Organización Mundial de la Salud

69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A69/4**
Punto 11.1 del orden del día provisional **11 de marzo de 2016**

Reforma de la OMS: panorama general de la aplicación de la reforma

Informe de la Directora General

1. En este informe se describe de forma sucinta la marcha del proceso de reforma de la OMS desde que se presentó el último informe al respecto a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud.[1] Tras una exposición general del estado actual del proceso, se examinan los avances realizados en las tres grandes líneas de trabajo que lo configuran (programas y fijación de prioridades; gobernanza; y gestión) y se presentan los indicadores que se han definido para cuantificar el cumplimiento de los objetivos de la reforma, ejemplificados con datos procedentes de varias de las oficinas principales. En su 138.ª reunión, el Consejo Ejecutivo examinó y tomó nota de una versión anterior del presente informe.[2]

2. La nueva línea de trabajo que incide en la respuesta de la OMS ante brotes y emergencias sanitarias constituye un elemento importante del programa de reforma, con actividades que guardan entre sí una estrecha correspondencia. De la respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala se informa por separado en otro documento.[3]

PANORAMA GENERAL

3. En los cinco años transcurridos desde que la Directora General esbozó sus propuestas de reforma de la OMS,[4] se ha avanzado sustancialmente para cumplir los objetivos que han de hacer de la OMS una organización más eficaz, eficiente, transparente y responsable, capaz de aprovechar sus puntos fuertes y ventajas comparativas para mejorar los resultados sanitarios. Los progresos registrados desde 2011 en las distintas líneas de reforma han sido dispares, con avances muy sustanciales en la reforma programática y menos importantes en las reformas de la gobernanza y de la gestión. Durante el próximo bienio todas las actividades de reforma serán integradas en los procedimientos de trabajo de la Organización.

4. La mayoría de los productos de la reforma (un 84%) han entrado ahora en la fase de aplicación, en una proporción que no ha cambiado sensiblemente desde mayo de 2015 porque el trabajo sobre varios de ellos quedó pospuesto para que la OMS pudiera volcarse en la respuesta al brote de enfermedad

---

[1] Véanse el documento A68/4 y las actas resumidas de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, Comisión A, primera sesión, sección 2 (documento WHA68/2015/REC/3).

[2] Véanse el documento EB138/5 y las actas resumidas de la 138.ª reunión del Consejo Ejecutivo, tercera sesión, sección 3 (documento EB138/2016/REC/2).

[3] Documento A69/26.

[4] Véase el documento EB128/INF.DOC./3.

por el virus del Ebola. En la segunda mitad de 2015 se empezó de nuevo a trabajar sobre dichos productos, aunque todavía no se ha alcanzado la fase de aplicación. Aun así, se han logrado progresos cuantificables por lo que respecta a concluir la aplicación, con un porcentaje que ha pasado de poco más de un 50% al 60%.

5. Con la elaboración de un marco de seguimiento más robusto, conforme a la recomendación dimanante de la segunda etapa de la evaluación de la reforma de la OMS,[1] ahora cabe la posibilidad, cuando conviene, de dar cuenta de la repercusión de esas reformas y medidas específicas atendiendo a un conjunto de parámetros de ejecución cuya evolución en el tiempo es posible seguir y que se presentan por primera vez en este informe (véase el anexo). Los indicadores ponen de manifiesto logros importantes en algunos ámbitos, pero más escasos en otros, lo que hasta cierto punto refleja el ritmo al que avanzan las distintas líneas de reforma. Esos indicadores ayudarán a definir un orden de prioridades de las actividades de reforma en el bienio 2016-2017. Aunque en ciertas áreas las repercusiones parecen ser escasas, quizá ello se deba al plazo relativamente corto que separa el momento de la aplicación del de la medición.

6. El brote de enfermedad por el virus del Ebola en África occidental ha influido sustancialmente en la reforma de la OMS y lastrado el ritmo de trabajo y de ejecución de actividades en toda la Organización, incluidas las labores de reforma, colocando bajo una enorme presión los sistemas y estructuras de gestión de la OMS. El brote hizo más perentoria la necesidad de acelerar la aplicación de algunos elementos clave de la reforma, pero también dejó claro que convenía reformar más profundamente la labor de la OMS ante brotes y emergencias sanitarias para dotar a la Organización de los medios de orquestar rápidamente una respuesta masiva a gran escala frente a emergencias sanitarias complejas. La Directora General, guiada en este quehacer por un grupo consultivo formado por expertos internacionales en brotes epidémicos y emergencias sanitarias y humanitarias, ha puesto en marcha las reformas del trabajo de la OMS ante emergencias sanitarias, estrechamente ligadas a los planes generales de reforma.[2]

REFORMA PROGRAMÁTICA

7. La reforma programática es el ámbito en el que más se ha avanzado: han culminado más del 80% de las actividades previstas, y los indicadores definidos en relación con esta línea de reforma ponen también de relieve ciertos progresos.

