron medidas que van más allá de los límites de un programa sanitario tradicional, un programa que ha concitado el apoyo conjunto de la OIT, la OCDE y la OMS. El nuevo programa para el personal sanitario refleja ambiciones interrelacionadas incorporadas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las actividades de la OMS para el bienio 2016-2017, plasmadas en la nueva Estrategia mundial de recursos humanos para la salud presentada en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud reconoce los vínculos entre el personal sanitario y el programa general sobre crecimiento económico inclusivo, lucha contra el desempleo, aumento de las oportunidades sos-

---

[1] Para más información sobre la Comisión de Alto Nivel, véase http://www.who.int/hrh/com-heeg/en/ (consultado el 6 de abril de 2016).

[2] Scarpette S. Editorial: Time is running out to help workers move up the jobs ladder. En: OECD Economic Outlook 2015. París: OECD Publishing; 2015 (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/oecd-employment-outlook-2015_empl_outlook-2015-en#page13, consultado el 6 de abril de 2016).

[3] Estadísticas sobre desempleo. En el sitio web eurostat Statistics Explained. Luxemburgo, Comisión Europea (EUROSTAT); 2016, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/, Estadísticas sobre desempleo, consultado el 6 de abril de 2016.

tenibles de trabajo decente, derechos humanos y protección social, y formación de personal sanitario capacitado. El nuevo programa de la OMS sobre empleo, trabajos y trabajo decente en el sector sanitario quiere ser un catalizador destinado a lograr el cambio de paradigma necesario para desarrollar y aplicar soluciones orientadas a superar las crecientes desigualdades entre el personal sanitario, y crear mercados que permitan aprovechar las oportunidades de empleo en el sector sanitario con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a los servicios de salud integrados y centrados en la persona. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
4.2.1.	Opciones de política, instrumentos y apoyo técnico a los países para la prestación equitativa de servicios centrados en la persona y el fortalecimiento de los métodos de salud pública	X	n/a	✓	!	✓	✓	!
4.2.2.	Los países están habilitados para trazar y aplicar estrategias acordes con la estrategia mundial de la OMS sobre recursos humanos para la salud y el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud	✓	!	✓	!	✓	✓	✓
4.2.3.	Directrices, instrumentos y apoyo técnico a los países para que mejoren la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios, y para empoderar a los pacientes	!	✓	✓	✓	!	✓	✓

Presupuesto y gastos por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	30 000	6 000	22 300	11 700	15 400	23 900	42 200	151 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	13 193	7 066	11 710	6 655	9 376	8 401	12 571	68 972
Contribuciones voluntarias para fines especificados	12 058	561	7 187	7 205	3 244	5 411	16 049	51 715
Total	**25 251**	**7 627**	**18 897**	**13 860**	**12 620**	**13 812**	**28 620**	**120 687**
Fondos disponibles como % del presupuesto	84%	127%	85%	118%	82%	58%	68%	80%
Gastos de personal	15 245	5 800	5 417	4 252	5 390	5 219	19 606	60 929
Gastos derivados de las actividades	11 100	2 058	13 705	8 408	6 784	7 955	8 429	58 439
Total de gastos	**26 345**	**7 858**	**19 122**	**12 660**	**12 174**	**13 174**	**28 035**	**119 368**
Gastos como % del presupuesto aprobado	88%	131%	86%	108%	79%	55%	66%	79%
Gastos como % de los fondos disponibles	104%	103%	101%	91%	96%	95%	98%	99%
Gastos de personal por oficina principal	25%	10%	9%	7%	9%	9%	32%	100%

4.3 ACCESO A MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD NORMATIVA

EFECTO 4.3. MEJOR ACCESO Y USO MÁS RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS SEGUROS, EFICACES Y DE BUENA CALIDAD

Fortalecimiento del principio de medicamentos esenciales mediante la fijación de precios justos

En los últimos 15 años la sociedad civil promovió un mejor acceso a los medicamentos en el mundo en desarrollo, sobre la base del concepto de medicamentos esenciales de la OMS, un grupo de medicamentos cuya calidad, asequibilidad y disponibilidad deben estar garantizadas en los sistemas de salud en todo momento, para poder afrontar los problemas sanitarios específicos de una población dada. Tradicionalmente, el acceso a medicamentos esenciales se ha considerado en general como una historia de «ricos contra pobres», con consignas que censuraban el hecho de que el desarrollo y la fijación de precios de los medicamentos se orientaran a los mercados ricos, y que la investigación y el desarrollo de fármacos se centraran en las enfermedades prevalentes, sobre todo, en las regiones ricas.

En la actualidad se plantea un nuevo dilema. Los precios de los fármacos de última generación contra la hepatitis C, algunos de los cuales cuestan hasta US$ 1000 por comprimido, han encendido acalorados debates tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, por cuanto el suministro de esos fármacos a todos los pacientes que los necesitan es económicamente insostenible. El costo de nuevos medicamentos oncológicos ha obligado a algunos sistemas nacionales de salud, por ejemplo, en el Reino Unido, a excluir algunos medicamentos de la lista de medicamentos reembolsables por el Gobierno, o racionar el tratamiento. La determinación de los grupos a los que se debe otorgar prioridad ha planteado difíciles discusiones éticas y ha movilizado a parlamentarios, defensores del acceso y medios de comunicación.

Tal y como ocurrió 15 años antes con la inclusión de medicamentos antirretrovíricos protegidos por patentes en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales, en mayo de 2015 la OMS incluyó todos los nuevos medicamentos contra la hepatitis C y seis nuevos tratamientos costosos contra el cáncer en dicha Lista.

Con ocasión de esta novedosa decisión, la Directora General de la OMS declaró: «Cuando aparecen nuevos medicamentos eficaces para tratar de forma segura enfermedades graves y muy extendidas, es indispensable garantizar que todas las personas que los necesiten puedan conseguirlos. El hecho de incluir esos medicamentos en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales constituye un primer paso en esa dirección».[1] Este mensaje era claro: la innovación y los progresos en salud pública deben ser accesibles a todos, y esa responsabilidad recae ahora en los gobiernos, los planes de seguro de enfermedad y los fabricantes.

Los fabricantes de esos medicamentos sostienen que los costos de alto riesgo derivados de la investigación y el desarrollo, y especialmente el valor sanitario de los productos, justifican los precios. No obstante, existen pocos datos que documenten los mencionados gastos en investigación y desarrollo, y muchas investigaciones iniciales sobre medicamentos se llevan a cabo en instituciones financiadas con fondos públicos.

El precio asequible es uno de los numerosos factores determinantes del acceso. Ahora bien, cada vez es más evidente que el nivel actual de los precios de los medicamentos es uno de los mayores problemas que afrontan los sistemas de salud en todo el mundo, independientemente de los ingresos.

En el otro extremo del asunto está el problema de la escasez y el agotamiento de medicamentos antiguos y sin patente. Los fabricantes de medicamentos genéricos tienen poco interés en asegurar la calidad de la producción de medicamentos que tienen precios muy bajos. Existen algunos ejemplos de productos cuyo mercado los fabricantes están abandonando o cuya calidad se ha resentido gravemente, desde la penicilina benzatínica hasta antiguos medicamentos contra el sida y suero antiofídico.

La aparición de estos problemas coincidentes está ampliando el debate sobre los precios de los medicamentos más allá del ámbito comercial y lo está situando en un contexto que requiere una intervención de salud pública. Además, pone en el centro de la cuestión el principio de equidad. ¿Cuál es el beneficio justo para una empresa basada en investigación y desarrollo, y cuál es el precio justo que los sistemas de salud deberían pagar para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal?

Junto con un renovado esfuerzo por promover la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales como un poderoso instrumento de política, la OMS está impulsando una iniciativa de «fijación de precios justos» con miras a ayudar a los países a desarrollar políticas eficaces orientadas al logro de la cobertura sanitaria universal. A lo largo de 2016 se prevé realizar una serie de análisis de la situación cuya culminación consistirá en un foro que congregará a los principales grupos interesados en el desarrollo, la adquisición y el consumo de medicamentos. El enfoque subyacente se orienta a identificar las opciones y las estrategias más prometedoras para reducir los costos de los nuevos medicamentos y, al mismo tiempo, asegurar que se mantengan incentivos suficientes para la investigación y la innovación y que los medicamentos genéricos también permanezcan en el mercado.

La OMS tiene el mandato y la responsabilidad de afrontar los retos que plantean para la salud pública los precios de los medicamentos. Para ello, la Organización ofrece una plataforma normativa mundial singular basada en su poder de convocatoria entre todos los agentes nacionales e internacionales del ámbito de la salud pública.

El objetivo sanitario general de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible consiste en promover la buena salud para todos y asegurar, mediante la cobertura sanitaria universal, que las personas de todo el mundo puedan sufragar los servicios de salud que necesitan. Recientemente, *The Lancet* destacó que los medicamentos esenciales son cruciales para que los países puedan lograr la cobertura sanitaria universal, y que el acceso será un objetivo primordial en la agenda para el desarrollo después de 2015.[2] Es oportuno abogar por una mayor incorporación de

---

[1] La OMS decide mejorar el acceso a medicamentos vitales contra la hepatitis C, la tuberculosis farmacorresistente y el cáncer [comunicado de prensa]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 8 de mayo de 2015 (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/new-essential-medicines-list/es/, consultado el 4 de abril de 2016).

[2] A new Lancet Commission on Essential Medicines. The Lancet. 2014;384(9955):1642. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62017-1.

la salud mundial al diálogo de política sobre la fijación de precios de los medicamentos, y buscar soluciones realistas que permitan mejorar el acceso a medicamentos a través de una mayor asequibilidad.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa al acceso a los medicamentos y tecnologías sanitarias y al fortalecimiento de la capacidad normativa. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
4.3.1.	Habilitación de los países para que elaboren o actualicen y apliquen, monitoreen y evalúen políticas nacionales sobre el mejoramiento del acceso a las tecnologías sanitarias y para que fortalezcan la selección y el uso racional, con fundamento científico, de las tecnologías de salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.3.2.	Aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	!	✓	✓	n/a	✓	✓	!
4.3.3.	Fortalecer los organismos de reglamentación nacional; elaborar normas, patrones y directrices relacionados con los productos médicos; y garantizar la calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gastos por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	11 600	5 700	4 700	7 000	7 300	8 900	100 300	145 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	3 817	2 834	5 933	1 944	4 651	3 419	13 227	35 825
Contribuciones voluntarias para fines especificados	9 298	611	1 394	1 763	2 437	4 096	98 854	119 201
Total	**13 115**	**3 445**	**7 327**	**3 707**	**7 088**	**7 515**	**112 081**	**155 026**
Fondos disponibles como % del presupuesto	113%	60%	156%	53%	97%	84%	112%	107%
Gastos de personal	5 522	2 520	2 608	1 817	3 655	3 432	66 184	85 738
Gastos derivados de las actividades	6 466	1 023	4 167	1 850	2 681	3 843	36 163	56 193
Total de gastos	**11 988**	**3 543**	**6 775**	**3 667**	**6 336**	**7 275**	**102 347**	**141 931**
Gastos como % del presupuesto aprobado	103%	62%	144%	52%	87%	82%	102%	98%
Gastos como % de los fondos disponibles	91%	103%	92%	99%	89%	97%	91%	92%
Gastos de personal por oficina principal	6%	3%	3%	2%	4%	4%	77%	100%

4.4 INFORMACIÓN Y DATOS CIENTÍFICOS SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD

EFECTO 4.4. TODOS LOS PAÍSES CUENTAN CON SISTEMAS DE REGISTRO CIVIL Y DE ESTADÍSTICAS DEMOGRÁFICAS QUE FUNCIONAN BIEN

Racionalizar el seguimiento de la situación sanitaria: Lista de referencia mundial de 100 indicadores sanitarios

Hasta hace poco, algunos países tenían que informar acerca de más de 800 indicadores sanitarios. Esta situación obedecía a la falta de coordinación en las actividades realizadas por numerosos organismos diferentes en relación con el seguimiento y la evaluación de las inversiones mundiales relativas a enfermedades y programas específicos. Esto, a su vez, contribuye a la existencia de un gran número de indicadores, diversas definiciones de indicadores, diferentes frecuencias de presentación de informes, recopilación de datos fragmentada y falta de coordinación en las actividades orientadas a fortalecer la capacidad institucional de los países. El resultado final supone una carga innecesaria para los países, así como ineficiencia en lo que respecta al fortalecimiento de los sistemas nacionales de información sanitaria.

En una reunión oficiosa celebrada en Nueva York (Estados Unidos) en septiembre de 2013, dirigentes de organismos sanitarios mundiales decidieron establecer un grupo de coordinadores superiores de cada organismo, con el mandato de examinar los requisitos esenciales exigidos por sus respectivos organismos para la presentación de informes de los países, con miras a reducir la carga que supone esa actividad. La Directora General de la OMS presidió posteriormente un Grupo de trabajo interinstitucional sobre indicadores y carga derivada de la presentación de informes, que llevó a cabo una rápida evaluación de la carga derivada de los requisitos concer-

nientes a los indicadores y la presentación de informes. El informe resultante[1] analiza la situación desde dos perspectivas, una mundial y otra nacional.

Una de las prioridades identificadas por el grupo de trabajo interinstitucional fue la necesidad de que los organismos mundiales mejoraran la armonización y la eficiencia de sus inversiones mediante la racionalización de las actuales exigencias en materia de presentación de informes, de modo que se redujeran los requisitos a ese respecto y se aliviase la carga que entraña para los países la presentación de informes. Para alcanzar este objetivo, la OMS colaboró con los asociados internacionales y multilaterales y con los países, a fin de elaborar y acordar una lista de referencia mundial de 100 indicadores sanitarios. La idea central se basa en que todos los organismos otorguen prioridad a esos indicadores cuando realicen el seguimiento de los progresos nacionales y mundiales, evalúen la necesidad de apoyo a los programas y aboguen por más recursos y financiación. La lista se elaboró a partir de listas existentes recomendadas en los órganos deliberantes de organizaciones y foros internacionales, iniciativas sanitarias mundiales y regionales, grupos de referencia técnica y programas.

La colaboración intensiva de 20 organismos sanitarios mundiales permitió elaborar la Lista de referencia mundial de 100 indicadores sanitarios para el seguimiento de los resultados. Esa lista es un conjunto normalizado de 100 indicadores priorizados por la comunidad internacional para proporcionar información concisa sobre la situación sanitaria y sus tendencias, con inclusión de respuestas de alcance nacional y mundial. La Lista de referencia mundial contiene indicadores de pertinencia para la presentación de informes nacionales, regionales y mundiales en toda la gama de prioridades sanitarias mundiales relativas a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud. Esto incluye el programa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como prioridades nuevas e incipientes, entre ellas las enfermedades no transmisibles, la cobertura sanitaria universal y otras cuestiones comprendidas en la agenda para el desarrollo después de 2015.

El objetivo de la Lista de referencia mundial consiste en ayudar a reducir los requisitos de presentación de informes y promover una mayor armonización e inversión en relación con una plataforma para los resultados y la rendición de cuentas del sector sanitario dirigida por los países, que sirva de base para la presentación de informes mundiales.[2] La Lista de referencia mundial se orienta a la racionalización y alienta a las partes interesadas a considerar solo los indicadores más importantes y críticos.

La Lista de referencia mundial es un medio para conseguir un fin. Los principales objetivos son:

- orientar el seguimiento de los resultados sanitarios a escala nacional y mundial;
- reducir los requisitos excesivos y duplicados relativos a la presentación de informes;
- fortalecer la eficiencia de las inversiones en métodos de recopilación de datos en los países;
- mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos sobre resultados; y
- mejorar la transparencia y la rendición de cuentas.

En la reunión de directores de organismos sanitarios mundiales celebrada el 24 de septiembre de 2015 se elaboró y acordó una declaración final que situó la Lista de referencia mundial en un contexto más amplio. Desde entonces, la Lista se ha utilizado para desarrollar marcos de seguimiento de las estrategias y los planes de acción mundiales en varios países.

La actualización de la Lista de referencia mundial incumbirá al proyecto de colaboración en materia de datos sanitarios, una iniciativa conjunta de numerosos asociados que se pondrá en marcha en mayo de 2016 con una pequeña secretaría en la OMS y personal específico en otros organismos bilaterales y de las Naciones Unidas y en coaliciones de la sociedad civil. Esta iniciativa procurará mejorar la eficiencia y la eficacia de las inversiones en datos sanitarios a fin de fortalecer los sistemas de información sanitaria dirigidos por los países en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

---

[1] A rapid assessment of the burden of indicators and reporting requirements for health monitoring. Informe preparado para el Grupo de trabajo interinstitucional sobre indicadores y carga derivada de la presentación de informes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

[2] Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la información y los datos científicos sobre los sistemas de salud. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
4.4.1.	Seguimiento integral de la situación sanitaria mundial, regional y en los países, sus tendencias y determinantes, aplicando las normas mundiales, y liderazgo en la nueva generación de datos y análisis de las prioridades sanitarias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.4.2.	Habilitación de los países para planificar, desarrollar y poner en práctica una estrategia de cibersalud	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
4.4.3.	Elaboración de políticas, instrumentos, redes, productos y recursos en materia de gestión del conocimiento que son utilizados plenamente por la OMS y los países a fin de reforzar su capacidad de generar, compartir y aplicar los conocimientos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.4.4.	Aportar opciones de políticas, instrumentos y apoyo para definir e impulsar las prioridades en materia de investigación y abordar las cuestiones éticas prioritarias relacionadas con la salud pública y la investigación sanitaria	✓	✓	✓	✓	✓	!	!

Presupuesto y gastos por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	14 500	4 500	5 300	8 500	9 200	6 000	60 400	108 400
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	5 735	4 982	5 033	8 596	6 943	3 394	31 008	65 691
Contribuciones voluntarias para fines especificados	9 857	622	1 285	895	2 091	5 303	34 995	55 048
Total	**15 592**	**5 604**	**6 318**	**9 491**	**9 034**	**8 697**	**66 003**	**120 739**
Fondos disponibles como % del presupuesto	108%	125%	119%	112%	98%	145%	109%	111%
Gastos de personal	6 592	3 847	2 407	5 077	4 804	2 816	37 519	63 062
Gastos derivados de las actividades	7 899	1 868	3 354	4 102	3 795	5 178	10 563	36 759
Total de gastos	**14 491**	**5 715**	**5 761**	**9 179**	**8 599**	**7 994**	**48 082**	**99 821**
Gastos como % del presupuesto aprobado	100%	127%	109%	108%	93%	133%	80%	92%
Gastos como % de los fondos disponibles	93%	102%	91%	97%	95%	92%	73%	83%
Gastos de personal por oficina principal	10%	6%	4%	8%	8%	4%	59%	100%

Categoría 5

PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA

Esta categoría se centra en el fortalecimiento de las capacidades de los países en materia de prevención, preparación, respuesta y recuperación en relación con todo tipo de peligros, riesgos y emergencias que supongan una amenaza para la salud humana.

En el bienio 2014-2015 se registró un número de crisis sanitarias sin precedentes, que obligó a la OMS a responder simultáneamente a múltiples brotes de enfermedades y otras emergencias. El brote de ebola fue el más amplio y complejo de esa enfermedad desde el descubrimiento del virus.

Ese brote, junto con brotes de otras enfermedades y desastres naturales, entre ellos el tifón Haiyan, pusieron claramente de manifiesto que los enfoques relativos a la gestión de emergencias no son eficaces si están fragmentados y su ámbito es limitado. Un enfoque coordinado que abarque muchos peligros y elementos esenciales fortalecidos, entre ellos la prevención, la reducción de riesgos de emergencias, la preparación, la vigilancia, la respuesta y la pronta recuperación, constituye un medio óptimo para superar esa cuestión.

El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 se orienta sustancialmente a reducir el riesgo y las pérdidas mediante medidas integradas y multisectoriales. La OMS promovió la integración de la salud en el Marco de Sendai. Ese instrumento pone la salud en el centro de las políticas y medidas mundiales adoptadas para reducir los riesgos de desastre, adopta un enfoque que abarca todos los peligros, e incluye epidemias y pandemias en su ámbito de aplicación. En consonancia con ello, la OMS ha colaborado con los Estados Miembros y otras partes interesadas en el desarrollo de un marco de política sanitaria para la gestión de emergencias y riesgos de desastre que sirva como orientación política general para todo tipo de peligros.

La OMS debe poder ejercer un liderazgo multisectorial en circunstancias de grandes emergencias de salud pública, y para ello dispone de sistemas y estructuras internos que le permiten prestar apoyo a las actividades de manera eficaz y eficiente.

La importante reforma de la OMS en lo relativo a emergencias tendrá en cuenta las enseñanzas adquiridas en el bienio 2014-2015, así como las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a Crisis Sanitarias del Secretario General de las Naciones Unidas.[1]

CATEGORÍA 5 - SITUACIÓN FINANCIERA GLOBAL

BASE

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	55 500	16 200	16 600	13 700	17 200	29 400	138 400	287 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	23 284	7 420	7 690	5 417	11 641	7 110	49 354	111 916
Contribuciones voluntarias para fines especificados	28 415	3 928	11 187	9 147	23 112	18 867	72 732	167 399
Total	**51 699**	**11 348**	**18 877**	**14 564**	**34 753**	**25 977**	**122 086**	**279 315**
Fondos disponibles como % del presupuesto	93%	70%	114%	106%	202%	88%	88%	97%
Gastos de personal	22 647	5 569	8 908	7 509	17 651	10 978	86 929	160 191
Gastos derivados de las actividades	25 874	5 385	8 709	6 547	16 576	14 166	28 279	105 536
Total gastos	**48 521**	**10 954**	**17 617**	**14 056**	**34 227**	**25 144**	**115 208**	**265 727**
Gastos como % del presupuesto aprobado	87%	68%	106%	103%	199%	86%	83%	93%
Gastos como % de los fondos disponibles	94%	97%	93%	97%	98%	97%	94%	95%
Gastos de personal por oficina principal	14%	3%	6%	5%	11%	7%	54%	100%

[1] Véase el documento A/70/723 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (disponible en http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723, consultado el 14 de abril de 2016).

EMERGENCIAS

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	447 500	11 100	74 800	9 000	291 300	6 900	87 300	927 900
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	9 157	16	2 480	31	3 830	170	21 434	37 118
Contribuciones voluntarias para fines especificados	926 883	8 120	92 619	20 877	524 029	27 867	273 195	1 906 413
Total	**936 040**	**8 136**	**95 099**	**20 908**	**527 859**	**28 037**	**294 629**	**1 943 531**
Fondos disponibles como % del presupuesto	209%	73%	127%	232%	181%	406%	337%	209%
Gastos de personal	140 196	782	5 048	3 764	43 193	2 824	59 305	255 112
Gastos derivados de las actividades	699 669	6 753	77 667	13 521	429 833	23 955	189 653	1 441 051
Total gastos	**839 865**	**7 535**	**82 715**	**17 285**	**473 026**	**26 779**	**248 958**	**1 696 163**
Gastos como % de los fondos disponibles	90%	93%	87%	83%	90%	96%	84%	87%
Gastos de personal por oficina principal	55%	0%	2%	1%	17%	1%	23%	100%

5.1 CAPACIDAD DE ALERTA Y RESPUESTA

EFECTO 5.1. TODOS LOS PAÍSES TIENEN LAS CAPACIDADES BÁSICAS MÍNIMAS REQUERIDAS POR EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005) PARA LA ALERTA Y RESPUESTA A TODO TIPO DE PELIGROS

Desarrollar las competencias para alcanzar la seguridad sanitaria

Sobre la base de los logros alcanzados en el curso sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (2010-2012), impartido para facilitar al personal y a los centros nacionales de enlace de la OMS la comprensión y la aplicación del Reglamento, la OMS adoptó un enfoque integral respecto del aprendizaje y el desarrollo de recursos humanos en la esfera de la seguridad sanitaria con arreglo al marco que proporciona el Reglamento Sanitario Internacional (2005) dirigido a los niveles individual e institucional. Mediante ese enfoque se intenta aumentar el número de profesionales que comparten un enfoque común para interpretar y aplicar el marco; apoyar a los países a institucionalizar la capacitación en lo relativo al Reglamento Sanitario Internacional (2005); y facilitar la adaptación de los programas y actividades, en consonancia con sus respectivos contextos nacionales.

La Plataforma de Formación en materia de Seguridad Sanitaria, un entorno de aprendizaje virtual, se estableció para ayudar a los Estados Miembros a capacitar a futuras generaciones de dirigentes y profesionales del ámbito de la salud pública. Los Estados Miembros pueden diseñar y planificar actividades de aprendizaje sobre cuestiones de seguridad sanitaria mediante la aplicación y la adaptación de enfoques y materiales ofrecidos a través de esta Plataforma, en función de los contextos y las necesidades nacionales. Algunos materiales de aprendizaje y forma-

ción se ponen a disposición del público, incluido un conjunto de materiales para la capacitación de equipos nacionales de respuesta rápida, que fue crucial en la preparación para hacer frente a brotes epidémicos.

En septiembre de 2014, con el fin de respaldar la respuesta al brote de ebola y colaborar con los pertinentes equipos técnicos, el equipo de capacitación de la OMS amplió más aún su ámbito de actuación y desarrolló un módulo de capacitación específica sobre el ebola, tanto presencial como en línea, que abarca la seguridad profesional antes del despliegue, la prevención y el control de la infección y la gestión de casos de ebola en puertos y aeropuertos.

Con el fin de reforzar la preparación de los Estados Miembros ante el brote de ebola y otros brotes importantes, el equipo de desarrollo y capacitación de recursos humanos de la OMS elaboró en 2015 un módulo de capacitación para equipos nacionales de respuesta rápida, un conjunto integral de recursos e instrumentos modulares de capacitación que permiten a las pertinentes instituciones de capacitación de las regiones y los Estados Miembros de la OMS organizar, impartir y evaluar un curso de capacitación de ocho días dirigido a los equipos nacionales de respuesta rápida y adaptado a las necesidades específicas de los países.

La capacitación de equipos de respuesta rápida tiene la finalidad de fortalecer la capacidad y las aptitudes de esos equipos multidisciplinarios y de cada uno de sus miembros, con miras a mejorar la detección precoz y el control de eventos de salud pública, así como la consiguiente respuesta en el marco de un sistema coordinado de gestión de incidentes. Ese curso de capacitación, que permite impartir conocimientos técnicos especializados, refuerza la coordinación nacional de las respuestas de emergencia y se orienta a mejorar el trabajo conjunto. Asimismo, a la finalización del curso de capacitación se celebra un foro de formación continua.

Esta labor continuará en 2016 con cursos de capacitación de instructores, y posiblemente se elaborará, junto con los asociados, un marco de competencias para los equipos de respuesta rápida.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a capacidad de alerta y respuesta. Ello ilustra la contribución de la Secretaría a una de las seis prioridades de liderazgo recogidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo, a saber, contribuir a que todos los países puedan cumplir los requisitos relativos a capacidad especificados en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
5.1.1.	Habilitación de los países para crear las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	✓	✓	!	!	!	✓	!
5.1.2.	La OMS tiene la capacidad de proporcionar, con fundamento científico y oportunamente, orientaciones de políticas, evaluaciones de riesgos, gestión de la información y comunicación en relación con todas las emergencias agudas de salud pública	✓	!	✓	!	✓	✓	!

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	8 400	6 300	6 000	7 500	5 000	15 100	49 700	98 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	5 248	2 051	3 371	1 575	2 800	2 828	18 716	36 589
Contribuciones voluntarias para fines especificados	4 587	0	4 427	3 788	5 747	9 775	21 492	49 816
Total	**9 835**	**2 051**	**7 798**	**5 363**	**8 547**	**12 603**	**40 208**	**86 405**
Fondos disponibles como % del presupuesto	117%	33%	130%	72%	171%	83%	81%	88%
Gastos de personal	3 156	1 612	4 059	2 677	2 224	5 395	29 214	48 337
Gastos derivados de las actividades	5 884	469	2 865	2 496	5v223	7 128	7 793	31 858
Total gastos	**9 040**	**2 081**	**6 924**	**5 173**	**7 447**	**12 523**	**37 007**	**80 195**
Gastos como % del presupuesto aprobado	108%	33%	115%	69%	149%	83%	74%	82%
Gastos como % de los fondos disponibles	92%	101%	89%	96%	87%	99%	92%	93%
Gastos de personal por oficina principal	7%	3%	8%	6%	5%	11%	60%	100%

5.2 ENFERMEDADES EPIDEMIÓGENAS Y PANDEMIÓGENAS

EFECTO 5.2. AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE LOS PAÍSES PARA FORMAR RESILIENCIA Y UNA PREPARACIÓN SUFICIENTE PARA ACTIVAR UNA RESPUESTA RÁPIDA, PREVISIBLE Y EFICAZ FRENTE A EPIDEMIAS Y PANDEMIAS RELEVANTES

Prevención y control del cólera

El cólera es un importante problema de salud pública en muchos países que luchan por combatir la pobreza, el rápido crecimiento demográfico y la inestabilidad. Los brotes están devastando y afectando a poblaciones vulnerables cuyo acceso a servicios de agua y saneamiento es limitado o nulo.

Aunque el cólera se puede prevenir y tratar, en todo el mundo se producen anualmente entre 1,4 y 4,3 millones de casos, y entre 28 000 y 142 000 defunciones. Algunos casos no se notifican. En 2014 se notificaron 190 549 casos de cólera y 2231 defunciones por esa enfermedad en 42 países; el 55% de todos los casos notificados se registraron en África, el 30% en Asia y el 15% en la República Dominicana y Haití.

En consonancia con el presupuesto por programas y el área programática 5.2 sobre enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas, se adoptaron en los tres niveles de la Organización enfoques integrales y multidisciplinarios, así como mecanismos globales para hacer frente a la dimensión internacional del cólera mediante actividades orientadas al logro de su efecto de seis años consistente en un «aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes» y el impacto de la categoría 5, orientado a «prevenir las muertes, enfermedades y discapacidades generadas por las emergencias».

Con el fin de hacer frente a este persistente problema, la OMS adoptó dos estrategias principales que incorporan y movilizan a las comunidades internacionales para apalancar fondos y apoyo, e introducen nuevos instru-

mentos de prevención y control, sin abandonar las intervenciones multisectoriales integrales ni las estrategias de control.

En 2014 se revitalizó con éxito el Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera, integrado por más de 30 asociados entre los que se cuentan organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas y de investigación. Una segunda reunión mundial celebrada en 2015 permitió materializar la coordinación eficaz de la red y fortalecer la alianza mediante la creación de seis grupos de trabajo encargados de integrar todas las actividades de prevención y control del cólera, incluidas las relativas a vigilancia epidemiológica y de laboratorio, atención del paciente, vacunación, capacitación, movilización social, promoción, y abastecimiento de agua, saneamiento e higiene.

Gracias al establecimiento y la gestión de las existencias de vacuna oral contra el cólera, incluidos el apoyo a los países y las operaciones, se pudieron llevar a cabo intervenciones que permitieron salvar vidas. Se realizaron campañas de vacunación e intervenciones de prevención específicas dirigidas a mitigar la carga de morbilidad por cólera en comunidades que viven en zonas de alto riesgo, y durante crisis humanitarias y brotes de cólera. Desde el establecimiento de las reservas de vacuna oral contra el cólera, en julio de 2013, se han realizado con éxito 21 campañas de vacunación sistemática que llegaron a casi 3,5 millones de personas, solo en el bienio 2014-2015, y abarcaron 11 países (Camerún, Etiopía, Guinea, Haití, Iraq, Malawi, Mozambique, Nepal, República Unida de Tanzanía, Sudán y Sudán del Sur).

