A70/40
70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 20.1 del orden del día provisional

INFORME PROGRAMÁTICO Y FINANCIERO DE LA OMS DE MITAD DE PERIODO PARA 2016-2017,

incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016

Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE

PRÓLOGO DE LA DIRECTORA GENERAL 4

Introducción 6

Rectoría financiera y rendición de cuentas 11

SECCIÓN 1. LOGROS POR CATEGORÍAS 21

Categoría 1 Enfermedades transmisibles[1] 22

Categoría 2 Enfermedades no transmisibles 29

Categoría 3 Promoción de la salud en el curso de la vida[2] 37

Categoría 4 Sistemas de salud 45

Categoría E Programa de emergencias sanitarias de la OMS 52

Categoría 6 Servicios corporativos/funciones instrumentales 60

Erradicación de la poliomielitis 67

SECCIÓN 2. DECLARACIÓN DE CONTROL INTERNO 73

SECCIÓN 3. INFORME FINANCIERO, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016 77

Certificación de los estados financieros correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2016 78

Trámite de presentación 79

Dictamen del Comisario de Cuentas 80

Estados financieros 83

Estado I. Estado de situación financiera 83

Estado II. Estado de rendimiento financiero 84

Estado III. Cambios en el valor de los activos netos/patrimonio neto 85

Estado IV. Estado de flujo de efectivo 86

Estado V. Estado de comparación del presupuesto y los importes reales 87

Notas a los estados financieros 88

1. Fundamento de la preparación y presentación 88
2. Políticas contables básicas 89
3. Nota sobre la reexpresión de los saldos 98
4. Información complementaria sobre el estado de situación financiera 98
5. Información complementaria sobre el estado de rendimiento financiero 120
6. Información complementaria del estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto 125
7. Información complementaria sobre el estado de comparación del presupuesto y los importes reales 131

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

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

8. Información financiera por segmentos 133
9. Cancelaciones de créditos y pagos graciables 135
10. Revelación sobre las partes vinculadas y el personal directivo superior 135
11. Hechos posteriores a la fecha de presentación 135
12. Pasivo contingente, compromiso y activos contingentes 136

Cuadro I. **Estado de rendimiento financiero, por fondos principales** 137

Cuadro II. **Gasto por oficina principal – solo Fondo General** 138

ANEXOS 139

Anexo 1 Sinopsis de la situación financiera en 2016 – ingresos y gastos 130

Anexo 2 Calificaciones de los productos e información financiera por programas 140

Anexo 3 Glosario 195

La información sobre las contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2016 se puede consultar en el portal web del presupuesto por programas de la OMS (http://extranet.who.int/programmebudget/). En el documento A70/INF./4 (disponible en el sitio web de la OMS: http://www.who.int/about/finances-accountability/reports/en/) figura información pormenorizada sobre las contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, correspondientes a 2016.

«El proceso de reforma de la OMS ha cobrado gran impulso, y confío en que esa tendencia se sostenga».

PRÓLOGO DE LA DIRECTORA GENERAL

Me complace someter a la consideración de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud el presente informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, que incluye también los estados financieros comprobados correspondientes a 2016.

Este es el último informe programático y financiero unificado que presento en el desempeño de mis funciones como jefa de los servicios técnicos y administrativos de la Organización. El informe refleja, tanto al dar cuenta de la financiación de los programas técnicos como al examinar los resultados de los mismos, mi compromiso para con la transparencia, la rendición de cuentas, la disciplina presupuestaria y la financiación orientada a la obtención de resultados. El proceso de reforma de la OMS ha cobrado gran impulso, y confío en que esa tendencia se sostenga.

Tras la aprobación del presupuesto por programas 2016-2017 por la Asamblea Mundial de la Salud en 2015, se acordó en 2016 incrementar los fondos presupuestarios para la ejecución del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, establecido en cumplimiento de lo recomendado en varias evaluaciones formales de la respuesta ofrecida por la Organización durante el brote de ebola en África occidental. Esto hizo que el presupuesto por programas 2016-2017, ya de por sí elevado en comparación con el del bienio anterior, aumentará aún más.

Para mí, el hecho de que se aceptara incrementar los recursos financieros de la OMS constituye una muestra de confianza en el ya consolidado papel que la Organización desempeña dentro de los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención sanitaria a nivel mundial, a través de sus funciones reguladoras y normativas. Con la implantación del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, se ha ampliado la tradicional cartera de proyectos para pasar a incluir actividades operacionales en los países en relación con las emergencias.

Algunos Estados Miembros insistieron en la necesidad de tener una visión más clara del desempeño efectivo que el nuevo programa alcanzaría en la práctica, y el periodo 2015-2016 aportó los datos probatorios pertinentes.

Muchas de las reformas iniciales introducidas por el programa se vieron puestas a prueba en 2015, cuando el virus de Zika hizo su primera aparición en la Región de las Américas, con la alarmante amenaza de que una picadura de mosquito durante el embarazo podía provocar graves trastornos neurológicos en el recién nacido. Se apostó por una serie de innovaciones, como la introducción de un sistema de gestión de eventos y un mecanismo claro de mando y control, junto con la declaración temprana de las emergencias de salud pública de importancia internacional, que contribuyeron al buen desempeño de la OMS, cuya labor fue elogiada por la pronta actuación y el enfoque estratégico adoptado.

Un segundo gran desafío se presentó en 2016, cuando Angola y la República Democrática del Congo confirmaron brotes de fiebre amarilla en sus respectivas capitales, lo que marcó el inicio de la epidemia más grave y nefasta de esta enfermedad que el continente africano había sufrido en las últimas cuatro décadas. Estos brotes de fiebre amarilla en entornos urbanos pusieron de manifiesto lo que puede ocurrir cuando poblaciones migrantes procedentes de zonas rurales o trabajadores de sectores como la minería o la construcción propagan el virus a ciudades en las que imperan condiciones que hacen de estas últimas auténticos polvorines, a saber: densas poblaciones no inmunizadas, preocupantes niveles de infestación de mosquitos perfectamente adaptados a la vida urbana y endebles infraestructuras que prácticamente imposibilitan el control de estos vectores. La acción de respuesta en un primer momento se vio obstaculizada por una terrible escasez de vacunas, problema este que la OMS y los expertos que le brindan

asesoramiento supieron solventar por medio de una innovadora estrategia de dosificación. Como resultado de todo ello, se llevó a cabo la mayor campaña de vacunación de emergencia contra la fiebre amarrilla jamás emprendida en el África subsahariana. Y se evitó un desastre.

Desafortunadamente, los recursos financieros necesarios para facilitar la plena aplicación del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS no llegaron a materializarse del todo. Los fondos flexibles disminuyeron en comparación con el bienio anterior, lo que hizo empeorar aún más la situación de insuficiencia generalizada de recursos. A medida que vaya avanzando el año en curso, la OMS podría verse obligada a revisar a la baja los resultados previstos correspondientes a programas para los que no se logren movilizar fondos suficientes. Es de prever que estas tendencias y necesidades repercutan también en el proyecto de presupuesto por programas para el bienio 2018-2019.

INTRODUCCIÓN

En una ambiciosa nueva era de desarrollo sanitario enmarcada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la OMS y sus asociados cuentan con una sólida base de éxitos como punto de partida. La salud juega un papel fundamental en el desarrollo y es el aspecto central del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, consistente en «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades». También guarda relación con todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La comprensión de la importancia del papel de la salud es un requisito previo para la adopción de medidas colectivas eficaces relativas a los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

En 2016, la OMS abordó una serie de iniciativas que afectan las vidas de las personas, especialmente los grupos vulnerables, como parte de los esfuerzos comunes por no dejar a nadie rezagado. La OMS presentó su contribución a la consecución de resultados sanitarios acordes a las prioridades establecidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. Las funciones básicas normativa y de convocatoria de la OMS y el aumento del apoyo operacional y de la respuesta en los países han permitido lograr avances considerables.

Los siguientes ejemplos seleccionados ponen de relieve algunos de los principales logros de la OMS en 2016 y permiten comprender la manera en que las inversiones se tradujeron en resultados también en los países.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

La Agenda 2030 ofrece una gran oportunidad para introducir la salud en todos los sectores de la formulación normativa. Dado que su aplicación está dirigida mayormente por los países, la OMS ha comenzado a modificar las modalidades de trabajo para apoyar a los Estados Miembros en sus empeños por alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Un ejemplo concierne a iniciativas específicas destinadas a desarrollar las capacidades y mejorar la preparación de los representantes de la OMS en los países para que puedan incorporar en los planes y estrategias nacionales de salud las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud además de atraer asociados y partes interesadas del sector sanitario y de otros sectores, incluidos agentes no estatales.

La OMS se ha comprometido a colaborar con sus Estados Miembros y asociados para alcanzar el grado más alto posible de salud para todos los pueblos mediante la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura sanitaria universal.