8. Para poder contribuir a la obtención de mejores resultados sanitarios, la OMS debe centrarse en prioridades programáticas que deparen productos claros y cuenten con financiación suficiente. En el presupuesto por programas 2014-2015 se dieron los primeros pasos al respecto, que después se llevaron más lejos al elaborar el presupuesto por programas 2016-2017. Los tres niveles de la Organización han participado sistemáticamente en el proceso de planificación, gracias a un planteamiento de coordinación que se concreta en redes de categorías y áreas programáticas. Alrededor de dos tercios de las redes de áreas programáticas celebraron reuniones presenciales durante las labores de planificación del presupuesto por programas 2016-2017. Como parte de un proceso «ascendente» de planificación y fijación de prioridades, se pidió a las oficinas en los países que trabajaran con sus contrapartes gubernamentales para determinar 10 ámbitos prioritarios a los que habrían de asignar como mínimo un 80%

[1] Véase el documento EB134/39.

[2] Para más información sobre la reforma de la labor de la OMS en emergencias sanitarias y sobre el quehacer del grupo consultivo sobre la reforma de la labor de la OMS en los brotes epidémicos y emergencias con consecuencias sanitarias, véase (en inglés) http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/en/ (consultado el 2 de marzo de 2016).

de su presupuesto. Aunque en algunos países de grandes dimensiones o más heterogéneos ello resultara más difícil, la mayoría de las oficinas de país consiguieron atenerse a esta pauta, y un 66% de ellas[1] han asignado como mínimo un 80% de su presupuesto al pequeño conjunto de prioridades definido para 2016-2017. A fin de consolidar aún más la presencia de la OMS en los países, la Región del Mediterráneo Oriental, por ejemplo, ha incrementado la asignación presupuestaria destinada a las oficinas de país en detrimento del nivel regional. Por su parte, los Estados Miembros de la Región de las Américas han aprobado una política presupuestaria[2] en la que se aplica una fórmula basada en las necesidades sanitarias para determinar las asignaciones presupuestarias de las oficinas de país, fórmula que incluye, entre otros elementos, indicadores sanitarios y económicos. En dicha política se define también un nivel mínimo de presencia física en cada país con representación de la OMS/OPS y se asigna un 40% del presupuesto regional a las oficinas en los países, un 7% a las oficinas subregionales, un 18% a las actividades entre países y un 35% a la Oficina Regional. La red de funcionarios encargados de la gestión de programas establecida en la Región del Pacífico Occidental, por otra parte, ha reforzado la aplicación del presupuesto por programas y el plan de recursos humanos, y ahora ha asumido también la tarea de planificar y prever las prioridades técnicas y estratégicas en cada país durante el proceso de elaboración de las estrategias de cooperación en los países.

9. La cadena de resultados definida para el presupuesto por programas 2016-2017 ha sido reforzada con la elaboración de indicadores relativos a los productos institucionales, vinculados a resultados sanitarios cuantificables. Se está mejorando la conexión entre resultados y recursos, y se fusionarán la evaluación de la ejecución y el informe financiero correspondientes al presupuesto por programas 2014-2015.

10. Se han introducido sensibles mejoras en la financiación del presupuesto por programas, otorgando un papel importante al diálogo sobre financiación.[3] En los tres últimos bienios, la financiación del presupuesto básico ha ido ganando en previsibilidad: del 62% de principios del bienio 2012-2013[4] se pasó a un 77% en el bienio 2014-2015, y al 83% para 2016-2017. También ha mejorado el alineamiento entre los recursos y el presupuesto por programas en lo tocante a las categorías, pero todavía quedan varias áreas programáticas con una financiación relativamente insuficiente. El mayor grado de alineamiento logrado para el bienio 2014-2015 obedeció sobre todo al hecho de que la Directora General efectuara una asignación más estratégica de los recursos flexibles, y no tanto a cambio alguno en el comportamiento de los donantes. Poco a poco se sigue reduciendo el grado de vulnerabilidad financiera: el porcentaje de fondos procedentes de los 20 principales donantes pasó de un 82,3% en 2010-2011 a un 75,9% en el bienio 2014-2015. Ha mejorado sustancialmente la transparencia, y en el portal web revisado[5] se ofrecen ahora datos detallados sobre el tránsito de fondos desde el nivel central hasta el de las oficinas de país. La próxima versión del portal contendrá información más pormenorizada sobre los resultados obtenidos y sobre el grado de contribución de los recursos a dichos resultados.

11. Con estas novedades en la fijación de prioridades, la expresión de los resultados y la financiación, es previsible que haya una mejora cuantificable de la contribución de la OMS a los resultados sanitarios, que se siguen de cerca por medio de los indicadores de efectos incluidos en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y recogidos también en los presupuestos por programas bienales.