El área programática 5.2 sobre enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas asegura la determinación y la innovación constantes en las esferas de prevención, epidemiología, vacunología y diagnóstico, así como un mejor acceso a vacunas y una renovada coordinación de las actividades de control por medio del Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera, elementos estos que contribuyen positivamente a los progresos en situaciones de endemias y pandemias.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (✗) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Mediterráneo Oriental	Europa	Pacífico Occidental	Sede
5.2.1.	Los países están habilitados para preparar y ejecutar planes operacionales, con arreglo a las recomendaciones de la OMS sobre el fortalecimiento de la resiliencia y la preparación nacionales relativas a la gripe pandémica y las enfermedades epidémicas y emergentes	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
5.2.2.	Orientación de expertos e implantación de sistemas para el control, la prevención, el tratamiento, la vigilancia y la evaluación y comunicación de riesgos relativos a las enfermedades	✓	!	✓	✓	!	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	4 800	3 800	3 800	1 400	3 500	8 000	43 200	68 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	3 057	2 644	1 144	1 075	3 854	1 657	13 267	26 698
Contribuciones voluntarias para fines especificados	5 310	757	3 886	4 307	5 140	7 777	26 324	53 501
Total	**8 367**	**3 401**	**5 030**	**5 382**	**8 994**	**9 434**	**39 591**	**80 199**
Fondos disponibles como % del presupuesto	174%	90%	132%	384%	257%	118%	92%	117%
Gastos de personal	5 697	1 925	1 474	2 440	3 182	4 161	26 157	45 036
Gastos derivados de las actividades	4 759	1 176	3 040	2 673	4 773	4 618	10 540	31 579
Total gastos	**10 456**	**3 101**	**4 514**	**5 113**	**7 955**	**8 779**	**36 697**	**76 615**
Gastos como % del presupuesto aprobado	218%	82%	119%	365%	227%	110%	85%	112%
Gastos como % de los fondos disponibles	125%	91%	90%	95%	88%	93%	93%	96%
Gastos de personal por oficina principal	13%	4%	3%	5%	7%	9%	58%	100%

5.3 GESTIÓN DE RIESGOS EN EMERGENCIAS Y CRISIS

EFECTO 5.3. LOS PAÍSES TIENEN LA CAPACIDAD PARA GESTIONAR LOS RIESGOS DE SALUD PÚBLICA VINCULADOS CON LAS EMERGENCIAS

Iniciativa Hospitales Seguros

Los servicios de salud, en particular los hospitales, son activos cruciales para las comunidades, tanto en circunstancias ordinarias como, especialmente, en situaciones de respuesta a emergencia, desastres y otras crisis. Ahora bien, en situaciones de emergencia los profesionales de la salud y los hospitales suelen ser las principales víctimas, lo que impide la prestación de servicios de salud a las comunidades afectadas cuando más lo necesitan.

A fin de velar por la disponibilidad de los servicios de salud más críticos cuando más necesarios son, la OMS ha puesto en marcha, conjuntamente con los asociados mundiales, nacionales y locales, la Iniciativa Hospitales Seguros. La visión de esta iniciativa consiste en proteger las vidas y la salud de la gente en situaciones de emergencias y desastres.

En colaboración con algunos asociados, la OMS elaboró y publicó el Marco Integral para Hospitales Seguros, con miras a ofrecer un enfoque estructurado relativo a las medidas adoptadas para fortalecer la seguridad y la preparación de los hospitales y los centros de salud ante todo tipo de peligros. En ese contexto se elaboró y utilizó un índice mundial de seguridad hospitalaria basado en el índice análogo desarrollado por la OPS/OMS con el fin de permitir a los países evaluar el grado de la resiliencia de sus hospitales ante diversos tipos de peligros.

Más de 77 países utilizaron el índice de seguridad hospitalaria para evaluar más de 3500 hospitales. En los dos últimos años otros países han comenzado a utilizar ese índice, entre ellos la República Islámica del Irán, el Japón y las Islas Salomón. El ámbito de las actividades relativas a la seguridad hospitalaria se ha ampliado a los fines de su armonización con programas conexos tales como los concernientes a cambio climático y salud medioambiental. En el Caribe, esto se ha traducido en el concepto de hospital inteligente, que reúne aspectos de

seguridad y ambientales. Ese concepto se está extendiendo a los estados insulares de la Región del Pacífico Occidental y a algunos países de la Región de Asia Sudoriental. En el marco de esta iniciativa, muchos países han modernizado hospitales y se han asegurado de que los nuevos hospitales se construyan con arreglo a normas reconocidas. Por otra parte, se adoptaron medidas para velar por la funcionalidad de los servicios de salud a través de cursos de capacitación, almacenamiento de insumos esenciales, establecimiento de redes de mecanismos nacionales e internacionales de coordinación de la respuesta a desastres, y otros esfuerzos. Una campaña internacional destinada a promover hospitales seguros despertó un enorme interés de los países, y ello dio lugar a varias resoluciones de ámbito regional y mundial.

La construcción de un hospital seguro y resiliente requiere la colaboración de asociados tradicionales y no tradicionales, entre ellos, arquitectos, ingenieros, electricistas y albañiles, así como profesionales sanitarios, funcionarios gubernamentales y otros funcionarios. La coordinación con los equipos médicos que llegan al país es también un aspecto crucial de la Iniciativa Hospitales Seguros.

El efecto de la Iniciativa Hospitales Seguros se pudo apreciar en diversas situaciones de peligro.

- Terremoto de 2001 en Gujarat. Tras el terremoto, el Estado de Gujarat (India) reconstruyó todos sus hospitales con sistemas constructivos antisísmicos, con asistencia técnica de la OMS.
- Terremoto de 2010 en Chile. En marzo de 2010, un terremoto de magnitud 9.0 en la escala de Richter asoló Chile. Ese país había realizado sustanciales inversiones para dar seguridad a sus instalaciones sanitarias ante movimientos sísmicos. Gracias a ello, ningún hospital dejó de funcionar tras el terremoto, y todos los centros pudieron dispensar los servicios de salud cruciales para la población afectada.
- Terremotos de 2015 en Nepal. Como preparación para un terremoto de gran intensidad, los principales hospitales del valle de Katmandú se adecuaron con asistencia técnica y financiera de la OMS y de los asociados de los grupos de acción sanitaria. Todos los hospitales resistieron y pudieron prestar atención sanitaria crucial tras los terremotos de 2015.

Esos ejemplos revelan que el nivel de inversión suficiente por parte de todos los asociados, incluidos la OMS, los gobiernos nacionales y locales, los asociados internacionales y nacionales del ámbito sanitario y otras redes permitió ejecutar un programa que contribuyó a lograr el efecto de la categoría 5, consistente en «prevenir las muertes, enfermedades y discapacidades generadas por las emergencias» mediante la disponibilidad de los servicios de atención sanitaria vital en situaciones de necesidad.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la gestión de riesgos en emergencias y crisis. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
5.3.1.	Reforma del Grupo de Acción Sanitaria Mundial y de los grupos nacionales, de conformidad con el programa de transformación del Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
5.3.2.	Establecimiento de la salud como uno de los componentes centrales de los marcos multisectoriales mundiales para el manejo de emergencias y la gestión de riesgos de desastres; fortalecimiento de la capacidad nacional para el manejo de las emergencias y la gestión del riesgo de desastres sanitarios que abarquen todos los peligros	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
5.3.3.	Preparación institucional satisfactoria para aplicar plenamente el Marco de Respuesta a las Emergencias de la OMS	!	✓	✓	!	✓	✓	!
5.3.4.	Elaboración y aplicación de la estrategia y el plan del sector de la salud e información al respecto en todos los países destinatarios que padecen emergencias prolongadas por medio de una red nacional de personal de emergencias de la OMS bien capacitado	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	37 700	3 200	6 000	3 400	7 300	4 000	26 400	88 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	13 563	2 038	2 928	2 051	3 354	1 431	9 855	35 220
Contribuciones voluntarias para fines especificados	18 373	2 746	2v874	825	12 225	1 101	16 431	54 584
Total	**31 936**	**4 784**	**5 802**	**2 876**	**15 579**	**2 532**	**26 286**	**89 804**
Fondos disponibles como % del presupuesto	85%	150%	97%	85%	213%	63%	100%	102%
Gastos de personal	13 709	1 902	3 279	1 864	11 114	1 057	22 673	55 598
Gastos derivados de las actividades	14 706	2 962	2 335	975	5 699	1 366	3 569	31 612
Total gastos	**28 415**	**4 864**	**5 614**	**2 839**	**16 813**	**2 423**	**26 242**	**87 210**
Gastos como % del presupuesto aprobado	75%	152%	94%	84%	230%	61%	99%	99%
Gastos como % de los fondos disponibles	89%	102%	97%	99%	108%	96%	100%	97%
Gastos de personal por oficina principal	25%	3%	6%	3%	20%	2%	41%	100%

5.4 INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

EFECTO 5.4. TODOS LOS PAÍSES ESTÁN DEBIDAMENTE PREPARADOS PARA PREVENIR Y MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

Cinco claves para la inocuidad de los alimentos – mensajes sencillos

Los trastornos contraídos por consumir alimentos contaminados son una importante causa de enfermedad, discapacidad y defunción en todo el mundo, según lo revelan las primeras estimaciones realizadas por la OMS respecto de la carga de morbilidad derivada de enfermedades transmitidas por alimentos, publicadas en diciembre de 2015. Estas enfermedades afectan a personas de todo el mundo, entre las cuales los niños menores de cinco años y las personas de zonas de bajos ingresos son las más gravemente perjudicadas. Las enfermedades transmitidas por alimentos son prevenibles, especialmente las causadas por bacterias, virus, parásitos u hongos y, a ese respecto, la información sobre la manera de preparar y almacenar de forma segura los alimentos es una medida de prevención fundamental.

Las cinco claves para la inocuidad de los alimentos se desarrollaron inicialmente en 2001, cuando la OMS identificó la necesidad de un mensaje sanitario mundial sencillo que permitiera empoderar a todos los manipuladores de alimentos, incluidos los consumidores. Los países adoptaron inmediatamente esas cinco claves, que en los últimos 15 años se han convertido en la referencia internacional obligada. El cartel de las cinco claves para la inocuidad de los alimentos está disponible en 90 idiomas.

En 2015 la OMS dedicó su actividad más emblemática, el Día Mundial de la Salud, a la inocuidad de los alimentos. En la campaña «¿Es inocuo lo que comes? - Alimentos inocuos desde la granja hasta el plato», la OMS pidió a los gobiernos, el público y los agentes interesados en la salud humana y animal, la agricultura, el comercio, el medio ambiente y la educación que aunaran esfuerzos para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por alimentos. Además del inicio de una actividad de proyección mundial realizada en el mayor mercado de alimentos frescos del mundo, cerca de París (Francia), las seis oficinas regionales de la OMS y muchas de sus oficinas en los países convocaron a asociados regionales y nacionales a participar en actividades específicas sobre inocuidad de los alimentos. Los tres niveles de la Organización colaboraron con asociados externos, incluidas la FAO y la OIE, con el fin de difundir las cinco claves para la inocuidad de los alimentos entre el mayor número posible de personas en todo el mundo.

En 2015, con miras a complementar el material existente de las cinco claves, la OMS produjo una película didáctica que, en un tono ameno y humorístico, explica los principios de las cinco claves a un público comprendido entre los 9 y los 99 años de edad. La película fue bien recibida en los países, y rápidamente se convirtió en uno de los vídeos más vistos del canal de YouTube de la OMS. En pocos meses se ha traducido a más de una docena de idiomas. Además, las regiones y los países elaboraron otros materiales, por ejemplo, camisetas, señaladores e imanes con mensajes de las cinco claves e imágenes del vídeo. El éxito de las cinco claves y del Día Mundial de la Salud 2015 de debe en gran medida a la determinación de los Estados Miembros de incorporar la inocuidad de los alimentos al programa de salud pública. Las numerosas actividades realizadas por los países, desde anuncios en televisión hasta demostraciones de cocina, revelan las repercusiones y la utilidad de un mensaje sanitario mundial sencillo, fácil de adoptar y de adaptar a las circunstancias locales.

Por otra parte, en 2015 la OMS promovió las cinco claves a través de su participación en la Exposición de Milán (Italia), cuyo tema fue la alimentación. En colaboración con el pabellón de Suiza, la OMS organizó talleres en los que los participantes pudieron aprender a preparar su propio chocolate mientras se familiarizaban con las cinco claves y las practicaban.

En los últimos 15 años, a través de campañas de capacitación y promoción de la salud, los manipuladores y los consumidores de alimentos han aprendido a proteger su salud y la de sus familias y comunidades. Entre ellos hay personas que de otro modo no hubiesen tenido acceso a información sobre inocuidad de los alimentos, a pesar de la importante función que tienen en la producción de alimentos inocuos, por ejemplo, las mujeres rurales. En la actualidad, los países pueden acceder a una serie de instrumentos, experiencias y soluciones probadas para integrar de forma costoeficaz la información sobre inocuidad de los alimentos en sus programas destinados a reducir la carga mundial de morbilidad por enfermedades transmitidas por alimentos.

Las cinco claves para la inocuidad de los alimentos ya han contribuido a prevenir enfermedades transmitidas por alimentos y merecen una difusión más amplia. El mejoramiento de la inocuidad de los alimentos ayuda a fortalecer la salud de la comunidad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a reducir las defunciones infantiles y la pobreza, mejorar la nutrición y la seguridad alimentaria y conferir autonomía a la mujer. La constante participación de los asociados en la aplicación de las cinco claves es esencial para el éxito en esas áreas y para el desarrollo sostenible.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a inocuidad de los alimentos. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
5.4.1.	Apoyar la labor de la Comisión del Codex Alimentarius para la elaboración, y a los países para la aplicación, de normas, directrices y recomendaciones sobre inocuidad de los alimentos	✓	!	!	✓	✓	✓	!
5.4.2.	Colaboración multisectorial para reducir los riesgos de salud pública de origen alimentario, en especial los que surgen en el contacto entre animales y seres humanos	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓
5.4.3.	Capacidad nacional suficiente para establecer y mantener marcos normativos según los riesgos, a fin de prevenir, monitorizar, evaluar y gestionar las zoonosis y los peligros vinculados con los alimentos	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	4 600	2 900	800	1 400	1 400	2 300	19 100	32 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	1 416	687	247	716	1 633	1 194	7 516	13 409
Contribuciones voluntarias para fines especificados	145	425	0	227	0	214	8 485	9 498
Total	**1 561**	**1 112**	**247**	**943**	**1 633**	**1 408**	**16 001**	**22 907**
Fondos disponibles como % del presupuesto	34%	38%	31%	67%	117%	61%	84%	70%
Gastos de personal	85	130	96	528	1 131	365	8 885	11 220
Gastos derivados de las actividades	525	778	469	403	881	1 054	6 377	10 487
Total gastos	**610**	**908**	**565**	**931**	**2 012**	**1 419**	**15 262**	**21 707**
Gastos como % del presupuesto aprobado	13%	31%	71%	67%	144%	62%	80%	67%
Gastos como % de los fondos disponibles	39%	82%	229%	99%	123%	101%	95%	95%
Gastos de personal por oficina principal	1%	1%	1%	5%	10%	3%	79%	100%

5.5 ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

EFECTO 5.5. NO HAY EN EL MUNDO CASOS DE PARÁLISIS CAUSADA POR EL POLIOVIRUS DE TIPO 2 SALVAJE O VACUNAL

Poliomielitis – la fase final

El Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final se desarrolló en respuesta a la declaración de la Asamblea de la Salud formulada en mayo de 2012, a tenor la cual la erradicación de los poliovirus era una «emergencia programática para la salud pública mundial». En la actualidad, de las tres cepas de poliovirus salvaje (tipos 1, 2 y 3), solo queda en circulación la de tipo 1, que es endémica en solo dos países.

Los extraordinarios progresos hacia la plena erradicación de la poliomielitis se pueden atribuir en gran medida a la vacuna antipoliomielítica oral, la más eficaz en nuestro arsenal actual contra el poliovirus salvaje. Sin embargo, dado que la vacuna antipoliomielítica oral se fabrica con poliovirus vivos atenuados (debilitados), en casos muy excepcionales (aproximadamente 1 de cada 2,7 millones de personas vacunadas), puede dar lugar a un caso de poliomielitis paralítica. Además, en determinadas circunstancias, una cepa de poliovirus en la vacuna antipoliomielítica oral puede mutar hacia una forma capaz de causar parálisis (poliovirus de origen vacunal) en las personas y, en algunos casos, desarrollar la capacidad de circulación continua. Esto último se conoce como poliovirus de origen vacunal circulante. Entre 2000 y 2016, la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 ocasionó el 86% de los casos de poliovirus de origen vacunal circulante, y más de 40 casos de poliomielitis paralítica de origen vacunal. Si bien la vacuna antipoliomielítica oral es todavía un instrumento crucial en la lucha por erradicar la poliomielitis, se ha hecho cada vez más evidente que es preciso retirar el componente de tipo 2.

En septiembre de 2015 la Comisión Mundial de Certificación determinó que se había conseguido erradicar el poliovirus salvaje de tipo 2, lo que abría la posibilidad de retirar definitivamente la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2. Los 155 países y territorios en los que todavía se administra la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 se han comprometido a interrumpir su uso de manera sincronizada en abril de 2016, en todo el mundo. En preparación para esa interrupción se ha prestado apoyo para facilitar la introducción de una dosis de vacuna

antipoliomielítica inactivada en los programas de inmunización sistemática de 126 de los países que administraban la vacuna antipoliomielítica oral como única vacuna antipoliomielítica en el marco de sus programas nacionales de inmunización.

La retirada de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 y la introducción de la vacuna antipoliomielítica inactivada tendrán un efecto sanitario considerable, por cuanto permitirá reducir el número de casos de poliomielitis paralítica y la circulación de poliovirus de tipo 2 de origen vacunal, lo que conllevará una disminución de la morbilidad y la mortalidad.

Además, mediante la introducción de la vacuna inactivada en los programas de inmunización sistemática y como parte de los preparativos para la retirada mundial de la vacuna oral de tipo 2, los países han conseguido fortalecer sus programas generales de inmunización en todos sus territorios. La financiación proporcionada para apoyar la introducción de la vacuna inactivada y la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 permitió realizar diversas actividades que incluyeron cursos de actualización de conocimientos, visitas de supervisión, nuevas cartillas de inmunización y fortalecimiento de la cadena de frío.

A finales de 2015, los 126 países en los que se administra solo la vacuna oral se habían comprometido a introducir la vacuna inactivada, y 80 países, incluidos todos los países de alto riesgo, ya lo habían hecho. En los demás países, las demoras en la introducción de la vacuna inactivada se debieron a limitaciones en el suministro mundial de esa vacuna. De los 155 Estados Miembros que debían retirar la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2, 140 habían desarrollado planes de retirada en los que se describían las medidas que se adoptarían para pasar de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente a la bivalente, en el marco de los programas de inmunización sistemática, y destruir todas las existencias que pudieran quedar de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (o sea, las que contienen la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2).

Además, el personal financiado con fondos para la lucha contra la poliomielitis está contribuyendo al fortalecimiento de los sistemas de salud en numerosos países. Estudios realizados en 2014 y 2015 revelan que, en 10 países de África y Asia con equipos numerosos financiados para luchar contra la poliomielitis, el personal dedicó una media del 46% de su tiempo para apoyar actividades de inmunización sistemática (o sea, introducción de la nueva vacuna, jornadas de salud infantil, campañas contra el sarampión, etc.) y un 8% de su tiempo a apoyar el sistema de salud en general (o sea, otras respuestas humanitarias, iniciativas de salud materna, etc.).

Los efectos de estas contribuciones se pueden ver claramente al observar la respuesta de Nigeria al brote de ebola en 2014. El Centro de Operaciones de Emergencia, establecido para coordinar las actividades de erradicación de la poliomielitis realizadas por múltiples asociados, pudo adaptarse rápidamente a la situación y coordinar la respuesta al ebola. El personal financiado para luchar contra la poliomielitis sobre el terreno desempeñó funciones cruciales en las actividades de investigación de casos y vigilancia para las que había recibido capacitación en el marco de los trabajos de erradicación de la poliomielitis. Se ha sostenido ampliamente que la disponibilidad de personal cualificado y de infraestructura sobre el terreno desempeñan una función crucial para detener la propagación del ebola y minimizar las pérdidas de vidas en Nigeria.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la erradicación de la poliomielitis y revela de qué manera, en situaciones de crisis agudas, el personal debidamente capacitado en aspectos básicos de salud pública, por ejemplo, vigilancia, se puede trasladar rápidamente de un lugar a otro para hacer frente a enfermedades que ocasionan crisis graves.

En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (✗) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
5.5.1.	Apoyo directo para acrecentar la inmunidad colectiva contra la poliomielitis a los niveles umbral en las zonas afectadas y las de alto riesgo	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓
5.5.2.	Obtención del consenso internacional en torno a la cesación del uso de la vacuna oral a base de poliovirus de tipo 2 en los programas de vacunación sistemática de todo el mundo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.3.	Establecimiento de procesos para la gestión a largo plazo de los riesgos que plantea el poliovirus, en particular la contención de todos los poliovirus residuales, y certificación de la erradicación de la poliomielitis en todo el mundo	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.4.	Establecimiento del plan sucesorio en relación con la poliomielitis	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	408 200	3 500	69 600	4 000	140 100	1 900	73 100	700 400
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	7 547	0	263	31	18	32	10	7 901
Contribuciones voluntarias para fines especificados	659 723	1 282	76 587	5 447	257 643	7 741	120 812	1 154 760
Total	**667 270**	**1 282**	**76 850**	**5 478**	**257 661**	**7 773**	**120 822**	**1 162 661**
Fondos disponibles como % del presupuesto	163%	37%	110%	137%	184%	409%	165%	166%
Gastos de personal	134 433	171	4 443	1 636	24 874	1 020	30 703	197 280
Gastos derivados de las actividades	476 912	802	62 487	2 921	206 179	5 729	67 728	822 758
Total gastos	**611 345**	**973**	**66 930**	**4 557**	**231 053**	**6 749**	**98 431**	**1 020 038**
Gastos como % de los fondos disponibles	92%	76%	87%	83%	90%	87%	81%	88%
Gastos de personal por oficina principal	68%	0%	2%	1%	13%	1%	16%	100%

5.6 RESPUESTA A LOS BROTES EPIDÉMICOS Y LAS CRISIS

EFECTO 5.6. TODOS LOS PAÍSES RESPONDEN ADECUADAMENTE A LAS AMENAZAS Y EMERGENCIAS QUE TIENEN CONSECUENCIAS DE SALUD PÚBLICA

El bienio 2014-2015 registró un número de crisis sanitarias sin precedente

En el bienio 2014-2015 la OMS afrontó un número de crisis sanitarias sin precedente, y por lo tanto tuvo que responder simultáneamente a múltiples brotes y emergencias de gran magnitud. Esto incluyó enfermedades infecciosas, entre ellas el síndrome respiratorio de Oriente Medio provocado por coronavirus, la gripe aviar por los virus A(H5N1) y A(H7N9), el cólera, la fiebre amarilla y el brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental; desastres naturales tales como el tifón Haiyan en Filipinas y el terremoto que asoló Nepal; así como prolongadas situaciones de conflicto en el Iraq, la República Árabe Siria, la República Centroafricana, Sudán del Sur y el Yemen.

El brote de ebola en África occidental (cuyos primeros casos se notificaron en marzo de 2014) fue el más amplio y complejo brote de esa enfermedad desde que se identificó el virus por vez primera en 1976. Durante este brote se produjeron más casos y defunciones que en todos los demás brotes en su conjunto. La enfermedad se propagó a diferentes países; tras iniciarse en Guinea y atravesar las fronteras terrestres hacia Sierra Leona y Liberia, fue llevada por aire a Nigeria (un viajero) y los Estados Unidos (un viajero), y por tierra al Senegal (un viajero) y a Malí (dos viajeros).

Los países más gravemente afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona) disponen de sistemas de salud muy frágiles, carecen de recursos humanos e infraestructura y han salido recientemente de prolongados períodos de conflicto e inestabilidad. El brote en África occidental fue tan grave que la Directora General de la OMS lo declaró emergencia de salud pública de importancia internacional con arreglo al Reglamento Sanitario Interna-

cional (2005). En todo el mundo se han registrado 28 639 casos de la enfermedad por el virus del Ebola (al 13 de marzo de 2016).

El brote de ebola en África occidental ha sido solo una de las epidemias ocurridas recientemente; también se registraron cuatro brotes importantes de síndrome respiratorio de Oriente Medio en Arabia Saudita y la República de Corea, pandemias de gripe por los virus H1N1 y H5N1 y síndrome respiratorio agudo severo. Todo esto sirvió como un serio recordatorio de la amenaza que suponen para la humanidad las enfermedades transmisibles, en particular en entornos vulnerables y de escasos recursos.

La gran magnitud de las repercusiones mundiales derivadas del brote de ebola movió al Secretario General de las Naciones Unidas a nombrar un Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, presidido por el Señor Jakaya Mrisho Kikwete, expresidente de la República Unida de Tanzanía, con el mandato de formular recomendaciones sobre el fortalecimiento de los sistemas nacionales e internacionales de prevención y respuesta eficaces ante futuras crisis sanitarias, teniendo en cuenta las enseñanzas adquiridas en la respuesta al ebola.

Además, debido a la enorme demanda para que la OMS respondiera a todas esas crisis, la Asamblea de la Salud celebró en 2015 una reunión especial, tras la cual la Directora General anunció el establecimiento de un grupo asesor que la asesoraría en lo relativo a las reformas de la OMS en materia de emergencias. El objetivo del proceso de reforma consistía en fortalecer y consolidar las capacidades de la Organización y su preparación para responder a todo tipo de crisis que pongan en riesgo la salud de las personas y dificulten la prestación de servicios de salud.

En 2015, por recomendación del grupo asesor de la Directora General se creó un nuevo grupo orgánico para brotes y emergencias sanitarias, con atribuciones para formular, desarrollar y aplicar un nuevo programa de la OMS para emergencias, basado en recomendaciones armonizadas de los grupos asesores. En ese contexto se priorizarán elementos centrales de la reforma relativos al nuevo programa de la OMS para brotes y emergencias, especialmente en lo relativo a gestión de riesgos de infecciones, preparación de los Estados Miembros, gestión de la evaluación de riesgos y la información, alianzas y disponibilidad operacionales, y operaciones de emergencia.

El respaldo político y financiero suficiente y constante es ahora crucial para que el nuevo programa de la OMS sobre brotes epidémicos y emergencias sanitarias pueda cumplir sus cometidos básicos y, en particular, evaluar rápidamente los riesgos sanitarios, a fin de informar de ellos a los Estados Miembros y al público; ejercer el liderazgo técnico y prestar asesoramiento en lo concerniente a todos los asuntos sanitarios; y mantener una presencia sobre el terreno para apoyar a los Estados Miembros en las actividades de preparación y respuesta relacionadas con todas las emergencias sanitarias.

El Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias está concebido para permitir a la Organización evaluar los riesgos e intensificar rápidamente su respuesta inicial ante brotes y emergencias en el limitado lapso de tiempo crítico que precede al desarrollo y la financiación de planes estratégicos, cuando no se dispone de ningún otro flujo de tesorería. Además, la OMS colabora con el Banco Mundial en el Mecanismo de Financiación de Emergencia en caso de Pandemia, destinado a financiar las necesidades de los Estados Miembros y los asociados para responder a una emergencia sanitaria declarada.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la respuesta a los brotes epidémicos y las crisis. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Mediterráneo Oriental**	**Europa**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
5.6.1.	Aplicación del Marco de Respuesta a las Emergencias de la OMS en emergencias agudas con consecuencias para la salud pública.	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Europa**	**Mediterráneo Oriental**	**Pacífico Occidental**	**Sede**	**Total**
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	39 300	7 600	5 200	5 000	151 200	5 000	14 200	227 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	1 610	16	2 217	0	3 812	138	21 424	29 217
Contribuciones voluntarias para fines especificados	267 160	6 838	16 032	15 430	266 386	20 126	152 383	751 653
Total	**268 770**	**6 854**	**18 249**	**15 430**	**270 198**	**20 264**	**173 807**	**780 870**
Fondos disponibles como % del presupuesto	684%	90%	351%	309%	179%	405%	1224%	343%
Gastos de personal	5 763	611	605	2 128	18 319	1 804	28 602	57 832
Gastos derivados de las actividades	222 757	5 951	15 180	10 600	223 654	18 226	121 925	618 293
Total gastos	**228 520**	**6 562**	**15 785**	**12 728**	**241 973**	**20 030**	**150 527**	**676 125**
Gastos como % de los fondos disponibles	85%	96%	86%	82%	90%	99%	87%	87%
Gastos de personal por oficina principal	10%	1%	1%	4%	32%	3%	49%	100%

Categoría 6

SERVICIOS CORPORATIVOS/FUNCIONES INSTRUMENTALES

Los servicios corporativos y las funciones instrumentales proporcionan el liderazgo institucional y los recursos conjuntos necesarios para mantener la integridad y el funcionamiento eficiente de la OMS.

Se evidenciaron progresos hacia el logro de los tres principales objetivos de la reforma de la OMS iniciada en 2011: *i*) mayor coherencia en la acción sanitaria mundial; *ii*) mejores resultados sanitarios; y *iii*) una Organización que se afane en lograr la excelencia. En 2014-2015, la mayoría de los productos definidos en el marco de la reforma de la OMS pasaron a la fase de aplicación, y gracias al establecimiento de un marco sólido de seguimiento se pudieron monitorear las repercusiones de la reforma a lo largo del tiempo mediante un mecanismo de medición del desempeño.

El objetivo del bienio era centrarse en la eficacia institucional, con un énfasis especial en la rendición de cuentas por el personal directivo, la transparencia y la gestión de riesgos.

Entre los logros que cabe destacar figura el establecimiento de una función de evaluación independiente que rinde cuentas al Director General. El sistema de justicia interna fue objeto de un examen en profundidad, y se aprobó un plan de ejecución para aplicar las recomendaciones.

Durante el bienio se llevó a cabo una ingente labor en el ámbito de los recursos humanos: se ejecutaron los tres pilares de la estrategia de recursos humanos, lo que tuvo como resultado, entre otros logros, la adopción de un marco de movilidad geográfica.

Gracias al establecimiento de la oficina de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética se llevaron a cabo durante el bienio varias iniciativas que refuerzan la rendición de cuentas, como la formulación de la política de denuncia de irregularidades y la política y el marco de la OMS en materia de gestión de riesgos.

El proceso de planificación del presupuesto por programas 2016-2017 se revisó para reforzar el ciclo de planificación y financiación de la Organización con miras a una entrega más eficaz y eficiente de los productos y para reflejar su contribución a la mejora de los resultados sanitarios.

Se han alcanzado muchos logros, pero en el último año del bienio las operaciones en esta esfera estuvieron marcadas por el brote de enfermedad por el virus del Ebola y la consiguiente iniciativa de reformar la labor de la OMS en brotes y emergencias sanitarias. Esto conllevó retrasos en algunas áreas. Algunas iniciativas de reforma relativas a la gestión de la información y el examen previsto de las alianzas acogidas son algunas de las actividades que se han sufrido demoras.

CATEGORÍA 6 - SITUACIÓN FINANCIERA GLOBAL, 2014-2015 (MILES DE US$)

(incluida la tasa por puesto ocupado)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	154 000	48 400	57 200	63 100	80 600	51 300	368 400	823 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	131 516	34 172	49 437	49 062	60 994	44 565	263 993	633 739
Contribuciones voluntarias para fines especificados	4 429	30	339	1 112	758	2 456	10 797	19 921
Tasa por puesto ocupado	23 026	4 098	5 820	9 393	9 025	7 125	76 178	134 665
Total	**158 971**	**38 300**	**55 596**	**59 567**	**70 777**	**54 146**	**350 968**	**788 325**
Fondos disponibles como % del presupuesto	103%	79%	97%	94%	88%	106%	95%	96%
Gastos de personal	107 296	18 827	32 336	43 864	47 142	35 809	238 399	523 673
Gastos derivados de las actividades	42 280	19 929	21 450	14 773	21 390	17 335	100 335	237 492
Total de gastos	**149 576**	**38 756**	**53 786**	**58 637**	**68 532**	**53 144**	**338 734**	**761 165**
Gastos como % del presupuesto aprobado	97%	80%	94%	93%	85%	104%	92%	92%
Gastos como % de los fondos disponibles	94%	101%	97%	98%	97%	98%	97%	97%
Gastos de personal por oficina principal	20%	4%	6%	8%	9%	7%	46%	100%

6.1 LIDERAZGO Y GOBERNANZA

EFECTO 6.1. UNA MAYOR COHERENCIA EN LA ACCIÓN SANITARIA MUNDIAL, EN LA QUE LA OMS TOMARÁ LA INICIATIVA A FIN DE POSIBILITAR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA Y EFICAZ DE UN GRAN NÚMERO DE AGENTES DIFERENTES EN LA MEJORA DE LA SALUD DE TODAS LAS PERSONAS

Los esfuerzos realizados por la OMS en materia de liderazgo y gobernanza con el fin de cumplir su mandato constitucional de ser la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria internacional quedaron reflejados de manera muy significativa en la labor realizada en 2014-2015, tal y como se describe a continuación.

En respuesta al brote de enfermedad por el virus del Ebola en África occidental, la OMS puso en marcha la mayor operación de emergencia de la historia. Más de 1000 miembros del personal fueron desplegados en más de 60 emplazamientos sobre el terreno en los tres principales países afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona). En todos los países de África occidental en los que se registró transmisión activa del ebola, la OMS desplegó a más de 2200 expertos técnicos, entre ellos más de 950 expertos de los asociados en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Además, la OMS elaboró más de 50 documentos de orientación técnica sobre una amplia gama de temas de salud pública y atención clínica.

Asimismo, la OMS facilitó el examen y análisis de un gran número de vacunas, medicamentos, terapias y medios de diagnóstico para el tratamiento y la detección de la enfermedad por el virus del Ebola. Los procedimientos de examen acelerado permitieron el rápido desarrollo de varias de estas vacunas y medios de diagnóstico.