Las oficinas regionales y la sede de la OMS han establecido mecanismos de coordinación en lo que respecta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con el fin de apoyar las actividades destinadas a aplicar la Agenda 2030 en los países, en particular mediante el desarrollo de hojas de ruta, planes de acción y otras iniciativas específicas. En el marco de esos mecanismos se identificaron prioridades regionales específicas mediante la evaluación de las necesidades sanitarias nacionales. Esas prioridades incluyen: mecanismos de financiación innovadores en la Región de África, como parte del programa de transformación de la Organización en la Región; medidas para asegurar la equidad en la Región de las Américas; suministro de cobertura de servicios de salud de primera línea en la Región de Asia Sudoriental; inclusión de la salud en los planes nacionales de desarrollo en la Región de Europa, en consonancia con el marco normativo «Salud 2020»; examen de emergencias agudas y crisis sanitarias prolongadas, haciendo particular hincapié en la cobertura sanitaria universal y en sistemas de información sanitaria más sólidos en la Región del Mediterráneo Oriental; y establecimiento de metas sanitarias nacionales específicas con rigurosos métodos de seguimiento y examen en la Región del Pacífico Occidental. Además de la labor sanitaria que realizan las oficinas regionales de la OMS, las comisiones regionales de las Naciones Unidas ofrecen una plataforma de apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Fiebre amarilla

A raíz de un brote de fiebre amarilla ocurrido en Angola a principios de 2016, la OMS y organizaciones asociadas, entre ellas el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Médicos Sin Fronteras, la Gavi, el Grupo Internacional de Coordinación de la Provisión de Vacunas contra la Fiebre Amarilla, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja , la Organización Internacional para las Migraciones y numerosas organizaciones no gubernamentales, apoyaron la realización de una campaña de vacunación de emergencia contra la fiebre amarilla de una magnitud sin precedentes en África. En la República Democrática del Congo se vacunó a más de 7 millones de personas en

dos semanas, y la cobertura se amplió a 15 distritos sanitarios de zonas aisladas en la frontera con Angola; en total se vacunó a unos 30 millones de personas en los dos países. Personal de los tres niveles de la OMS (las oficinas en los países, la Oficina Regional para África y la Sede) se reunió en el marco de un sistema integrado de gestión de incidentes con el fin de frenar el brote. Cada nivel desempeñó un papel importante, desde el nivel de los países en los que se produjo el brote, hasta las funciones de supervisión, dirección y control asumidas por la Oficina Regional, y el apoyo de coordinación prestado en el nivel mundial. Los últimos casos confirmados se notificaron en Angola el 23 de junio de 2016 y en la República Democrática del Congo el 12 de julio del mismo año.

Desarrollo del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

La meta 3.d del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 pone de relieve la importancia de reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de riesgos para la salud nacional y mundial. Cada año se notifican a la OMS más de 100 brotes de enfermedades infecciosas, y más de 200 millones de personas se ven afectadas por desastres naturales y causados por el hombre. Uno de los hitos de 2016 fue el establecimiento y el desarrollo del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. El Programa refuerza y concentra el papel de la Organización en las respuestas a emergencias, y añade sólidas capacidades operacionales a las tradicionales funciones técnicas y normativas.

En 2016 la OMS respondió a 47 emergencias

En 2016 la OMS respondió a 47 emergencias de las cuales cinco (ocurridas en el Iraq, Nigeria, Sudán del Sur, la República Árabe Siria y el Yemen) fueron declaradas emergencias agudas de grado 3, lo que denota el elevado nivel de respuesta de la Organización. Además, la OMS respondió a 26 emergencias agudas de grado 1 y grado 2, así como a crisis prolongadas en 16 países. En 2016, por primera vez en varios años, la OMS pudo acceder a las 18 zonas sitiadas de la República Árabe Siria. En junio, como parte de un convoy interinstitucional, la OMS entregó a la República Árabe Siria más de cinco toneladas de tratamientos vitales, suficientes para más de 95 000 tratamientos. Los insumos médicos incluían medicamentos para atención de urgencia, entre ellos insulina y botiquines de emergencia, así como para enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, por ejemplo la hipertensión. También incluían antibióticos, analgésicos, productos de nutrición e instrumentos y equipos médicos para dispensarios y hospitales. Se logró trasladar a 811 pacientes a hospitales situados en la zona oeste de Alepo, en Idlib y, al otro lado de la frontera, en Turquía.

Brote de Zika

El 1 de febrero de 2016, la Directora General declaró como emergencia de salud pública de importancia internacional el brote de la enfermedad por el virus de Zika, que se propagó por las Américas y llegó también a África, Asia y el Pacífico Occidental. Esta declaración dio lugar a una respuesta urgente y coordinada por parte de los Estados Miembros de la OMS y más de 60 asociados, entre ellos algunos organismos de las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales de ayuda humanitaria, asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, y asociados del ámbito de la investigación técnica y el desarrollo.

En la actualidad, 76 países y territorios comunican datos fidedignos sobre la enfermedad por el virus de Zika transmitida por mosquitos; 13 países tienen pruebas de transmisión del virus de Zika entre personas; y 29 países han notificado casos de microcefalia y otras malformaciones. La Secretaría de la OMS está prestando asistencia técnica a los Estados Miembros en relación con todos los aspectos de la vigilancia y el control de Zika, con particular atención a la gestión clínica, los servicios de laboratorio y la lucha contra el mosquito vector del virus de Zika, que también transmite el dengue, la chikun-

Hacer historia, salvar vidas: de 80 nuevos casos de poliomielitis registrados cada dos horas en 1988, a menos de 80 casos anuales en la actualidad

Desde 1988, los esfuerzos mundiales para erradicar la poliomielitis han permitido ahorrar más de US$ 27 000 millones. Si se erradicara el virus en 2019, según lo proyectado, **para 2035 se habrían ahorrado entre 20 000 y 25 000 millones de dólares en gastos de salud y pérdidas de productividad.**

gunya y la fiebre amarilla urbana. En consonancia con el asesoramiento de la OMS, algunos países están ensayando enfoques innovadores para luchar contra el mosquito, y los resultados son promisorios. Se está trabajando en el desarrollo de unas 40 vacunas candidatas.

Desarrollo de la nueva vacuna contra el Ebola

Asimismo, en 2016 se produjo el mayor brote de la enfermedad por el virus del Ebola de toda la historia, que se cobró la vida de por los menos 11 310 personas en los tres países más afectados. Los resultados finales de los ensayos, publicados por la OMS, demuestran que la nueva vacuna rVSV-ZEBOV contra el Ebola protegió al 100% de los voluntarios vacunados. Los ensayos, en los que participaron 11 841 personas en Guinea, fueron dirigidos por la OMS, junto con el Ministerio de Salud de Guinea, Médicos Sin Fronteras y el Instituto Noruego de Salud Pública, en colaboración con otros asociados internacionales.

El rápido desarrollo de la vacuna contribuyó a la elaboración del Proyecto I+D de la OMS, una estrategia mundial para acelerar el desarrollo de pruebas, vacunas y medicamentos eficaces durante las epidemias.

Consecución de la cobertura sanitaria universal

En sus empeños por alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de los que una parte esencial exige el logro de la cobertura sanitaria universal, la OMS ha apoyado a los países en sus esfuerzos por salvaguardar la salud de todas las personas. En junio de 2016 Tailandia se convirtió en el primer país de Asia en el que se certificó la eliminación de la transmisión del VIH y la sífilis de la madre al niño. En ese país, más del 95% de todas las embarazadas infectadas con el VIH reciben actualmente tratamiento antirretrovírico. Los servicios de salud esenciales están disponibles igualmente para ricos y pobres, lo que hace del sistema de salud del país un modelo digno de emulación en todo el mundo. A pesar de que los limitados presupuestos para el VIH/sida suelen ser insuficientes para cubrir los costos de los programas esenciales de cribado y tratamiento, Tailandia ha demostrado que con un sistema de salud sólido, bien concebido y que da cabida a la participación de diversos sectores, se pueden alcanzar los objetivos de salud pública.

Eliminación del sarampión en las Américas

La OMS celebró en 2016 la consecución de algunos otros hitos. En septiembre se declaró que la Región de las Américas de la OMS era la primera Región en la que se había eliminado el sarampión, una enfermedad vírica que puede causar graves problemas de salud, por ejemplo, neumonía, edema cerebral e incluso la muerte. Este logro es la culminación de 22 años de esfuerzos de vacunación sistemática contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en las Américas.

«Acabar con el paludismo para siempre» en Europa

En abril de 2016 la OMS anunció que la Región de Europa había alcanzado su meta consistente en erradicar el paludismo y, de ese modo, contribuir al logro del objetivo mundial de «Acabar con el paludismo para siempre». Algunos asociados clave han financiado actividades orientadas a la eliminación del paludismo en países europeos, como prueba del firme compromiso político de sus dirigentes de respaldar a la OMS.