---

[1] Esta cifra no incluye las oficinas de país de la Región de las Américas.

[2] Documento CSP28/7.

[3] Véase el documento EB138/42.

[4] La financiación para 2012-2013 no incluía la previsión de ingresos, que sí se tuvo en cuenta al preparar los presupuestos de 2014-2015 y 2016-2017.

[5] Véase http://extranet.who.int/programmebudget/ (consultado el 2 de marzo de 2016).

REFORMA DE LA GOBERNANZA

12. El objetivo global que se persigue con esta línea de reforma es el de dotar de mayor coherencia a la salud mundial, con dos efectos previstos: mayor eficacia de los procesos decisorios de los órganos deliberantes; y una colaboración más estrecha con los interlocutores. Las que tocan a los mecanismos de gobierno suelen ser las más arduas de todas las reformas institucionales, de lo que da fe la relativa lentitud con que se avanza en este terreno, pues solo han culminado un 50% de las actividades de reforma. Pese a los limitados avances que se han logrado a escala mundial, existen ejemplos de buenos resultados a nivel regional. La Región de Asia Sudoriental, por ejemplo, ha logrado agilizar el trabajo del Comité Regional reduciendo el número de puntos del orden del día, de documentos preparatorios y de resoluciones de las reuniones y difundiendo la documentación por vía electrónica.

13. En su decisión EB136(16), el Consejo Ejecutivo decidió, entre otras cosas, establecer un proceso de consultas incluyente de los Estados Miembros sobre la reforma de la gobernanza, que finalizara no más tarde de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2016) y que, por conducto del Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 2016, sirviera para formular recomendaciones sobre el modo de conferir más eficiencia a la gobernanza de la OMS. En mayo de 2015 tuvo lugar la primera reunión abierta de Estados Miembros sobre la reforma de la gobernanza, a la que siguió una segunda los días 10 y 11 de diciembre de 2015.[1]

14. Sigue adelante el trabajo para concluir el marco para la colaboración con agentes no estatales.[2] En espera de que este marco quede ultimado, la Secretaría sigue llevando a cabo procesos de diligencia debida y evaluaciones de los riesgos ligados a la colaboración con agentes no estatales y publicando en el sitio web de la OMS información sobre estas relaciones de colaboración.[3]

REFORMA DE LA GESTIÓN

15. Aunque ha habido progresos importantes por lo que respecta a la reforma de la gestión, el brote de ebola ha evidenciado la crucial importancia de proceder a reformas más profundas, especialmente en los ámbitos de los recursos humanos, la gestión de la información y las comunicaciones estratégicas.

Recursos humanos

16. En informes anteriores dirigidos a los órganos deliberantes se han descrito diferentes reformas de los recursos humanos basadas en la estrategia en la materia, que tenían por objetivo garantizar una dotación de personal adaptada a las necesidades de la Organización en sus tres niveles de trabajo. En el informe anual sobre los recursos humanos[4] se presenta a grandes rasgos la situación mundial al respecto, aunque en él también se tienen presentes las necesidades específicas de regiones y países: la Región de África, por ejemplo, ha elaborado un modelo para adaptar las características y el volumen de la plantilla a las prioridades programáticas. Como parte del modelo se tienen en cuenta la carga de morbilidad y los años de vida ajustados en función de la discapacidad en los diferentes países de la región. La Región de Europa, por su parte, redujo sus gastos de personal entre 2012 y 2014.

---

[1] Véase el documento EB138/6.

[2] Véase el documento EB138/7.

[3] Véase: http://www.who.int/about/collaborations/partnerships/other-collaborations/en/ (consultado el 2 de marzo de 2016).

[4] Véase el documento A69/52.

17. La planificación en materia de recursos humanos es ahora más eficaz, como demuestra el hecho de que haya planes de dotación del personal para un 62% de los puestos que en el bienio corriente quedarán vacantes por jubilación. Se están armonizando los procesos de contratación, y en 2015 se consiguió cubrir en un plazo de 15 semanas un 70% de las vacantes correspondientes a personal de contratación internacional. Para lograrlo se utilizan descripciones de puesto genéricas y se establecen listas de candidatos cualificados, como ha empezado a hacer por ejemplo la Región del Mediterráneo Oriental. También se está trabajando para mejorar los niveles de equidad entre los sexos y de diversidad geográfica, aunque los progresos han sido lentos al respecto. Solo un 33% de los titulares de puestos de grado P5 a D2 y un 36% de los directores de oficinas de la OMS en los países son mujeres (datos correspondientes a 2014 y octubre de 2014, respectivamente), mientras que un 32% de los Estados Miembros de la OMS siguen sin estar representados, o contando con una representación insuficiente, en la categoría de personal profesional de contratación internacional.