La OMS ha colaborado con cada uno de los tres países afectados en el desarrollo de planes nacionales de recuperación y fortalecimiento de la resiliencia mediante la formulación de estrategias para la reactivación segura de los servicios de salud esenciales y las funciones del sistema de salud a más largo plazo.

Los acontecimientos recientes han puesto de manifiesto la necesidad de reformar la capacidad de la OMS para responder a emergencias sanitarias como parte de un sistema internacional reforzado de seguridad sanitaria mundial y respuesta a desastres. Las iniciativas de reforma incluyen el establecimiento de un nuevo programa de la OMS sobre brotes epidémicos y emergencias sanitarias, sustentado en una estructura organizativa que abarca los tres niveles de la Organización y con una autoridad claramente definida para facilitar la adopción rápida y transparente de decisiones y medidas. También se han creado herramientas y procesos racionalizados de gestión para facilitar una respuesta rápida y eficaz, especialmente en materia de recursos humanos, planificación y presupuestación, gestión de los recursos financieros y logística.

También es necesario brindar un mayor apoyo a los países para que desarrollen las capacidades básicas prioritarias requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) como parte integrante de los sistemas de salud resilientes, posibilitar la detección rápida de los brotes epidémicos y otros peligros y responder de manera eficaz ante ellos, y proporcionar una atención primaria de la salud centrada en la persona.

Para que la reforma sea eficaz, hay que disponer de una financiación internacional adecuada para pandemias y otras emergencias de salud a través de diversos canales, incluido el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias, que es parte de un sistema de financiación internacional. Asimismo se elaborará un plan de investigación y desarrollo para acelerar la elaboración de tecnologías y productos sanitarios esenciales en el contexto de emergencias.

En 2014-2015 se entablaron importantes negociaciones internacionales para que las cuestiones relativas a la salud quedaran adecuadamente reflejadas en la formulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Debido en parte a los esfuerzos de la OMS, los ODS reflejan una sólida integración de las metas relacionadas con la salud, y el posicionamiento de la cobertura sanitaria universal como aspecto central de todas las metas relacionadas con la salud se considera un importante logro para la comunidad sanitaria.

Al tiempo que participaba en el proceso de finalización de los ODS para 2030, la OMS también actuó con rapidez con el fin de apoyar a los países y ayudarlos a prepararse para aplicar el programa de los ODS mediante la realización continuada de actividades destinadas, entre otras cosas, a: fortalecer la propia capacidad de la OMS a nivel de los países; ayudar a los países a incorporar el ODS relacionado con la salud y sus metas a las agendas de desarrollo nacionales y a monitorear los progresos hacia su cumplimiento; y colaborar con los asociados

pertinentes en materia de salud y desarrollo para armonizar los esfuerzos relacionados con las metas de los ODS relativas a la salud.

En 2014-2015 se puso énfasis en fortalecer el liderazgo y la capacidad de la OMS en los países en apoyo de las prioridades de los Estados Miembros en materia de salud y desarrollo.

La guía revisada relativa a las estrategias de cooperación en los países se elaboró mediante la colaboración entre los tres niveles de la Organización, teniéndose en cuenta las prioridades de liderazgo de la OMS. La guía se ha difundido mediante tallares de orientación organizados en las regiones. Como resultado de ello, las estrategias de cooperación en los países que se elaboraron o actualizaron en 2015 son más específicas y presentan programas estratégicos más realistas y más armonizados con las prioridades sanitarias nacionales.

Los resultados de la Octava Reunión Mundial de Jefes de las Oficinas de la OMS en los Países reforzaron el liderazgo y la rectoría de la labor de la OMS, incluidas la gestión y la coordinación de las actividades en los tres niveles de la Organización.

Se han realizado esfuerzos concertados en los países en los que la OMS está presente para garantizar una estrecha colaboración con las autoridades sanitarias respectivas, otros sectores gubernamentales, los organismos de las Naciones Unidas y otros asociados pertinentes con miras al logro de los resultados sanitarios prioritarios.

La labor llevada a cabo en 2014-2015 ha seguido mejorando los procesos y mecanismos de gobernanza interna de la OMS, y se ha seguido colaborando externamente con los asociados y las partes interesadas pertinentes que desempeñan su labor en el ámbito de la salud pública.

La Asamblea de la Salud, el Consejo Ejecutivo y sus comités y los procesos intergubernamentales inherentes a su mandato fueron gestionados y administrados en sus idiomas oficiales, en particular mediante la emisión de la documentación necesaria y la facilitación de servicios de interpretación. Hubo un mayor acceso a la documentación en línea, se retransmitieron por internet las reuniones del Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud y se aumentó el número de reuniones informativas preparatorias para las misiones, con acceso remoto por medio de WebEx para las oficinas regionales y en los países y las capitales. Debido al aumento del número de puntos en los órdenes del día de los órganos deliberantes y el consiguiente incremento del número de documentos que hay que preparar, se señaló el retraso en la preparación de algunos de los documentos para los órganos deliberantes.

Prosiguen las negociaciones entre los Estados Miembros acerca del marco para la colaboración con agentes no estatales. Está previsto que el marco general se aplique a la colaboración de la OMS con los agentes no estatales; dicho marco presenta la justificación, los principios y los límites de la colaboración, y tendrá importantes repercusiones para los dispositivos y mecanismos operacionales que la OMS empleará para colaborar con los agentes no estatales en pro de la mejora de los resultados de salud pública.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa al liderazgo y la gobernanza. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X)) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
6.1.1.	Liderazgo y gestión eficaces de la OMS	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
6.1.2.	Colaboración eficaz con otras partes interesadas para elaborar un programa de acción sanitaria común que responda a las prioridades de los Estados Miembros	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.1.3.	Se habrá reforzado la gobernanza de la OMS mediante una supervisión eficaz de las reuniones de los órganos deliberantes y el establecimiento de órdenes del día eficientes y congruentes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
6.1.4.	Integración de la reforma de la OMS en la labor de la Organización	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$) *(incluida la tasa por puesto ocupado)*

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	47 500	17 700	14 300	25 300	22 800	17 100	83 000	227 700
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	40 051	4 315	13 297	24 856	16 300	15 547	73 339	187 705
Contribuciones voluntarias para fines especificados	2 710	0	106	605	602	1 183	6 836	12 042
Tasa por puesto ocupado	0	0	0	0	0	0	150	150
Total	**42 761**	**4 315**	**13 403**	**25 461**	**16 902**	**16 730**	**80 325**	**199 897**
Fondos disponibles como % del presupuesto	90%	24%	94%	101%	74%	98%	97%	88%
Gastos de personal	33 995	3 288	10 399	22 353	15 399	14 305	64 112	163 851
Gastos derivados de las actividades	8 124	1 105	2 965	3 019	1 082	1 912	15 186	33 393
Total de gastos	**42 119**	**4 393**	**13 364**	**25 372**	**16 481**	**16 217**	**79 298**	**197 244**
Gastos como % del presupuesto aprobado	89%	25%	93%	100%	72%	95%	96%	87%
Gastos como % de los fondos disponibles	98%	102%	100%	100%	98%	97%	99%	99%
Gastos de personal por oficina principal	21%	2%	6%	14%	9%	9%	39%	100%

6.2 TRANSPARENCIA, RENDICIÓN DE CUENTAS Y GESTIÓN DE RIESGOS

EFECTO 6.2. LA OMS DESEMPEÑA SU LABOR DE MANERA RESPONSABLE Y TRANSPARENTE, Y CUENTA CON MARCOS DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS QUE FUNCIONAN CORRECTAMENTE

El establecimiento de mecanismos eficaces de rendición de cuentas por parte de la administración, de transparencia y de gestión de riesgos es uno de los principales efectos previstos de la reforma de la OMS, y se han realizado progresos continuados a este respecto. Sin embargo, como señaló el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión, la Organización parece adolecer de una cultura de tolerancia de la inobservancia. Esta crítica desencadenó una mayor intensificación de las actividades para mejorar la rendición de cuentas a lo largo del bienio, las cuales se describen más abajo.

Para reforzar la observancia general, la OMS ha establecido funciones de verificación de la conformidad en las regiones, cuyo mandato es hacer un seguimiento de las transacciones y realizar funciones de examen y vigilancia en las oficinas regionales y sus oficinas en los países. Como parte del marco de control interno, en el transcurso de 2015 la Organización puso en funcionamiento instrumentos de gestión del control interno, en particular una lista de verificación para la autoevaluación y una guía para directores, con el fin de concienciar al personal directivo sobre la idoneidad de los medios de control aplicados en sus centros presupuestarios.

La Organización realizó el primer ejercicio de gestión de riesgos en todos los niveles de la Organización utilizando una metodología congruente y coherente, y estableció un registro de primer nivel para toda la Organización. El objetivo es respaldar la adopción de decisiones fundamentadas e integrar la gestión de riesgos en todos los procesos operacionales institucionales.

Se han hecho importantes avances en la formulación de políticas, procedimientos y herramientas para apoyar la adopción de la política de la OMS en materia de gestión de riesgos institucionales, que complementa la fase ascendente de identificación de riesgos y su clasificación por orden de prioridad con una fase descendente de validación y remisión a las instancias apropiadas. La política de gestión de riesgos institucionales facilita la identificación, categorización, evaluación, clasificación por orden de prioridad, mitigación y monitoreo de los riesgos y contribuye a promover los estándares institucionales más elevados en pro de una mayor transparencia y rendición de cuentas. Proporciona al personal directivo superior información adecuada sobre los riesgos y establece un proceso eficaz de presentación de rendición de cuentas.

La OMS ha adoptado medidas para promover el respeto de valores éticos fundamentales, que incluyen la formulación y aplicación de la política de la OMS sobre denuncia de irregularidades y protección contra las represalias. En paralelo se está creando una línea telefónica directa gestionada externamente para la denuncia de irregularidades y/o de represalias.

La OMS ha elaborado y aplicado una metodología para realizar exámenes de la administración y la gestión de los programas con el fin de aumentar la eficacia y eficiencia de las oficinas en los países. Se realizaron cinco exámenes, concretamente en Etiopía, Nepal, Indonesia, Myanmar y Ucrania.

Según un examen externo de la calidad, la función de auditoría interna de la OMS alcanza el nivel más alto de «conformidad general» con las reconocidas normas promulgadas por el Instituto de Auditores Internos. La capacidad de las funciones de investigación y auditoría interna se reforzó aún más mediante la cobertura de seis puestos vacantes. Sin embargo, debido al aumento significativo de las denuncias de presuntas infracciones durante el mismo periodo, al final de 2015 se observó un retraso importante en las investigaciones. Cabe señalar también que el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión ha indicado que se ha producido una mejora continuada en la aplicación de las recomendaciones de auditoría pendientes de ejecución, especialmente a nivel de las oficinas en los países.

Con arreglo a un enfoque basado en los riesgos, se realizaron misiones de auditoría interna en las oficinas en los países y las oficinas regionales y con respecto a esferas transversales mundiales, como la modalidad de cooperación financiera directa. Como resultado de ello se constató que la eficacia operativa de los controles internos en las oficinas en los países había mejorado ligeramente durante el bienio, ya que los resultados generales de auditoría fueron satisfactorios o parcialmente satisfactorios en un 70% de los casos en 2014 y en un

75% en 2015. Con todo, las conclusiones sobre la eficacia operativa de los controles internos en las oficinas regionales y con respecto a esferas transversales mundiales fueron menos favorables, ya que los resultados generales de auditoría solo fueron satisfactorios o parcialmente satisfactorios para el 60% y el 50% de las misiones de auditoría realizadas en 2014 y en 2015, respectivamente.

Para acelerar los progresos en la aplicación de la política de evaluación en toda la Organización y seguir apoyando el proceso de reforma de la OMS en curso, en agosto de 2014 se creó una oficina independiente de evaluación. Sobre la base de las enseñanzas aprendidas en el seno del sistema de las Naciones Unidas, se formuló y adoptó un marco de fortalecimiento de la evaluación y el aprendizaje institucional en la OMS.

En el segundo año del bienio se emprendieron dos evaluaciones institucionales: el examen del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola, cuyo informe se presentó a los Estados Miembros en julio de 2015; y la evaluación de la presencia de la OMS en los países, cuyo informe estará disponible a principios de 2016.

A su vez, las conclusiones de la evaluación interina del ebola orientaron y fundamentaron otros procesos de seguimiento, como los del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, el Comité de Examen sobre el Ebola del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el Grupo Consultivo del Director General sobre la reforma de la labor en emergencias.

La evaluación exhaustiva de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual se emprendió en 2015 y terminará a finales de 2016.

Se proporcionó respaldo técnico y se realizaron labores de garantía de la calidad para posibilitar las evaluaciones descentralizadas. La OMS también participó en evaluaciones conjuntas de las Naciones Unidas y en cinco exámenes de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas en 2015 (prevención del fraude, auditoría interna, servicios de mediación, aceptación de las recomendaciones dimanantes de los exámenes de la Dependencia Común de Inspección, y planificación de la sucesión), y facilitó la realización de exámenes externos independientes de la OMS encargados por Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido en 2015.

Los informes presentados periódicamente sobre la aplicación de las recomendaciones dimanantes de la evaluación y sobre el seguimiento de la respuesta de la dirección se incluirán en el informe de evaluación anual que se presenta al Consejo Ejecutivo y se publicarán en el sitio web relativo a la evaluación.

El principal desafío en esta esfera programática sigue siendo fortalecer la cultura institucional en materia de rendición de cuentas.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión de riesgos. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
6.2.1.	Garantía de la rendición de cuentas mediante el fortalecimiento de la gestión de riesgos institucionales y de la evaluación en todos los niveles de la Organización	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
6.2.2.	Aplicación de la política de evaluación de la OMS en toda la Organización	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.2.3.	En toda la Organización se promueve el comportamiento ético, la conducta decente y la equidad	!	!	✓	✓	✓	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014–2015 (miles de US$) *(incluida la tasa por puesto ocupado)*

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	7 300	4 600	1 000	1 100	1 400	100	34 900	50 400
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	2 986	801	1 317	1 944	672	51	21 148	28 919
Contribuciones voluntarias para fines especificados	0	0	63	0	0	0	219	282
Tasa por puesto ocupado	0	0	0	0	0	0	700	700
Total	**2 986**	**801**	**1 380**	**1 944**	**672**	**51**	**22 067**	**29 901**
Fondos disponibles como % del presupuesto	41%	17%	138%	177%	48%	51%	63%	59%
Gastos de personal	2 095	661	910	1 946	829	23	19 758	26 222
Gastos derivados de las actividades	747	80	519	24	8	27	3 777	5 182
Total de gastos	**2 842**	**741**	**1 429**	**1 970**	**837**	**50**	**23 535**	**31 404**
Gastos como % del presupuesto aprobado	39%	16%	143%	179%	60%	50%	67%	62%
Gastos como % de los fondos disponibles	95%	93%	104%	101%	125%	98%	107%	105%
Gastos de personal por oficina principal	8%	3%	3%	7%	3%	0%	75%	100%

6.3 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, COORDINACIÓN DE RECURSOS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES

EFECTO 6.3. COHERENCIA ENTRE LA FINANCIACIÓN, LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y LAS PRIORIDADES Y NECESIDADES SANITARIAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS EN UN MARCO DE GESTIÓN BASADA EN LOS RESULTADOS

Las reformas programáticas y financieras siguieron reforzando el ciclo de planificación, presupuestación y financiación de la Organización con miras a una ejecución más eficaz y eficiente de los productos acordados por los Estados Miembros y contribuyendo a mejorar los resultados sanitarios. El presupuesto por programas 2014-2015 era un presupuesto realista que presentaba una cadena de resultados más coherente, confería mayor claridad a las funciones y responsabilidades y definía un conjunto de productos entregables respecto de cada nivel de la Organización.

Estas mejoras se intensificaron en la preparación del presupuesto por programas 2016-2017, que se llevó a cabo sobre la base de las reformas introducidas en el presupuesto por programas 2014-2015. Estas reformas incluían un proceso de planificación «ascendente» basado en consultas regionales y nacionales, que se complementaba mediante un proceso «descendente» para identificar las prioridades mundiales expresadas en las resoluciones de los órganos deliberantes. Esto reforzó aún más el proceso de presupuestación estructurado por prioridades y basado en resultados, en el que cada oficina de país identifica hasta 10 prioridades a las que se habrán de destinar el 80% de los resultados y recursos previstos. La labor se fundamentó en una planificación a

nivel de toda la Organización que permite integrar la labor continua de las redes internas de categorías y áreas programáticas en la elaboración del presupuesto por programas.

Las consultas con los Estados Miembros, junto con estos mecanismos reforzados mencionados más arriba, han tenido como resultado cambios en la atención prestada a los programas en el proyecto de presupuesto por programas 2016-2017, los cuales responden a necesidades constantes y emergentes como: poner en práctica las lecciones extraídas del brote de enfermedad por el virus del Ebola en África occidental; responder a los debates sobre la agenda para el desarrollo después de 2015, con un énfasis especial en la cobertura sanitaria universal, el aumento de la contribución de la OMS a la promoción de la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, la aceleración de los progresos hacia la eliminación del paludismo, y la ampliación de la labor en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles; y abordar las amenazas y prioridades emergentes, como la resistencia a los antimicrobianos, las hepatitis víricas, el envejecimiento y la demencia. Además, la armonización y normalización de los métodos de presupuestación han contribuido a perfeccionar aún más un proyecto de presupuesto realista, lo que permite reflejar con exactitud los costos previstos de los productos entregables institucionales acordados. Esto constituye un requisito importante para que el presupuesto por programas pueda utilizarse eficazmente como principal instrumento para la rendición de cuentas por parte de todos los directivos de la Organización.

Las reformas programáticas han consolidado el presupuesto por programas no solo como instrumento principal para programar la labor de la OMS, sino también como base para medir el desempeño de la Organización en cuanto a los productos que suministra y para movilizar y gestionar sus recursos. La introducción del diálogo sobre financiación en 2013 —un mecanismo que facilita la movilización coordinada de recursos a nivel de toda la Organización y permite adoptar enfoques estratégicos en las negociaciones bilaterales con los contribuyentes— promovió los principios fundamentales de las reformas financieras de la OMS (a saber, la previsibilidad, la armonización, la reducción de la vulnerabilidad y el aumento de la transparencia) y contribuyó a mejorar significativamente la financiación de la Organización. El proceso se repitió en 2015, lo que permitió a la Organización comenzar el bienio 2016-2017 con un nivel de financiación del 83% del presupuesto básico.

La aprobación de un presupuesto por programas unificado y la remodelación del portal web del presupuesto por programas han mejorado considerablemente la transparencia, han permitido un mejor seguimiento de los flujos de recursos y han reforzado la comunicación de la Organización con respecto a la rendición de cuentas, la presentación de informes sobre los resultados y el aprovechamiento de los fondos.

Las reformas financieras que tienen como objetivo la asignación estratégica de los fondos flexibles de que dispone la OMS (incluidas las contribuciones voluntarias básicas y las contribuciones señaladas) también han redundado significativamente en la plena financiación del presupuesto por programas. La asignación estratégica de los fondos flexibles en toda la Organización ha posibilitado que todas las áreas programáticas hayan estado plenamente operativas a lo largo del bienio. El proceso de liberación estratégica de estos fondos ha sido acordado en toda la Organización y se sustenta en una movilización de recursos focalizada a nivel de toda la Organización. El uso estratégico de los recursos flexibles aúna varios aspectos clave de la gestión de los recursos y el presupuesto por programas. En primer lugar, a principios del bienio se está disponiendo de más información sobre los déficits de financiación en toda la Organización como resultado de un análisis detallado de los recursos actuales y futuros por área programática con respecto al presupuesto por programas. En segundo lugar, se ha acordado una política sobre el uso de los recursos flexibles que tiene como objetivo subsanar los déficits de financiación del presupuesto por programas. Como resultado de ello, la Secretaría puede informar a los contribuidores acerca de los déficits actuales y futuros del presupuesto por programas, lo que podría dar lugar a un diálogo más abierto sobre la mejor forma de financiarlos. La introducción de la asignación estratégica de los fondos flexibles en toda la Organización ha redundado en un mejor alineamiento y en una reducción del diferencial entre los programas y las oficinas con el menor y el mayor nivel de financiación en comparación con 2012-2013.

Con todo, sigue habiendo algunos desequilibrios en los niveles de financiación de las distintas categorías y programas, y se precisan más esfuerzos para integrar y gestionar plenamente el uso de los fondos estratégicos de conformidad con las necesidades de movilización coordinada de recursos. La coordinación de la movilización de recursos ha mejorado, pero es preciso estructurarla aún más mediante procedimientos operativos normalizados apropiados y una herramienta común.

Mediante la creación del Departamento de Movilización Coordinada de Recursos se ha adoptado un enfoque más preciso de la movilización de recursos, pero es necesario estructurar aún más dicho enfoque mediante procedimientos operativos normalizados apropiados y herramientas comunes. No obstante, todas las oficinas principales ya han indicado que han adoptado medidas para mejorar la capacidad de movilización de recursos a nivel regional y nacional. Los Estados Miembros confirmaron su apoyo a los principios rectores del diálogo sobre financiación, a saber, la previsibilidad, la flexibilidad, la armonización, la transparencia y la ampliación de la base de contribuyentes. Entre los esfuerzos realizados durante el bienio cabe citar la recopilación de mejor información sobre donantes a nivel mundial con el fin de ampliar la base de contribuyentes, labor en la que han participado todas las regiones.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la planificación estratégica, la coordinación de recursos y la presentación de informes. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
6.3.1.	Implantación de un marco de gestión basada en los resultados que incluya un sistema de rendición de cuentas para evaluar el desempeño institucional de la OMS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.3.2.	Facilitar la alineación de la financiación de la OMS con las prioridades acordadas reforzando la movilización, coordinación y gestión de recursos	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014–2015 (miles de US$)

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	5 200	600	5 700	3 400	2 800	4 000	12 800	34 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	4 264	2 326	2 102	2 735	2 065	6 256	10 125	29 873
Contribuciones voluntarias para fines especificados	265	0	0	0	0	454	980	1 699
Total	**4 529**	**2 326**	**2 102**	**2 735**	**2 065**	**6 710**	**11 105**	**31 572**
Fondos disponibles como % del presupuesto	87%	388%	37%	80%	74%	168%	87%	92%
Gastos de personal	3 699	2 319	1 545	2 639	1 911	6 358	10 029	28 500
Gastos derivados de las actividades	557	155	384	90	76	380	786	2 428
Total de gastos	**4 256**	**2 474**	**1 929**	**2 729**	**1 987**	**6 738**	**10 815**	**30 928**
Gastos como % del presupuesto aprobado	82%	412%	34%	80%	71%	168%	84%	90%
Gastos como % de los fondos disponibles	94%	106%	92%	100%	96%	100%	97%	98%
Gastos de personal por oficina principal	13%	8%	5%	9%	7%	22%	35%	100%

6.4 GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

EFECTO 6.4. IMPLANTACIÓN DE UNA GESTIÓN Y UNA ADMINISTRACIÓN EFICACES Y EFICIENTES EN TODA LA ORGANIZACIÓN

Esta área programática abarca los servicios administrativos básicos que son necesarios para un funcionamiento eficaz y eficiente de la OMS: finanzas, recursos humanos, tecnologías de la información y apoyo a las operaciones.

Durante el bienio se han puesto en marcha muchas iniciativas de aumento de la eficiencia en los tres niveles de la Organización, gracias a lo cual el gasto total ha sido inferior en un 7,5% con respecto al presupuesto para 2014-2015. Esto se ha logrado mediante la adopción de una serie de medidas que incluyen el traslado de más funciones corporativas a Malasia por un costo menor que en Ginebra, la reducción de los viajes, un mayor uso del vídeo y la adopción de productos de TI estandarizados y de uso generalizado a nivel mundial. Los principales logros alcanzados en 2014-2015 respecto de los cuatro ámbitos administrativos se indican más abajo.

Finanzas

En 2015 se ha hecho hincapié en el refuerzo de los controles internos, la formulación de nuevas políticas y el fortalecimiento de los procedimientos actuales, con especial énfasis en las operaciones en los países. Una novedad ha sido la introducción de consolas en materia de conformidad, así como la puesta en marcha de una nueva iniciativa de capacitación financiera con el fin de promover un conocimiento administrativo y financiero competente en todos los niveles. Más de 100 participantes recibieron capacitación en 2015.

La OMS está financiando la obtención de una acreditación oficial y otros certificados en materia de contabilidad por parte del personal de finanzas del Centro Mundial de Servicios, con el fin no solo de mejorar sus conocimientos técnicos, sino también de aumentar la fidelización del personal y convertir a la OMS en un empleador preferente en Malasia.

Una esfera en la que se ha puesto un énfasis especial ha sido el fortalecimiento de la conformidad en la gestión de los acuerdos de cooperación financiera directa, que son especialmente numerosos a nivel de los países y suscitan preocupación desde hace tiempo. En esta esfera cabe señalar progresos notables, en particular la reducción de los informes pendientes en materia de cooperación financiera directa desde el 15% en diciembre de 2013 hasta menos del 3% a final del bienio.

En el bienio también se ha registrado un mayor nivel de conciliación de las cuentas de adelantos y una mejor respuesta a las recomendaciones de auditoría, así como un mayor cumplimiento de las mismas, especialmente en los países.

Un logro fundamental ha sido la adopción de la política de movilidad, la cual ha sido debatida intensamente en la OMS y se hizo realidad durante el bienio. Se ha diseñado y refrendado un plan de movilidad geográfica planificada, el cual se aplica a los funcionarios de la categoría profesional y categorías superiores que ocupan puestos sujetos a rotación. Tras el apoyo proporcionado por los órganos deliberantes y la subsiguiente adopción de modificaciones del Reglamento de Personal y el Estatuto del Personal, que proporcionan la base jurídica para la contratación de personal en puestos sujetos a rotación internacional recurriendo a ejercicios anuales de movilidad, se ha redactado un plan de aplicación en el que se ofrecen pormenores de las principales actividades que hay que llevar a cabo.

El primer compendio de puestos sujetos a rotación se publicó en enero de 2016, y se comenzará con una fase voluntaria trienal.

Se puso en marcha el proceso armonizado de selección de personal para puestos internacionales, cuya finalidad es garantizar la coherencia, eficiencia y transparencia mediante la introducción de un proceso competitivo mundial armonizado de selección de personal para puestos de larga duración de la categoría profesional y categorías superiores.

Se ha reforzado el marco de desempeño del personal. Esto incluyó la publicación de documentos de orientación sobre el reconocimiento y la recompensa de la excelencia y la gestión del desempeño deficiente. Para respaldar la gestión del desempeño se puso en marcha un programa de concienciación a través de diversos medios, como sesiones de información y aprendizaje a distancia.

En 2014-2015, el principal objetivo fue desarrollar soluciones corporativas y aplicarlas en toda la Organización. La implantación de servicios compartidos a nivel de toda la Organización avanzó significativamente en algunas regiones, pero menos en otras. Si bien las propias oficinas regionales han implantado varios servicios compartidos acordados, la cronología y la finalización de su implantación en las oficinas en los países varía de un caso a otro. Hubo varios obstáculos, casi siempre relacionados con la financiación, el estado de la infraestructura local y la disponibilidad de apoyo local. No obstante, todos los países de las Regiones de África, Europa, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental y algunos países de la Región del Pacífico Occidental han completado la implantación de un sistema mundial de correo electrónico, y todos los países de las Regiones de África y Asia Sudoriental, junto con algunos países de las Regiones de Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, han establecido cortafuegos gestionados. El sistema de gestión de la identidad y el acceso se actualizó y está siendo utilizado en todos los países y en todas las oficinas principales.

El proyecto de transformación del Sistema Mundial de Gestión también hizo frente a varios problemas, y la implantación prevista de algunos procesos y servicios se retrasó. Esto se debió principalmente a la repetición de la validación de los requisitos de funcionamiento con la tecnología inicialmente elegida y a la demora en la aprobación de las políticas pertinentes.

Asimismo, las prioridades en materia de TI estaban cambiando. A mediados de 2014, en todas las oficinas en los países y oficinas principales, las TI desempeñaron una función principal en la respuesta al ebola. Se desplegaron recursos de la Sede y las regiones en los países afectados. A mediados de 2015, algunos recursos superiores de TI fueron redirigidos desde tareas y proyectos definidos en materia de TI a labores estratégicas con el fin de convertir a la OMS en una «Organización para emergencias».

El deterioro de la seguridad en muchos países ha provocado que un mayor número de oficinas mejoren su nivel de cumplimiento de las normas mínimas operativas de seguridad de las Naciones Unidas (MOSS). El cumplimiento de las MOSS varía frecuentemente debido a la cambiante situación en materia de seguridad en cada país. Por tan-

to, el pleno cumplimiento de las MOSS es una meta cambiante. Durante el bienio, la situación en materia de seguridad en varios países se deterioró, lo que conllevó un aumento de los requisitos de las MOSS. Se tuvieron que introducir en las MOSS nuevas medidas que no se habían previsto. Esta inversión ha posibilitado el logro general de este indicador, pero ha ejercido presión sobre el fondo para cuestiones de seguridad de la Organización. El aumento previsto de las emergencias y las respuestas inmediatas en materia de seguridad también evidencia la necesidad de un mecanismo sostenible para cubrir los costos relativos a la seguridad a nivel mundial.

Las adquisiciones constituyen una función esencial que permite a la Organización ejecutar eficazmente su mandato. En la formulación de la estrategia de adquisiciones de la OMS en 2015 se definieron la naturaleza y el alcance de las operaciones de adquisición de la OMS (contratos de personal con y sin la condición de funcionario). En esta estrategia se pone énfasis en las transacciones básicas de adquisición de bienes y servicios. Se describe el modo de aplicar una política de adquisiciones en la que se contemplen los principios existentes del aprovechamiento de los recursos, la competencia efectiva basada en la igualdad de trato, la transparencia y la rendición de cuentas, al tiempo que se refuerza el compromiso de la OMS con las adquisiciones ambiental y socialmente responsables.

La plena aplicación de la estrategia generará beneficios adicionales, en particular la mejora de la gestión de los proveedores y la intensificación de la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, con el fin de aumentar el aprovechamiento de los recursos.

Aunque el programa general establecido para esta área se llevó a cabo casi en su totalidad, se requirió ingenio y un ingente esfuerzo para prestar los servicios corporativos y al mismo tiempo apoyar las actividades de lucha contra el brote de ebola.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a la gestión y la administración. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Europa**	**Mediterráneo Oriental**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
6.4.1.	Aplicación de prácticas financieras sólidas basadas en un marco de control adecuado, una estricta rendición de cuentas, el seguimiento de los gastos y el registro oportuno de los ingresos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.4.2.	Gestión eficaz y eficiente de los recursos humanos para contratar y prestar apoyo a una plantilla motivada, experimentada y competente en un entorno que propicie el aprendizaje y la excelencia	!	✓	✓	✓	!	✓	✓
6.4.3.	Eficacia y eficiencia de la infraestructura informática, los servicios de redes y comunicaciones, los sistemas y aplicaciones institucionales y relacionados con la salud, y los servicios de capacitación y apoyo al usuario final Indicador del producto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
6.4.4.	Facilitación de apoyo operativo y logístico, prestación de servicios de adquisición, mantenimiento de infraestructuras y gestión de activos, y creación de un entorno seguro para el personal y los bienes de la OMS (de conformidad con las normas mínimas de seguridad operacional (MOSS) y las normas mínimas operativas de seguridad domiciliaria (MORS) de las Naciones Unidas)	!	✓	!	✓	!	✓	!

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$) *(incluida la tasa por puesto ocupado)*

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	88 700	22 400	35 600	30 500	50 700	26 800	218 600	473 300
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	80 789	24 510	31 096	15 472	39 536	19 602	137 466	348 471
Contribuciones voluntarias para fines especificados	1 454	0	140	507	156	733	1 947	4 937
Tasa por puesto ocupado	23 026	4 098	5 820	9 393	9 025	7 125	75 328	133 815
Total	**105 269**	**28 608**	**37 056**	**25 372**	**48 717**	**27 460**	**214 741**	**487 223**
Fondos disponibles como % del presupuesto	119%	128%	104%	83%	96%	102%	98%	103%
Gastos de personal	65 104	10 370	18 423	13 268	26 872	12 772	125 867	272 676
Gastos derivados de las actividades	31 990	18 436	17 077	11 246	19 947	14 098	77 102	189 896
Total de gastos	**97 094**	**28 806**	**35 500**	**24 514**	**46 819**	**26 870**	**202 969**	**462 572**
Gastos como % del presupuesto aprobado	109%	129%	100%	80%	92%	100%	93%	98%
Gastos como % de los fondos disponibles	92%	101%	96%	97%	96%	98%	95%	95%
Gastos de personal por oficina principal	24%	4%	7%	5%	10%	5%	46%	100%

6.5 COMUNICACIONES ESTRATÉGICAS

EFECTO 6.5. MEJOR COMPRENSIÓN DE LA LABOR DE LA OMS POR LA OPINIÓN PÚBLICA Y LAS PARTES INTERESADAS

La presencia de la OMS en las redes sociales sirve para algo más que difundir los mensajes de la Organización

Twitter es uno de los canales que la OMS utiliza para entablar conversaciones sobre salud pública en todo el mundo e interactuar en tiempo real con aquellos que opinan acerca de la labor de la Organización.