Reducir las desigualdades en materia de salud

Al fortalecer su apoyo a los países, la OMS siguió buscando enfoques innovadores para reducir las desigualdades en materia de salud. Estas suelen agravarse debido al elevado precio de los productos médicos. En 2016, la OMS y algunos grupos industriales anunciaron nuevos acuerdos de financiación, acordes con las prácticas de la industria, que permitirán financiar de manera sostenible el Programa de Precalificación de Medicamentos de la OMS. El programa ha transformado el mercado de vacunas y otros productos médicos para la salud pública y ha propiciado una mayor disponibilidad, previsibilidad y asequibilidad de los insumos. En consonancia con esta tendencia

positiva, la OMS publicó un informe en el que se documenta la extraordinaria reducción del precio de un tratamiento curativo para las infecciones por el virus de la hepatitis C. Las estrategias utilizadas incluyen negociaciones de precios, producción local y acuerdos de concesión de licencias que promueven la competencia entre los fabricantes de medicamentos genéricos. Las reducciones de precios han posibilitado el tratamiento de más de 1 millón de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C en el mundo en desarrollo. En Mongolia, por ejemplo, más de 6000 personas recibieron tratamiento con nuevos medicamentos contra la hepatitis C. Actualmente, en ese país, cada tratamiento curativo genérico contra la hepatitis C cuesta menos de US$ 500 y tiene una eficacia demostrada de casi el 100%, mientras que en Egipto, el precio de un tratamiento de tres meses disminuyó de US$ 900 en 2014, a menos de US$ 200 en 2016.

Proporcionar pruebas científicas para la adopción de decisiones

La OMS sigue recopilando pruebas científicas para la adopción de decisiones. A ese respecto, en 2016 se publicaron investigaciones que documentan un marcado aumento de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en la Región de África; la publicación reveló que la prevalencia de la hipertensión en esa Región es actualmente la más alta del mundo, y que el 35% de la población adulta tiene sobrepeso. La hipertensión es el principal factor de riesgo de cardiopatías, que son la principal causa de defunción en el mundo.

Por otra parte, la OMS ha apoyado alianzas para luchar contra los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. En dos policlínicos de Barbados se ejecutó un proyecto para seguir mejorando el tratamiento de pacientes hipertensos. La aplicación de un nuevo protocolo de tratamiento de la hipertensión, el asesoramiento proporcionado a los pacientes respecto de cambios en el modo de vida, por ejemplo, realizar actividad física, mejorar la dieta y reducir el control del tabaco, así como la utilización de un registro electrónico, permitieron a los dispensadores de atención de salud asegurar el adecuado seguimiento del paciente y controlar la presión arterial. Las enseñanzas adquiridas y los positivos resultados obtenidos en este proyecto se amplificarán con miras a intensificar la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Esta iniciativa se está desarrollando inicialmente en Barbados, Benin, Colombia, Etiopía, Filipinas, India, Jordania, Nepal, Nigeria, República Islámica del Irán, Sri Lanka, Tailandia, Tayikistán y Uganda, y se abrirá a todos los países que deseen participar.

Mejorar la equidad y el desarrollo sostenible

En 2016 la OMS impulsó su labor orientada a suprimir otro conjunto de obstáculos a la equidad y el desarrollo sostenible. En marzo, un nuevo estudio paneuropeo realizado por la OMS reveló que, a pesar de los progresos alcanzados en algunas áreas (por ejemplo, el número de jóvenes de 15 años que notificaron haber comenzado a fumar a los 13 años o antes se redujo significativamente desde 2010) las desigualdades de género y sociales siguen menoscabando la salud y el bienestar de los jóvenes. El estudio ofrece un creciente corpus de pruebas científicas que abogan por que los gobiernos y las instancias decisorias hagan frente a los efectos derivados de las desigualdades sociales, sanitarias y de género entre los jóvenes de Europa.

Salud de los adolescentes

En el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, y con el fin de seguir abordando las cuestiones relativas a la salud de los jóvenes, la OMS prestó apoyo a los países en la aplicación y el seguimiento de políticas y estrategias integradas para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes y reducir los comportamientos de riesgo en los adolescentes. El documento de orientación para la aplicación de medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes presta apoyo a ese proceso. En la Región del Pacífico Occidental se desarrollaron normas para los entornos escolares orientadas a promover transiciones físicas, psicológicas y sociales saludables y seguras de la adolescencia a la edad adulta; se prestó apoyo a los países de la Región de Asia Sudoriental en el fortalecimiento de servicios de salud orientados a los jóvenes y en la ampliación de esos servicios de forma que incluyan la vacuna contra el virus del papiloma humano y la prevención de comportamientos de riesgo relacionados con la salud sexual y reproductiva y las enfermedades no transmisibles.

Salud de los refugiados y los migrantes

Los refugiados y los migrantes son algunos de los grupos más vulnerables entre aquellos que han quedado rezagados. Habida cuenta de ello, la Oficina Regional de la OMS para Europa desarrolló la Estrategia y plan de acción sobre salud de los refugiados y los migrantes en la Región de Europa de la OMS, adoptada por el Comité Regional para Europa en septiembre de 2016. La Estrategia se centra en áreas estratégicas y medidas prioritarias destinadas a afrontar los desafíos para la salud pública y los sistemas de salud relacionados con la migración, en el espíritu de la recientemente adoptada Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; el marco normativo europeo para la salud y el bienestar, «Salud 2020»; y la resolución WHA61.17 (2008) sobre salud de los migrantes.

Resistencia a los antimicrobianos

2016 fue también un año de intensa sensibilización entre los dirigentes políticos. En septiembre, los Jefes de Estado y de delegaciones se congregaron en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en Nueva York, y se comprometieron a trabajar juntos para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos. En la historia de la Naciones Unidas, esta fue la cuarta vez que la Asamblea General abordó una cuestión sanitaria (en anteriores periodos de sesiones se habían tratado cuestiones relativas al VIH, las enfermedades no transmisibles y la enfermedad por el virus del Ebola). Las deliberaciones destacaron la importancia de la función y las responsabilidades de los gobiernos, así como el papel de las organizaciones intergubernamentales pertinentes, especialmente la OMS, en el marco de su mandato y en coordinación con la FAO y la Oficina Internacional de Epizootias (OIE), para responder a los retos que plantea la resistencia a los antimicrobianos mediante un enfoque amplio y coordinado que permita hacer frente a las causas profundas en múltiples sectores, en particular los de la salud humana y animal y la agricultura.

Estos son solo unos pocos ejemplos de los numerosos logros de la OMS en 2016. En este año se informó que un 85% de las contribuciones a los productos del presupuesto por programas estaban «al día», en consonancia con el bienio anterior. Las áreas de trabajo notificadas como «en riesgo» o «con problemas» afrontan retos específicos que se describen a continuación:

- las situaciones de emergencia y crisis en los países frágiles y vulnerables están frenando los progresos en algunas áreas y, al mismo tiempo, están encareciendo las operaciones de la OMS;
- los débiles sistemas de seguimiento y vigilancia en los países están dificultando la labor de la OMS, especialmente en lo que respecta a la identificación de deficiencias y sus causas, pero también en lo relativo a la obtención de las pruebas necesarias para definir prioridades en los países y atraer fuentes de financiación nacionales;
- los frágiles sistemas de salud están sometidos a presión por brotes de enfermedades como las causadas por los virus del Ebola y Zika, así como de enfermedades prevenibles mediante vacunación, entre ellas el sarampión, la fiebre amarilla y el cólera;
- la reducción de los recursos flexibles, que permiten cubrir los déficits en áreas insuficientemente financiadas de los programas básicos; y
- los importantes problemas de armonización financiera que afronta la OMS debido a lagunas persistentes en el componente para programas básicos, que actualmente permite financiar solo el 83% de los programas básicos, en comparación con el 96% en 2014 (financiación del programa básico equivalente). Algunas de las áreas programáticas cuya financiación es sustancialmente insuficiente son las identificadas como catalizadoras para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Con el fin de seguir avanzando a pesar de estas dificultades, la OMS continúa buscando medios innovadores que le permitan ejecutar sus programas, por ejemplo, mediante:

- la revisión del orden de prioridades de las actividades centradas en la ventaja comparativa de la Organización que refuerzan las alianzas y las colaboraciones;
- la incorporación de actividades esenciales para el avance de la Agenda 2030 en otras áreas programáticas;
- la aplicación de nuevas medidas para mejorar la eficiencia en relación con los costos, y las economías;
- el fortalecimiento del marco de control de la Organización;

- la inversión para lograr un mejor aprovechamiento de los fondos; y
- la intensificación de los esfuerzos de movilización de recursos.