18. Ya se está aplicando la nueva política de movilidad geográfica, cuya primera fase de movilidad voluntaria dará comienzo en 2016 a partir de una lista de puestos sujetos a rotación que se está ultimando actualmente. En consulta con las asociaciones del personal de la OMS, se ha elaborado un plan de acción destinado a reforzar el sistema de justicia interna (plan que incluye una serie de actividades prioritarias específicas, así como un calendario).

Rendición de cuentas

19. Las deliberaciones mantenidas por el Consejo Ejecutivo y su Comité de Programa, Presupuesto y Administración en mayo de 2015 pusieron de manifiesto que la rendición de cuentas era uno de los aspectos a los que convenía prestar especial atención, con el fin de corregir lo que el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión había descrito como una «cultura de tolerancia respecto de la inobservancia» [de reglamentos y políticas] dentro de la Organización.[1] El porcentaje de auditorías operacionales que arrojan una valoración «satisfactoria» o «parcialmente satisfactoria», parámetro que constituye la principal medida de la rendición de cuentas, ha permanecido relativamente estático en los dos últimos años (un 74% en 2013, un 67% en 2014 y un 69% en 2015).

20. Además de las medidas descritas en el informe presentado a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,[2] se han puesto en marcha otras medidas complementarias para reforzar la rendición de cuentas, la transparencia y los controles internos:

a) Todos los centros presupuestarios de la OMS han establecido un registro de riesgos e implantado planes específicos de reducción de riesgos que en conjunto cubren un 98% de los riesgos detectados en toda la Organización.

b) Entre las medidas destinadas a alentar el respeto de valores éticos fundamentales están la publicación de un informe anual sobre las investigaciones relativas a presuntas faltas de conducta y la distribución al personal de información actualizada anualmente sobre las medidas disciplinarias impuestas en tales casos.

c) Especial atención se está prestando a la rendición de cuentas en las oficinas de país: tras implantar en ellas el uso de listas de verificación para la autoevaluación, está en curso la elaboración de indicadores fundamentales de desempeño. La Región de Europa, por ejemplo, ha

[1] Véase el documento EBPBAC22/3, párr. 17.

[2] Documento A68/4.

puesto en marcha una iniciativa encaminada a definir claramente en una matriz quién es responsable, quién debe rendir cuentas, quién debe ser consultado y quién debe ser informado con respecto a las distintas etapas que configuran los principales procedimientos de trabajo, y ello desde el nivel regional hasta el nacional. La Región de África, tras definir una serie de indicadores básicos de eficacia de la labor directiva que se aplican a diversos ámbitos (como finanzas, compras, viajes o seguridad), ha fijado metas cuantificables y determinado las correspondientes fuentes de datos para cada una de las oficinas de país. También se han consensuado horquillas de cumplimiento de esas metas, que servirán para evaluar el desempeño de los correspondientes funcionarios de cada oficina de país. La red para la aplicación de la reforma, en la que están representadas todas las oficinas principales, ha servido de foro de aprendizaje e intercambio de experiencias por lo que respecta a instaurar la rendición de cuentas en el conjunto de la Organización.

21. Entre las nuevas medidas que se adoptarán en 2016-2017 para promover un mayor grado de rendición de cuentas y transparencia figuran la aplicación de la política de gestión de riesgos institucionales (que incluye un mecanismo para elevar al personal directivo superior los riesgos más importantes) y la creación de una línea telefónica directa para denunciar irregularidades.

Evaluación

22. A la 138.[a] reunión del Consejo Ejecutivo se presentó información actualizada sobre los progresos realizados en el terreno de la evaluación, junto con un proyecto de plan de trabajo de evaluación para 2016-2017.[1] Varias de las evaluaciones programadas para 2015 fueron retrasadas o pospuestas hasta 2016 con el fin de desgajar recursos destinados específicamente a apoyar al Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola, cuya labor concluyó en julio de 2015.

Gestión de la información

23. En noviembre de 2015 la Directora General hizo público su compromiso de atenerse a las normas dictadas por la Iniciativa Internacional para la Transparencia de la Ayuda. Un elemento fundamental de ese compromiso será la formulación y aplicación de una política de divulgación de información, que quedará ultimada en 2016.

Comunicación

24. Atendiendo a las enseñanzas extraídas del brote de ebola, las actividades en materia de comunicación se han centrado en la comunicación sobre riesgos y emergencias y en la presencia en redes sociales y medios de comunicación mundiales. En 2012 se llevó a cabo una gran encuesta entre los interlocutores, que se repitió en 2015. Se está ultimando ahora una estrategia de comunicación de la OMS que sirva para orientar la labor de la Organización en la materia.