La OMS comenzó el bienio con una sólida estrategia en materia de redes sociales basada en el enfoque «Una sola OMS». Con arreglo a esta estrategia, la sede de la OMS mantiene una única cuenta institucional en una selección de plataformas de comunicación social y no permite a los programas abrir individualmente sus propias cuentas en redes sociales. Esto ha permitido a la OMS establecer y expandir de manera continuada y sólida su presencia en las redes sociales. Gracias a ello, la Organización casi ha cuadruplicado su número de seguidores en el bienio 2014-2015.

En enero de 2014, los dos principales canales de comunicación social de la OMS —Twitter y Facebook— registraban conjuntamente casi 1,4 millones de seguidores. Dos años después (a finales de 2015), esa cifra había aumentado a más de 5,3 millones —2,7 millones de seguidores en Twitter y 2,67 millones de «Me gusta» en Facebook—. En la actualidad, en las 11 redes sociales en las que la OMS está presente, la Organización cuenta

con 6,74 millones de seguidores que interactúan con la OMS y están interesados en recibir información sobre salud pública, lo que significa que los mensajes de salud pública de la OMS llegan a millones de personas en todo el mundo cada día.

El enfoque «Una sola OMS» también ha posibilitado que la OMS transmita una voz sólida a través de las redes sociales durante emergencias y brotes. La OMS sigue utilizando la exclusiva aplicación de Twitter Alerts, que permite que los tweets urgentes emitidos desde la cuenta de la OMS se envíen como mensajes de texto a los usuarios que deseen recibirlos. Se trata de una aplicación útil en situaciones de emergencia, en las cuales las conexiones por internet pueden ser frágiles o inexistentes.

Otro ejemplo: durante el brote de ebola en África occidental, la OMS se percató de la necesidad de centrarse en mensajes prácticos dirigidos a la opinión pública sobre lo que se debe y no se debe hacer, ya que los mecanismos de seguimiento de los medios de comunicación mostraron que se estaban planteando muchas preguntas en las redes sociales. La difusión de imágenes simples junto con estos mensajes se convirtió en una herramienta eficaz en Facebook para llegar a muchas personas afectadas por la enfermedad. Uno de estos posts con imágenes gustó a más de 14 000 usuarios de Facebook. Estas imágenes también llamaron la atención de *BBC Africa,* que las reenvió por medio del servicio de WhatsApp de la BBC sobre el ebola. Esta plataforma, que es la aplicación de chat más utilizada en África, se está utilizando para difundir mensajes entre las personas de la región directamente a través de sus teléfonos móviles.

En 2015, la OMS se abrió cuentas de Vine y Periscope, que son plataformas de comunicación social mediante vídeo. Vine permite a la OMS mostrar vídeos de seis segundos con mensajes de salud pública. En término medio, las personas ven cada vídeo de Vine seis o siete veces, de modo que la plataforma proporciona otra oportunidad útil para reforzar los mensajes de salud pública de la OMS. Mediante el uso de estas plataformas, la OMS se sigue adaptando a la nueva tendencia de ver vídeos a través de las redes sociales y a la realidad de que «cuanto más breve mejor», con el fin de fidelizar a la audiencia.

Siempre que puede, la OMS sitúa a las personas en el centro de las comunicaciones. Así pues, al describir la labor de la Organización con respecto al ebola, la OMS destacó el trabajo realizado por las personas involucradas en la lucha contra el brote, desde el personal de la OMS hasta los médicos locales y desde las personas que trabajaban en los incineradores de los centros de salud hasta los supervivientes.

Gracias a las redes sociales, la OMS puede abordar cuestiones que interesan a la opinión pública. El tweet de la OMS más reenviado (casi 10 000 veces) versaba sobre salud mental. Se trata del segundo tweet más reenviado de la historia del sistema de las Naciones Unidas. Para hacerse una idea de lo que esto significa: fue reenviado más veces que cualquier tweet de la cuenta de la Liga de Campeones de la UEFA, que tiene casi 11 millones de seguidores.

La OMS tiene la intención de reforzar su capacidad en materia de redes sociales en todos los niveles durante el bienio. Las seis oficinas regionales cuentan actualmente con cuentas de Twitter, y las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental van a empezar a estar presentes en las redes sociales durante este bienio. La Sede ayudó a este respecto a tres oficinas de países que están experimentando emergencias o brotes (Sierra Leona, Yemen y Ucrania). El objetivo es producir más contenido a nivel local que se pueda distribuir luego a nivel mundial.

Lo que precede ilustra la labor realizada en esta área programática relativa a las comunicaciones estratégicas. En el cuadro que figura a continuación se muestran todos los productos logrados por oficina principal. Para obtener más información sobre la labor realizada en el marco de esta área programática, incluidas explicaciones sobre la calificación de los productos, se puede consultar el portal web del presupuesto por programas.

(✓) Totalmente entregado/aportado (!) Parcialmente entregado/aportado (X) No entregado/aportado (n/a) No se aplica								
Producto		**África**	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Europa**	**Mediterráneo Oriental**	**Pacífico Occidental**	**Sede**
6.5.1.	Mejora de las comunicaciones por el personal de la OMS que genere una mayor comprensión de la labor de la Organización y su impacto	!	✓	✓	✓	!	!	!
6.5.2.	Creación y mantenimiento eficaz de plataformas de comunicación innovadoras	!	✓	✓	✓	!	✓	!

Presupuesto y gasto por oficina principal, 2014-2015 (miles de US$)

	África	**Las Américas**	**Asia Sudoriental**	**Europa**	**Mediterráneo Oriental**	**Pacífico Occidental**	**Sede**	**Total**
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	5 300	3 100	600	2 800	2 900	3 300	19 100	37 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2015)								
Fondos flexibles	3 426	2 220	1 625	4 055	2 421	3 109	21 915	38 771
Contribuciones voluntarias para fines especificados	0	30	30	0	0	86	815	961
Total	**3 426**	**2 250**	**1 655**	**4 055**	**2 421**	**3 195**	**22 730**	**39 732**
Fondos disponibles como % del presupuesto	65%	73%	276%	145%	83%	97%	119%	107%
Gastos de personal	2 403	2 189	1 059	3 658	2 131	2 351	18 633	32 424
Gastos derivados de las actividades	862	153	505	394	277	918	3 484	6 593
Total de gastos	**3 265**	**2 342**	**1 564**	**4 052**	**2 408**	**3 269**	**22 117**	**39 017**
Gastos como % del presupuesto aprobado	62%	76%	261%	145%	83%	99%	116%	105%
Gastos como % de los fondos disponibles	95%	104%	95%	100%	99%	102%	97%	98%
Gastos de personal por oficina principal	7%	7%	3%	11%	7%	7%	57%	100%

SECCIÓN 2. INFORME FINANCIERO Y ESTADOS FINANCIEROS COMPROBADOS

Certificación de los estados financieros correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2015

De conformidad con el Artículo 34 de la Constitución y del artículo XIII del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud, se adjuntan los estados financieros correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2015. Por cuarto año, los estados financieros, las políticas contables y las notas relativas a los estados financieros se han preparado de conformidad con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS). Los estados financieros se han preparado también de conformidad con el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera de la OMS. Los estados y las notas correspondientes han sido comprobados por el Comisario de Cuentas de la Organización, de la Comisión de Auditoría de la República de Filipinas, cuyo dictamen se recoge en el presente informe.

Aunque la Organización ha adoptado un periodo anual de información financiera conforme a lo estipulado en el artículo XIII del Reglamento Financiero revisado,[1] el periodo presupuestario sigue siendo un bienio (artículo II del Reglamento Financiero). Así pues, a los efectos de comparar los gastos reales y el presupuesto previsto, el presupuesto del bienio se establece en relación con dos años de gastos anuales. El estado de comparación del presupuesto y los importes reales (estado V) proporciona esa información por categorías.

Además del Fondo General (el presupuesto por programas), en los estados financieros de la OMS se incluyen otros dos grupos de fondos: «Estados Miembros – otros» y el Fondo Fiduciario. En el cuadro I del informe se detallan los ingresos y gastos para cada uno de esos tres grupos principales de fondos.

En 2015 la Organización prestó servicios a otras seis entidades, a saber: el Fondo Fiduciario para el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), el Centro Internacional de Cálculos Electrónicos (CICE), el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis (APOC) y el Seguro de Enfermedad del Personal (SHI). Los estados financieros de esas entidades se preparan por separado, y son objeto de auditorías externas independientes. Los fondos gestionados por la OMS en nombre de esas entidades[2] se incluyen en el estado de situación financiera (estado I). El 31 de diciembre de 2015 el APOC dejó de operar. Las actividades han sido retomadas por la Región de África en el marco del Proyecto Especial Ampliado para la Eliminación de las Enfermedades Tropicales Desatendidas (EPSEN).

Los estados financieros correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2015, junto con las notas a los estados y los cuadros justificativos I y II, han sido examinados y aprobados.

Nicholas R. Jeffreys
Contralor

Dra. Margaret Chan
Directora General

Ginebra, 22 de marzo de 2016

[1] Véase la resolución WHA62.6.

[2] A excepción del CIIC, cuyos fondos no son gestionados por la OMS.

Trámite de presentación

Republic of the Philippines
COMMISSION ON AUDIT
Commonwealth Avenue, Quezon City, Philippines

TRÁMITE DE PRESENTACIÓN

4 de abril de 2016

Estimada señora, estimado señor:

Tengo el honor de presentar a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud el informe del Comisario de Cuentas y su dictamen sobre los estados financieros de la Organización Mundial de la Salud correspondientes al ejercicio financiero que concluyó el 31 de diciembre de 2015.

Deseo expresar mi agradecimiento a la Asamblea Mundial de la Salud por el privilegio con que nos honra al encargarnos la Auditoría Externa de la OMS.

Atentamente,

Michael G. Aguinaldo
Presidente de la Comisión de
Auditoría de la República de Filipinas
Comisario de Cuentas

El Presidente de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Dictamen del Comisario de Cuentas

Republic of the Philippines
COMMISSION ON AUDIT
Commonwealth Avenue, Quezon City, Philippines

Estados financieros
Organización Mundial de la Salud
Estado I. Estado de situación financiera
A 31 de diciembre de 2015(en miles de US$)

Descripción	Notas	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
ACTIVOS			
Activos corrientes			
Efectivo y equivalentes de efectivo	4,1	431 318	632 891
Inversiones a corto plazo	4,2	2 754 259	2 823 227
Sumas por cobrar - corrientes	4,3	866 016	833 240
Cuentas por cobrar al personal	4,4	10 702	10 446
Inventarios	4,5	53 152	50 417
Pagos por adelantado y depósitos	4,6	12 474	383
Total activos corrientes		4 127 921	4 350 604
Activos no corrientes			
Sumas por cobrar - no corrientes	4,3	197 472	282 289
Inversiones a largo plazo	4,2	93 900	70 845
Propiedades, planta y equipo	4,7	65 124	63 993
Activos intangibles	4,8	2 806	2 802
Total activos no corrientes		359 302	419 929
TOTAL ACTIVOS		4 487 223	4 770 533
PASIVO			
Pasivo corriente			
Contribuciones recibidas por adelantado	4,9	57 079	61 707
Cuentas por pagar	4,10	53 597	31 579
Cuentas por pagar al personal	4,11	2 156	1 777
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - corrientes	4,12	46 722	55 823
Ingresos diferidos	4,13	339 418	366 843
Pasivo financiero	4,2	53 177	33 351
Otros pasivos corrientes	4,14	108 747	42 717
Pasivo entre entidades	4,15	1 008 911	1 087 558
Total pasivo corriente		1 669 807	1 681 355
Pasivo no corriente			
Préstamos a largo plazo	4,16	27 477	21 671
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes	4,12	987 549	937 706
Ingresos diferidos - no corrientes	4,13	197 472	282 289
Total pasivo no corriente		1 212 498	1 241 666
TOTAL PASIVO		2 882 305	2 923 021
ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO			
Presupuesto ordinario		43 176	75 344
Fondos voluntarios		2 166 155	2 353 797
Estados Miembros – otros		(647 287)	(667 484)
Fondos fiduciarios		42 874	85 855
TOTAL ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO		1 604 918	1 847 512
TOTAL PASIVO Y ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO		4 487 223	4 770 533

La sección sobre las políticas contables más importantes y las notas acompañantes forman parte de los estados financieros.

Organización Mundial de la Salud

Estado II. Estado de rendimiento financiero

Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2015
(en miles de US$)

Descripción	Notas	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
INGRESOS	5,1		
Contribuciones señaladas		462 651	491 866
Contribuciones voluntarias		1 838 443	2 051 911
Contribuciones en especie de bienes o servicios		129 913	50 271
Compras reembolsables		26 170	12 944
Otros ingresos		17 965	15 628
Total ingresos		2 475 142	2 622 620
GASTOS	5,2		
Gastos de personal		920 191	867 460
Material y suministros médicos		265 481	225 296
Servicios por contrata		744 096	565 865
Transferencias y donaciones		311 717	258 537
Viajes		233 539	193 681
Gastos generales de funcionamiento		193 271	155 672
Equipo, vehículos y mobiliario		67 716	47 825
Depreciación y amortización		2 433	2 104
Total gastos		2 738 444	2 316 440
Ingresos financieros	5,3	20 708	6 612
TOTAL (DÉFICIT)/SUPERÁVIT DEL AÑO		(242 594)	312 792

La sección sobre las políticas contables más importantes y las notas acompañantes forman parte de los estados financieros.

Organización Mundial de la Salud

Estado III. Cambios en el valor de los activos netos/patrimonio neto

Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2015
(en miles de US$)

Descripción	Notas	31 de diciembre de 2015	Superávit/(déficit)	31 de diciembre de 2014
Fondo General				
Presupuesto ordinario	6,1	43 176	(32 168)	75 344
Fondos voluntarios				
Fondo de contribuciones voluntarias básicas		154 376	(102 569)	256 945
Fondo de contribuciones voluntarias para fines especificados		1 118 132	(45 790)	1 163 922
Fondo Fiduciario de TDR		20 890	(10 696)	31 586
Fondo Fiduciario de HRP		40 146	190	39 956
Fondo para programas especiales y acuerdos de colaboración		334 162	(9 611)	343 773
Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios	6,2	302 775	38 328	264 447
Fondo de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis		181 409	(71 759)	253 168
Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias	6,3	14 265	14 265	
Total Fondos voluntarios		2 166 155	(187 642)	2 353 797
Total Fondo General		2 209 331	(219 810)	2 429 141
Estados Miembros - otros				
Fondo Común		103 014	18 416	84 598
Fondo para Empresas	6,4	9 365	1 262	8 103
Fondo para Fines Especiales	6,5	(759 666)	519	(760 185)
Total Estados Miembros - otros		(647 287)	20 197	(667 484)
Fondo Fiduciario	6,6	42 874	(42 981)	85 855
TOTAL ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO		1 604 918	(242 594)	1 847 512

La sección sobre las políticas contables más importantes y las notas acompañantes forman parte de los estados financieros.

Organización Mundial de la Salud

Estado IV. Estado de flujo de efectivo

Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2015
(en miles de US$)

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
FLUJOS DE EFECTIVO POR OPERACIONES		
TOTAL (DÉFICIT)/SUPERÁVIT DEL AÑO	(242 594)	312 791
Depreciación y amortización	2 433	2 104
(Ganancias)/pérdidas no realizadas de las inversiones	1 003	29 507
(Ganancias)/pérdidas no realizadas de la reevaluación de los préstamos a largo plazo	525	2 463
(Aumento)/disminución de las cuentas por cobrar - corrientes	(32 776)	(97 716)
(Aumento)/disminución de las cuentas por cobrar al personal	(256)	903
(Aumento)/disminución de los inventarios	(2 735)	707
(Aumento)/disminución de los pagos por adelantado	(12 091)	3 072
(Aumento)/disminución de las cuentas por cobrar - no corrientes	84 817	64 223
Aumento/(disminución) de las contribuciones recibidas por adelantado	(4 628)	(18 385)
Aumento/(disminución) de las cuentas por pagar	22 018	1 859
Aumento/(disminución) de las cuentas por pagar al personal	379	(548)
Aumento/(disminución) de las cantidades acumuladas para prestaciones del personal – corrientes	(9 101)	(14 326)
Aumento/(disminución) de los ingresos diferidos	(27 425)	24 428
Aumento/(disminución) de otros pasivos corrientes	66 030	(16 754)
Aumento/(disminución) del pasivo entre entidades	(78 647)	105 857
Aumento/(disminución) de las cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes	49 843	(1 411)
Aumento/(disminución) de los ingresos diferidos - no corrientes	(84 817)	(64 223)
Flujos de efectivo netos por actividades de funcionamiento	(268 022)	334 551
FLUJOS DE EFECTIVO POR ACTIVIDADES DE INVERSIÓN		
(Aumento)/disminución de las inversiones a corto plazo	59 071	(419 313)
(Aumento)/disminución de las inversiones a largo plazo	(22 616)	13 168
Aumento/(disminución) del pasivo financiero	28 281	(2 557)
(Aumento)/disminución de las propiedades, planta y equipo	(3 241)	(4 379)
(Aumento)/disminución de los activos intangibles	(327)	(2 825)
Flujos de efectivo netos por actividades de inversión	61 168	(415 906)
FLUJOS DE EFECTIVO POR ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN		
Aumento/(disminución) de los préstamos a largo plazo	5 281	(606)
Flujos de efectivo netos por actividades de financiación	5 281	(606)
Aumento/(disminución) neto del efectivo y equivalentes de efectivo	(201 573)	(81 950)
Efectivo y equivalentes de efectivo al comienzo del año	632 891	714 841
Efectivo y equivalentes de efectivo al final del año	431 318	632 891

La sección sobre las políticas contables más importantes y las notas acompañantes forman parte de los estados financieros.

Organización Mundial de la Salud

Estado V. Estado de comparación del presupuesto y los importes reales

Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2015
(en miles de US$)

Descripción	Presupuesto por programas 2014-2015	Gastos 2015	Gastos 2014	Total gastos	Diferencia entre presupuesto por programas y gastos	Ejecución (%)
Categorías						
1 Enfermedades transmisibles	840 800	390 503	326 666	717 169	123 631	85%
2 Enfermedades no transmisibles	317 900	131 240	106 357	237 597	80 303	75%
3 Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida	388 500	187 827	151 857	339 684	48 816	87%
4 Sistemas de salud	531 100	252 939	215 178	468 117	62 983	88%
5 Preparación, vigilancia y respuesta	287 000	144 268	121 459	265 727	21 273	93%
6 Servicios corporativos/funciones instrumentales	684 000	353 292	279 682	632 974	51 026	93%
Emergencias	927 900	1 006 608	689 555	1 696 163	(768 263)	183%
Total	3 977 200	2 466 677	1 890 754	4 357 431	(380 231)	110%
Diferencias de criterios						
Gastos con cargo al Fondo de Iguala de Impuestos		11 862	9 595	21 457		
Arreglos especiales		84 114	31 935	116 049		
Transferencia al Fondo para la Tecnología de la Información			812	812		
Utilización de otros fondos no previstos en el presupuesto por programas		(24 397)	8 683	(15 714)		
Total diferencias de criterios		71 579	51 025	122 604		
Diferencias de plazos						
Gastos con cargo al presupuesto por programas correspondientes a periodos anteriores			180 737	180 737		
Total diferencias de plazos			180 737	180 737		
Total gastos – Fondo General		2 538 256	2 122 516	4 660 772		
Diferencias de entidades						
Gastos con cargo al Fondo para Empresas, el Fondo para Fines Especiales y el Fondo Fiduciario		74 023	144 734	218 757		
Gastos en especie de bienes y servicios		126 165	49 190	175 355		
Total diferencias de entidades		200 188	193 924	394 112		
Gasto total - Estado de rendimiento financiero (estado II)		2 738 444	2 316 440	5 054 884		

La sección sobre las políticas contables más importantes y las notas acompañantes forman parte de los estados financieros.

Notas a los estados financieros

1. Fundamento de la preparación y presentación

Los estados financieros de la Organización Mundial de la Salud han sido preparados de acuerdo con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS), aplicando la práctica contable del costo histórico. Con todo, las inversiones y los préstamos se registran de acuerdo con su valor razonable o costo amortizado. Allí donde las IPSAS no prevén un aspecto concreto, se ha optado por aplicar la Norma Internacional de Información Financiera (NIIF) correspondiente.

Los presentes estados financieros se han preparado partiendo del supuesto de que la OMS es una empresa en marcha y cumplirá su mandato en un futuro previsible (IPSAS 1 - Presentación de los estados financieros).

Estos estados financieros se presentan en dólares de los Estados Unidos, con todos los valores redondeados a la cifra de millar más próxima, que se expresa en miles de US$.

Moneda funcional y conversión de las monedas extranjeras

Las transacciones en monedas distintas del dólar se convierten en dólares al tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas vigente en el momento de la transacción. Esos tipos de cambio se establecen una vez al mes y se revisan a mitad de mes en caso de fluctuación importante del tipo de cambio de cada moneda.

Los activos y pasivos en monedas distintas del dólar de los Estados Unidos se convierten en dólares de los Estados Unidos al tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas vigente al cierre del año. Las ganancias o pérdidas resultantes se contabilizan en el estado de rendimiento financiero.

Los activos y pasivos no denominados en dólares en las carteras de inversión se convierten en dólares al tipo de cambio en vigor al cierre, al final de mes aplicado por el custodio.

Importancia relativa y opiniones y estimaciones

La importancia relativa[1] es un aspecto fundamental de los estados financieros de la OMS. El proceso seguido por la Organización para examinar la importancia contable permite identificar, analizar, evaluar, respaldar y revisar periódicamente de forma sistemática las decisiones adoptadas respecto a la importancia relativa de la información en varios ámbitos de la contabilidad. En los estados financieros figuran cantidades basadas en opiniones, estimaciones e hipótesis de los responsables de la gestión. Los cambios experimentados por las estimaciones se reflejan en el periodo en el que se tiene conocimiento de ellos.

Estados financieros

De conformidad con la IPSAS 1, se ha preparado un conjunto completo de estados financieros de la siguiente manera:

- Estado de situación financiera;
- Estado de rendimiento financiero;
- Estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto;
- Estado de flujos de efectivo;
- Estado de comparación del presupuesto y los importes reales; y

[1] Las omisiones o inexactitudes de partidas tienen importancia relativa si pueden, individualmente o en su conjunto, influir en las valoraciones o en las decisiones tomadas por los usuarios sobre la base de los estados financieros.

- Notas a los estados financieros, incluida una descripción del fundamento de la preparación y presentación de los estados, un resumen de las políticas contables más importantes y otras notas explicativas.

2. Políticas contables básicas

2.1 Efectivo y equivalentes de efectivo

El efectivo y los equivalentes de efectivo se mantienen con su valor nominal y comprenden el efectivo en caja, depósitos bancarios, depósitos de garantía, pagarés de empresa, fondos del mercado monetario y letras y pagarés a corto plazo. Todas las inversiones con vencimiento de tres meses o menos desde la fecha de adquisición se consideran efectivo y equivalentes de efectivo. Ello comprende el efectivo y equivalentes de efectivo de las carteras administradas por los gestores de inversión externos.

2.2 Inversiones e instrumentos financieros

Los instrumentos financieros se reconocen cuando la OMS pasa a ser parte de las disposiciones contractuales del instrumento en cuestión hasta el momento en que hayan caducado los derechos para recibir flujos de efectivo de tales activos, o bien en que estos se hayan transferido y la Organización haya trasladado sustancialmente todos los riesgos y retribuciones relacionados con la propiedad. Las inversiones pueden clasificarse como: *i*) activos financieros o pasivo financiero a su valor razonable por medio de superávit o déficit; *ii*) tenencias hasta el vencimiento; *iii*) disponibles para la venta; o *iv*) depósitos bancarios y otras sumas por cobrar. Todas las compras y ventas de inversiones se reconocen considerando su fecha de transacción.

Los activos financieros u obligaciones financieras calculados al valor razonable por medio de superávit o déficit son instrumentos financieros que satisfacen cualquiera de las condiciones siguientes: *i*) se destinan a fines comerciales; o bien *ii*) son especificados por la entidad al consignarlos inicialmente al valor razonable por medio de superávit o déficit.

Los instrumentos financieros de esta categoría se calculan a un valor razonable y las ganancias o pérdidas derivadas de cambios en dicho valor se consignan como superávit o déficit y se asientan en el estado de rendimiento financiero en el periodo en que se producen. Todos los instrumentos derivados, tales como permutas (swaps), contratos y opciones a plazo de compra de divisas, se clasifican como destinados a fines comerciales, exceptuando los instrumentos de cobertura designados como eficaces a tenor de la IPSAS 29 (Instrumentos financieros: reconocimiento y medición). Los activos financieros de las carteras administradas externamente que sean consignados al inicio como activos calculados al valor razonable por medio de superávit o déficit se clasifican como activos corrientes o no corrientes en función del horizonte temporal de las inversiones de cada cartera. Si el plazo es inferior o igual a un año, son clasificados como activos corrientes y, si es superior a un año, como activos no corrientes.

Las inversiones en tenencias hasta el vencimiento son activos financieros no derivados con pagos fijos o determinables y con un vencimiento fijo que la OMS tiene tanto la intención como la capacidad de mantener hasta su vencimiento. Estas inversiones se calculan al valor amortizado aplicando el método del interés efectivo, consignándose los ingresos por intereses teniendo en cuenta el rendimiento efectivo en el estado de rendimiento financiero.

Las inversiones se clasifican como disponibles para la venta cuando la Organización no las ha designado ya sea como destinadas a fines comerciales o como tenencias hasta el vencimiento. Los artículos disponibles para la venta se calculan a su valor razonable (incluidos los costos de transacción directamente atribuibles a la adquisición del activo financiero) con los cambios de valor consignados en los activos netos/patrimonio neto). Los cargos por deterioro y los intereses calculados con el método del interés efectivo se consignan en el estado de rendimiento financiero. A 31 de diciembre de 2015 la Organización no poseía activos financieros disponibles para la venta.

Los depósitos bancarios y otras sumas por cobrar son activos financieros no derivados con pagos fijos o determinables que no cotizan en un mercado activo. Se incluyen aquí los ingresos devengados por intereses, dividendos y efectivo pendiente de recibir como resultado de inversiones. Los depósitos bancarios y otras cantidades por cobrar se expresan al costo amortizado, aplicando el método del interés efectivo, sustrayendo el deterioro. Los ingresos por intereses se consignan considerando el tipo de interés efectivo, salvo en el caso de las cantidades por cobrar a corto plazo, pues en ese caso los intereses son de escasa importancia.

En **otras obligaciones financieras** se incluyen las cantidades por pagar y las sumas devengadas en relación con las inversiones, que se consignan inicialmente al valor razonable, y se calculan luego al valor amortizado aplicando el método del tipo de interés efectivo, salvo en el caso de las obligaciones a corto plazo, pues en ese caso los intereses son de escasa importancia.

2.3 Cuentas por cobrar

Las cuentas por cobrar son activos financieros no derivados con pagos fijos o determinables que no cotizan en un mercado activo. Las sumas por cobrar corrientes son los montos a cobrar dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del informe, mientras que los efectos por cobrar no corrientes son los que vencen en un plazo superior a los 12 meses contados a partir de la fecha del informe financiero.

Las sumas voluntarias por cobrar se reconocen sobre la base de las condiciones de pago establecidas en un acuerdo vinculante entre la OMS y el contribuidor. En los casos en que no se establezcan condiciones de pago, se reconocerá como adeudada la totalidad de la suma por cobrar. Las sumas señaladas por cobrar se reconocen anualmente, al comienzo del año, de acuerdo con las contribuciones aprobadas por la Asamblea de la Salud. Las cuentas por cobrar se registran con su valor realizable neto estimado, y no se descuentan, pues el efecto del descuento es irrelevante.

Se consigna una provisión para las cuentas de cobro dudoso cuando existe riesgo de impago. Las variaciones de la provisión para las cuentas de cobro dudoso se consignan en el estado de rendimiento financiero (estado II).

2.4 Inventarios

La OMS consigna los medicamentos, vacunas, suministros humanitarios y publicaciones como parte de sus inventarios. Los inventarios se valoran bien a su costo o bien al valor realizable neto, eligiendo la menor de esas cantidades y obteniendo un promedio ponderado. Una vez al año se lleva a cabo un recuento físico de las existencias. Los gastos de empaquetado, flete y seguro se asignan en función del valor total de las adquisiciones de inventario y se añaden al valor de inventario.

Cuando los inventarios se han adquirido mediante una transacción sin contraprestación (existencias donadas como contribución en especie), el valor del inventario se determina por referencia al valor razonable de los artículos donados en la fecha de compra.

Cuando las existencias se venden, intercambian o distribuyen, su importe en libros se consigna como gasto.

2.5 Pagos por adelantado y depósitos

Los pagos por adelantado son las cantidades pagadas a los proveedores por bienes o servicios aún no recibidos. Los depósitos son las sumas pagadas como garantía por el alquiler de espacio de oficina. Los depósitos y los pagos por adelantado se registran a su costo.

2.6 Propiedad, planta y equipo

Las propiedades, planta y equipo valorados en más de US$ 5000 se consignan como activos no corrientes en el estado de situación financiera (estado I). Las propiedades, planta y equipo se

declaran al costo histórico menos la depreciación acumulada y cualquier pérdida por deterioro del valor. Si se han adquirido mediante una transacción sin contraprestación, se consignan a su valor razonable en la fecha de compra. La OMS considera todos los activos de este tipo como activos no generadores de efectivo.

La depreciación se calcula considerando que es lineal a lo largo de la vida útil del activo, salvo en el caso de la tierra, a la que no se aplica depreciación. Propiedades, planta y equipo se revisan anualmente para determinar el deterioro y velar por que el importe del activo en libros pueda considerarse recuperable. En el cuadro que sigue se indica la vida útil estimada de la clase de activos que constituyen las propiedades, planta y equipo:

Clase de activo	Vida útil estimada (en años)
Terrenos	n/a
Edificios permanentes	60
Edificios móviles	5
Mobiliario, accesorios y artículos de oficina	5
Vehículos y transporte	5
Equipo de oficina	3
Equipo de comunicaciones	3
Equipo audiovisual	3
Equipo informático	3
Equipo de redes	3
Equipo de seguridad	3
Equipo, otros	3

Las mejoras se capitalizan a lo largo de la vida restante del activo cuando esas mejoras dan lugar a un aumento de la vida útil del activo. El valor residual del activo y el costo de la mejora se amortizarán a lo largo de la vida útil ajustada (vida restante). Los gastos de mantenimiento y reparaciones normales se cargan en el año en que se realiza el gasto.

Se ha aplicado una disposición transitoria —que se mantendrá vigente hasta el 31 de diciembre de 2016— para el reconocimiento inicial de las propiedades, planta y equipo adquiridos o donados antes del 1 de enero de 2012. Los terrenos y edificios se consignaron por ubicación desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2015.

De acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria, las propiedades, planta y equipo adquiridos durante 2015, exceptuando los terrenos y edificios, se registraron como gasto en la fecha de compra y no han sido reconocidos como activos en 2015.

2.7 Intangibles

Los activos intangibles que superan el umbral preestablecido de US$ 100 000 se consignan a su costo histórico menos la amortización acumulada y toda pérdida de valor. La amortización se determina a lo largo de la vida útil estimada de los activos utilizando el método de amortización lineal. La vida útil estimada del «software adquirido externamente» es de seis años.

Se asume que los activos intangibles de la OMS tienen un valor residual de cero pues, por su misma naturaleza, no son vendidos ni transferidos al final de su vida útil. Los activos intangibles se revisan anualmente para reflejar su pérdida de valor. Algunos activos intangibles pueden tener una vida útil más breve.

2.8 Contratos de arrendamiento

Un contrato de arrendamiento es un acuerdo por el que el arrendador conviene con el arrendatario (la Organización), a cambio de un pago o una serie de pagos, el derecho a utilizar un activo durante un periodo determinado. Cada contrato es examinado para determinar si se trata de un arrendamiento financiero u operativo. Se efectúan en consecuencia los asientos contables y las revelaciones de información necesarias.

Cuando el arrendador es la OMS, los ingresos derivados de los arrendamientos operativos se reconocen como ingresos de manera lineal a lo largo del plazo de arrendamiento. Todos los costos asociados al activo incurridos para obtener los ingresos por arrendamiento, incluida la depreciación, se reconocen como gasto.