Los compromisos contraídos por la OMS y sus asociados en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y otros acuerdos entrañan la responsabilidad, cada vez mayor, de traducir la teoría en resultados sobre el terreno y para todos. La sección programática del presente informe y el portal web del presupuesto por programas actualizado muestran los esfuerzos que se realizan en los tres niveles de la Organización y, al mismo tiempo, destacan los resultados en los países.

Rectoría financiera y rendición de cuentas

La OMS está determinada a maximizar el efecto de cada dólar invertido para mejorar la salud en el mundo. La presente sección ofrece una reseña sobre la financiación de la OMS en el primer año del presupuesto por programas para el ejercicio 2016-2017, e incluye un examen de los fondos disponibles y los gastos.

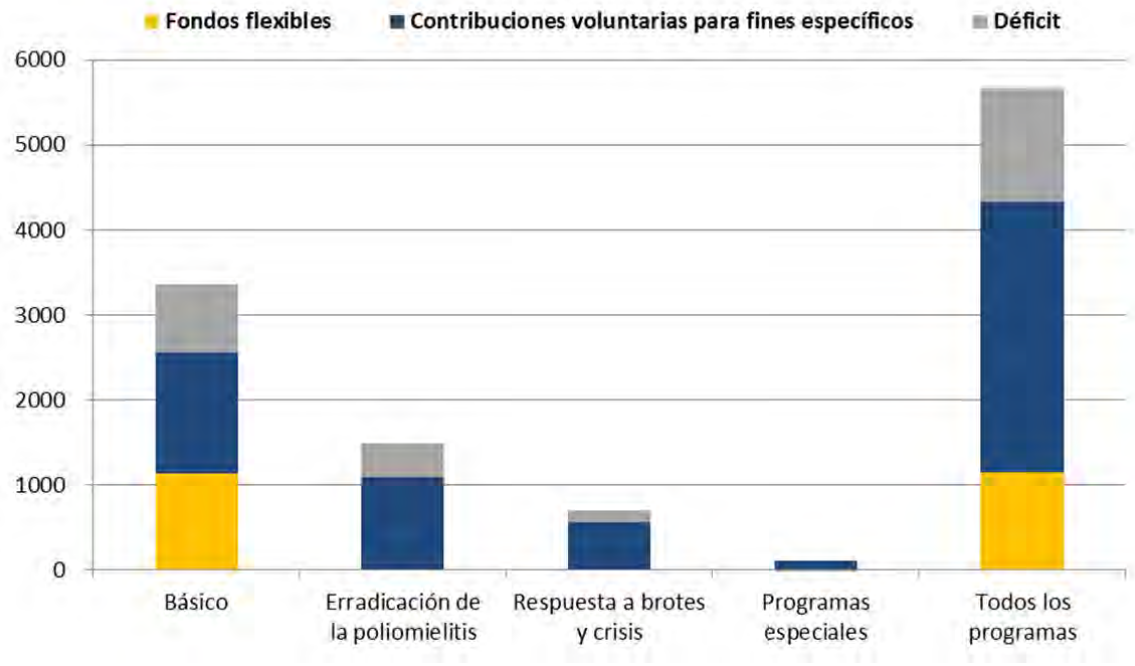
a) Reseña sobre la financiación

Inicialmente, en mayo de 2015, la Asamblea de la Salud aprobó el presupuesto por programas para el ejercicio 2016-2017 por un total de US$ 4385 millones. En mayo de 2016, la Asamblea de la Salud adoptó una revisión del presupuesto que se elevó entonces a US$ 4545 millones, lo que supuso un aumento de US$ 160 millones para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Los programas básicos (enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, promoción de la salud a lo largo del curso de la vida, sistemas de salud, emergencias y servicios corporativos/funciones instrumentales) representan el 74% del presupuesto por programas, o sea US$ 3354 millones. El resto del presupuesto corresponde a programas concernientes a la poliomielitis, la respuesta a brotes y crisis y los programas especiales (investigaciones y enseñanzas sobre enfermedades tropicales (TDR), e investigación, desarrollo y formación de investigadores en materia de reproducción humana (HRP)) cuyo presupuesto ha aumentado (a raíz de los acontecimientos y la financiación de esos programas), de los US$ 1191 millones aprobados por la Asamblea de la Salud, a US$ 2317 millones, con arreglo a las atribuciones delegadas en la Directora General en virtud de la resolución WHA68.1 (2015). El presupuesto total indicado más adelante asciende a US$ 5671 millones.

Existen dos fuentes principales de financiación para el presupuesto por programas: las contribuciones voluntarias para fines especificados y los fondos flexibles, que abarcan las contribuciones señaladas, los gastos de apoyo a programas y las contribuciones voluntarias básicas.

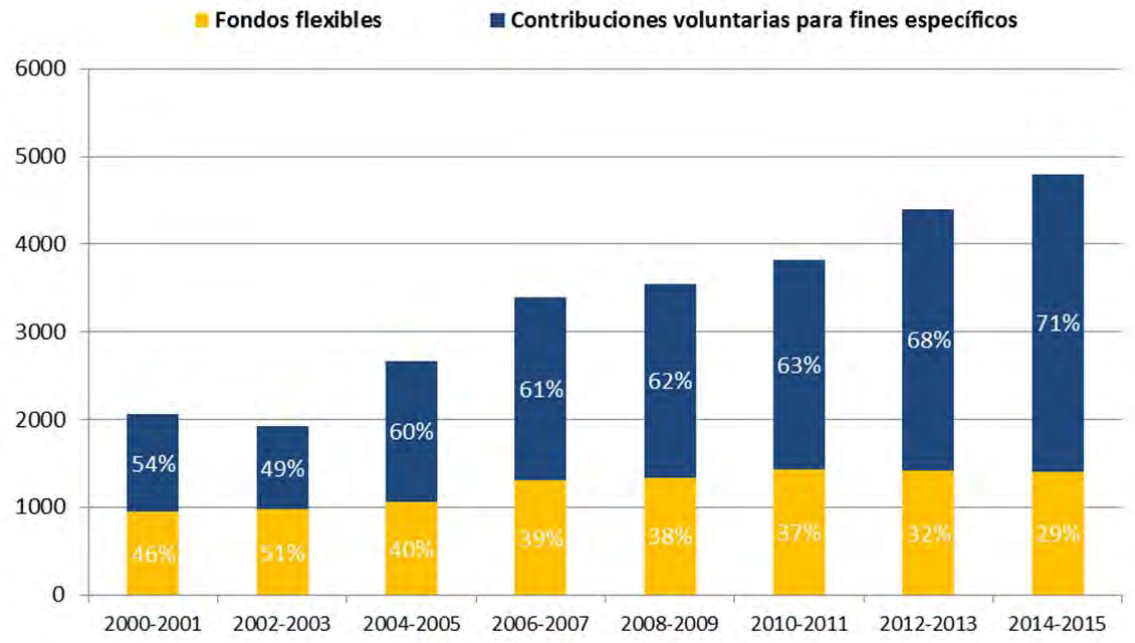
Al final de diciembre de 2016 los fondos disponibles ascendían a US$ 4552 millones para la totalidad del presupuesto por programas. De esa suma, el monto disponible para los programas básicos era de US$ 2777 millones, o sea el 83% del presupuesto total para los programas básicos (US$ 3354 millones). La financiación equivalente para programas básicos al final de 2014 fue del 96%. La reducción del nivel de financiación obedece a tres factores, a saber: el aumento de US$ 396 millones en el presupuesto para programas básicos con respecto al ejercicio 2014-2015; la disminución de las contribuciones voluntarias básicas; y la reducción de las contribuciones voluntarias para fines especificados. El gráfico siguiente muestra la distribución general de los componentes del presupuesto y la financiación conexa, hasta el 31 de diciembre de 2016.

Financiación del presupuesto por programas para el ejercicio 2016-2017 (en millones de US$)



El gráfico siguiente muestra la evolución de la financiación flexible y las contribuciones voluntarias para fines especificados a partir de 2000.