CURSO FUTURO DE APLICACIÓN DE LA REFORMA

25. Aunque los indicadores de reforma ponen de manifiesto mejoras cuantificables del funcionamiento institucional en varios terrenos, urge seguir avanzando en ámbitos como la gobernanza, los recursos humanos, la rendición de cuentas o la gestión de la información, lo que en principio se logrará cuando las restantes reformas institucionales entren en la fase de aplicación. La práctica cada vez más extendida de realizar evaluaciones independientes de los indicadores de desempeño institucional

[1] Documento EB138/44.

reforzará la evaluación objetiva de la reforma de la OMS. Esta dinámica es aún más pronunciada en las regiones: la Región de África, por ejemplo, dispone de un «Programa de transformación»[1] en el que están definidas con claridad acciones estratégicas prioritarias para acelerar la aplicación de la reforma.

26. Con la voluntad de sostener en el tiempo las reformas institucionales actualmente en marcha, se están adoptando medidas para institucionalizar el aprendizaje corporativo mediante diversos mecanismos internos, en particular el Grupo Mundial de Políticas, las redes de categorías y de áreas programáticas y otras reuniones periódicas de altos cargos directivos. Cada vez más, estos mecanismos constituyen un medio por el que se comparten las recomendaciones y enseñanzas dimanantes de las evaluaciones, auditorías y valoraciones del desempeño. Se ha establecido una red para la aplicación de la reforma que sirve para coordinar y armonizar la puesta en práctica de las reformas entre los tres niveles que integran la Organización.

27. Como parte de la nueva línea de reforma que incide en la labor de la OMS ante brotes y emergencias sanitarias también se abordarán varios ámbitos específicos, como los recursos humanos, la gestión de la información o la comunicación, lo que contribuirá a reforzar los procesos de gestión en el conjunto de la Organización, y especialmente en los países, donde mayor es la necesidad al respecto.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

28. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del presente informe.

[1] Véase http://www.afro.who.int/en/rdo/transformation-agenda.html (consultado el 2 de marzo de 2016).

ANEXO

SEGUIMIENTO DE LA REFORMA DE LA OMS: PARÁMETROS DE EJECUCIÓN

	Resultado (Efecto/Producto)	Indicador	Nivel de referencia		Nivel corriente		Observaciones
1	**Mejores resultados sanitarios**						
1.1	**Se definen y persiguen de forma sistemática, transparente y específica, y se financian en consecuencia, las prioridades de la OMS**	**Grado de alineamiento de los ingresos y gastos con el presupuesto por programas aprobado, por categoría y por oficina principal**					**Este indicador no incluye las partidas presupuestarias destinadas a: la Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (AMRO/OPS); la respuesta a brotes y crisis; y la poliomielitis.**
		***a*) Ingresos**	**Junio de 2013**	**Nivel mínimo de distribución de consignaciones: 68% (Objetivo estratégico 5); y 72% (Oficina Regional para Asia Sudoriental [SEARO])**	**Junio de 2015**	**Nivel mínimo de distribución de consignaciones: 87% (categoría 2 – enfermedades no transmisibles); y 88% (Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental [EMRO])**	**La distribución de consignaciones se utiliza como indicación aproximada de los ingresos. El nivel mínimo de distribución de consignaciones, expresado como porcentaje del presupuesto por programas aprobado, indica el nivel más bajo de alineamiento.**
		***b*) Gastos**	**Junio de 2013**	**Gasto mínimo: 44% (Objetivo estratégico 2); y 47% (SEARO)**	**Junio de 2015**	**Gasto mínimo: 51% (categoría 2); y 53% (EMRO)**	**El volumen mínimo de gasto, expresado como porcentaje del presupuesto por programas aprobado, indica el nivel más bajo de alineamiento.**
1.1.1	Fijación de prioridades en función de las necesidades, definición de resultados y asignación de recursos en consonancia con la obtención de resultados	Porcentaje de las oficinas de país que asignan al menos un 80% de su presupuesto a las 10 áreas programáticas prioritarias que han definido de antemano	No hay valor de referencia, pues anteriormente no se aplicaba en todo el mundo el concepto de áreas prioritarias predefinidas		2016-2017	66%	Antes del proceso de planificación operacional se pidió a las oficinas de país que definieran sus prioridades (10 áreas programáticas). A veces, dependiendo del tamaño y el nivel de heterogeneidad del país, el número de prioridades era algo mayor o menor. Después de la planificación operacional, se determinó con un estudio el porcentaje de las oficinas de país que tenían asignado al menos un 80% de su presupuesto, esto es, de los costos previstos, a las prioridades definidas de antemano. Dicho estudio no incluye: AMRO/OPS; la respuesta a brotes y crisis; la poliomielitis; y la categoría 6 (Servicios corporativos/funciones instrumentales).