2.9 Contribuciones recibidas por adelantado

Las contribuciones recibidas por adelantado se derivan de acuerdos jurídicamente vinculantes entre la OMS y sus contribuidores, incluidos gobiernos, organizaciones internacionales e instituciones privadas y públicas, en virtud de los cuales las contribuciones se reciben antes de que sean pagaderas en beneficio de la Organización.

2.10 Cuentas por pagar y pasivo acumulado

Las cuentas por pagar son pasivos financieros por bienes o servicios recibidos por la OMS y facturados, pero no pagados aún.

El pasivo acumulado son pasivos financieros por bienes o servicios recibidos por la OMS y que aún no han sido cobrados ni facturados a la OMS.

Las cuentas por pagar y el pasivo acumulado se reconocen a su costo, ya que el efecto del descuento se considera irrelevante.

2.11 Prestaciones a los empleados

La OMS reconoce las siguientes categorías de prestaciones a los empleados:

- prestaciones a los empleados a corto plazo que son pagaderas en los 12 meses siguientes al término del periodo contable en que el miembro del personal haya prestado el servicio correspondiente;
- prestaciones después de la separación del servicio;
- otras prestaciones a los empleados a largo plazo, y
- prestaciones por rescisión de nombramiento.

La OMS es una organización que participa en la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU), creada por la Asamblea General de las Naciones Unidas para proporcionar a sus empleados prestaciones relacionadas con la jubilación, la defunción, las discapacidades y otros conceptos. La Caja de Pensiones es un plan de capitalización multiempleador con prestaciones definidas. Tal como se indica en el artículo 3(b) de los Estatutos de la Caja de Pensiones, podrán afiliarse a esta los organismos especializados y cualquier otra organización intergubernamental internacional que participe en el régimen común de sueldos, prestaciones y otras condiciones de servicio de las Naciones Unidas y de sus organismos especializados.

El plan supone para las organizaciones afiliadas una exposición a los riesgos actuariales vinculados al personal y los antiguos empleados de otras organizaciones que participan en la Caja de Pensiones, por lo cual no existe una base coherente y fiable para distribuir las obligaciones, los activos del plan y los costos a las distintas organizaciones que participan en él. La Organización y

la Caja de Pensiones no pueden determinar la parte proporcional de la OMS en el conjunto de las obligaciones por prestaciones definidas, los activos del plan y los costos asociados al plan con suficiente fiabilidad a efectos contables; lo mismo sucede con las demás organizaciones afiliadas a la Caja de Pensiones. En consecuencia, la OMS lo ha considerado como un plan de contribuciones definidas, de conformidad con la IPSAS 25 (Prestaciones a los empleados). Las aportaciones de la Organización al plan durante el ejercicio se consignan como gastos en el estado de rendimiento financiero (estado II).

2.12 Provisiones y pasivo contingente

Se realizan provisiones para pasivos y cobros futuros en los casos en que la OMS tiene una obligación jurídica o implícita vigente como resultado de eventos pasados, y en que es probable que se le pida que cancele tal obligación.

Los demás compromisos, que no se ajustan a los criterios de contabilización de los pasivos, se declaran en las notas relativas a los estados financieros como pasivo contingente cuando su existencia solo se confirme si ocurren o dejan de ocurrir uno o más acontecimientos futuros inciertos que no están enteramente bajo el control de la OMS.

2.13 Activo contingente

Los activos contingentes se revelarán cuando un evento genere una probable entrada de beneficios económicos o potencial de servicio y haya información suficiente para evaluar la probabilidad de entrada de beneficios económicos o el potencial de servicio.

2.14 Ingresos diferidos

Los ingresos diferidos proceden de acuerdos jurídicamente vinculantes entre la OMS y sus contribuidores, como gobiernos, organizaciones internacionales e instituciones privadas y públicas, y se reconocen cuando:

- la Organización y el contribuidor lo confirman por escrito mediante un acuerdo contractual; y
- los fondos están destinados a fines específicos y se deberán abonar en un ejercicio futuro.

Los ingresos diferidos comprenden también los adelantos por transacciones con contraprestación.

Los ingresos diferidos se presentan como no corrientes cuando deben percibirse al cabo de un año o más de la fecha en que se declaran.

2.15 Ingresos

Los ingresos comprenden las entradas de flujos de efectivo brutas de beneficios económicos o potencial de servicio recibidos y por recibir por la OMS durante el año, y suponen un aumento de los activos netos/patrimonio neto. La Organización reconoce los ingresos con arreglo a los criterios establecidos en la IPSAS 9 (Ingresos de transacciones con contraprestación) y la IPSAS 23 (Ingresos de transacciones sin contraprestación).

Las principales fuentes de ingresos de la OMS incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

Ingresos procedentes de transacciones sin contraprestación

- **Contribuciones señaladas.** Los ingresos por contribuciones de los Estados Miembros y Miembros Asociados se registran anualmente al comienzo del año de acuerdo con lo aprobado por la Asamblea de la Salud.

- **Contribuciones voluntarias.** Los ingresos por contribuciones voluntarias se registran cuando la OMS y el contribuidor firman un acuerdo vinculante. Cuando el acuerdo contiene disposiciones condicionantes, la OMS no controla los recursos y no registra los ingresos ni las cantidades por cobrar hasta que recibe los fondos en efectivo. Cuando el contribuidor no haya especificado condiciones de pago o cuando se establezca que el pago se efectuará en el ejercicio contable en curso, los ingresos se reconocerán en el ejercicio en curso. Cuando se especifique que el pago se efectuará tras el cierre del ejercicio, la suma se consigna como ingresos diferidos. Cuando la fecha de comienzo del contrato es posterior al 31 de diciembre, los ingresos se reconocen en el siguiente ejercicio.

- **Contribuciones en especie de bienes y servicios.** Las aportaciones en forma de bienes o servicios son consignadas por la OMS por un importe igual a su valor razonable del mercado determinado en el momento de la adquisición, sobre la base de un acuerdo entre la OMS y el contribuidor y tras la confirmación de la recepción de los bienes o servicios por el centro presupuestario receptor. El asiento correspondiente en los gastos se registra en el mismo periodo en que las contribuciones en especie de bienes o servicios se consignan como ingresos.

Ingresos procedentes de transacciones con contraprestación

- **Compras reembolsables, servicios por contrata y rotación para ventas.** Los ingresos por adquisiciones reembolsables en nombre de los Estados Miembros o por la venta de bienes o servicios se registran con arreglo a la base contable de acumulación al valor razonable de la contraprestación recibida o por recibir cuando es probable que fluya a la OMS un beneficio económico y/o potencial de servicio en el futuro y esos beneficios puedan ser valorados con fiabilidad. El gasto correspondiente se reconoce en el mismo año que los ingresos.

2.16 Gastos

Se consideran gastos los decrementos del beneficio económico o potencial de servicio durante el periodo contable en forma de salidas de caja, consumo de activos, o bien de obligaciones incurridas que conllevan una disminución de los activos netos/patrimonio neto. La OMS reconoce los gastos en el momento en que se han recibido los productos o prestado los servicios (principio de entrega), no cuando se paga el efectivo o su equivalente.

2.17 Contabilidad por fondos

La contabilidad por fondos es un método por el que los recursos se dividen en distintas categorías (esto es, fondos) para determinar tanto la procedencia como el destino de los recursos. La creación de esos fondos contribuye a mejorar la notificación de los ingresos y los gastos. Existen tres fondos, el Fondo General, Estados Miembros —otros, y el Fondo Fiduciario, cuya finalidad es asegurar la debida separación de ingresos y gastos. Las transferencias entre fondos que puedan dar lugar a una duplicación de ingresos o gastos se eliminan durante la consolidación. También se eliminan las transferencias dentro de un mismo fondo, por ejemplo, las relacionadas con los gastos de apoyo a los programas con cargo al Fondo General.

Fondo General

El Fondo General, cuyas cuentas respaldan la ejecución del presupuesto por programas, está compuesto de los siguientes fondos:

- **Fondo de las contribuciones señaladas.** Este fondo consolida los ingresos y gastos correspondientes a las contribuciones señaladas de los Estados Miembros e incluye intereses y otros ingresos varios.

- **Fondo de Iguala de Impuestos.** De conformidad con la resolución WHA21.10, por la que la Asamblea de la Salud decidió establecer el Fondo de Iguala de Impuestos, las contribuciones señaladas de todos los Estados Miembros se ven reducidas por los ingresos que genera el plan de contribuciones del personal. Al determinar las reducciones de las contribuciones señaladas que han de aplicarse a los Estados Miembros en cuestión, se abonan en el Fondo de Iguala de Impuestos las cantidades deducidas de los sueldos brutos del personal en aplicación del sistema de impuestos, contabilizándose los créditos a nombre de los distintos Estados Miembros a prorrata de sus contribuciones para el ejercicio correspondiente. En el caso de los Estados Miembros que aplican impuestos sobre la renta a los emolumentos que la Organización paga a sus nacionales, o a otras personas sujetas a esa tributación, el importe previsible de tales impuestos se deduce de las cantidades que genera a su favor el plan de contribuciones del personal. La Organización utiliza esas sumas para reembolsar a los funcionarios los impuestos sobre la renta que han pagado a esos Estados Miembros, de conformidad con la resolución WHA21.10.

- **Fondo de Operaciones.** Este fondo se creó para poder ejecutar el presupuesto por programas en espera de recibir las contribuciones señaladas atrasadas. De conformidad con el artículo VII del Reglamento Financiero, la ejecución de la parte del presupuesto que se financia con contribuciones señaladas podrá financiarse mediante el Fondo de Operaciones y a continuación mediante adelantos internos con cargo a las reservas de efectivo disponibles en la OMS, excluidos los fondos de depósito. Las sumas adelantadas se reembolsan con la recaudación de las contribuciones atrasadas, que se aplican en primer lugar a los adelantos internos y, en segundo lugar, a los adelantos realizados con cargo al Fondo de Operaciones.

- **Fondos voluntarios (básicos, para fines especificados y de alianzas).** Este fondo consolida los ingresos y gastos derivados de las contribuciones voluntarias e incluye la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios.

Estados Miembros – otros

En «Estados Miembros – otros» se incluyen las siguientes cuentas:

- **Fondo Común.** Este fondo refleja los movimientos de las cuentas del activo y el pasivo de la Organización debidos a los cambios introducidos en elementos como el inventario, la depreciación y las ganancias y pérdidas cambiarias no realizadas.

- **Fondo para Empresas.** Este fondo contiene cuentas que generan ingresos que lo autofinancian. Los ingresos y gastos en él consignados no se incluyen en los informes sobre el presupuesto por programas. El Fondo contiene las cuentas siguientes:

  – Fondo de Rotación para Ventas[1]
  – Fondo de concesiones
  – Fondo de pólizas de seguro
  – Fondo para alquiler de garajes
  – Fondo para compras reembolsables[1]

[1] De conformidad con las resoluciones WHA22.8 y WHA55.9, en el Fondo de Rotación para Ventas se abona el producto de la venta de publicaciones, formularios para certificados internacionales de vacunación, películas, videos, DVD y demás material de información. Se cargan en él los gastos correspondientes de producción e impresión.

– Fondo de Contribuciones en Especie[1]

Fondo para Fines Especiales. Las cuentas de este fondo corresponden a las transferencias del Fondo General o a las asignaciones presupuestarias aprobadas por la Asamblea de la Salud. Los ingresos y gastos en él consignados no se incluyen en los informes sobre el presupuesto por programas. El fondo consta de las siguientes cuentas:

– Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles
– Fondo de Préstamos para Bienes Inmuebles (véanse las notas 6.7 y 4.16)
– Fondo para Cuestiones de Seguridad
– Fondo para la Tecnología de la Información
– Fondo Especial para Indemnizaciones
– Fondo para la Liquidación de haberes de funcionarios cesantes
– Cuenta para el pago de las prestaciones del personal no previstas en la nómina de sueldos
– Fondo de Tasas por Puesto Ocupado
– Fondo de Recuperación de Costos para Servicios Internos
– Caja del Seguro de Enfermedad del Personal
– Fondo de Reposición de Reservas
– Fondo para el personal encargado de la poliomielitis

Fondo Fiduciario

Este fondo abarca los activos que la OMS mantiene en calidad de depositaria o representante para otras entidades y que no se pueden emplear para respaldar los programas de la propia Organización. El Fondo abarca los activos de las alianzas que administra la Organización y cuyos presupuestos no son aprobados por la Asamblea de la Salud. También se gestionan a través de él las actividades financieras relacionadas con la financiación del pasivo a largo plazo de la OMS. Los recursos del Fondo no se pueden emplear para llevar a cabo operaciones y no contribuyen al presupuesto por programas 2014-2015. Consta de las siguientes cuentas:

– Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)
– Fondo de la Alianza Alto a la Tuberculosis (véase la nota 6.7)
– Fondo del Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis (véase la nota 6.7)
– Fondo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo[2]
– Fondo de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
– Fondo del Comité Permanente de Nutrición del sistema de las Naciones Unidas
– Fondo de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
– Fondo de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario
– Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud
– Proyecto Especial Ampliado para la Eliminación de las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ESPEN) (véase la nota 6.7).

---

[1] Las transacciones de este fondo son transacciones con contraprestación. Los ingresos totales son iguales a los gastos totales, por lo que al final del año el saldo de este fondo es nulo.

[2] El Fondo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo dejó de operar el 31 de diciembre de 2015. En 2016 se procederá al cierre administrativo definitivo del fondo.

2.18 Información financiera por segmentos

Según lo dispuesto en las IPSAS, la OMS informa sobre segmentos basados en su estructura regional. Se presentan los ingresos, gastos, activos y pasivos de cada oficina principal (región). Esa referencia a las oficinas principales se ajusta a las prácticas de adopción de decisiones de los Estados Miembros y la Secretaría respecto de la asignación de recursos. El presupuesto por programas de la OMS se presenta considerando las oficinas principales como segmentos. Además, la rendición de cuentas sobre los resultados y la gestión de los activos y el pasivo corresponde al Director Regional correspondiente.

2.19 Estado de flujos de efectivo

El estado de flujos de efectivo (estado IV) se ha preparado utilizando el método indirecto.

2.20 Comparación presupuestaria

Las bases presupuestarias y de contabilidad de la OMS son diferentes. Los presupuestos de la Organización son aprobados por un sistema de contabilidad de caja modificado, no enteramente según un sistema en valores devengados conforme a las IPSAS. Además, los presupuestos se preparan de forma bienal.

Aunque los estados financieros de la OMS abarcan todas las actividades de la Organización, solo se aprueban presupuestos para el Fondo General. Para los demás fondos no se aprueban presupuestos. Todos los fondos se administran de conformidad con el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera.

Con arreglo a la IPSAS 24 (Presentación de información presupuestaria en los estados financieros), los importes reales presentados en una base comparable al presupuesto, cuando los estados financieros y el presupuesto no se preparan con una base comparable, se conciliarán con los importes efectivos presentados en los estados financieros, indicándose en cada caso las diferencias de criterios, plazos, presentación y entidades. Puede haber también diferencias en la disposición y los sistemas de clasificación adoptados para presentar los estados financieros y el presupuesto.

La Asamblea de la Salud aprobó el presupuesto por programas 2014-2015.[1] En el estado de comparación del presupuesto y los importes reales (estado V) se compara el presupuesto final con los importes reales calculados sobre la misma base que las cantidades presupuestadas correspondientes. Como las bases de preparación de los estados presupuestarios y los estados financieros difieren, en la nota 7 se concilian los importes efectivos presentados en el estado V y las cantidades reales presentadas en el estado de flujos de efectivo (estado IV).

2.21 Entidades consolidadas y no consolidadas

Entidades no consolidadas

La OMS proporciona servicios administrativos a varias entidades, cada una de las cuales produce un conjunto completo de estados financieros que son objeto de una auditoría independiente. Las seis entidades siguientes tienen sus propios órganos rectores y no están dirigidas por la Asamblea Mundial de la Salud:

- Fondo Fiduciario del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)
- Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID)
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC)
- Centro Internacional de Cálculos Electrónicos (CICE)

[1] Véase la resolución WHA66.2

– Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis (APOC)[1]

– Seguro de Enfermedad del Personal (SHI).

3. Nota sobre la reexpresión de los saldos

Las cifras de los estados financieros se redondean a millares de dólares de los Estados Unidos. Las cifras comparativas se han ajustado, por lo que se producen diferencias de redondeo. Estas diferencias se ajustan considerando los ingresos financieros en el estado II (véase la nota 5.3), Fondo Común en «Estados Miembros - otros» en los estados I y III, y Utilización de otros fondos no previstos en el presupuesto por programas en las «Diferencias de criterios» en el estado V.

4. Información complementaria sobre el estado de situación financiera

4.1 Efectivo y equivalentes de efectivo

El efectivo y equivalentes de efectivo constan de efectivo en caja, efectivo en bancos, inversiones en fondos del mercado monetario, depósitos de garantía, depósitos bancarios e inversiones a corto plazo de gran liquidez con vencimientos originales de tres meses o menos desde la fecha de adquisición.

El efectivo en caja y los equivalentes de efectivo se mantienen para poder responder a las necesidades de efectivo a corto plazo de la Organización, no para realizar inversiones a largo plazo. Se mantienen en nombre de la Organización e incluyen el Fondo General, el Fondo para Fines Especiales, el Fondo para Empresas, el Fondo Fiduciario y entidades no pertenecientes a la OMS pero administradas por la Organización. Las cifras comprenden el efectivo y los equivalentes de efectivo mantenidos en las carteras gestionadas por los administradores de inversiones externos. En el siguiente cuadro figuran el efectivo y los equivalentes de efectivo por oficina principal.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Oficina principal		
Sede	138 587	176 926
Oficina Regional para África	24 515	24 351
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	11 837	8 068
Oficina Regional para Europa	1 516	737
Oficina Regional para Asia Sudoriental	2 401	3 433
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	3 660	4 204
Efectivo en bancos, cuentas de inversión, en tránsito y en caja	182 516	217 719
Sede	248 802	415 172
Efectivo y equivalentes de efectivo en carteras de inversión	248 802	415 172
Total efectivo y equivalentes de efectivo	431 318	632 891

4.2 Inversiones e instrumentos financieros

En la nota 2.2 se describen las políticas contables relacionadas con las inversiones y los instrumentos financieros.

[1] El APOC dejó de operar el 31 de diciembre de 2015.

Los principales objetivos de inversión de la OMS, de mayor a menor prioridad, son:

- la conservación del capital;
- el mantenimiento de liquidez suficiente para poder pagar puntualmente las obligaciones contraídas;
- y la optimización del rendimiento de las inversiones.

La política de inversiones de la OMS refleja la naturaleza de sus fondos, que pueden mantenerse bien a corto plazo a la espera de la ejecución de los programas, o bien a largo plazo para las obligaciones a más largo plazo.

Las inversiones de la Organización incluyen los fondos gestionados para otras entidades.

En el cuadro que sigue se hace un análisis de las inversiones de la Organización.

Inversiones e instrumentos financieros (en miles de US$)

Descripción	Fondos gestionados internamente				Fondos gestionados externamente					Contratos de cobertura del riesgo cambiario	Total general gestionado a 31 de diciembre de 2015	Total general a 31 de diciembre de 2014
	Efectivo y depósitos a plazo	Cartera de tenencias hasta el vencimiento	Cartera a largo plazo	Total	Cartera a corto plazo A	Cartera a corto plazo B	Cartera a corto plazo C	Cartera a corto plazo D	Total			
Inversiones clasificadas como activos corrientes												
Efectivo y equivalentes de efectivo en carteras de inversión	200 059			200 060	6 307	16 422	25 470	543	48 742		248 802	415 172
Inversiones a corto plazo												
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales					1 122	222		1 159	2 503	1 442	3 945	5 477
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial					417 140	287 361	523 037	532 586	1 760 124		1 760 124	1 428 824
Activos financieros a su costo amortizado												55 015
Depósitos bancarios y sumas por cobrar	978 392		41	978 433	4 769	4 247	1 391	1 350	11 757		990 190	1 333 911
Total inversiones a corto plazo	978 392		41	978 433	423 031	291 830	524 428	535 095	1 774 384	1 442	2 754 259	2 823 227
Total inversiones clasificadas como activos corrientes	1 178 451		42	1 178 493	429 338	308 252	549 898	535 638	1 823 126	1 442	3 003 061	3 238 399
Inversiones clasificadas como activos no corrientes												
Inversiones a largo plazo												
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial			93 900	93 900							93 900	70 845
Activos financieros a su costo amortizado												
Total activos a largo plazo			93 900	93 900							93 900	70 845
Inversiones clasificadas como activos no corrientes			93 900	93 900							93 900	70 845
Pasivo financiero clasificado como pasivo corriente												
Pasivo financiero al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales					(2 537)			(367)	(2 904)	(10 200)	(13 104)	(20 157)
Sumas por pagar y gastos devengados					(34 580)	(5 493)			(40 073)		(40 073)	(13 194)
Total pasivo financiero					(37 117)	(5 493)		(367)	(42 977)	(10 200)	(53 177)	(33 351)
Pasivo financiero clasificado como pasivo corriente					(37 117)	(5 493)		(367)	(42 977)	(10 200)	(53 177)	(33 351)
Total Inversiones - neto	1 178 451		93 942	1 272 393	392 221	302 759	549 898	535 271	1 780 149	(8 758)	3 043 784	3 275 893

Inversiones a corto plazo

Las inversiones a corto plazo relacionadas con los fondos mantenidos a la espera de que se ejecuten los programas se invierten en dinero en efectivo y en bonos del Estado, de instituciones y de empresas de alta calidad y vencimiento a corto plazo, así como en depósitos a plazo de acuerdo con lo establecido en la política de inversiones aprobada. Las inversiones incluidas en los «activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit» comprenden valores de renta fija e instrumentos derivados para cobertura de pasivos previstos y de necesidades imprevistas de efectivo. Los activos financieros de las carteras administradas externamente que sean consignados al inicio como activos calculados al valor razonable por medio de superávit o déficit se clasifican como inversiones a corto plazo y el objetivo respecto al horizonte temporal de las inversiones de esas carteras es inferior o igual a un año. Como inversión táctica a corto plazo, los administradores externos de esas carteras pueden decidir ocasionalmente alargar de forma temporal la duración media de las inversiones de esas carteras a algo más de un año. Esto no hará que varíe la clasificación de esos activos financieros como inversiones a corto plazo, a menos que el objetivo respecto al horizonte temporal de las inversiones de la cartera y la duración de su índice de referencia hayan pasado a más de un año. Las inversiones de la cartera «hasta vencimiento» con una duración inferior a un año se clasifican como activos corrientes en la categoría de «activos financieros a coste amortizado». Al término de 2015 no había inversiones en la cartera hasta vencimiento. Otras cuentas por cobrar son los ingresos devengados por inversiones y las sumas por cobrar por inversiones vendidas antes del 31 de diciembre de 2015 y reembolsadas después de esa fecha.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit – con fines comerciales	3 945	5 476
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial	1 760 124	1 428 824
Activos financieros a su costo amortizado	-	55 015
Depósitos bancarios y sumas por cobrar	990 190	1 333 912
Total inversiones a corto plazo	**2 754 259**	**2 823 227**

Inversiones a largo plazo

Las inversiones a largo plazo para el Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes se realizan con arreglo a la política de inversiones aprobada y se invierten en bonos del Estado, de instituciones y de empresas de alta calidad y vencimiento a medio y largo plazo. Los activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit en el momento del reconocimiento inicial que figuran en el Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes se clasifican como inversiones a largo plazo de acuerdo con el objetivo respecto al horizonte temporal de las inversiones de la cartera y la duración de su indicador de referencia, ambos superiores a un año.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial	93 900	70 845
Total inversiones a largo plazo	93 900	70 845

Pasivo financiero

El pasivo financiero revelado en «Pasivo financiero al valor razonable por medio de superávit o déficit – con fines comerciales» comprende operaciones con derivados, tales como contratos a término de divisas y permutas financieras de tipos de interés. Los pasivos financieros presentados en «sumas por pagar y gastos devengados» se refieren a otros pasivos financieros por inversiones, incluidos los activos comprados antes del 31 de diciembre de 2015 y liquidados después de esa fecha.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Pasivo financiero al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales	13 104	20 157
Sumas por pagar y gastos devengados	40 073	13 194
Total pasivo financiero	53 177	33 351

Jerarquía de valor razonable

La jerarquía de valor razonable representa la categorización de los precios de mercado que indica la facilidad relativa para realizar el valor de las inversiones mantenidas por la OMS.

La mayoría de los instrumentos financieros que posee la OMS se cotizan en los mercados activos y se clasifican como nivel 1. Los instrumentos derivados «de venta libre» se clasifican como nivel 2, dado que su valor razonable es observable —ya sea directamente como un precio o indirectamente tras calcularlo a partir del precio. Los instrumentos mostrados en la categoría de medición del valor razonable en el nivel 2 consisten en contratos a término de intercambio de divisas con fines de cobertura y contratos de derivados en las carteras administradas externamente.

Descripción	Nivel 1	Nivel 2	Total
	Miles de US$		
Efectivo y equivalentes de efectivo	4 003	–	4 003
Inversiones a corto plazo			
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales		3 570	3 570
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial	1 760 124		1 760 124
Total inversiones a corto plazo			
Inversiones a largo plazo	1 760 124	3 570	1 763 694
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial	93 900		93 900
Pasivo financiero			
Pasivo financiero al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales	(920)	(12 152)	(13 072)
Total	1 857 107	(8 582)	1 848 525

Gestión de riesgos

La OMS está expuesta a diversos riesgos financieros, en particular a los relacionados con los créditos, los tipos de interés, el cambio de divisas y los precios de las inversiones. La Organización utiliza instrumentos financieros derivados como medio de protección contra algunos de esos riesgos. De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Financiero, los fondos que no sean indispensables para pagos inmediatos podrán invertirse. Todas las inversiones se realizan con arreglo a la política de inversiones aprobada por el Director General. Algunas carteras son gestionadas por administradores externos nombrados por la Organización para gestionar los fondos con arreglo a un mandato concreto. El Comité Asesor de Inversiones revisa regularmente las políticas de inversión, el rendimiento de las inversiones y el riesgo de inversión de cada cartera de inversiones. El Comité está integrado por especialistas externos en inversiones que pueden presentar recomendaciones de inversión al Director General.

Naturaleza de los instrumentos financieros

Las inversiones se clasifican del siguiente modo:

Inversiones con vencimiento a corto plazo. Son sumas invertidas en efectivo y bonos del Estado, instituciones y empresas de alta calidad y vencimiento a corto plazo, de conformidad con la política de inversiones aprobada.

Inversiones con vencimiento a largo plazo. Comprenden los fondos gestionados para el Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes de conformidad con la política de inversiones aprobada. Se invierten en bonos del Estado, instituciones y empresas de alta calidad y vencimiento a medio y largo plazo y en un fondo basado en índices mundiales de bonos gestionado externamente.

Riesgo crediticio

Las inversiones de la Organización están muy diversificadas a fin de limitar su exposición al riesgo de crédito asociado a cualquier inversión de contraparte. Las inversiones se diversifican entre una amplia gama de contrapartes aplicando los límites mínimos de calidad crediticia y los límites máximos de exposición por contraparte establecidos en los mandatos de inversión. Esos límites se aplican tanto a las carteras gestionadas internamente por la Unidad de Tesorería de la Organización como a las carteras gestionadas por los administradores de inversiones externos. La Unidad de Tesorería vigila la exposición a riesgos asociada a todas las contrapartes, tanto de las carteras gestionadas internamente como externamente.

El riesgo crediticio y el riesgo de liquidez correspondientes al efectivo y los equivalentes de efectivo se reducen al mínimo invirtiendo solo en las grandes instituciones financieras que han recibido buenas calificaciones de grado de inversión por parte de las principales agencias de calificación crediticia. La Unidad de Tesorería revisa periódicamente la calificación crediticia de las contrapartes financieras aprobadas y toma medidas sin dilación ante cualquier degradación de la calificación. A continuación se resumen las inversiones con calificación crediticia a largo plazo.

Categoría de calificación mínima	Total valor de los activos en miles de US$
AAA	291 191
AA+	607 326
AA	106 886
AA-	278 136
A+	101 093
A	121 575
A-	82 279
Sin calificar	265 540
Total	**1 854 026**

Cuando las inversiones y los valores negociables no han sido clasificados en función de su reputación de solvencia por las principales agencias de calificación crediticia (p. ej., valores de renta fija soberanos, obligaciones con garantía hipotecaria emitidas por organismos con respaldo soberano y fondos de inversión), la Unidad de Tesorería vela por que los depósitos y valores y los títulos de los fondos de inversión hayan sido emitidos por agentes cuya calificación crediticia sea igual o superior al grado de A simple establecido como requisito mínimo de calificación para las inversiones de la OMS, según lo estipulado en las directrices de inversión para los administradores de cartera externos, que se acuerdan con el Comité Asesor de Inversiones, y al requisito mínimo de calificación de grado de inversión para las inversiones de la Cuenta para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes, acordado asimismo con el Comité Asesor de Inversiones.

Riesgo relacionado con los tipos de interés

La OMS está expuesta a riesgos relacionados con los tipos de interés debido a sus inversiones en renta fija a corto y largo plazo. La duración de la inversión es una medida de la sensibilidad a las variaciones de los tipos de interés en el mercado. La duración media efectiva de las inversiones de la Organización al 31 de diciembre de 2015 era de 0,5 años para las inversiones a corto plazo y de 6,3 años para las inversiones a largo plazo. La duración de las inversiones a largo plazo se alargó mediante la adquisición de productos de renta fija a más largo plazo para adaptarse mejor a la duración de las obligaciones financiadas mediante estas inversiones.

Los instrumentos derivados de renta fija pueden ser utilizados por los administradores de inversiones externos para gestionar el riesgo asociado a los tipos de interés con arreglo a unas directrices de inversión estrictas. Esos instrumentos relacionados con los tipos de interés se utilizan para gestionar la duración de la cartera y para adoptar posiciones estratégicas en materia de tipos.

Riesgo cambiario

La OMS recibe contribuciones y realiza pagos en monedas distintas del dólar de los Estados Unidos, por lo que está expuesta al riesgo cambiario derivado de las fluctuaciones de los tipos de cambio. Las ganancias y pérdidas en la compraventa de divisas, la revaluación de los saldos del libro de caja y cualquier otra diferencia entre tipos de cambio se ajustan con cargo a los fondos y cuentas que pueden recibir intereses en el marco del programa de prorrateo de intereses. Las transacciones expresadas en monedas distintas del dólar de los Estados Unidos se convierten a esta moneda aplicando el tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas vigente en la fecha de la transacción. Los activos y los pasivos en otras monedas se convierten a dólares de los Estados Unidos aplicando el tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas en vigor al final de cada año. Se realizan contratos de compra de divisas a término como cobertura frente al riesgo cambiario y para gestionar los flujos de efectivo a corto plazo. Las ganancias y pérdidas, realizadas o no, derivadas del pago o la revaluación de transacciones en moneda extranjera se consignan en el estado de rendimiento financiero (estado II).

Con efecto a partir de 2014, el 50% de las contribuciones señaladas se calculan en francos suizos, a fin de reducir el riesgo cambiario relacionado con los gastos de la Sede en esa moneda.[1]

Cobertura del riesgo cambiario asociado a los futuros costos salariales: el valor en dólares de los Estados Unidos de los gastos efectuados en 2016 en monedas distintas del dólar se ha protegido frente a los efectos de las variaciones de los tipos de cambio realizando contratos a término de intercambio de divisas durante 2015. A 31 de diciembre de 2015 los contratos de cobertura del riesgo cambiario a término, por monedas, eran los siguientes:

Comprar a término de divisas	(en miles)	Cantidad neta vendida (en miles de US$)	Ganancia/(pérdida) neta no realizada (en miles de US$)
Franco suizo	117 120	123 992	(5 933)
Euro	92 400	103 043	(2 013)
Rupia india	1 034 400	15 164	20
Ringgit malayo	36 000	8 979	(650)
Peso filipino	754 800	16 244	(405)
Total		**267 422**	**(8 981)**

En relación con estos contratos se registró una pérdida neta no realizada de US$ 9 millones a 31 de diciembre de 2015 (pérdida no realizada de US$ 18 millones a 31 de diciembre de 2014). Las ganancias o las pérdidas realizadas en relación con esos contratos se contabilizarán al vencimiento de los mismos y se aplicarán durante 2016.

[1] Véase la resolución WHA66.16.