Nivel de financiación flexible y de contribuciones voluntarias para fines especificados desde 2000 hasta 2015 (en millones de US$)



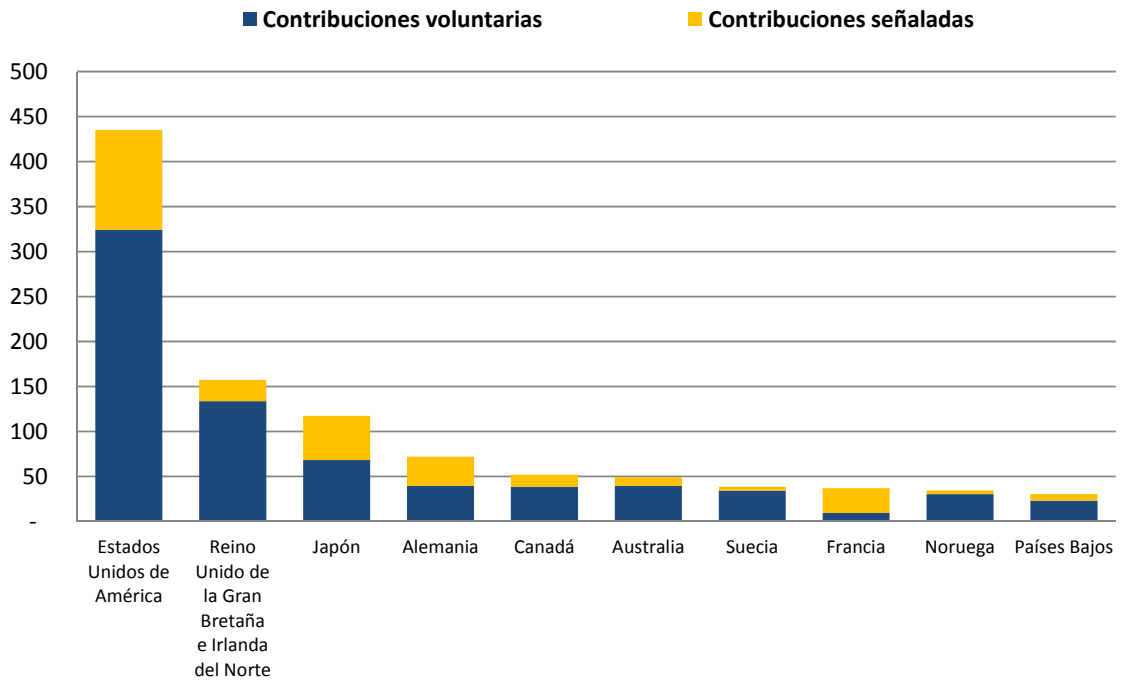
Las contribuciones señaladas representan el mayor componente de financiación flexible y se han mantenido en un nivel nominal estable desde 2000. Los fondos flexibles totalizaron US$ 1000 millones entre 2000 y 2004, pero aumentaron a US$ 1300 millones en 2006 con la creación de la cuenta de contribuciones voluntarias básicas.

Mientras que la financiación del presupuesto por programas aprobado por la Asamblea de la Salud se duplicó con creces entre 2000 y 2015, los fondos flexibles no han podido mantener el ritmo de aumento de las contribuciones voluntarias para fines especificados. Esto ha dado lugar a una dependencia excesiva de las contribuciones voluntarias para fines especificados, lo que ha distorsionado la financiación en lo que respecta a la priorización del presupuesto por programas. Esta tendencia se mantiene en el ejercicio 2016-2017, y se prevé que la distribución será la misma que en el ejercicio 2014-2015.

Además, la caída en el nivel de la financiación flexible para los programas básicos dificulta más aún la financiación de áreas programáticas que no atraen fondos voluntarios con fines especificados. En la actualidad, los fondos flexibles representan solo el 29% de la financiación general del presupuesto por programas y, por lo tanto, son insuficientes para utilizarlos estratégicamente en áreas que no atraen financiación.

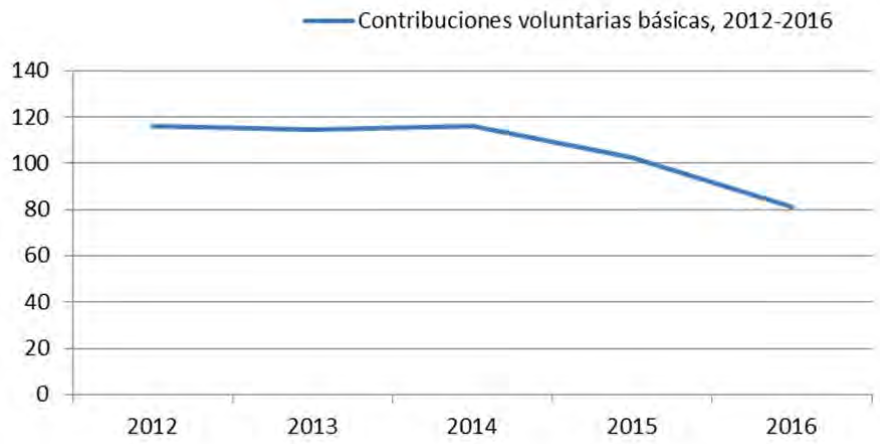
Los 10 Estados Miembros que más contribuyen al presupuesto por programas se enumeran a continuación; el total aportado por esos Estados asciende a US$ 1024 millones, equivalentes al 75% de todas las contribuciones de los Estados Miembros, o el 47% de las contribuciones totales de todas las fuentes.

Los 10 Estados Miembros que más contribuyeron al presupuesto por programas en 2016 a través de contribuciones señaladas y voluntarias combinadas (en millones de US$)



En 2016, las contribuciones a la cuenta de contribuciones voluntarias básicas totalizaron US$ 81 millones, lo que supone una reducción casi del 40% respecto del ejercicio 2012-2014. Esto es motivo de preocupación, dado que algunos donantes importantes han dejado de contribuir al mismo nivel que en años anteriores y, al mismo tiempo, las necesidades de financiación flexible aumentan en toda la Organización. Debido a ello, la Organización afronta dificultades cada vez mayores para financiar las áreas prioritarias que los Estados Miembros consideran importantes, pero no reciben suficientes contribuciones voluntarias.

Contribuciones voluntarias básicas, 2012-2016



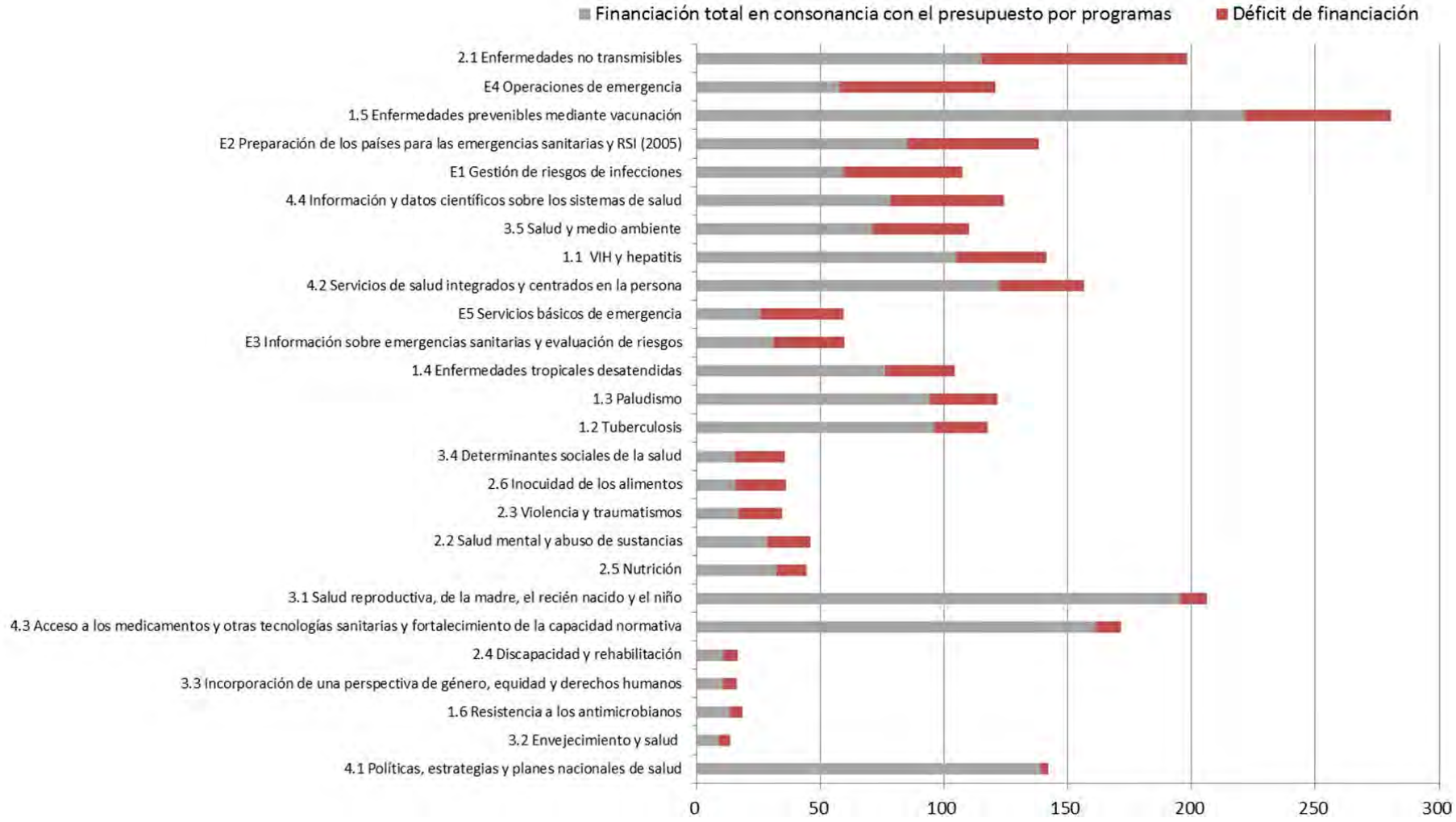
El cuadro siguiente reseña las contribuciones a la cuenta de contribuciones voluntarias básicas para 2015 y 2016, desglosadas por contribuyente.