	Resultado (Efecto/Producto)	Indicador	Nivel de referencia		Nivel corriente		Observaciones
1.1.2	Modelo más eficaz de prestación de servicios en los tres niveles de la Organización para brindar un mejor apoyo a los Estados Miembros	Porcentaje de redes de áreas programáticas dotadas de un mecanismo de coordinación eficaz	No hay valor de referencia, pues anteriormente no se aplicaba en todo el mundo el concepto de redes de áreas programáticas		2014-2015	64%	Como valor aproximado se utiliza el porcentaje de redes de áreas programáticas que mantuvieron reuniones presenciales para la elaboración o planificación operacional del Presupuesto por programas 2016-2017. Este indicador no incluye la categoría 6.
1.1.3	Financiación suficiente y coherente para secundar los principales objetivos estratégicos	Porcentaje del presupuesto por programas que cuenta con financiación al principio del bienio	2012-2013	62%	2016-2017	83%	Este indicador denota el grado de previsibilidad de la financiación a nivel mundial, pero no tiene en cuenta su grado de alineamiento. Incluye las proyecciones.
1.1.4	Información transparente sobre la obtención de resultados y el uso de los recursos	Nivel de ejecución cuantificado mediante una evaluación global de la obtención de los productos previstos	2012-2013	Un 63% obtenido integralmente	2014-2015	Datos aún no disponibles	Aunque todavía no se ha evaluado la ejecución del presupuesto al final del bienio 2014-2015, el informe a mitad de periodo pone de relieve que en las áreas programáticas la ejecución es del 90%. En el próximo periodo de presentación de informes se compararán entre sí las dos evaluaciones de final de bienio.
2	Mayor nivel de coherencia en la salud mundial	Medida en que las prioridades de liderazgo quedan recogidas en las resoluciones y decisiones adoptadas durante el bienio por los órganos deliberantes (Asamblea Mundial de la Salud y Consejo Ejecutivo)	2013	45%	2015	55%	La inmensa mayoría de las resoluciones y decisiones tienen que ver con temas de gestión y administración. De entre las que revisten carácter técnico, este indicador mide aquellas que recogen las seis prioridades de liderazgo.
		Porcentaje de los interlocutores externos según los cuales la OMS trabaja con gran eficacia para influir en las políticas y mejorar así la salud de las personas a escala mundial	2012	74%	2015	84%	Este es un indicador complementario, que se utiliza únicamente con fines de validación y se calcula a partir de las encuestas sobre percepción de la OMS por los interesados directos realizadas en 2012 y 2015.
2.1	Mejora del proceso de adopción de decisiones estratégicas	Opinión de los Estados Miembros sobre la eficacia del proceso de deliberación y decisión en las reuniones de los órganos deliberantes					Pendiente de los resultados del proceso de consultas incluyente de los Estados Miembros sobre la reforma de la gobernanza.
		Número de reuniones preparatorias (1 de junio de 2014 – 31 de mayo de 2015)					

	Resultado (Efecto/Producto)	Indicador	Nivel de referencia		Nivel corriente		Observaciones
2.1.1	Participación activa antes de las reuniones de los órganos deliberantes	Porcentaje de los documentos de los órganos deliberantes que se entregan dentro de los plazos convenidos	2013	52%	2015	48%	La OMS está obligada a facilitar a los Estados Miembros la documentación de las reuniones de sus órganos deliberantes seis semanas antes de que empiece cada reunión. Este criterio no se aplica a los documentos «tardíos acordados». Este indicador no incluye la documentación de los comités regionales. El 51% de los documentos para la 138.ª reunión del Consejo Ejecutivo se presentaron a tiempo.
2.1.2	Coordinación y armonización de las prácticas de los órganos deliberantes						Pendiente de los resultados del proceso de consultas incluyente de los Estados Miembros sobre la reforma de la gobernanza.
2.1.3	Labor coherente de los Estados Miembros sobre las cuestiones de salud mundial	Número de países que cuentan con procesos explícitos y eficaces para preparar las reuniones de los órganos deliberantes, participar en ellas y aplicar las decisiones adoptadas en ellas					Pendiente de los resultados del proceso de consultas incluyente de los Estados Miembros sobre la reforma de la gobernanza.
2.2	Colaboración más estrecha y eficaz con los interlocutores	Número de agentes no estatales y de alianzas sobre cuya naturaleza y colaboración con la OMS se dispone de información	Principios de 2014	100	2015	295	Fuentes: http://www.who.int/about/collaborations/partnerships/other-collaborations/en/; http://www.who.int/civilsociety/relations/NGOs-in-Official-Relations-with-WHO.pdf?ua=1
2.2.1	Aprovechamiento de la aportación de agentes no estatales para lograr los resultados de la OMS	Porcentaje de los productos, por oficina principal, logrados con una contribución importante de agentes no estatales					Pendiente del marco para la colaboración con agentes no estatales.
2.2.2	Gestión de los riesgos derivados de las colaboraciones	Número de procesos de diligencia debida realizados	2013	500	2015	624	Número de procesos de diligencia debida realizados a tenor de la documentación del departamento responsable.
		Porcentaje de los interlocutores externos que no consideran que la OMS esté sometida a influencias indebidas por parte de la industria o el sector privado	2012	36%	2015	37%	Este es un indicador complementario, que se utiliza únicamente con fines de validación y se calcula a partir de las encuestas sobre percepción de la OMS por los interesados directos realizadas en 2012 y 2015.
2.2.3	Máxima convergencia posible con la reforma del sistema de las Naciones Unidas para cumplir con eficacia y eficiencia el mandato de las Naciones Unidas	Porcentaje de los Marcos de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo que contienen resultados relacionados con la salud (concordantes con las prioridades de liderazgo de	2012	67%	2015	91%	Datos tomados de los informes de 2012 y 2015 sobre la presencia de la OMS en países, territorios y zonas (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136487/1/WHOPresence2012Report.pdf?ua=1 y http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171388/1/WHO_Presence_Report_2015.pdf?ua=1)