Cobertura de la exposición al riesgo cambiario en las sumas por cobrar y las sumas por pagar: los riesgos cambiarios se deben a la diferencia entre los tipos de cambio con que se registran las sumas por cobrar y por pagar en moneda extranjera y los tipos de cambio en que posteriormente se registra el cobro o el pago de efectivo. Como protección, se está aplicando un programa mensual de cobertura del riesgo cambiario. Cada mes, se calcula para cada divisa la exposición neta asociada a las cuentas por cobrar y cuentas por pagar, y ante cada exposición neta importante a moneda extranjera se procede a hacer una compra o venta a término mediante un contrato de cambio de divisas por valor igual y opuesto a la exposición neta a la moneda.

Esas exposiciones se recalculan cada final de mes coincidiendo con la fijación mensual de los tipos de cambio operacionales de las Naciones Unidas. Mediante este proceso las ganancias y pérdidas cambiarias realizadas asociadas a los contratos a término de compra de divisas cubren las correspondientes pérdidas y ganancias no realizadas asociadas a los movimientos del valor neto de las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar. A 31 de diciembre de 2015, los contratos de cobertura del riesgo cambiario a término, por monedas, eran los siguientes:

Venta a término de divisas	(en miles)	Compra a término de divisas (en miles de US$)	Ganancia/(pérdida) neta no realizada (en miles de US$)
Dólar australiano	2 000	1 455	-
Dólar canadiense	21 700	15 634	3
Franco suizo	3 200	3 228	29
Euro	83 650	91 483	(154)
Libra esterlina	63 800	94 466	(181)
Corona noruega	6 300	724	7
Dólar neozelandés	2 500	1 716	11
Total		**208 706**	**(285)**

En relación con estos contratos se registró una pérdida neta no realizada de US$ 9,3 millones a 31 de diciembre de 2015 (ganancia neta no realizada de US$ 0,6 millones a 31 de diciembre de 2014). Las ganancias o pérdidas realizadas en relación con esos contratos se contabilizarán al vencimiento de los mismos y se aplicarán durante 2016.

Contratos a término de intercambio de divisas para gestionar los flujos de efectivo operacionales: los contratos a término de intercambio de divisas se usan también para gestionar los flujos de tesorería a corto plazo de los saldos en divisas a fin de reducir al mínimo el riesgo cambiario. A 31 de diciembre de 2015 se vendió un total neto de Fr.s. 50,6 millones contra dólares de los Estados Unidos. La fecha de vencimiento de esos contratos a término era enero de 2016. Las ganancias netas no realizadas en esos contratos ascendían a US$ 0,5 millones al 31 de diciembre de 2015 (pérdidas netas no realizadas de US$ 0,4 millones al 31 de diciembre de 2014).

Sensibilidad de los contratos a término de intercambio de divisas a los cambios del valor relativo del dólar de los Estados Unidos: una apreciación del 1% del valor relativo del dólar de los Estados Unidos en los contratos de intercambio de divisas como cobertura frente al riesgo cambiario se traduciría en un aumento de la ganancia neta no realizada de US$ 1,4 millones. Una depreciación del 1% del valor relativo del dólar se traduciría en una disminución de la ganancia neta no realizada de US$ 1,4 millones.

Los contratos a término y al contado de intercambio de divisas y otros instrumentos financieros derivados se mantienen en las carteras de inversión gestionadas externamente: de acuerdo con las directrices sobre inversiones establecidas para cada cartera gestionada externamente, los administradores de inversiones externos usan contratos a plazo y al contado sobre divisas, contratos de futuros y contratos de permuta de tipos de interés para gestionar el riesgo cambiario y el riesgo asociado a los tipos de interés de los distintos grupos de valores dentro de cada cartera. Los valores netos de esos instrumentos al 31 de diciembre de 2015, evaluados por el custodio de las inversiones de la Organización, se registran en el epígrafe «activos/pasivo financieros al valor razonable - con fines comerciales». A continuación se resumen los contratos a término y al contado de intercambio de divisas pendientes.

Cantidad neta vendida	(en miles)	equivalente en US$ (en miles)
Dólar australiano	5 202	3 778
Dólar canadiense	400	288
Corona checa	181 264	7 373
Corona danesa	92 045	13 399
Euro	29 560	32 128
Yen japonés	481 000	4 001
Libra esterlina	56 437	83 184
Peso mexicano	41 118	2 369
Total		**146 520**

Una apreciación del 1% del valor relativo del dólar de los Estados Unidos en los contratos a término de intercambio de divisas como cobertura frente al riesgo cambiario se traduciría en un incremento de la pérdida no realizada de US$ 0,2 millones. Una depreciación del 1% del valor relativo del dólar se traduciría en un aumento de la ganancia no realizada de US$ 0,2 millones.

A continuación se resumen los contratos pendientes netos de futuros sobre tipos de interés y bonos.

Posiciones largas

Productos	Mercado[a]	N.º de contratos
Eurodólar MAR 2016	IMM	6
Eurodólar JUN 2016	IMM	51
Eurodólar MAR 2017	IMM	2
Eurodólar JUN 2017	IMM	7
EE.UU. T-Note 2 años MAR 2016	CBOT	3
Australia T-Bond 3 años MAR 2016	ASX	451

Posiciones cortas

Productos	Mercado[a]	N.º de contratos
Eurodólar SEP 2016	IMM	(48)
Eurodólar SEP 2017	IMM	(8)
Eurodólar DIC 2017	IMM	(14)
Eurodólar MAR 2018	IMM	(8)
Eurodólar JUN 2018	IMM	(2)
Eurodólar SEP 2018	IMM	(3)
Eurodólar DIC 2018	IMM	(204)
Eurodólar SEP 2019	IMM	(2)
Eurodólar Future Call JUN 2016 9875	IMM	(10)
Eurodólar Future Call DEC 2016 9875	IMM	(254)
Eurodólar Future Put DEC 2016 9875	IMM	(783)
Eurodólar SEP 2017	IMM	(783)

a. ASX: Australian Securities Exchange. IMM: Mercado Monetario Internacional. CBOT: Chicago Board of Trade. IMM y CBOT forman parte del Chicago Mercantile Exchange Group.

A continuación se resumen los contratos pendientes de permuta de tipos de interés.

Moneda/Importe nocional (en miles)		equivalente en US$ (en miles)	Pago/cobro	Vencimiento
Dólar de los Estados Unidos	42 700	42 700	Pago fijo/cobro variable	Diciembre de 2019
Dólar canadiense	100 800	72 565	Pago variable/cobro fijo	Octubre de 2017
Peso mexicano	524 400	30 363	Pago variable/cobro fijo	Diciembre de 2017

4.3 Cuentas por cobrar

Al 31 de diciembre de 2015, el total de cuentas por cobrar (corrientes y no corrientes) ascendía a US$ 1063 millones (US$ 1116 millones al 31 de diciembre de 2014). Las cuentas por cobrar incluyen tanto las contribuciones señaladas como las contribuciones voluntarias pendientes. Las cuentas por cobrar se dividen en corrientes y no corrientes en función del momento en que sean pagaderas.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Cuentas por cobrar - corrientes		
Contribuciones señaladas por cobrar[a]	122 303	77 955
Contribuciones voluntarias por cobrar[b]	766 328	779 331
Compras reembolsables por cobrar	59	116
Rotación para ventas	194	155
Otras sumas por cobrar	5 573	3 809
Provisión para importes de cobro dudoso	(28 441)	(28 126)
Total cuentas por cobrar - corrientes	866 016	833 240
Cuentas por cobrar - no corrientes		
Contribuciones renegociadas pendientes de cobro[a]	23 039	27 000
Contribuciones voluntarias por cobrar[b]	197 472	282 289
Provisión para importes de cobro dudoso	(23 039)	(27 000)
Total cuentas por cobrar - no corrientes	197 472	282 289
Total cuentas por cobrar	1 063 488	1 115 529

a. En el documento A69/48 se informa sobre el estado de recaudación de las contribuciones señaladas.
b. Para más información sobre las contribuciones voluntarias por fondos y por contribuidor, se pueden consultar el portal web del presupuesto por programas de la OMS y el sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/es/).

A 31 de diciembre de 2015, la provisión total para cuentas de cobro dudoso ascendía a US$ 51,5 millones (US$ 55,1 millones a 31 de diciembre de 2014). Dicho monto consta de una asignación de US$ 48,3 millones para las contribuciones señaladas y US$ 3,2 millones para las contribuciones voluntarias.

La provisión para contribuciones señaladas por cobrar abarca las siguientes cantidades adeudadas de años anteriores: todas las sumas por cobrar renegociadas y cualquier monto corriente por cobrar de Estados Miembros con atrasos. La provisión para contribuciones voluntarias por cobrar se calcula examinando detenidamente todas las cantidades pendientes de cobro durante más de un año, y considerando las cantidades con atrasos inferiores a un año cuando hay indicios de que es poco probable que se reciba el pago.

Con algunos contribuidores, la OMS firma acuerdos cuya ejecución puede llevar muchos años. En esos acuerdos no se establecen condiciones para la transferencia de los pagos, sino que los gastos que se efectúan se reembolsan trimestralmente. La OMS registra la cantidad total de ingresos del ejercicio en que se firma el acuerdo y reconoce la cantidad total por cobrar como adeudada. A 31 de diciembre de 2015, la cantidad total por cobrar considerada adeudada con arreglo a esos acuerdos ascendía a US$ 357,9 millones, de los cuales US$ 66,2 millones correspondían a acuerdos que expiran a finales de 2017 y más adelante.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Saldo inicial - contribuciones señaladas	43 453	42 407
Aumento de la provisión para cuentas de cobro dudoso	4 848	1 046
Saldo final - contribuciones señaladas	48 301	43 453
Saldo inicial - contribuciones voluntarias	11 673	11 698
Cancelación de cuentas por cobrar provisionadas anteriormente	(9 145)	-
Aumento/(disminución) de la provisión para cuentas de cobro dudoso	651	(26)
Saldo final - contribuciones voluntarias	3 179	11 673
Total provisión para cuentas de cobro dudoso	51 480	55 126
Provisión para cuentas de cobro dudoso		
Provisión - corriente	28 441	28 126
Provisión - no corriente	23 039	27 000
Total provisión para cuentas de cobro dudoso	51 480	55 126

4.4 Cuentas por cobrar al personal

De conformidad con el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal, los funcionarios de la OMS tienen derecho a algunos anticipos, entre ellos, de sueldo, subsidio de educación, alquiler y viajes.

El saldo total de las cuentas por cobrar al personal era de US$ 10,7 millones al 31 de diciembre de 2015 (US$ 10,4 millones al mes de diciembre de 2014). El saldo más importante guarda relación con adelantos del subsidio de educación percibidos por el personal durante la parte del curso escolar 2015-2016 correspondiente a 2015.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Anticipos de sueldo	839	780
Anticipos del subsidio de educación	7 724	7 607
Anticipos del subsidio de alquiler	1 514	1 543
Cuentas por cobrar relacionadas con viajes	544	400
Otras sumas por cobrar al personal	81	116
Total cuentas por cobrar al personal	10 702	10 446

4.5 Inventarios

El valor total del inventario a 31 de diciembre de 2015 era de US$ 53,2 millones (US$ 50,4 millones a 31 de diciembre de 2014).

En el siguiente cuadro se muestran los movimientos de los componentes del inventario durante el año.

Descripción	31 de diciembre de 2014	Adiciones - neto	Envíos - neto	Enajenaciones y artículos caducados - neto	Inventario en tránsito - neto	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$					
Medicamentos, vacunas y suministros humanitarios	43 626	64 432	63 140	2 419	4 599	47 098
Publicaciones	6 791	6 270	5 420	1 587		6 054
Total inventario	50 417	70 702	68 560	4 006	4 599	53 152

Los gastos totales relacionados con los inventarios durante el ejercicio (envíos netos, enajenaciones netas y artículos caducados) ascendieron a US$ 72,6 millones (US$ 56 millones a 31 de diciembre de 2014). Los gastos

relacionados con los inventarios se presentan en el estado de rendimiento financiero (estado II) en «Material y suministros médicos». El saldo de inventarios al cierre del ejercicio incluye un costo de entrega del 14%).

4.6 Pagos por adelantado y depósitos

El valor total de los pagos por adelantado al 31 de diciembre de 2015 ascendió a US$ 12,4 millones (US$ 0,4 millones a 31 de diciembre de 2014). Se trata de los pagos efectuados a los proveedores antes de la entrega de los bienes o los servicios de que se trate. Es habitual que los contratistas que prestan servicios técnicos soliciten anticipos para respaldar las actividades realizadas durante un proyecto. Una vez entregados los bienes o servicios, los adelantos se contabilizan en la cuenta de gastos correspondiente.

Los pagos por adelantado incluyen una suma de US$ 0,2 millones correspondiente a depósitos (US$ 0,2 millones a 31 de diciembre de 2014). Los depósitos son cantidades que retienen los arrendadores como garantía para alquilar espacio de oficinas.

4.7 Propiedades, planta y equipo

La OMS ha aplicado la disposición transitoria prevista en la IPSAS 17 (Propiedades, planta y equipo), que autoriza a dilatar hasta por espacio de cinco años el pleno reconocimiento de las propiedades, planta y equipo. Durante 2015, la OMS reconoció los terrenos y edificios que posee en las oficinas regionales y en los países. Todos los demás activos se imputaron como gastos en el momento de la adquisición.

A 31 de diciembre de 2015, el valor total de los terrenos y edificios reconocidos (tras la depreciación acumulada) era de US$ 65,1 millones (US$ 64 millones a 31 de diciembre de 2014). En este aumento están incluidos US$ 3,3 millones correspondientes a nuevas adiciones y proyectos de construcción en curso.

En los lugares donde la OMS no es propietaria del terreno, los derechos de superficie no generaron costo alguno. En estos casos no se ha reconocido ningún valor, ya que la Organización no tiene capacidad para disponer de estos derechos en una transacción comercial.

Oficina principal	31 de diciembre de 2014	Adiciones -	Enajenaciones	Deterioro	Depreciación	Construcción en curso	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$						
Sede							
Terrenos	1 000						1 000
Edificios	39 354		(77)		(1 111)	210	38 376
Total propiedades - Sede	40 354		(77)		(1 111)	210	39 376
Oficina Regional para África							
Terrenos	14						14
Edificios	4 450	234			(195)		4 489
Total propiedades - Oficina Regional para África	4 464	234			(195)		4 503
Oficina Regional para Asia Sudoriental							
Edificios	201				(29)		172
Total propiedades - Oficina Regional para Asia Sudoriental	201				(29)		172
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental							
Edificios	17 233				(340)	2 874	19 767
Total propiedades - Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	17 233				(340)	2 874	19 767
Oficina Regional para el Pacífico Occidental							
Edificios	1 741				(435)		1 306
Total propiedades - Oficina Regional para el Pacífico Occidental	1 741				(435)		1 306
Total OMS							
Terrenos	1 014						1 014
Edificios	62 979	234	(77)		(2 110)	3 084	64 110
Total propiedades - OMS	63 993	234	(77)		(2 110)	3 084	65 124

En 2015 se reconoció equipo nuevo por valor de US$ 22,1 millones en el registro de activos, incluyendo por vez primera equipo de la Región de África. Esa cifra corresponde solo a componentes cuyo valor unitario es superior a US$ 5000, y se consigna en el estado de rendimiento financiero (estado II) incluida en «Equipo, vehículos y mobiliario». Ahora bien, como la OMS está aplicando la disposición transitoria, las compras correspondientes se registraron como gastos en el momento de su realización. El periodo de transición termina el 31 de diciembre de 2016. A partir del 1 de enero de 2017, los activos se capitalizarán en función de la vida útil restante. El saldo inicial de las propiedades, planta y equipo se reexpresará en consecuencia. En el cuadro siguiente se presenta información desglosada sobre las propiedades, planta y equipo:

Descripción	Total
	Miles de US$
Vehículos	15 829
Equipo de redes	2 054
Equipo audiovisual	1 023
Equipo de oficina	563
Equipo informático	381
Equipo de seguridad	283
Equipo de comunicaciones	111
Mobiliario, accesorios y artículos de oficina	81
Equipo, otros	1 805
Total equipo nuevo	**22 130**

4.8 Intangibles

Al 31 de diciembre de 2015, los activos intangibles ascendían a US$ 2,8 millones (al 31 de diciembre de 2014 su valor era de US$ 2,8 millones), la mayor parte de los cuales corresponden a nuevas adquisiciones.

Categoría de activo	31 de diciembre de 2014	Adiciones	Enajenaciones/ Transferencias	Deterioro	Amortización	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$					
Software adquirido	113	2 732			(323)	2 522
Software en desarrollo	2 689	185	(2 590)			284
Total activos intangibles	2 802	2 917	(2 590)		(323)	2 806

4.9 Contribuciones recibidas por adelantado

El importe de las contribuciones recibidas por adelantado se refiere principalmente a los pagos recibidos de los Estados Miembros en 2015 en concepto de contribuciones señaladas para 2016. El saldo de los anticipos de contribuciones voluntarias refleja los fondos recibidos para acuerdos que entran en vigor en 2016. Las sumas a percibir no asignadas y no identificadas son las cantidades recibidas en 2015 pero aún no contabilizadas a 31 de diciembre de 2015.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Anticipos de contribuciones señaladas[a]	46 145	46 441
Anticipos de contribuciones voluntarias[b]	5 587	8 465
Sumas a percibir no asignadas y no identificadas	4 762	6 486
Otros anticipos	586	314
Total contribuciones recibidas por adelantado	**57 079**	**61 707**

a. En el documento A69/48 se informa sobre el estado de recaudación de las contribuciones señaladas.

b. Para más información sobre las contribuciones voluntarias por fondos y por contribuidor, se pueden consultar el portal web del presupuesto por programas de la OMS y el sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/es/).

4.10 Cuentas por pagar

En las cuentas por pagar se consigna el monto total adeudado a los proveedores por oficina principal a 31 de diciembre de 2015.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Sede	12 619	10 456
Oficina Regional para África	15 637	9 314
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	14 261	6 545
Oficina Regional para Europa	2 861	1 201
Oficina Regional para Asia Sudoriental	4 664	1 704
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	3 555	2 359
Total cuentas por pagar	53 597	31 579

4.11 Cuentas por pagar al personal

El saldo de los importes por pagar al personal representa la suma total pendiente de pago al personal al 31 de diciembre de 2015. Los sueldos por pagar son las sumas adeudadas al personal a la espera de la finalización de los certificados de aprobación. Las devoluciones bancarias son importes a abonar al personal para cuyo pago hay que obtener antes información actualizada sobre su cuenta bancaria.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Sueldos por pagar	1 712	1 309
Devoluciones bancarias	278	220
Gastos de viaje por pagar	166	248
Total cuentas por pagar al personal	2 156	1 777

4.12 Cantidad acumuladas para prestaciones del personal

Las cantidades acumuladas para prestaciones del personal comprenden las reservadas para la liquidación de haberes de funcionarios cesantes, el seguro de enfermedad y las obligaciones por defunciones o discapacidad relacionadas con el servicio (Fondo Especial para Indemnizaciones).

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - corrientes		
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes	46 142	55 247
Fondo Especial para Indemnizaciones	580	576
Total cantidades acumuladas para prestaciones del personal – corrientes	46 722	55 823
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes		
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes	59 388	58 479
Fondo Especial para Indemnizaciones	14 106	13 100
Seguro de enfermedad del personal	914 055	866 127
Total cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes	987 549	937 706
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal		
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes	105 530	113 726

Fondo Especial para Indemnizaciones	14 686	13 676
Seguro de enfermedad del personal	914 055	866 127
Total cantidades acumuladas para prestaciones del personal	1 034 271	993 529

Liquidación de haberes de funcionarios cesantes

El Fondo para liquidación de haberes de funcionarios cesantes se estableció para financiar las liquidaciones definitivas de los haberes devengados por los funcionarios cesantes, que comprenden primas de repatriación, días de licencia anual devengados, gastos de viaje y transporte de muebles y efectos personales por repatriación. El Fondo para liquidación de haberes de funcionarios cesantes se financia mediante una tasa aplicada a los sueldos.

Las obligaciones correspondientes a las prestaciones por repatriación y los días de licencia anual devengados son determinadas por actuarios consultores independientes. Sin embargo, los días de licencia anual devengados se calculan considerando el supuesto de que todo el personal cesara inmediatamente en el servicio, y por lo tanto no se actualizan.

El último estudio actuarial (a 31 de diciembre de 2015) estimó la totalidad de las obligaciones por liquidación de haberes de funcionarios cesantes en US$ 105,5 millones (US$ 46,1 millones a corto plazo y US$ 59,4 millones a largo plazo), en comparación con los US$ 113,7 millones al 31 de diciembre de 2014. Este cálculo no incluye los costos correspondientes a las primas por terminación del servicio ni las liquidaciones correspondientes a rescisiones de contrato por acuerdo mutuo en caso de supresión de puestos. Las obligaciones por prestaciones definidas ascendían a US$ 67,4 millones (US$ 65,2 millones al 31 de diciembre de 2014) para las prestaciones por terminación del servicio y a US$ 38,1 millones (US$ 48,5 millones al 31 de diciembre de 2014) para los días de licencia anual incluidos en el saldo corriente de la cuenta para la liquidación de haberes de funcionarios cesantes.

Según el estudio actuarial, en el estado de rendimiento financiero (estado II) se consigna, por naturaleza de los gastos, una reducción neta de US$ 8,2 millones.

Seguro de enfermedad del personal

La Secretaría gestiona su propio sistema de seguro médico como una entidad independiente. El seguro de enfermedad del personal de la OMS tiene su propia estructura de gobernanza y garantiza el reembolso de una parte importante de los gastos sanitarios médicamente justificados de los miembros del personal, los jubilados y sus familiares reconocidos. El seguro de enfermedad del personal de la OMS se financia con aportaciones de los afiliados (un tercio) y la Organización (dos tercios) y con ingresos procedentes de inversiones.

La Organización considera el seguro de enfermedad después de la separación del servicio como una prestación tras el empleo. Todas las ganancias y pérdidas se reconocieron al adoptar la IPSAS 25 (Prestaciones a los empleados). Por consiguiente, las ganancias y pérdidas (variaciones imprevistas del superávit o el déficit) se reconocen a lo largo del tiempo mediante el método de la «banda de fluctuación». Según este método, no se reconocen montos de hasta un 10% de las obligaciones por prestaciones definidas, para conceder a las ganancias y pérdidas una posibilidad razonable de compensarse entre sí con el tiempo. Las ganancias y pérdidas de más del 10% de las obligaciones por prestaciones definidas se amortizan a lo largo del periodo medio de servicio restante del personal activo que se prevé que recibirá cada una de esas prestaciones.

Las obligaciones por prestaciones definidas de 2015 con respecto al seguro de enfermedad del personal fueron determinadas por actuarios profesionales, basándose en los datos personales y la experiencia previa de pago proporcionados por la OMS. A 31 de diciembre de 2015, las obligaciones por prestaciones definidas sin financiación ascendían a US$ 914 millones (US$ 866 millones en 2014). Como consecuencia de ello se imputó a los gastos de personal una cantidad acumulada adicional de US$ 48 millones.

El informe anual sobre el sistema de seguro de enfermedad del personal contiene más información sobre las obligaciones relacionadas con ese seguro.

Fondo Especial para Indemnización

En caso de muerte o incapacidad imputables al desempeño de las funciones oficiales de un funcionario elegible, el Fondo Especial para Indemnizaciones cubre todos los gastos razonables por atención médica y hospitalaria y cualquier otro gasto conexo, así como los gastos de funeral. Además, el Fondo indemniza a los empleados que quedan discapacitados (mientras dure la incapacidad) o a los familiares supervivientes.

La OMS considera el Fondo Especial para Indemnizaciones como una prestación tras el empleo. Todas las ganancias y pérdidas se reconocieron inmediatamente al adoptar la IPSAS 25 (Prestaciones a los empleados). Por consiguiente, las ganancias y pérdidas (variaciones imprevistas del superávit o el déficit) se reconocen a lo largo del tiempo mediante el método de la «banda de fluctuación». A efectos contables, se considera que es un sistema no financiado (el pasivo no se ve reducido por los activos).

Según el estudio actuarial, el pasivo total ascendía a US$ 14,7 millones al 31 de diciembre de 2015 y a US$ 13,7 millones al 31 de diciembre de 2014. En consecuencia, se consignó una cantidad acumulada adicional de US$ 1 millón, por naturaleza de los gastos, en el estado de rendimiento financiero (estado II).

Resumen actuarial de la liquidación de haberes de funcionarios cesantes, el seguro de enfermedad del personal y el Fondo Especial para Indemnizaciones (en miles de US$)

Descripción	Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días acumulados de vacaciones)	Seguro de enfermedad del personal	Fondo Especial para Indemnizaciones
Conciliación de la obligación relativa a prestaciones definidas			
Obligación relativa a prestaciones definidas a 31 de diciembre de 2014	65 191	1 697 955	17 438
Costo de los servicios	7 474	77 594	843
Costo en concepto de intereses	1 792	46 292	497
Pagos brutos efectivos en concepto de prestaciones en 2015	(5 126)	(34 070)	(667)
Gastos administrativos reales		(2 883)	
Contribuciones efectivas de los participantes		10 284	
(Ganancia) Pérdida actuarial	(1 958)	(117 159)	(2 565)
Obligación relativa a prestaciones definidas a 31 de diciembre de 2015	67 373	1 678 013	15 546
Conciliación de los activos			
Activos a 31 de diciembre de 2014		595 541	
Pagos brutos efectivos en concepto de prestaciones en 2015	(5 126)	(58 850)	(667)
Gastos administrativos reales		(4 198)	
Contribuciones de la Organización en 2015	5 126	60 415	667
Contribuciones de los participantes en 2015		32 633	
Aumento/disminución de la reserva conforme a la norma 470.1		(4)	
Rendimiento contable previsto de los activos		30 580	
Ganancia (pérdida) de activos		(47 591)	
Activos a 31 de diciembre de 2015		608 526	
Conciliación del estado de las obligaciones sin financiación			
Obligación relativa a prestaciones definidas			
Activo	67 373	896 111	3 750
Inactivo		781 902	11 796
Total obligación por prestaciones definidas	67 373	1 678 013	15 546
Activos del plan			
Activos del plan brutos		(629 376)	
Compensación por la reserva conforme a la norma 470.1		20 850	
Total activos del plan		(608 526)	
Déficit (superávit)	67 373	1 069 487	15 546
Ganancia (pérdida) no reconocida		(155 432)	(860)

Pasivo (activo) neto reconocido en el estado de situación financiera	67 373	914 055	14 686
Corriente	7 985		580
No corriente	59 388	914 055	14 106
Pasivo (activo) neto reconocido en el estado de situación financiera	67 373	914 055	14 686
Gasto anual en 2015			
Costo de los servicios	7 474	77 594	843
Costo en concepto de intereses	1 792	46 292	497
Rendimiento contable previsto de los activos		(30 580)	
Reconocimiento de (ganancias) pérdidas	(1 958)	11 285	334
Total gastos reconocidos en el estado de rendimiento financiero	7 308	104 591	1 674
Contribuciones previstas para 2016			
Contribuciones de la OMS	8 102	20 057	590
Contribuciones de los participantes		41 951	
Total contribuciones previstas para 2016	8 102	62 008	590

Análisis de la sensibilidad del gasto médico del seguro de enfermedad del personal

Costo de los servicios más costo en concepto de intereses en 2015	US$ (miles)
Supuesto actual de inflación del gasto médico menos 1%	94 995
Supuesto actual de inflación del gasto médico	123 886
Supuesto actual de inflación del gasto médico más 1%	163 991
Obligación relativa a prestaciones definidas a 31 de diciembre de 2015	**US$ (miles)**
Supuesto actual de inflación del gasto médico menos 1%	1 380 266
Supuesto actual de inflación del gasto médico	1 678 013
Supuesto actual de inflación del gasto médico más 1%	2 069 228

Hipótesis y métodos actuariales

Todos los años la Organización identifica y selecciona las hipótesis y los métodos que serán utilizados por los actuarios en la valoración de final de año a fin de determinar los gastos y requisitos de contribuciones para las prestaciones debidas a los empleados de la Organización. De conformidad con la IPSAS 25 (Prestaciones a los empleados), en los estados financieros se deben revelar las hipótesis actuariales. Además, cada hipótesis actuarial debe revelarse en términos absolutos.

Los actuarios utilizaron el método de proyección para estimar los pasivos en 2015. Normalmente se hace una revaloración completa cada tres años; la próxima revaloración completa está prevista para finales de 2016.

Fecha de medición	
Todos los sistemas:	31 de diciembre de 2015
Inflación general anual	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	La tasa de descuento utilizada es del 3,0% (lo que supone un aumento con respecto al 2,9% de la valoración anterior). Está basada en el conjunto de los pagos por prestaciones previstos y en la valoración anterior, con ponderaciones del 75% para la curva de rendimiento de Aon Hewitt AA Bond Universe y del 25% para la de SIX Swiss Exchange al 31 de diciembre de 2015. La tasa de descuento resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Seguro de enfermedad del personal:	Europa: 1,5% (disminución con respecto al 1,6% de la valoración anterior); las Américas: 4% (aumento con respecto al 4,1% de la valoración anterior); Otros países:

	4,8% (aumento con respecto al 4,4% de la valoración anterior). Para Europa, empezando por la valoración del 31 de diciembre de 2010, la OMS adoptó un método de cálculo de la curva de rendimiento que reflejara el perfil de los flujos de efectivo previstos en la oficina principal de Europa. La tasa es una media ponderada de la tasa del 0,91% de la curva de rendimiento de SIX Swiss Exchange y la tasa del 2,66% de la curva de iBoxx Euro Zone, con una ponderación de dos tercios para la primera. La tasa resultante se redondea con una precisión del 0,1%. Para las Américas y Otros países, las tasas se han determinado usando la Aon Hewitt AA Bond Universe Curve. A partir de la valoración del 31 de diciembre de 2015, la tasa para las Américas se determina globalmente para la OPS y AMRO. Las tasas resultantes para las Américas y Otros países pueden diferir debido a los diferentes perfiles de los flujos de efectivo previstos en esas regiones. En todas las regiones, la tasa resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	La tasa de descuento utilizada es del 3,7% (lo que supone un aumento con respecto al 2,9% de la valoración anterior). Está basada en el conjunto de los pagos por prestaciones previstos y en la valoración anterior, con ponderaciones del 75% para la curva de rendimiento de Aon Hewitt AA Bond Universe y del 25% para la de SIX Swiss Exchange al 31 de diciembre de 2015. La tasa de descuento resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Inflación general anual	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	La tasa de inflación utilizada es del 2,2%, y se basa en unas tasas de inflación del 2,5% para los Estados Unidos de América y el 1,1% para Suiza, con pesos del 75% y el 25%, respectivamente. La tasa de inflación resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Seguro de enfermedad del personal:	Europa: 1,4%; las Américas: 2,5%, y Otros países: 2,5%, sobre la base de la previsión a 10 años realizada por Aon Hewitt en el tercer trimestre de 2015 de las hipótesis sobre el mercado mundial de capitales. La tasa correspondiente a Europa es una media de las tasas de Suiza (1,1%) y el resto de Europa (1,6%), redondeada con una precisión del 0,1%. La tasa relativa a las Américas y Otros países se basa en la valoración realizada a 31 de diciembre de 2013 por la CCPPNU.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	La tasa de inflación utilizada es del 2,2%, y se ha calculado sobre la base de unas tasas de inflación del 2,5% para los Estados Unidos de América y el 1,1% para Suiza, con pesos del 75% y el 25%, respectivamente. La tasa de inflación resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Escala de sueldos anual	
Todos los sistemas:	La inflación general, más un 0,5% por aumento anual de la productividad, más el componente del mérito. Los aumentos por productividad y méritos quedan al mismo nivel que los de la valoración realizada a 31 de diciembre de 2013 por la CCPPNU.
Grupos regionales para todos los fines excepto los costos de solicitud de reembolsos	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	No se aplica.
Seguro de enfermedad del personal:	Basado en: la Oficina Regional para Europa, y la Sede, agrupados como Europa; la Oficina Regional para las Américas, que corresponde a las Américas; y la Región de África, la Región del Mediterráneo Oriental, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental, agrupados como Otros países.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	No se aplica.
Viajes de repatriación y transporte de muebles y efectos personales por repatriación	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	Calculado utilizando el método de la proyección de la unidad de crédito con prorrateo en función de la duración del servicio, esto es, del periodo transcurrido entre la fecha de ingreso en el servicio y la separación del servicio.
Seguro de enfermedad del personal:	No se aplica.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	No se aplica.
Prima de repatriación, indemnización por rescisión de nombramiento e indemnización por fallecimiento	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	Se usó el método de la proyección de la unidad de crédito con prorrateo de la tasa de acumulación

Seguro de enfermedad del personal:	No se aplica.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	No se aplica.
Días acumulados de licencia	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	Esta obligación se calcula suponiendo que todo el personal cesara inmediatamente en el servicio.
Seguro de enfermedad del personal:	No se aplica.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	No se aplica.
Supresión de puestos, prima por terminación del servicio y rescisión de contrato por acuerdo mutuo	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	Se consideran como prestaciones por rescisión de nombramiento según la IPSAS 25, y por consiguiente se excluyen de la valoración.
Seguro de enfermedad del personal:	No se aplica.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	No se aplica.

Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas

En los Estatutos de la Caja Común de Pensiones se establece que el Comité Mixto hará que el Actuario Consultor realice una valoración actuarial de la Caja por lo menos una vez cada tres años. La práctica seguida por el Comité Mixto ha consistido en realizar una valoración actuarial cada dos años mediante el método denominado del grupo abierto. El objetivo principal de la valoración actuarial es determinar si los activos actuales y los activos futuros estimados de la Caja de Pensiones serán suficientes para cumplir sus obligaciones.

La obligación financiera contraída por la OMS con la CCPPNU consiste en la contribución que debe aportar según la cuota establecida por la Asamblea General de las Naciones Unidas (actualmente del 7,9% para los afiliados y del 15,8% para las organizaciones afiliadas), junto con toda parte que le corresponda de cualquier déficit actuarial que deba enjugarse de acuerdo con el artículo 26 de los Estatutos de la Caja de Pensiones. Esos déficits deberán enjugarse únicamente en el caso de que la Asamblea General de las Naciones Unidas haya invocado la disposición del artículo 26, después de haber determinado que es necesario efectuar ese pago sobre la base de una evaluación de la suficiencia actuarial del Fondo en la fecha de la valoración. Cada organización afiliada aportará para ello un monto proporcional al total de contribuciones que haya aportado durante los tres años anteriores a la fecha de valoración.

La valoración actuarial realizada a 31 de diciembre de 2013 reveló un déficit actuarial del 0,72% (1,87% en la valoración de 2011) de la remuneración pensionable, lo que implica que la tasa de contribución teórica necesaria para lograr el equilibrio a 31 de diciembre de 2013 era del 24,42% de la remuneración pensionable, en comparación con la tasa de aportación real del 23,7%. Aún no se dispone de los resultados de la valoración actuarial realizada a 31 de diciembre de 2015.

A 31 de diciembre de 2013, el coeficiente de financiación de activos a pasivos actuariales, suponiendo que no haya ajustes de las pensiones futuras, fue del 127,5% (130% en la valoración de 2011). El coeficiente de financiación fue del 91,2% (86,2% en la valoración de 2011) cuando se tuvo en cuenta el sistema vigente de ajuste de las pensiones.

Tras valorar la suficiencia actuarial de la Caja, el Actuario Consultor llegó a la conclusión de que no había necesidad, a 31 de diciembre de 2013, de realizar pagos compensatorios según lo previsto en el artículo 26 de los Estatutos de la Caja, dado que el valor actuarial de los activos superaba el valor actuarial de todo el pasivo devengado del Fondo. Además, el valor de mercado de los activos también superaba el valor actuarial de todos los pasivos devengados en la fecha de valoración. En el momento de redactar este informe, la Asamblea General no ha invocado la disposición del artículo 26.

En diciembre de 2012 y abril de 2013, la Asamblea General autorizó que se aumentara a 65 años la edad normal de jubilación y la edad obligatoria de jubilación, respectivamente, para los nuevos afiliados a la Caja, con efecto a partir del 1 de enero de 2014 a más tardar. En diciembre de 2013, la Asamblea General aprobó la introducción del cambio correspondiente en los Estatutos de la Caja. El aumento de la edad normal de jubilación se tuvo en cuenta en la valoración actuarial del Fondo a 31 de diciembre de 2013.

Durante 2015, la OMS pagó US$ 155,9 millones (US$ 154,3 millones en 2014) como contribución a la CCPPNU. Las contribuciones previstas durante 2016 ascienden a US$ 150 millones.

La Junta de Auditores de las Naciones Unidas lleva a cabo anualmente una auditoría de la Caja e informa también cada año al respecto al Comité Mixto. La Caja publica informes trimestrales sobre sus inversiones que se pueden consultar en su sitio web: www.unjspf.org.

4.13 Ingresos diferidos

Los ingresos diferidos por contribuciones voluntarias corresponden a acuerdos plurianuales suscritos en 2015 o en años anteriores, pero difiriendo a futuros ejercicios el reconocimiento de los ingresos. El saldo de las contribuciones voluntarias se divide en ingresos diferidos corrientes y no corrientes, según cuándo pueda gastar la Organización los fondos disponibles.1

Los ingresos diferidos por compras reembolsables corresponden a ingresos reconocidos sin que se haya entregado a las partes solicitantes los suministros o servicios en cuestión antes de fin de año. Como las compras reembolsables son una transacción de intercambio, los ingresos se registran sobre base devengada. Todo el importe de los ingresos diferidos por compras reembolsables se considera corriente.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Contribuciones voluntarias	300 514	303 414
Compras reembolsables	38 904	63 429
Total ingresos diferidos - corrientes	339 418	366 843
Contribuciones voluntarias	197 472	282 289
Total ingresos diferidos - no corrientes	197 472	282 289
Total ingresos diferidos	**536 890**	**649 132**

4.14 Otros pasivos corrientes

El saldo total de otros pasivos corrientes a 31 de diciembre de 2015 era de US$ 108,8 millones (US$ 42,7 millones a 31 de diciembre de 2014). El mayor componente incluye los diversos gastos devengados a final de año, que ascienden a un total de US$ 72,6 millones y que son principalmente gastos devengados sin facturar y restituciones pagaderas, que se refieren al saldo de los fondos a devolver a los contribuidores tras la ejecución de los programas. Otras cantidades incluidas en el cuadro que figura a continuación corresponden a los seguros a pagar, US$ 13 millones, y otros pasivos, US$ 17,6 millones, que engloban diversos pasivos exigibles a corto plazo.

[1] Para más información sobre las contribuciones voluntarias por fondos y por contribuidor, se pueden consultar el portal web del presupuesto por programas de la OMS y el sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/es/).

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Gastos devengados por bienes y servicios no facturados	62 551	26 347
Gastos devengados por el costo de la reestructuración	3 188	3 935
Obligaciones relacionadas con el personal	3 469	1 841
Gastos devengados por restituciones pagaderas	3 376	1 978
Pensiones a pagar	2 067	307
Seguros a pagar	12 951	2 561
Fundaciones	3 530	3 535
Otros pasivos	17 615	2 213
Total otros pasivos corrientes	108 747	42 717

El saldo de las fundaciones son los fondos que la OMS mantiene en fideicomiso y de cuya gestión financiera y administrativa es responsable la Organización. A 31 de diciembre de 2015, las fundaciones con fondos en fideicomiso eran las siguientes:

- Fundación del Premio para las Investigaciones sobre el Síndrome de Down en la Región del Mediterráneo Oriental
- Fundación Dr. A. T. Shousha
- Premio Dr. Comlan A. A. Quenum de Salud Pública
- Fundación Ihsan Doğramacı para la Salud de la Familia
- Fundación Jacques Parisot
- Fundación Léon Bernard
- Beca Francesco Pocchiari
- Fundación del Premio del Estado de Kuwait para la Lucha contra el Cáncer, las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes en la Región del Mediterráneo Oriental
- Fundación del Estado de Kuwait para la Promoción de la Salud
- Fundación de los Emiratos Árabes para la Salud
- Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook

4.15 Pasivo entre entidades

La OMS alberga a diversas entidades en virtud de acuerdos de servicios administrativos. Habida cuenta de que la Organización gestiona efectivo para todas ellas, existe un pasivo correspondiente a los fondos mantenidos en su nombre. Las cantidades totales adeudadas por entidad se indican a continuación:

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Seguro de Enfermedad del Personal	60 341	29 093
Centro Internacional de Cálculos Electrónicos	15 490	19 344
Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos	783 021	852 883
Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis	6 171	1 487
Fondo Fiduciario del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida)	143 888	184 751
Total pasivo entre entidades	1 008 911	1 087 558

4.16 Préstamos a largo plazo

En las resoluciones WHA55.8 y WHA56.13 se autorizó la construcción de un nuevo edificio en la Sede para la Organización y el ONUSIDA por un costo estimado en 66 millones de francos suizos, en los que la participación de la OMS se estimaba en 33 millones. La Confederación Suiza acordó conceder un préstamo sin intereses a la Organización y el ONUSIDA por un valor de 59,8 millones de francos suizos, de los cuales 29,9 millones es la parte correspondiente a la OMS. Asimismo, en las mencionadas resoluciones, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la utilización del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles para reembolsar en un plazo de 50 años la parte correspondiente a la OMS del préstamo sin intereses facilitado por la Confederación Suiza, con efecto a partir del primer año de la finalización del edificio.

El saldo pendiente del préstamo al 31 de diciembre de 2015 era de US$ 27,5 millones (US$ 21,7 millones al 31 de diciembre de 2014) y se desglosa del siguiente modo:

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Edificio OMS/ONUSIDA	21 592	21 671
Edificio de la sede de la OMS	5 885	
Total Préstamos a largo plazo	**27 477**	**21 671**

La Organización firmó un nuevo acuerdo de préstamo de US$ 14 millones en 2015 para la fase de planificación de la estrategia de renovación actualizada de los edificios de la OMS en Ginebra, de conformidad con la decisión WHA67(12), de los cuales a 31 de diciembre de 2015 se habían recibido US$ 5,9 millones.

La suma pendiente del préstamo para el edificio del ONUSIDA, US$ 21,6 millones, se refleja a un costo amortizado usando el tipo de interés efectivo del 0,7% (0,81% en 2014) aplicable para el bono de la Confederación Suiza a 30 años. Del total del préstamo pendiente, US$ 0,6 millones serán pagaderos en los próximos 12 meses.

5. Información complementaria sobre el estado de rendimiento financiero

5.1 Ingresos

Contribuciones señaladas

Las contribuciones señaladas para 2015 ascendieron a US$ 463 millones[1] (US$ 492 millones en 2014)

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Contribuciones señaladas	467 499	492 912
Aumento de la provisión para cuentas de cobro dudoso	(4 848)	(1 046)
Contribuciones señaladas tras la deducción de la provisión para importes de cobro dudoso	**462 651**	**491 866**

En mayo de 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución relativa a las asignaciones presupuestarias para 2014-2015,[2] en la que aprobó un presupuesto efectivo total de US$ 3977 millones. En esa misma resolución, la Asamblea de la Salud resolvió además que las contribuciones asignadas a los Estados Miembros en relación con el ejercicio 2014-2015 serían en total de US$ 929 millones.

En consonancia con la resolución WHA66.16, en 2014 las contribuciones señaladas se facturaron por primera vez en francos suizos y en dólares de los Estados Unidos. Cuando la contribución anual total señalada para un Estado Miembro es de US$ 200 000 o más, la contribución se señala a partes iguales en dólares de los Estados Unidos y francos suizos. Cuando la contribución anual señalada para un Estados Miembros es inferior a US$ 200 000, la contribución se señala únicamente en dólares de los Estados Unidos. El total de las contribuciones anuales señaladas para 2015 y 2014 fue de US$ 479 millones, o US$ 242 millones y 222 millones de francos suizos anuales aplicando el tipo de cambio de mayo de 2013. Las contribuciones se consideran vencidas a partir del 1 de enero, de modo que la parte de la contribución en francos suizos se registró al tipo de cambio de enero de 2015, lo que generó una pérdida cambiaria en el momento de la consignación de US$ 12 millones. Como resultado de ello, el total de las contribuciones señaladas contabilizadas ascendió a US$ 467 millones.

Contribuciones voluntarias

El total de contribuciones voluntarias para 2015 ascendió a US$ 1838 millones (US$ 2052 millones en 2014).

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Contribuciones voluntarias	1 839 094	2 051 885
(Aumento)/disminución de la provisión para importes de cobro dudoso	(651)	26
Contribuciones voluntarias tras la deducción de la provisión para importes de cobro dudoso	**1 838 443**	**2 051 911**

[1] En el documento A69/48 se informa sobre el estado de recaudación de las contribuciones señaladas.

[2] Resolución WHA66.2.

Esas contribuciones representan ingresos aportados por gobiernos, organizaciones intergubernamentales, instituciones, otras organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. Gran parte de los ingresos notificados en 2015 guardan relación con acuerdos que prosiguen en años futuros.[1]

La cifra del total de contribuciones voluntarias de US$ 1838 millones es el resultado de deducir: *i*) las devoluciones a contribuidores –que ascendían a US$ 33,9 millones (US$ 27,7 millones en 2014); *ii*) las reducciones de ingresos reconocidas en años anteriores al haber tenido que constatar durante el año en curso que ya no se recaudarán las cantidades en cuestión, que ascendían a US$ 19,5 millones (US$ 41,8 millones en 2014); y *iii*) el ajuste de las condiciones de pago que ha hecho que aumenten los ingresos diferidos y disminuyan los ingresos corrientes con respecto a los ingresos consignados en años anteriores y que suponía una cifra de US$ 1,0 millones (US$ 3,8 millones en 2014).

Contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios

La OMS recibe contribuciones no monetarias de los Estados Miembros y de otros contribuidores. En 2015 la Organización recibió contribuciones en especie de bienes y servicios por valor de US$ 129,9 millones (US$ 50,3 millones a 31 de diciembre de 2014).[2]

En 2015 los gastos en especie de bienes y servicios ascendieron a US$ 126,2 millones (véase el estado V). Las contribuciones en forma de vacunas contra el cólera, la meningitis y la fiebre amarilla recibidas del Grupo Internacional de Coordinación, que ascendieron a US$ 3,7 millones (US$ 1,08 millones en 2014), explican la diferencia entre los ingresos y los gastos en especie de bienes y servicios. Esta contribución en especie se cargó a las actividades financiadas por los donantes, de modo que el Fondo de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis y el Fondo de Donativos dispusieran de recursos para la adquisición de vacunas en el futuro.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Contribuciones voluntarias de bienes - Material y suministros médicos	96 678	22 114
Contribuciones voluntarias de bienes - Espacio de oficina	13 466	12 626
Contribuciones voluntarias de servicios	19 769	15 531
Total contribuciones voluntarias en especie de bienes y servicios	**129 913**	**50 271**

Además, la OMS también se beneficia del uso de terrenos cedidos por los gobiernos anfitriones sin costo alguno o por un alquiler simbólico. Dado que los terrenos son propiedad de los gobiernos anfitriones, su uso no queda reflejado en los estados financieros. En el cuadro que sigue a continuación se indican los lugares en que se han cedido terrenos a la OMS para construir o adquirir locales.

[1] Para más información sobre las contribuciones voluntarias por fondos y por contribuidor, se pueden consultar el portal web del presupuesto por programas de la OMS y el sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/es/).

[2] Para más información sobre las contribuciones voluntarias por fondos y por contribuidor, se pueden consultar el portal web del presupuesto por programas de la OMS y el sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/es).

Región	País	Ciudad
Sede	Suiza	Ginebra
AFRO	Guinea Ecuatorial	Malabo
AFRO	República de Sudán del Sur	Juba
EMRO	Egipto	El Cairo
EMRO	Afganistán	Kabul
EMRO	Pakistán	Islamabad
EMRO	Jordania	Ammán
EMRO	Túnez	Túnez
EMRO	Somalia	Garowe
SEARO	India	Nueva Delhi
WPRO	Filipinas	Manila

Compras reembolsables

La OMS adquiere medicamentos y vacunas en nombre de los Estados Miembros y otros organismos de las Naciones Unidas. Los ingresos y gastos totales correspondientes a compras reembolsables reconocidos en 2015 ascendieron a US$ 26,2 millones (US$ 12,9 millones en 2014) una vez deducidos los reembolsos a contribuidores, que se cifraron en 4,1 millones (US$ 0,8 millones en 2014). El saldo de los fondos recibidos por adelantado para compras reembolsables se consigna como ingresos diferidos. Los ingresos y gastos relacionados con las compras reembolsables se consignan en el Fondo para Empresas y no son notificados en el presupuesto por programas.

Otros ingresos ordinarios/recursos de operaciones

En 2015, el valor total de otros ingresos ordinarios/recursos de operaciones ascendió a US$ 18 millones (US$ 15,6 millones a 31 de diciembre de 2014). Esa cantidad corresponde principalmente a los ingresos obtenidos por albergar a entidades como el ONUSIDA, el UNITAID, el CICE y el APOC. Otras fuentes de ingresos fueron la venta de publicaciones y el cobro de derechos de autor.

5.2 Gastos

Gastos de personal

Los gastos relacionados con el personal corresponden al costo total de la contratación de personal en todos los lugares de destino, lo que incluye los gastos en concepto de sueldo base, ajuste por lugar de destino y otras prestaciones (como pensiones y seguros) abonadas por la Organización. Esos gastos comprenden también los movimientos del pasivo actuarial del seguro de enfermedad reconocidos en el estado de rendimiento financiero (estado II).

Material y suministros médicos

La mayor parte del saldo del material y los suministros médicos guarda relación con los suministros médicos adquiridos y distribuidos por la OMS para las actividades de los programas. Esta partida comprende gastos en especie de US$ 96,7 millones (US$ 22,1 millones a 31 de diciembre de 2014) y gastos relacionados con compras reembolsables por valor de US$ 26,2 millones (US$ 12,9 millones a 31 de diciembre de 2014).

Servicios por contrata

El monto de los servicios por contrata corresponde a los gastos en proveedores de servicios. Los principales componentes de esta categoría son las actividades de aplicación directa, los acuerdos concertados para la realización de trabajos, los contratos de consultoría o los acuerdos de servicios especiales con distintas personas para llevar a cabo actividades en nombre de la Organización. También se consideran gastos de servicios por contrata los relacionados con actividades de investigación médica, becas y seguridad.

Transferencias y donaciones

Las transferencias y donaciones a contrapartes incluyen los contratos sin intercambio suscritos con contrapartes nacionales (principalmente ministerios de salud), y las cartas de acuerdo suscritas con otras contrapartes para realizar actividades acordes con el presupuesto por programas de la Organización. Las transferencias y donaciones a ministerios estatales se conocen también como «cooperación financiera directa», y se consignan como gastos en el momento de transferirlos a la otra parte contratante. Las contrapartes han de informar sobre el empleo de los fondos para garantizar que estos se utilizan con arreglo al acuerdo establecido, y podrán llevarse a cabo tareas de vigilancia *in situ* y verificaciones aleatorias de las actividades. La OMS puede dejar de conceder fondos a beneficiarios de transferencias y donaciones tras la realización de una evaluación de riesgos o si no se cumplen las condiciones de los acuerdos establecidos.

Viajes

El saldo de los gastos totales de viajes comprende los gastos por ese concepto de funcionarios de la OMS y de personas ajenas a la OMS que participan en reuniones, consultores y representantes de Estados Miembros sufragados por la Organización. Los gastos de viaje comprenden pasajes de avión, viáticos y otros gastos de viaje, pero no los viajes reglamentarios relacionados con las licencias en el país de origen o los subsidios de educación, que se contabilizan en los gastos relacionados con el personal.

Gastos generales de funcionamiento

Estos gastos corresponden a los gastos generales de apoyo a las oficinas en los países, las oficinas regionales y la Sede. Comprenden gastos de agua, electricidad, etc., telecomunicaciones (teléfonos fijos, teléfonos móviles, internet y redes mundiales) y alquileres.

Equipo, vehículos y mobiliario

Como la OMS ha optado por aplicar la disposición transitoria de la IPSAS 17 (Propiedades, planta y equipo), la Organización ahora contabiliza como gasto el costo total del equipo, los vehículos y el mobiliario en el punto de entrega sin incluir el terreno y los edificios de su propiedad.

Depreciación y amortización

La depreciación es el gasto resultante de la distribución sistemática del importe depreciable de las propiedades, planta y equipo a lo largo de su vida útil. Desde 2015, afecta a todos los edificios de la Organización.

La amortización es el gasto resultante de la distribución sistemática del importe depreciable de los activos intangibles a lo largo de su vida útil. Desde 2015 afecta a los programas informáticos adquiridos.

5.3 Ingresos financieros

Los ingresos financieros comprenden los ítems enumerados en el siguiente cuadro:

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Ingresos por inversiones	20 820	20 128
Gastos bancarios y honorarios por la administración de las inversiones	(3 083)	(3 018)
Ganancias cambiarias netas realizadas (o pérdidas)	284	31 680
Ganancias cambiarias netas no realizadas (o pérdidas)	9 020	(63 146)
Ganancias por revaloración actuarial en el Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes (o pérdidas)	3 513	28 883
Costo de los intereses actuariales relacionados con la valoración del Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes	(2 213)	(3 330)
Total ingresos financieros (OMS y otras entidades)	**28 341**	**11 197**
Ingresos por inversiones y ganancias y pérdidas cambiarias prorrateados a otras entidades	(7 633)	(4 585)
Total ingresos financieros para la OMS	**20 708**	**6 612**

a. Las cifras comparativas se han ajustado de conformidad con la presentación de los estados financieros adoptada para el año en curso, lo que ha conllevado diferencias de redondeo.

El total de los ingresos financieros comprende cantidades relacionadas con los fondos administrados por la OMS en nombre de otras entidades (véase la nota 4.15). Los ingresos por inversiones relacionados con otras entidades se asignan a esas entidades.

6. Información complementaria del estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto

6.1 Presupuesto ordinario

En esta nota se informa sobre la financiación y los ingresos de las contribuciones señaladas, y sobre la transferencia hecha al Fondo de Iguala de Impuestos para 2015 (con arreglo a lo dispuesto por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA66.2, entre otras). En el estado de los fondos disponibles (tal y como se muestra en el cuadro que figura a continuación) se destaca el superávit/(déficit) neto del presupuesto ordinario.

Descripción	Estados Miembros Fondo de CS	Fondo de Iguala de Impuestos	Fondo de operaciones	Total
	Miles de US$			
Saldo al 1 de enero de 2015	52 818	(8 474)	31 000	75 344
Contribuciones señaladas de los Estados Miembros - neto	462 651			462 651
Asignaciones presupuestarias de iguala de impuestos	(14 774)	14 774		-
Ingresos financieros	4 455			4 455
Ingresos varios	366			366
Gastos programáticos	(477 778)			(477 778)
Reembolso de impuestos a funcionarios		(11 862)		(11 862)
Asignación presupuestaria al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles	(10 000)			(10 000)
Saldo a 31 de diciembre de 2015	17 738	(5 562)	31 000	43 176

La nota 5.1 contiene información sobre los ingresos por contribuciones señaladas.

Con arreglo a la resolución WHA66.2, en 2014 se transfirieron US$ 14,8 millones al Fondo de Iguala de Impuestos, y en consonancia con la resolución WHA67.4 se transfirieron US$ 10 millones al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles.

En la resolución WHA66.2, la Asamblea de la Salud decidió que el Fondo de Operaciones se mantuviera al nivel en que se hallaba, esto es, US$ 31 millones.

En 2015 el «Fondo de ingresos no señalados aportados por los Estados Miembros» se ha combinado con el «Fondo de CS de los Estados Miembros».

6.2 Cuenta Especial para Gastos de Prestaciones de Servicios

La Cuenta Especial para Gastos de Prestaciones de Servicios se estableció con el propósito de cubrir los gastos de las actividades de prestación de servicios que se costean con fondos distintos de las contribuciones señaladas (es decir, que se sufragan con contribuciones voluntarias).

En este Cuenta se abonan los ingresos procedentes de las siguientes fuentes:

- en virtud de la resolución WHA34.17, a partir de fuentes voluntarias se destinan fondos para sufragar gastos de apoyo a programas, que se calculan aplicando un porcentaje fijo al gasto total de los proyectos;
- acuerdos sobre servicios administrativos con otras entidades, y
- los intereses devengados por los fondos voluntarios según lo indicado en el documento EB122/3.

A continuación figura un resumen de la Cuenta Especial para Gastos de Prestaciones de Servicios.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Saldo a 1 de enero	264 447	193 823
Ingresos		
Gastos de apoyo a programas	169 244	143 964
Ingresos financieros	7 455	12 417
Acuerdos sobre servicios administrativos con otras entidades	6 041	5 259
Reembolso de adelantos (nota[a])		274
Total ingresos	182 740	161 914
Gastos		
Gastos relacionados con el personal	80 554	58 122
Material y suministros médicos	642	490
Servicios por contrata	16 065	11 604
Transferencias y donaciones a contrapartes	726	(2)
Viajes	4 281	1 050
Gastos generales de funcionamiento	33 039	16 031
Equipo, vehículos y mobiliario	8 454	3 209
Total gastos	143 761	90 504
Menos:		
Aumento/(disminución) de la provisión para importes de cobro dudoso - contribuciones voluntarias (nota *b*)	651	(26)
Transferencias al Fondo para la Tecnología de la Información (nota c)		812
Saldo a 31 de diciembre	302 775	264 447

Nota *a*): En 2014 la Cuenta concedió un anticipo de US$ 0,3 millones a la secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco. El anticipo se reembolsó en 2015.

Nota *b*): En 2015 se produjo un aumento de la provisión para las cuentas de cobro dudoso relacionadas con contribuciones voluntarias. Véase la nota 4.3

Nota *c*): En 2014 se transfirieron US$ 0,8 millones para apoyar el desarrollo y la mejora de los sistemas de tecnología de la información.

A continuación se indican los gastos financiados con cargo a la Cuenta por oficina principal.

Gastos por oficina principal	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Actividades mundiales e interregionales	54 123	42 412
Oficina Regional para África	30 245	15 796
Oficina Regional para las Américas	5 756	3 721
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	15 485	11 921
Oficina Regional para Europa	10 718	5 736
Oficina Regional para Asia Sudoriental	14 848	5 648
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	12 586	5 270
Total gastos por oficina principal	143 761	90 504

6.3 Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias

Este fondo fue establecido por la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la resolución WHA68.51.

La finalidad del fondo es proporcionar financiación temporal para las operaciones sobre el terreno en emergencias con un objetivo de capitalización de US$ 100 millones. Se financiará con contribuciones voluntarias.

A continuación figura un resumen del fondo.

Descripción	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$
Saldo a 1 de enero	-
Ingresos	
Contribuciones	14 296
Total Ingresos	14 296
Gastos	
Viajes	31
Total gastos	31
Saldo a 31 de diciembre	14 265

6.4 Fondo para Empresas

Este fondo contiene cuentas para actividades autofinanciadas. Los ingresos y gastos de este fondo no se incluyen en los informes sobre el presupuesto por programas. A continuación figura un resumen del fondo:

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Fondo para Empresas		
Fondo de Rotación para Ventas	3 526	2 455
Fondo de concesiones	2 981	2 450
Fondo de pólizas de seguro	859	1 950
Fondo para alquiler de garajes	1 999	1 248
Total Fondo para Empresas	9 365	8 103

6.5 Fondo para Fines Especiales

Las cuentas de este fondo corresponden a transferencias del Fondo General o a asignaciones presupuestarias aprobadas por la Asamblea de la Salud. Los ingresos y gastos del fondo no se incluyen en los informes sobre el presupuesto por programas. A continuación figura un resumen del fondo:

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Fondo para Fines Especiales		
Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles	90 980	64 766
Fondo de Préstamos para Bienes Inmuebles (véanse las notas 4.16 y 6.7)	(2 525)	
Fondo para Cuestiones de Seguridad	2 921	3 987
Fondo para la Tecnología de la Información	12 009	8 875
Fondo Especial para Indemnizaciones	(7 362)	(5 629)
Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes	(3 904)	(21 428)
Cuenta para el pago de las prestaciones del personal no previstas en la nómina de sueldos	20 756	18 502
Fondo de Tasas por Puesto Ocupado	8 150	14 669
Fondo de Recuperación de Costos para Servicios Internos	3 884	2 704
Caja del Seguro de Enfermedad del Personal	(914 055)	(866 126)
Fondo de Reposición de Reservas	9 480	4 495
Fondo para el personal encargado de la poliomielitis	20 000	15 000
Total Fondo para Fines Especiales	(759 666)	(760 185)

6.5.a Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles

Este fondo fue establecido por la Asamblea de la Salud en virtud de la resolución WHA23.14. El fondo se utiliza para sufragar los gastos de construcción o ampliación de edificios; adquisición de los terrenos necesarios, y obras importantes de reparación y reforma de locales para oficinas de la OMS y viviendas arrendadas por la Organización a miembros de su personal. Para la adquisición de terrenos y la construcción o ampliación de edificios se requiere una autorización específica de la Asamblea de la Salud.

A continuación figura un resumen del Fondo.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Saldo a 1 de enero	64 766	33 774
Ingresos		
Asignación presupuestaria recibida de conformidad con la resolución WHA67.4 y la resolución WHA63.7	10 000	25 000
Transferencia para proyectos especiales (nota a)	7 141	
Ingresos por ventas	4 327	
Alquileres percibidos	2 253	3 464
Otros ingresos	8 282	7 610
Total ingresos	32 003	36 074
Gastos		
Gastos relacionados con el personal	94	3
Material y suministros médicos	51	27
Servicios por contrata	1 201	1 998
Transferencias y donaciones	26	0
Viajes	10	0
Gastos generales de funcionamiento	3 390	2 250
Equipo, vehículos y mobiliario	1 017	804
Total gastos	5 789	5 082
Saldo a 31 de diciembre	90 980	64 766

(Nota a). En 2015, AFRO y SEARO transfirieron al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, respectivamente, US$ 5,2 millones y US$ 1,9 millones.

A continuación se indican los gastos financiados con cargo al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Gastos por oficina principal		
Sede	2 126	2 542
Oficina Regional para África	956	1 267
Oficina Regional para las Américas	203	500
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	1 626	408
Oficina Regional para Europa	163	(132)
Oficina Regional para Asia Sudoriental	231	432
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	484	65
Total gastos	5 789	5 082

6.6 Fondo Fiduciario

Este fondo abarca los activos que la OMS mantiene en calidad de depositaria o representante para otras entidades y que no se pueden emplear para respaldar los programas de la propia Organización. Se incluyen aquí los activos de alianzas administradas por la Organización cuyos presupuestos no son aprobados por la Asamblea de la Salud. A continuación figura un resumen de los componentes del fondo.

Descripción	31 de diciembre de 2015	31 de diciembre de 2014
	Miles de US$	
Fondo Fiduciario		
Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	7 226	9 578
Fondo del Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis		12 547
Fondo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo	4 540	9 987
Fondo de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño	4 343	11 739
Fondo del Comité Permanente de Nutrición del sistema de las Naciones Unidas	305	989
Fondo de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud	15 779	18 772
Fondo de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario	2 205	2 344
Alianza Alto a la Tuberculosis (véase la nota 6.7)	2 298	16 851
Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud	5 417	3 048
Fondo ESPEN (véase la nota 6.7)	761	
Total Fondo Fiduciario	42 874	85 855

6.7 Cambios en los fondos con arreglo al estado III (estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto)

A 31 de diciembre de 2015 se habían creado o estaban en proceso de cierre los fondos siguientes:

Fondo de Préstamos para Bienes Inmuebles - Nuevo fondo creado en 2015 para registrar los gastos de renovación y construcción del nuevo edificio en Ginebra y dar cuenta de ellos (véase la nota 4.16).

Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias - Nuevo fondo creado en 2015 a fin de proporcionar financiación temporal para las operaciones sobre el terreno en situaciones de emergencia (véase la nota 6.3).

Fondo ESPEN - Nuevo fondo creado en 2015 después de que dejase de operar el APOC, a fin de gestionar las actividades relacionadas con el Proyecto Especial Ampliado para la Eliminación de las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ESPEN). El proyecto será gestionado desde la Oficina Regional para África.

Alianza Alto a la Tuberculosis y Fondo del Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis – Con efecto a partir del 1 de enero de 2015, la administración de la Alianza Alto a la Tuberculosis se trasladó a la Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas. El monto restante consignado en la nota 6.6 se pagará a la UNOPS una vez que se acuerde la liquidación final.

7. Información complementaria sobre el estado de comparación del presupuesto y los importes reales

En mayo de 2013, la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA66.2 sobre el presupuesto por programas 2014-2015, en la que aprobó el presupuesto para el ejercicio 2014-2015 con cargo a fondos de todas las procedencias, esto es, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, por valor de US$ 3977 millones. El presupuesto de la OMS es adoptado de forma bienal por la Asamblea de la Salud. No se ha hecho revisión alguna del presupuesto por programas 2014-2015. Como la metodología de la Organización se fundamenta en un marco basado en los resultados, la ejecución del presupuesto por programas aprobado se mide en función de los gastos correspondientes al periodo considerado.

El presupuesto de la OMS y los estados financieros se preparan con diferentes bases contables. El estado de situación financiera (estado I), el estado de rendimiento financiero (estado II), el estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto (estado III) y el estado de flujos de efectivo (estado IV) se preparan enteramente según un sistema contable en valores devengados, mientras que el estado de comparación del presupuesto y los importes reales (estado V) se establece mediante un sistema de contabilidad de caja modificado (es decir, se utilizan los gastos reales para medir la utilización del presupuesto).