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

	Total 2015	Total 2016
Australia	15,67	9,52
Bélgica	9,92	6,69
Dinamarca	5,12	3,65
Finlandia	5,96	
Francia	1,91	0,32
Irlanda	1.09	0,34
Kuwait		0,50
Luxemburgo	1,94	1,87
Mónaco	0,03	0,03
Países Bajos	5,98	5,98
Noruega	5,59	5,89
Suecia	23,93	25,88
Suiza	3,59	2,55
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	21,90	18,13
Total de contribuciones voluntarias básicas	**102,62**	**81,35**

La armonización de los fondos disponibles para los programas básicos sigue planteando dificultades. De los 26 programas técnicos, siete cuentan con una financiación del 60% o menos, lo que a esta altura del bienio es insuficiente para alcanzar las metas establecidas en el presupuesto por programas aprobado. La mayor parte de las contribuciones voluntarias para fines especificados se destinan a programas ajenos al presupuesto por programas básico (poliomielitis, respuesta a brotes y crisis, y programas especiales). En consecuencia, persisten los déficits, como se muestra en el gráfico siguiente. El área programática con mayor déficit de financiación es la de enfermedades no transmisibles, seguida por las operaciones de emergencia.

Áreas programáticas técnicas básicas; financiación y déficit (en millones de US$)



Las áreas programáticas básicas insuficientemente financiadas se pueden agrupar en tres tipos:

a) áreas programáticas cuyo presupuesto se incrementó debido a necesidades imprevistas o crecientes, en particular el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y la resistencia a los antimicrobianos;

b) áreas programáticas con financiación insuficiente crónica, entre ellas las relativas a enfermedades no transmisibles, determinantes sociales de la salud y seguridad alimentaria; y

c) áreas programáticas con una disminución significativa de financiación debida a que los contribuyentes no pueden mantener sus niveles de financiación (especialmente las relacionadas con el VIH, como consecuencia de la menor contribución del ONUSIDA).

La OMS hará un seguimiento de la situación en 2017 y adoptará las medidas apropiadas para modificar la ejecución del programa según sea necesario. Las medidas para mitigar los riesgos derivados de la ejecución parcial de actividades planeadas para 2017 y superar las consecuencias a largo plazo de ese déficit de financiación incluyen:

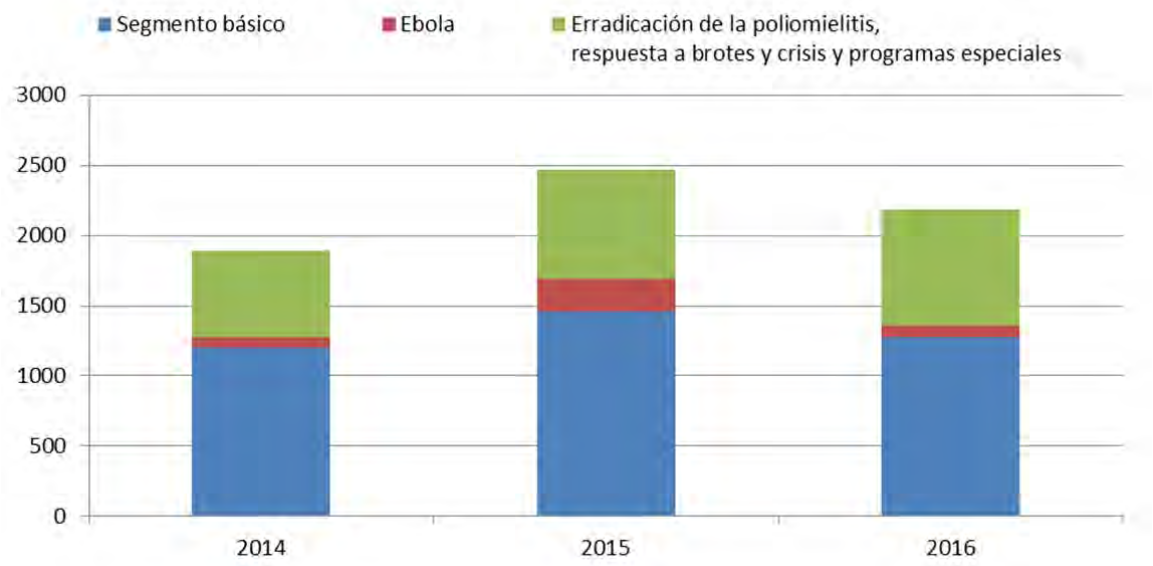
- revisión del orden de prioridades de las actividades en esas áreas para 2017, haciendo hincapié en la ventaja comparativa de la OMS y el fortalecimiento de los trabajos con los asociados;
- progresos en las actividades relativas a la reforma, con el fin de fortalecer la función de movilización de recursos en la OMS; y
- adaptación del proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 2018-2019 en algunas de las áreas programáticas con financiación insuficiente crónica, velando por su armonización con expectativas de recursos más realistas.

b) Gastos

En 2016 los gastos totales[1] correspondientes a la ejecución de presupuesto por programas fueron de US$ 2182 millones, lo que supone una disminución del 11% respecto de 2015 y un aumento del 15% respecto de 2014.

A continuación se muestran los gastos totales para 2014, 2015 y 2016 desglosados por programas básicos y poliomielitis, respuesta a brotes y crisis y programas especiales.

Gastos por componentes del presupuesto por programas: 2014, 2015 y 2016 (en millones de US$)



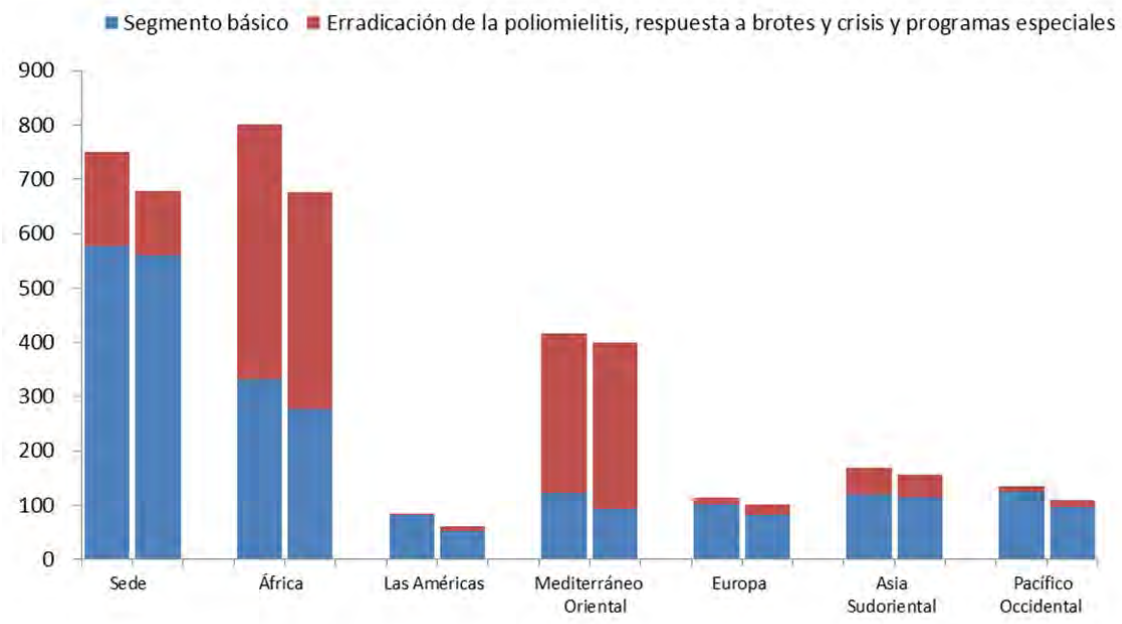
[1] Los gastos se reconocen cuando se reciben los bienes y servicios, y no cuando se asumen los compromisos y se efectúan los pagos.

Los gastos más elevados en 2015 se debieron principalmente al aumento de las actividades relacionadas con las emergencias, en particular el brote de la enfermedad por el virus del Ebola (US$ 312 millones en 2014-2015) y la ampliación de las actividades de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. En 2016, el porcentaje de gastos totales relacionados con los programas básicos fue del 58%, ligeramente por debajo del 59% registrado en 2015 y el 63% en 2014.