	Resultado (Efecto/Producto)	Indicador	Nivel de referencia		Nivel corriente		Observaciones
		la OMS)					
3	Una organización en busca de la excelencia	Nivel de desempeño en la gestión y administración de la OMS					Para cuantificar este indicador se propone utilizar los informes de la Red de Evaluación del Desempeño de Organizaciones Multilaterales (MOPAN). En tal caso, se compararían los resultados del informe de 2013 con los del próximo informe de la MOPAN. La formulación exacta se determinará una vez esté disponible el informe de 2015.
		Porcentaje de los interlocutores externos a los que la labor de la OMS en los últimos 3-5 años inspira «creciente confianza» o una «gran confianza permanente»	2012	76%	2015	61%	Este es un indicador complementario, que se utiliza únicamente con fines de validación y se calcula a partir de las encuestas sobre percepción de la OMS por los interesados directos realizadas en 2012 y 2015.
3.1	Dotación de personal adaptada a las necesidades en todos los niveles de la Organización	Porcentaje de los puestos que con certeza van a quedar vacantes por jubilación para los que exista un plan definido de dotación del personal (p.ej. reestructuración, detección y fomento del talento a nivel interno, contratación)	2012-2013	No disponible	2014-2015	62%	La adecuada previsión y planificación de las vacantes se utiliza como medida aproximada de una dotación de personal que se ajusta a las necesidades de la Organización: las vacantes por jubilación, conocidas con mucha antelación, se prestan por ello a una correcta planificación. Las cifras corresponden a las vacantes en todo el mundo.
3.1.1	Estrategia de recursos humanos más ajustada y pertinente						
3.1.2	Se atrae el talento	Celeridad de la contratación (lapso entre el anuncio de la vacante y la selección del candidato) de funcionarios de contratación internacional a tiempo completo	2014	Un 65% cubierto en un plazo de 15 semanas	2015	70%	
3.1.3	Se retiene y fomenta el talento	Porcentaje de los funcionarios de las categorías profesional y superior que han cambiado de lugar de destino en el último año	2013	9,5%	2015	9%	Aunque este indicador ya se calcula, hay que tener presente que todavía no se ha aplicado la nueva política de movilidad. El indicador no incluye la AMRO/OPS.
3.1.4	Se generan condiciones favorables	Número de apelaciones o posibles apelaciones resueltas por medios oficiosos o examen administrativo (con arreglo al procedimiento de examen del sistema de justicia interna)	2015	25%			El nivel de referencia se tomó a finales de 2015, justo antes de que empezara a aplicarse el sistema revisado de justicia interna.