De conformidad con lo establecido en la IPSAS 24 (Presentación de información presupuestaria en los estados financieros), dado que los estados financieros y el presupuesto no se preparan de manera comparable, los importes efectivos comparados con el presupuesto se conciliarán con los importes efectivos presentados en los estados financieros, y se indicarán, en cada caso, las diferencias de criterios, plazos, entidades y presentación. El Fondo General, conforme a la nota 2.17, representa los resultados del presupuesto por programas con excepción de los gastos del Fondo de Iguala de Impuestos, otros usos no previstos en el presupuesto por programas y todos los gastos en especie de bienes y servicios no incluidos en los resultados del presupuesto por programas.

En la sección 1 de este documento se explican las diferencias importantes entre el presupuesto definitivo y los importes reales, por categoría y por área programática.

Según exige la IPSAS 24, se proporciona una conciliación en términos comparables entre los importes reales presentados en el estado V y los importes reales que figuran en las cuentas financieras, identificando por separado las diferencias de criterios, plazos, entidades y presentación.

Las diferencias de criterios se producen cuando los componentes del presupuesto por programas aprobado son utilizados para actividades distintas de la ejecución de programas técnicos; cabe citar como ejemplo los gastos del Fondo de Iguala de Impuestos, otros usos no previstos en el presupuesto por programas y los arreglos especiales.

Las diferencias de plazos se refieren a la inclusión en los estados de cuentas de la OMS de los gastos del presupuesto por programas correspondientes a otros ejercicios.

Las diferencias de entidades corresponden a la inclusión en los estados de cuentas de la OMS de cantidades que figuran en dos fondos: «Estados Miembros – otros» y el Fondo Fiduciario. Esos fondos no forman parte del presupuesto por programas de la Organización.

Las diferencias de presentación se refieren a diferencias en el formato y los sistemas de clasificación del estado de flujos de efectivo (estado IV) y el estado de comparación del presupuesto y los importes reales (estado V).

A continuación se presenta una conciliación entre los importes efectivos presentados en el estado V y los importes reales asentados en el estado IV para diciembre de 2015.

Descripción	2015			
	Funcionamiento	Inversión	Financiamiento	Total
	Miles de US$			
Monto real con criterios comparables (estado V)	(2466 677)			(2466 677)
Diferencias de criterios	71 579	87 718	5 281	164 578
Diferencias de plazos				
Diferencias de entidades	200 188	(22 982)		177 206
Diferencias de presentación	1 926 888	(3 568)		1 923 320
Monto real en el estado de flujos de efectivo (estado IV)	(268 022)	61 168	5 281	(201 573)

8. Información financiera por segmentos

8.1 Estado de situación financiera por segmentos

A 31 de diciembre de 2015 (en miles de US$)

Descripción	Sede	Oficina Regional para África	Oficina Regional para las Américas	Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	Oficina Regional para Europa	Oficina Regional para Asia Sudoriental	Oficina Regional para el Pacífico Occidental	Total
ACTIVOS								
Activos corrientes								
Efectivo y equivalentes de efectivo	387 384	24 520		11 837	1 516	2 401	3 660	431 318
Inversiones a corto plazo	2 754 259							2 754 259
Sumas por cobrar - corrientes	864 307	616	123	139	451	283	97	866 016
Sumas por cobrar al personal	497	5 066		1 603	622	1 138	1 776	10 702
Inventarios	29 203	2 001		20 213		706	1 029	53 152
Pagos por adelantado y depósitos	8 150	544		2 011	34	1 454	281	12 474
Otros activos corrientes	454 845		(454 845)					
Total activos corrientes	4 498 645	32 747	(454 722)	35 803	2 623	5 982	6 843	4 127 921
Activos no corrientes								
Sumas por cobrar - no corrientes	197 472							197 472
Inversiones a largo plazo	93 900							93 900
Propiedades, planta y equipo	39 375	4 504		19 767		172	1 306	65 124
Activos intangibles	2 761					45		2 806
Total activos no corrientes	333 508	4 504		19 767		217	1 306	359 302
TOTAL ACTIVOS	4 832 153	37 251	(454 722)	55 570	2 623	6 199	8 149	4 487 223
PASIVO								
Pasivo corriente								
Contribuciones recibidas por adelantado	56 740	339						57 079
Cuentas por pagar	12 619	15 637		14 261	2 861	4 664	3 555	53 597
Cuentas por pagar al personal	902	611		305	24	158	156	2 156
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal	21 095	12 369		4 253	2 798	2 956	3 251	46 722
Ingresos diferidos	339 418							339 418
Pasivo financiero	53 177							53 177
Otros pasivos corrientes	(10570 758)	4 705 502	125 131	2 559 403	850 282	1 394 546	1 044 641	108 747
Pasivo entre entidades	1 008 911							1 008 911
Total pasivo corriente	(9077 896)	4 734 458	125 131	2 578 222	855 965	1 402 324	1 051 603	1 669 807
Pasivo no corriente								
Préstamos a largo plazo	27 477							27 477
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal no corrientes	563 820	163 086		56 297	82 436	65 551	56 359	987 549
Ingresos diferidos - no corrientes	197 472							197 472
Total pasivo no corriente	788 769	163 086		56 297	82 436	65 551	56 359	1 212 498
TOTAL PASIVO	(8289 127)	4 897 544	125 131	2 634 519	938 401	1 467 875	1 107 962	2 882 305
ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO								
Presupuesto ordinario	2 464 005	(810 592)	(324 200)	(342 644)	(247 544)	(392 007)	(303 842)	43 176
Fondos voluntarios	10 593 112	(3850 554)	(241 013)	(2064 603)	(578 885)	(990 939)	(700 963)	2 166 155
Estados Miembros - otros	11 067	(198 815)	(14 427)	(171 527)	(100 304)	(78 426)	(94 855)	(647 287)
Fondos Fiduciarios	53 096	(332)	(213)	(175)	(9 045)	(304)	(153)	42 874
TOTAL ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO	13 121 280	(4860 293)	(579 853)	(2578 949)	(935 778)	(1461 676)	(1099 813)	1 604 918
TOTAL PASIVO Y ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO	4 832 153	37 251	(454 722)	55 570	2 623	6 199	8 149	4 487 223

8.2 Estado de rendimiento financiero por segmentos

Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2015
(en miles de US$)

Descripción	Sede	Oficina Regional para África	Oficina Regional para las Américas	Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	Oficina Regional para Europa	Oficina Regional para Asia Sudoriental	Oficina Regional para el Pacífico Occidental	Total
Ingresos								
Contribuciones señaladas	462 651							462 651
Contribuciones voluntarias	1 838 415				28			1 838 443
Contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios	51 259	39 112		6 650	4 977	25 791	2 124	129 913
Compras reembolsables	26 170							26 170
Otros ingresos	26 796	(2 866)	(2 707)	(884)	(862)	(798)	(714)	17 965
Total ingresos	2 405 291	36 246	(2 707)	5 766	4 143	24 993	1 410	2 475 142
Gastos								
Gastos de personal	418 841	214 158	42 896	79 775	63 055	47 590	53 876	920 191
Material y suministros médicos	46 141	75 375	6 691	82 753	2 887	41 523	10 111	265 481
Servicios por contrata	216 896	233 905	14 587	155 031	38 465	52 656	32 556	744 096
Transferencias y donaciones	17 939	164 524	4 931	81 542	5 475	17 176	20 130	311 717
Viajes	102 388	63 195	13 593	17 846	12 801	12 556	11 160	233 539
Gastos generales de funcionamiento	61 423	67 324	4 153	26 005	12 305	14 426	7 635	193 271
Equipo, vehículos y mobiliario	8 573	26 956		16 952	2 928	8 024	4 283	67 716
Depreciación y amortización	1 366	195		340		97	435	2 433
Total gastos	873 567	845 632	86 851	460 244	137 916	194 048	140 186	2 738 444
Ingresos financieros	19 624	1 268	12	128	162	(429)	(57)	20 708
TOTAL (DÉFICIT)/SUPERÁVIT DEL AÑO	1 551 348	(808 118)	(89 546)	(454 350)	(133 611)	(169 484)	(138 833)	(242 594)

Nota: El saldo de los ingresos presenta un elevado superávit para la Sede y déficits respecto de las demás oficinas. Esto se debe a la política de contabilidad centralizada aplicada a los ingresos y de contabilidad descentralizada, a los gastos.

9. Cancelaciones de créditos y pagos graciables

En 2015 no se aprobaron cancelaciones

En 2015 se aprobaron en total US $ 84 435 como pagos graciables (cero en 2014). El saldo corresponde a tres pagos distintos:

1) US$ 68 500 aprobados como ayudas para tareas de rehabilitación destinadas a los miembros del personal (24) afectados por el terremoto de Nepal;

2) US$ 12 735 pagados como indemnización por fallecimiento a los herederos de un contratista vinculado por un acuerdo para la realización de trabajos en el Pakistán; y

3) US$ 3200 pagados por los gastos funerarios de una persona que murió en las proximidades de los locales de la OMS en la Oficina Regional para África.

10. Revelación sobre las partes vinculadas y el personal directivo superior

Se consideran «personal directivo principal» el Director General, los directores regionales y los demás funcionarios en puestos sin clasificar.

El número de miembros del personal directivo principal que ocuparon esos puestos durante el año ascendió a 22. En el cuadro que sigue se detalla su remuneración total.

Descripción	Miles de US$
Indemnizaciones y ajustes por lugar de destino	4 116
Prestaciones	320
Planes de jubilación y de salud	1 032
Remuneración total	**5 468**
Anticipos pendientes con cargo a las prestaciones	**42**
Préstamos pendientes (además de las prestaciones normales, si las hubiere)	**–**

La remuneración total del personal directivo principal incluye lo siguiente: sueldos netos; ajuste por lugar de destino; distintas prestaciones, como gastos de representación y de otra índole; subsidios de destino, de alquiler y de otro tipo; costos del traslado de los efectos personales, y cotizaciones del empleador para pensiones y seguro de enfermedad.

El personal directivo principal puede beneficiarse de las prestaciones después de la separación del servicio de la misma forma que los demás empleados. Esas prestaciones no pueden cuantificarse con precisión. Quienes integran este sector del personal están afiliados como miembros ordinarios a la CCPPNU.

El Director Regional para las Américas forma parte del personal directivo principal. Sin embargo, como recibe todas sus prestaciones de la OPS, las prestaciones oportunas se revelan en los estados financieros de esta, y no en los estados financieros de la OMS.

El personal directivo principal no ha recibido durante el año más préstamos de los que dispuso en general el resto del personal.

11. Hechos posteriores a la fecha de presentación

La fecha de cierre de los estados financieros de la OMS es el 31 de diciembre de 2015. En el momento de firmar estas cuentas no se había producido, entre la fecha del balance y la fecha en que se autorizó la publicación de dichos estados, ningún hecho importante, ya sea favorable o desfavorable, que pudiera haber repercutido en los estados financieros.

12. Pasivo contingente, compromiso y activos contingentes

Pasivo contingente

A 31 de diciembre de 2015 la OMS tenía varios casos judiciales pendientes. La mayoría guardan relación con controversias que no se han registrado por haberse determinado que las posibilidades de pago son remotas. No obstante, hay cuatro casos de controversias sobre contratos que se han de considerar pasivos contingentes. El costo potencial total para la Organización se estima en US$ 24 040 (US$ 98 192 a 31 de diciembre de 2014).

Compromisos de arrendamiento operativo

La OMS contrae compromisos de arrendamiento operativo para alquilar espacio de oficinas en diversos países. A continuación se indican las cantidades mínimas a pagar en concepto de alquiler en distintos periodos en el futuro.

Descripción	Total	
	Miles de US$	
	2015	2014
Menos de 1 año	6 015	4 713
1–5 años	7 705	7 702
Más de 5 años	1 260	1 995
Total compromisos de arrendamiento	**14 980**	**14 410**

La Organización no tenía contratos de arrendamiento financiero pendientes en la fecha de presentación de los datos.

La OMS alquiló espacio de oficina a siete inquilinos. A 31 de diciembre de 2015, los ingresos totales por esas actividades de arrendamiento ascendían a US$ 1 millón (US$ 1,3 millones a 31 de diciembre de 2014).

Activos contingentes

De conformidad con la IPSAS 19 (Provisiones, obligaciones contingentes y activos contingentes), los activos contingentes se revelarán cuando un hecho dé lugar a una entrada probable de beneficios económicos. A 31 de diciembre de 2015, no hay activos contingentes significativos que revelar.

Cuadro I. Estado de rendimiento financiero, por fondos principales

Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2015
(en miles de US$)

Descripción	Fondo General				Estados Miembros - otros			Fondo Fiduciario	Subtotal	Eliminaciones[a]	Total	Porcentaje
	- Presupuesto ordinario	Fondos voluntarios	Eliminaciones[a]	Subtotal	Fondo Común	Fondo para Empresas	Fondo para Fines Especia-les					
Ingresos												
Contribuciones señaladas	462 651			462 651							462 651	19%
Contribuciones voluntarias		1 836 320		1 836 320				5 443	5 443	(3 320)	1 838 443	74%
Contribuciones en especie de bienes o servicios		3 749		3 749		126 164			126 164		129 913	5%
Compras reembolsables						26 170			26 170		26 170	1%
Otros ingresos	(9 633)	176 978	(163 927)	3 418	(278)	4 593	205 442	(1 693)	208 064	(193 517)	17 965	1%
Total ingresos de operaciones	453 018	2 017 047	(163 927)	2 306 138	(278)	156 927	205 442	3 750	365 841	(196 837)	2 475 142	100%
Gastos												
Gastos de personal	350 819	557 449		908 268		22 060	143 030	17 503	182 593	(170 670)	920 191	34%
Material y suministros médicos	9 446	155 703		165 149	(2 733)	101 964	4 807	747	104 785	(4 453)	265 481	10%
Servicios por contrata	52 440	657 117		709 557	(8 149)	505	31 985	17 113	41 454	(6 915)	744 096	27%
Transferencias y donaciones	18 831	292 946		311 777		2 025	26	1 113	3 164	(3 224)	311 717	11%
Viajes	27 859	198 483		226 342		107	2 452	4 777	7 336	(139)	233 539	9%
Gastos generales de funcionamiento	23 334	291 888	(163 927)	151 295		27 183	19 915	5 517	52 615	(10 639)	193 271	7%
Equipo, vehículos y mobiliario	6 911	58 957		65 868	(4 249)	1 821	5 010	63	2 645	(797)	67 716	2%
Depreciación y amortización					2 433				2 433		2 433	0%
Total gastos	489 640	2 212 543	(163 927)	2 538 256	(12 698)	155 665	207 225	46 833	397 025	(196 837)	2 738 444	100%
Ingresos financieros	4 454	7 854		12 308	5 996		2 302	102	8 400		20 708	
TOTAL (DÉFICIT)/SUPERÁVIT DEL AÑO	(32 168)	(187 642)		(219 810)	18 416	1 262	519	(42 981)	(22 784)		(242 594)	
Saldo del fondo a 1 de enero de 2015	75 344	2 353 797		2 429 141	84 598	8 103	(760 185)	85 855	(581 629)		1 847 512	
Saldo del fondo a 31 de diciembre de 2015	43 176	2 166 155		2 209 331	103 014	9 365	(759 666)	42 874	(604 413)		1 604 918	

a.): Las eliminaciones presentadas en el estado de rendimiento financiero por fondos principales (cuadro 1) son ajustes contables realizados para suprimir el efecto de las transferencias entre fondos que de otro modo sobre-valorarían los ingresos y los gastos de la Organización. Estos ajustes contables se realizan a través de un fondo de eliminaciones separado creado a tal fin.

Cuadro II. Gasto por oficina principal – solo Fondo General
Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2015
(en miles de US$)

Descripción	Sede	Oficina Regional para África	Oficina Regional para las Américas	Oficina Regional para el Mediterrá-neo Oriental	Oficina Regional para Europa	Oficina Regional para Asia Sudoriental	Oficina Regional para el Pacífico Occidental	Total
Gastos								
Gastos de personal	393 048	223 036	45 369	81 386	53 481	53 105	58 843	908 268
Material y suministros médicos	22 982	39 063	6 467	72 907	2 755	15 747	5 228	165 149
Servicios por contrata	189 971	228 111	11 617	157 509	37 227	54 024	31 098	709 557
Transferencias y donaciones	20 050	162 499	4 931	81 516	5 475	17 176	20 130	311 777
Viajes	97 503	62 432	13 303	17 399	12 302	12 411	10 992	226 342
Gastos generales de funcionamiento	34 462	61 492	4 092	22 517	7 009	15 346	6 377	151 295
Equipo, vehículos y mobiliario	8 247	24 904		18 498	2 924	7 724	3 571	65 868
Total gastos	766 263	801 537	85 779	451 732	121 173	175 533	136 239	2 538 256
Gastos - porcentajes por tipo de gasto en las oficinas principales								
Gastos relacionados con el personal	43%	25%	5%	9%	6%	6%	6%	100%
Material y suministros médicos	14%	24%	4%	44%	2%	10%	3%	100%
Servicios por contrata	27%	32%	2%	22%	5%	8%	4%	100%
Transferencias y donaciones a contrapartes	6%	52%	2%	26%	2%	6%	6%	100%
Viajes	43%	28%	6%	8%	5%	5%	5%	100%
Gastos generales de funcionamiento	23%	41%	3%	15%	5%	10%	4%	100%
Equipo, vehículos y mobiliario	13%	38%	0%	28%	4%	12%	5%	100%
Porcentaje respecto al total	30%	32%	3%	18%	5%	7%	5%	100%
Gasto - porcentajes por tipo de gasto en cada oficina principal								
Gastos relacionados con el personal	51%	28%	53%	18%	44%	30%	43%	36%
Material y suministros médicos	3%	5%	8%	16%	2%	9%	4%	7%
Servicios por contrata	25%	28%	14%	35%	31%	31%	23%	28%
Transferencias y donaciones a contrapartes	3%	20%	6%	18%	5%	10%	15%	12%
Viajes	13%	8%	16%	4%	10%	7%	8%	9%
Gastos generales de funcionamiento	4%	8%	5%	5%	6%	9%	5%	6%
Equipo, vehículos y mobiliario	1%	3%	0%	4%	2%	4%	3%	3%
Porcentaje total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ANEXO 1

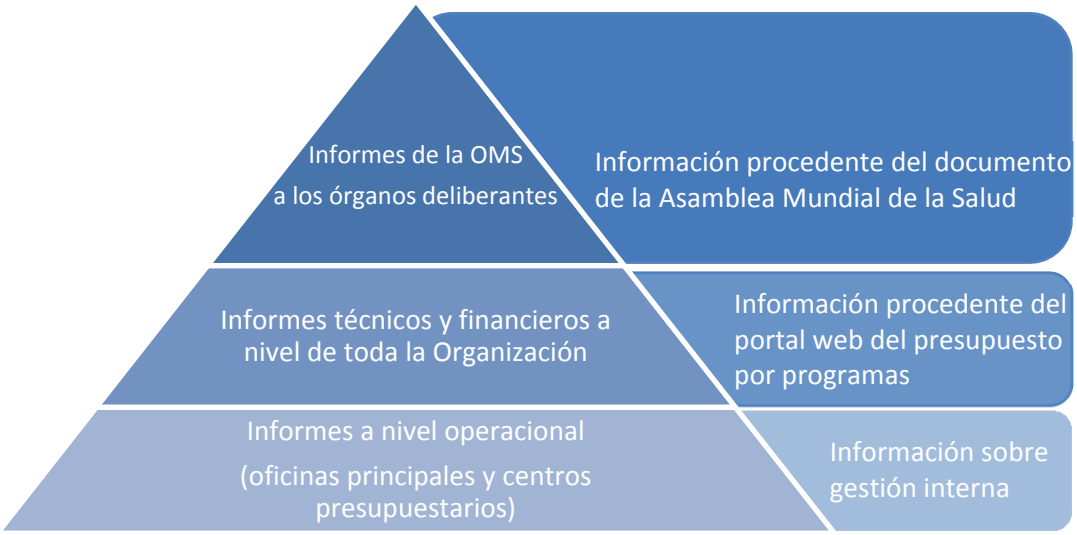
PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2014-2015
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

La evaluación de la ejecución del presupuesto por programas es la fase final del ciclo de ejecución del presupuesto por programas. Se trata de un examen sistemático de la labor realizada por la Secretaría, por área programática y en los tres niveles de la Organización. Todos los centros presupuestarios evalúan la ejecución de las actividades previstas en los planes de trabajo (esto es, productos y servicios) como contribución a los productos presentados en el presupuesto por programas aprobado.

La metodología seguida consiste en realizar una síntesis gradual en varias etapas. Al final de cada etapa, la información se compila y se examina en las oficinas principales, por redes de áreas programáticas y categorías. Una de las etapas consiste en el examen de los indicadores de productos y de los informes relativos a las áreas programáticas y las categorías —a nivel de las oficinas principales y de toda la Organización— por parte de las redes respectivas y del personal directivo superior. En el proceso participan 300 centros presupuestarios, entre ellos 149 oficinas en los países, las seis oficinas regionales y la Sede. Se utilizan plantillas normalizadas, notas de orientación y listas de verificación. Este proceso y la recopilación de información tienen varias finalidades, entre ellas la realización de la evaluación requerida del conjunto del sistema, el análisis de las enseñanzas extraídas, el cierre de los planes de trabajo y la elaboración de los informes reglamentarios que se han de presentar a la Asamblea de la Salud.

El proceso comienza en los meses finales del bienio y concluye en marzo del bienio siguiente; en mayo se presentan a la Asamblea de la Salud los informes internos y un informe recapitulativo (en los seis idiomas oficiales de la OMS). En los informes detallados figura información sobre el logro de los indicadores de productos y notas sobre los indicadores, explicaciones sobre la calificación de los productos por oficina principal, información detallada sobre los riesgos y supuestos, la integración de los enfoques en materia de género, equidad y derechos humanos y los determinantes sociales de la salud, y ejemplos de ahorros por aumento de la eficiencia.

Figura. Representación esquemática del proceso de evaluación de la ejecución



La evaluación de la ejecución del presupuesto por programas para 2014-2015 es la primera actividad de finales del bienio que se lleva a cabo en el marco del Duodécimo Programa General de Trabajo (2014-2019). También

es la primera evaluación de la ejecución del presupuesto por programas basada en la nueva cadena de resultados, que es uno de los principales frutos de la reforma programática de la OMS. Como continuación de la aplicación de la reforma, por primera vez se va a presentar a la Asamblea de la Salud un informe programático y financiero combinado sobre la ejecución del presupuesto por programas. Esto representa un gran avance en el modo en que la OMS comunica los resultados de la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas.

El proceso y los resultados de la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas para 2014–2015 mejoraron con respecto a 2012-2013:

- Se garantizaron la continuidad y el carácter unificado y bien definido del proceso mediante el establecimiento de vínculos con los progresos y las conclusiones presentados durante el examen de mitad de periodo.

- La mejora de la transparencia y la rendición de cuentas se intensificó aún más mediante la presentación de informes detallados en el portal web del presupuesto por programas.

- La evaluación se basa no solo en el logro de los indicadores del desempeño, sino también en la entrega de productos y servicios, la evaluación de los riesgos y las estrategias de mitigación identificados, y el uso de los recursos humanos y financieros.

- Los funcionarios responsables en los tres niveles han verificado los informes mediante documentos pertinentes que pueden servir de prueba para la validación o verificación durante los exámenes y las auditorías internas y externas.

- Se garantizó la calidad mediante el uso de plantillas normalizadas, listas de verificación y exámenes reiterados para ayudar, respectivamente, al personal directivo, a los responsables de las áreas programáticas y a los responsables de las categorías.

Para indicar en qué medida las oficinas principales han entregado o aportado los productos, se utiliza el siguiente sistema: (✓) significa que el producto ha sido totalmente entregado/aportado; (!) indica que el producto ha sido parcialmente entregado/aportado; (X) significa que el producto no ha sido entregado/aportado; y (n/a) significa «no se aplica». La indicación n/a se empleó en los casos en que las oficinas principales indicaron que la contribución a un producto no es una prioridad regional o si el producto en cuestión no es pertinente habida cuenta de la situación regional.

El informe programático y financiero unificado para 2014–2015, complementado mediante la información publicada en el portal web del presupuesto por programas, es un avance notable. Las mejoras futuras se sustentarán en este logro con miras a reforzar y racionalizar aún más el proceso y permitir una síntesis con otras evaluaciones, incluidas las evaluaciones externas, los exámenes administrativos y las auditorías integradas en los países.

ANEXO 2

GLOSARIO

Activo contingente: un activo de naturaleza posible, surgido a raíz de sucesos pasados, cuya existencia ha de ser confirmada solo porque ocurra o, en su caso, por la no ocurrencia, de uno o más eventos inciertos en el futuro que no están enteramente bajo el control de la entidad.

Activos: recursos controlados por una entidad como consecuencia de hechos pasados y de los cuales la entidad espera obtener, en el futuro, beneficios económicos o potencial de servicio. Se considera generalmente que tienen potencial de servicio los activos utilizados para ofrecer bienes y servicios de conformidad con los objetivos de la entidad pero que no generan directamente entradas de flujos netos de efectivo.

Activos intangibles: activos identificables, de carácter no monetario y sin apariencia física.

Activos netos/patrimonio neto: parte residual de los activos de la entidad, una vez deducidos todos sus pasivos. Es la medida residual en el estado de situación financiera.

Amortización: distribución sistemática del importe depreciable de un activo intangible a lo largo de su vida útil.

Arrendamiento: acuerdo en el que el arrendador conviene con el arrendatario en percibir una suma única de dinero o una serie de pagos o cuotas por cederle el derecho a usar un activo durante un periodo determinado.

Arrendamiento operativo: arrendamiento distinto a un arrendamiento financiero.

Asignación presupuestaria: autorización concedida por un organismo legislativo para asignar fondos para propósitos especificados por la autoridad legislativa o similar. En lo que respecta a la OMS, las asignaciones presupuestarias se votan en la Asamblea Mundial de la Salud.

Base contable de acumulación (o devengo): base contable por la cual las transacciones y otros hechos son reconocidos cuando ocurren (y no cuando se efectúa su cobro o su pago en efectivo o su equivalente). Por ello, las transacciones y otros hechos se registran en los libros contables y se reconocen en los estados financieros de los ejercicios con los que guardan relación. Los elementos reconocidos sobre la base contable de acumulación (o devengo) son: activos, pasivos, activos netos/patrimonio neto, ingresos y gastos.

Clase de propiedades, planta y equipo: grupo de activos de naturaleza o función similar en las operaciones de una entidad, que se muestra como una partida única a efectos de información a revelar en los estados financieros.

Costo por intereses: incremento producido durante un periodo en el valor presente de las obligaciones por beneficios definidos, como consecuencia de que tales beneficios se encuentran un periodo más próximo a su vencimiento.

Depreciación: distribución sistemática del importe depreciable de un activo tangible a lo largo de su vida útil.

Deterioro del valor: pérdida en los beneficios económicos o potencial de servicio futuros de un activo, adicional y por encima del reconocimiento sistemático de la pérdida de beneficios económicos o potencial de servicio futuros que se lleva a cabo a través de la depreciación.

Efectos: cambios en las capacidades institucionales y de comportamiento y en las condiciones de desarrollo ocurridos entre la finalización de los productos y el logro de los impactos**.**

Equivalentes de efectivo: inversiones a corto plazo de gran liquidez, que son fácilmente convertibles en importes determinados de efectivo y están sujetas a un riesgo insignificante de cambios en su valor.

Fondos disponibles: cantidad que se arrastra del bienio anterior más los ingresos recibidos en el bienio en curso.

Ganancias y pérdidas actuariales: comprenden: *a*) ajustes por la experiencia (que miden los efectos de las diferencias entre las hipótesis actuariales previas y los sucesos efectivamente ocurridos); y *b*) los efectos de los cambios en las hipótesis actuariales.

Impacto: cambio sostenible en la salud de las poblaciones al que contribuyen la Secretaría y los Estados Miembros.

Indicador del desempeño: unidad de medida que especifica aquello que se va a medir con respecto a una escala o dimensión. Los indicadores del desempeño son un medio cualitativo o cuantitativo de medir un producto o efecto con el fin de evaluar el desempeño de un programa o inversión.

Ingresos: entrada bruta de beneficios económicos o potencial de servicio habida durante el periodo sobre el que se informa, siempre que tal entrada dé lugar a un aumento en los activos netos/patrimonio neto que no esté relacionado con las aportaciones de capital.

Inventarios: activos: *a*) en la forma de materiales o suministros para ser consumidos en el proceso de producción; *b*) en la forma de materiales o suministros para ser consumidos o distribuidos en la prestación de servicios; *c*) conservados para su venta o distribución en el curso ordinario de las operaciones; o *d*) en proceso de producción para su venta o distribución. Hay que tener cuidado para evitar confusiones al utilizar la palabra «inventario». Los activos denominados «propiedad, planta y equipo» no son inventario con arreglo a la definición que antecede, aunque pueden ser inventariados si son contados y verificados físicamente.

Logro: *a*) el cambio efectivo resultante de llevar a cabo un programa o aplicar una intervención; y *b*) el valor efectivo de un indicador del desempeño medido en cualquier momento.

Moneda funcional: moneda del entorno económico principal en el que opera la entidad. En el caso de la OMS es el dólar de los EE.UU.

Parte relacionada: una parte se considera relacionada con otra parte si una de ellas tiene la posibilidad de ejercer control o una influencia significativa sobre la otra al tomar sus decisiones financieras y operativas, o si la parte relacionada y otra entidad están sujetas a control común.

Pasivo contingente: *a*) una obligación posible, surgida a raíz de sucesos pasados y cuya existencia ha de ser confirmada solo porque sucedan, o no sucedan, uno o más sucesos inciertos en el futuro que no están enteramente bajo el control de la entidad; o bien *b*) una obligación presente surgida a raíz de sucesos pasados que no se ha reconocido contablemente porque no es probable que la entidad tenga que satisfacerla desprendiéndose de recursos que supongan beneficios económicos o un potencial de servicio o porque el importe de la obligación no puede ser medido con la suficiente fiabilidad.

Pasivos: obligaciones presentes de la entidad que surgen de hechos pasados y cuya liquidación se espera que represente para la entidad un flujo de salida de recursos que incluyan beneficios económicos o un potencial de servicio.

Personal directivo principal: según las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, se trata de los funcionarios responsables de planificar, dirigir y controlar las actividades de la entidad que presenta los estados financieros.

Políticas contables: principios, bases, acuerdos, reglas y procedimientos específicos adoptados por la entidad en la elaboración y presentación de sus estados financieros.

Prestaciones a los empleados: todas las formas de consideración que ofrece una entidad a cambio de los servicios prestados por su personal. Son todas las prestaciones, salarios, subsidios, beneficios e incentivos.

Productos: cambios en las aptitudes o habilidades y capacidades de las personas o instituciones, o la disponibilidad de nuevos productos y servicios, que resultan de la realización de actividades bajo el control de la Secretaría. Se logran con los recursos proporcionados y en el plazo especificado.

Propiedad, planta y equipo: activos tangibles que: a) posee una entidad para su uso en la producción o suministro de bienes y servicios, para arrendarlos a terceros o para propósitos administrativos; y *b*) se espera serán utilizados durante más de un período contable. Los activos denominados «Propiedad, planta y equipo» no deben confundirse con los inventarios definidos anteriormente, aunque pueden ser contados y verificados físicamente.

Provisión: pasivo de cuantía o vencimiento inciertos.

Riesgo: evento potencial, parcial o totalmente fuera de control, que podría afectar negativamente al logro de resultados.

Segmento: actividad o grupo de actividades de una entidad que tienen características reconocibles y para las que resulta conveniente presentar información financiera por separado con el fin de evaluar la gestión realizada por la entidad en el pasado para lograr sus objetivos y adoptar decisiones respecto de la asignación de recursos en el futuro.

Transacciones con contraprestación: transacciones en las que una entidad recibe activos o servicios, o ha cancelado pasivos, y entrega a cambio un valor aproximadamente igual (principalmente en efectivo, bienes, servicios o uso de los activos) directamente a otra entidad.

Transacciones sin contraprestación: transacciones que no son cambiarias. En este tipo de transacción, una entidad recibe un valor de otra entidad sin dar a cambio directamente otro valor aproximadamente igual o entrega a otra entidad un valor sin recibir a cambio directamente otro valor aproximadamente igual.

Valor razonable: importe por el que puede ser intercambiado un activo o cancelado un pasivo entre partes interesadas y debidamente informadas en condiciones de independencia mutua.

Valor realizable neto: precio estimado de venta en el curso ordinario de las operaciones, menos los costos estimados para terminar su producción y los necesarios para llevar a cabo la venta, el intercambio o la distribución.

= = =

Cover by WHO/GRAPHICS

Organización
Mundial de la Salud