El gráfico siguiente ofrece una comparación entre los gastos de 2016 y 2015 desglosados por oficina principal. En 2016 la Sede representó el 31% de los gastos del presupuesto por programas, y las oficinas regionales y en los países representaron el 69% restante. Los gastos disminuyeron en todas las regiones, pero principalmente en la Sede y la Región de África, debido a la reducción de los gastos relacionados con la respuesta a brotes y crisis.

En la Región del Mediterráneo Oriental los gastos para emergencias y poliomielitis aumentaron debido a las emergencias surgidas en Afganistán, Iraq, República Árabe Siria, Sudán y Yemen. El cuadro siguiente reseña los mayores gastos, desglosados por oficina, e incluye un desglose entre los programas relativos a poliomielitis, respuesta a brotes y crisis, y programas especiales

Comparación entre los gastos del presupuesto por programas en 2016 y 2015, desglosados por oficina principal (en millones de US$)

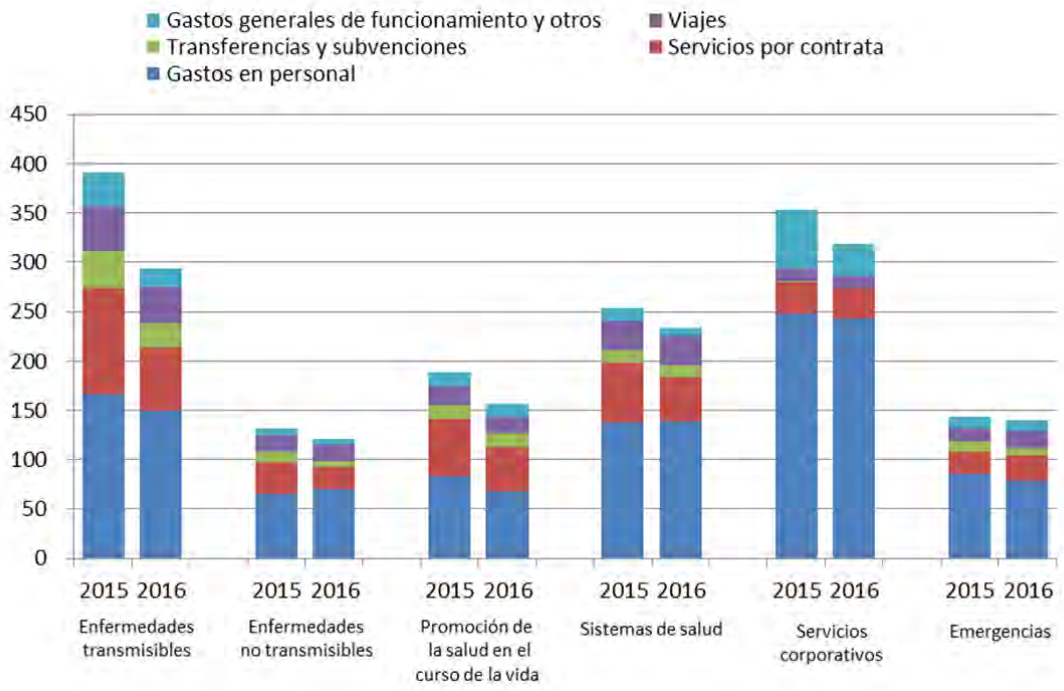


Gastos por oficina principal, 2015-2016

A continuación se muestran los gastos del presupuesto por programas correspondientes al componente básico, desglosados por categoría y tipo de gasto para 2016 y 2015. Los gastos de los componentes relativos a poliomielitis, respuesta a brotes y crisis y programas especiales representaron poco más del 40% de los gastos de presupuesto por programas para 2016 y 2015. La mayor parte de los gastos correspondientes a poliomielitis, respuesta a brotes y crisis y programas especiales (57% de los gastos totales de ese componente) fueron imputables a servicios por contrata y transferencias y donaciones otorgadas a terceros externos para la realización de actividades.

Esta tendencia general a la reducción de gastos se debe a la menor financiación recibida en lo que va del bienio. En particular, la categoría 1, enfermedades transmisibles, ha registrado la mayor reducción, como reflejo de la disminución de la financiación para las áreas programáticas concernientes a enfermedades prevenibles mediante vacunación y VIH y hepatitis.

Gastos del presupuesto por programas correspondientes al componente básico, desglosados por categoría y tipo de gastos para 2015 y 2016 (en millones de US$)



c) Fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas, uso óptimo de los recursos

La rendición de cuentas, la transparencia y la gestión de riesgos por parte del personal directivo son aspectos clave del programa de reforma de la OMS y, a ese respecto, la Organización sigue realizando progresos. Este año, por primera vez, la OMS difundió un estado de control interno en el contexto del informe programático y financiero a mitad de periodo correspondiente al ejercicio 2016-2017. El estado de control interno es un documento público de rendición de cuentas que describe la eficacia de los controles internos y está firmado por la Directora General. El estado de control interno se incluye en la sección II del presente documento.

Con el fin de mejorar la aplicación de los marcos de control interno y rendición de cuentas se desarrolló y difundió una lista de comprobación para la autoevaluación del marco de control interno. Actualmente están disponibles los pactos anuales de rendición de cuentas entre la Directora General y los subdirectores generales, así como las cartas de representación de los directores regionales.

La política de gestión de riesgos institucionales, que complementa la fase ascendente de la identificación y priorización de riesgos con una fase descendente de validación y remisión, concluyó cuando se completó el primer ciclo de gestión de riesgos, en junio de 2016.

El mejoramiento de las enseñanzas en materia de evaluación y organización es otro componente crucial del proceso de reforma de la OMS en curso. En 2016 se completaron cuatro evaluaciones institucionales de gran efecto en las que se formulan recomendaciones útiles y se proponen medidas para mejorar el desempeño de la Organización, a saber, la evaluación de la presencia de la OMS en los países, la evaluación del efecto de las publicaciones de la OMS, y la evaluación general de la aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

En 2016 se ultimaron ocho informes de auditoría interna; otros nueve se publicaron como proyectos a la espera de los comentarios de la entidad auditada, o estaban aún en preparación. Además, se realizaron dos auditorías de exámenes especiales (poliomielitis en el Afganistán y el Pakistán, y contratación en el Centro Internacional de Cálculos Electrónicos); y se publicaron cinco informes sobre auditorías del ONUSIDA.

A raíz de la adopción en 2015 de la política de la OMS sobre denuncia de irregularidades y protección contra las represalias, se puso en marcha en junio de 2016 una «línea directa por la integridad», un servicio confidencial gestionado externamente, que permite notificar presuntas irregularidades y está disponible para todo el personal de la OMS, sea o no de plantilla. Las actividades de sensibilización y extensión incluyeron la distribución de carteles y folletos para exhibir en todas las oficinas de la OMS, así como la difusión de mensajes a través de la intranet.

Fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas en la OMS – cooperación financiera directa

Por lo general, las transferencias y ayudas a contrapartes corresponden a contratos firmados con contrapartes nacionales, principalmente ministerios de salud (cooperación financiera directa) y, en menor medida, contratos con otros asociados en la aplicación, por ejemplo, otras organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. En 2016, los gastos previstos en el presupuesto por programas para transferencias y ayudas se redujeron un 16% respecto de 2015. Esa reducción se debió a políticas más estrictas en lo que concierne al uso de la cooperación financiera directa; además, estas nuevas políticas han mejorado significativamente la transparencia y la rendición de cuentas por el uso de esos fondos. En 2016, el 63% de los gastos por cooperación financiera directa guardaban relación con la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, en comparación con el 48% de 2015. De esos gastos, la mayor parte correspondió a la Región de África, seguida por la Región del Mediterráneo Oriental.

En los últimos años la OMS redobló sus esfuerzos por asegurar un uso óptimo de los recursos, y para ello puso en práctica algunas medidas importantes. La introducción del sistema mundial de gestión ha aportado una transparencia significativa y creciente, un mejor seguimiento del uso de los recursos, una cultura de gestión fortalecida y procesos administrativos más eficientes.

Además, la OMS revisó las funciones de todas las oficinas, consolidó las funciones de tramitación en lugares de destino económicos y externalizó otras para asegurar que los gastos fueran sostenibles, en consonancia con los recursos disponibles y los crecientes requisitos sobre cumplimiento, rendición de cuentas y transparencia, y que los Estados Miembros y los donantes recibieran los mejores productos posibles por sus contribuciones. La centralización de funciones redunda en eficiencia operacional gracias a la especialización que poseen los centros de excelencia.