	Resultado (Efecto/Producto)	Indicador	Nivel de referencia		Nivel corriente		Observaciones
3.2	Mecanismos eficaces de rendición de cuentas, transparencia y gestión de riesgos por parte de la administración	Porcentaje de auditorías operacionales que arrojan una valoración «satisfactoria» o «parcialmente satisfactoria» durante el bienio	2013	74%	2015	69%	Según las cifras comunicadas por la Oficina de Servicios de Supervisión Interna a la Asamblea Mundial de la Salud en 2014 y 2015.
3.2.1	Procesos eficaces de control interno y de gestión de riesgos	Porcentaje de riesgos cubiertos por un plan de mitigación	No hay valor de referencia porque anteriormente no se disponía de un marco mundial relativo a los riesgos		Noviembre de 2015	98%	Número de riesgos detectados a escala mundial para los que existe un plan de reducción de riesgos.
3.2.2	Régimen eficaz de divulgación de información y gestión de conflictos	Proporción de los participantes en reuniones que cumplimentan un formulario de declaración de intereses					Aunque hoy en día se tienen en cuenta el 100% de las declaraciones de intereses facilitadas, este indicador da una medida aproximada de la eficacia con que se divulgan esas declaraciones. Se empezará a cuantificar una vez implantada la correspondiente herramienta.
3.2.3	Eficaz promoción y observancia de los valores éticos fundamentales	Transparencia e información sobre las medidas adoptadas en los casos de (presunta) infracción	2012	No hay documentación al respecto	2015	Comunicación periódica a los interlocutores	Presentación de un informe anual sobre las investigaciones realizadas y transmisión periódica al personal de información sobre las medidas disciplinarias adoptadas para sancionar faltas de conducta.
3.3	Institucionalización de una cultura corporativa de evaluación y aprendizaje	Número de evaluaciones previstas que se han realizado con arreglo a la política de evaluación de la OMS (en comparación con el plan de trabajo de evaluación bienal de toda la Organización)					
3.3.1	Fortalecimiento de la política de evaluación de la OMS						Dado que el nuevo marco de trabajo en materia de evaluación quedó ultimado y fue acordado a principios de 2015, los indicadores solo se calcularán y empezarán a arrojar resultados a partir de 2016.
3.3.2	Institucionalización de la función de evaluación	Organización estructural y operativa de la evaluación en el conjunto de la OMS respaldada por recursos específicos para aplicar el plan de trabajo del «marco para fortalecer la evaluación y el aprendizaje institucional»					
3.3.3	El personal y los programas planifican evaluaciones y utilizan los resultados de estas para mejorar su labor	Tasa de aplicación de las recomendaciones dentro de los plazos especificados a partir de la fecha del informe de evaluación > 85%					

	Resultado (Efecto/Producto)	Indicador	Nivel de referencia		Nivel corriente		Observaciones
3.3.4	Fomento por la OMS del aprendizaje a partir de los éxitos y fracasos	Porcentaje de evaluaciones en las que se determinan las enseñanzas extraídas (requisitos de garantía de calidad de la política de evaluación de la OMS)					
3.4	Gestión de la información como activo estratégico						
3.4.1	Marco estratégico para racionalizar y estandarizar las políticas, procesos, funciones, responsabilidades y herramientas de gestión de la información	Existencia de un marco estratégico aprobado de gestión de la información que cubra un alto porcentaje de los procesos de gestión de la información					Durante las operaciones de respuesta al brote de ebola, las cuestiones de gestión de la información quedaron en suspenso debido a la escasez de recursos. Apenas ahora se empieza a reactivar el trabajo en la materia.
3.4.2	Racionalización de la presentación de informes nacionales	Número de sistemas implantados en apoyo del marco de gestión de la información					
3.4.3	Implantación de sistemas de tecnologías de información y comunicación al servicio de la gestión de la información	Porcentaje del personal que estima disponer de un acceso bueno o excelente a la información que está en manos de otras unidades					
3.4.4	Fomento de una cultura de intercambio de conocimientos	Porcentaje del personal que estima disponer de un acceso bueno o excelente a la información que está en manos de otras unidades					
3.5	Mejora de la fiabilidad, credibilidad y pertinencia de la comunicación	Porcentaje de los interlocutores que juzgan positivamente (de buena o excelente) la capacidad de la OMS para afrontar amenazas de salud pública en el futuro	2012	79%	2015	67%	Cifras tomadas de las encuestas sobre percepción de la OMS por los interesados directos realizadas en 2012 y 2015.
3.5.1	Clara hoja de ruta en materia de comunicación						
3.5.2	Exhibir un nivel constante de calidad y explicar cómo trabaja la OMS en pro de la salud	Porcentaje de encuestados que tienen una opinión positiva de la OMS	2013	63%	2015	68%	Cifras tomadas del «barómetro mundial de ONG» de la Asociación Internacional Gallup.

	Resultado (Efecto/Producto)	Indicador	Nivel de referencia		Nivel corriente		Observaciones
3.5.3	Ofrecer información sanitaria exacta, accesible, oportuna, inteligible y útil	Porcentaje de interlocutores que afirman que la OMS comunica información de salud pública de forma oportuna y accesible	2012	66%	2015	66%	Cifras tomadas de las encuestas sobre percepción de la OMS por los interesados directos realizadas en 2012 y 2015.
3.5.4	Lograr que todo el personal de la OMS tenga acceso a la información programática y organizativa que necesite	Porcentaje del personal que estima disponer de un acceso bueno o excelente a la información que necesita para cumplir su cometido	2012	Datos no disponibles	2015	71%	Cifras tomadas de las encuestas sobre percepción de la OMS por los interesados directos realizadas en 2012 y 2015.
3.5.5	Comunicación rápida, exacta y anticipativa en el curso de brotes epidémicos, emergencias de salud pública y crisis humanitarias	Tiempo transcurrido desde que la OMS tiene conocimiento de un brote hasta que publica el primer mensaje en su página de «Brotes epidémicos»	2015	6 días			Promedio de tiempo transcurrido entre la recepción de la primera notificación y la publicación del primer mensaje de brote epidémico.