Ejemplos de esto son los traslados de las dependencias de nóminas, cuentas por pagar, adquisiciones y diversas funciones de recursos humanos y tecnología de la información al centro de servicios de Kuala Lumpur, así como la externalización de otras funciones, entre ellas las de imprenta, mantenimiento de edificios y seguridad. En 2016, como parte del programa de reforma de la OMS, se están introduciendo algunas mejoras en el sistema mundial de gestión con el fin de reforzar el uso óptimo de los recursos, la eficiencia administrativa y la eficacia operacional. Además, algunas otras funciones relativas a las políticas de recursos humanos y adquisiciones se han trasladado de Ginebra a Budapest. Como en el caso de Kuala Lumpur, esto se hizo porque la escala de sueldos de las Naciones Unidas para ese lugar es mucho más económica que para Ginebra, tanto en el caso del personal de servicios generales como el personal profesional.

Sin embargo, lograr el uso óptimo de los recursos es más que la simple reducción de los gastos de las funciones administrativas. La OMS procura mejorar la manera en que demuestra el uso óptimo de los recursos en la ejecución de sus programas mediante un mejor cálculo del valor de sus productos y efectos sanitarios, así como mediante una priorización apropiada. Se sigue trabajando para mejorar los indicadores y proporcionar una medición más objetiva de los progresos y el desempeño con respecto a los resultados previstos. La integración de la presentación de informes financieros y del desempeño en el informe programático y financiero unificado anual es también una medida importante para demostrar de qué manera esas inversiones programáticas se relacionan con los resultados alcanzados.

ENFOQUE CENTRADO EN EL FORTALECIMIENTO DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS

Región de África de la OMS

En la Región de África se puso en marcha el proyecto de fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas y control interno, con el fin de apoyar el programa de transformación establecido por el Director General. El proyecto procura abordar de manera holística las deficiencias sistémicas en el entorno de control, por ejemplo, mediante un marco de valoración de los resultados que incluya indicadores clave del desempeño en las áreas de gestión y técnicas. En reconocimiento de la responsabilidad compartida entre la Secretaría y los Estados Miembros en lo que respecta a los controles de la gestión de los fondos anticipados a los gobiernos para realizar actividades (cooperación financiera directa), se ha desarrollado y difundido un manual para familiarizar a los ministerios de salud con las normas y los procedimientos pertinentes de la OMS.

Región del Mediterráneo Oriental de la OMS

La Región del Mediterráneo Oriental siguió haciendo hincapié en el mejoramiento de la rendición de cuentas y los controles en la Región. Están funcionando tableros de comprobación del cumplimiento y mecanismos reforzados para la evaluación y la gestión de riesgos institucionales en los centros presupuestarios. El número de informes sobre la cooperación financiera directa pendientes se redujo de 84, al final de diciembre de 2015, a 60 al final de octubre de 2016; las recomendaciones de la auditoría se están abordando expeditivamente y las actividades de control financiero se están fortaleciendo y agilizando.

Región de Europa de la OMS

La supervisión, el cumplimiento y la rendición de cuentas constituyen un punto permanente del orden del día del Comité Regional para Europa y del Comité Permanente del Comité Regional, en cuyo contexto los Estados Miembros de la Región de Europa reciben informes periódicos y actualizados sobre las cuestiones, los retos y los progresos realizados. Para el uso interno y la adopción de decisiones el personal directivo elabora y examina, en reuniones mensuales, informes de gestión detallados y tablas de comprobación del cumplimiento. Las tablas se publican en la intranet de la Oficina Regional y son accesibles a todas las oficinas de la OMS

Región de las Américas de la OMS

En la Región de las Américas, el Comité Permanente de Gestión del Riesgo Institucional examinó el perfil de riesgo de los ocho principales riesgos institucionales para la Oficina Regional e identificó medidas para mitigarlos. La cartera de riesgos institucionales se presentó al Comité de Auditoría en 2016. En ese año se llevaron a cabo 11 de las 22 auditorías internas planeadas, de las cuales siete fueron a nivel nacional.

Región de Asia Sudoriental de la OMS

En la Región de Asia Sudoriental se lograron importantes progresos en materia de transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos, elementos que se han incorporado en los órdenes del día de algunas reuniones regionales de alto nivel. El Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión elogió las tendencias positivas observadas en algunas esferas del cumplimiento y felicitó a la Región por no tener ninguna recomendación de auditoría interna o externa pendiente en el momento de la presentación al Comité. Además, se registraron progresos notables hacia la consecución de los objetivos de reforma de la gobernanza, con una reducción del número de puntos del orden del día, documentos preparatorios y resoluciones de las reuniones sobre gobernanza, así como la terminación o la terminación condicionada de más del 60% de anteriores resoluciones del Comité Regional (se revisaron 78 resoluciones; 29 se dieron por terminadas, 19 se terminaron con condiciones y 30 se mantienen vigentes).

Región del Pacífico Occidental de la OMS

La Región del Pacífico Occidental se mantuvo sin ningún atraso en las contribuciones financieras directas, y en todas las oficinas en los países se realizaron actividades aleatorias de vigilancia. La Red de la Administración Regional y la Red de Gestión de Programas siguieron siendo foros firmes para asegurar el examen y el fortalecimiento del cumplimiento, el riesgo y la rendición de cuentas. Periódicamente, el personal directivo superior realiza un seguimiento y un examen minuciosos de los principales indicadores del desempeño (por ejemplo, el cumplimiento con el Sistema de Gestión y Mejora del Desempeño).

SECCIÓN 1. LOGROS POR CATEGORÍAS

Categoría 1

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Principales logros en 2016

El principio de «asegurar que nadie se quede atrás», piedra angular de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), constituye desde hace tiempo uno de los principios rectores de los programas de enfermedades transmisibles pertenecientes a la categoría 1, cuya finalidad es tratar o prevenir todos los casos, así como proporcionar vacunas a todos los niños. Las medidas destinadas a combatir las enfermedades asociadas a la pobreza procuran llegar a las poblaciones marginadas y desatendidas y brindar a todos los niños la debida protección inmunitaria, lo cual además de promover la equidad –uno de los elementos transversales de todos los ODS–, contribuye de manera directa y específica al logro de varios de estos objetivos.

En 2016 se han obtenido resultados tangibles en el avance hacia la consecución del ODS 3, más concretamente de las metas 3.3 y 3.2, que prevén poner fin, respectivamente, a las epidemias de las principales enfermedades transmisibles y a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de cinco años.

En consonancia con el principio de «asegurar que nadie se quede atrás», la OMS ha coordinado una serie de intensos esfuerzos multisectoriales destinados a ampliar el acceso a las pruebas diagnósticas, los tratamientos y las vacunas. Cabe destacar los logros siguientes: se distribuyeron más de 1300 millones de tratamientos para enfermedades tropicales en un total de 79 países; el número de personas que reciben tratamiento antirretrovírico supera ya los 18 millones (alrededor del 50% de la población mundial con VIH); y se ha podido certificar en 2016 la eliminación del tétanos neonatal en el conjunto de los 11 países de la región de Asia Sudoriental, que se convierte así en la segunda región de la OMS en alcanzar ese hito histórico.

Atendiendo a la petición de los Estados Miembros de que se definiera una respuesta integrada frente a la amenaza planteada por las enfermedades de transmisión vectorial de mayor incidencia a nivel mundial, la OMS ha elaborado un proyecto de respuesta mundial para el control de vectores. Una vez sometido a la oportuna consideración por la Asamblea de la Salud, este marco estratégico ayudará a los Estados Miembros a mejorar su res-

puesta frente a una serie de infecciones (como el paludismo, el dengue, el mal de Chagas, la infección por el virus chikungunya, la enfermedad por el virus de Zika, y la fiebre amarilla), presentes en ciudades y entornos rurales por igual, que cada año se cobran la vida de más de 700 000 personas.

El año 2016 también ha sido testigo de un mayor, o renovado, impulso político en apoyo de los objetivos perseguidos dentro de la categoría 1.

La Región de Europa se convirtió en 2016 en la primera región del mundo en poder anunciar la interrupción de la transmisión autóctona del paludismo, logro este que supone un avance importante hacia el objetivo mundial de «acabar con el paludismo para siempre». El número de casos autóctonos pasó de 90 712 en 1995 a cero en 2015

Adiós definitivo al paludismo: el caso de Sri Lanka

En lo que viene a representar todo un hito en materia de salud pública, Sri Lanka ha recibido de parte de la OMS la certificación de eliminación del paludismo, una enfermedad potencialmente mortal que llevaba años haciendo estragos en este país insular.

Sri Lanka es, después de Maldivas, el segundo país de la Región de Asia Sudoriental en eliminar el paludismo. El anuncio de que el país ha logrado acabar con esta lacra se hizo durante la 69.ª reunión del Comité Regional de la OMS para Asia Sudoriental, en presencia de ministros de salud y otros altos funcionarios del ámbito sanitario de los 11 Estados Miembros que integran la región.

Tras enfrentarse a todo un cúmulo de circunstancias adversas, Sri Lanka ha conseguido convertirse en un país libre de paludismo y mantener esa condición (el último caso registrado en el país se remonta a 2012) gracias al esfuerzo concertado que durante años han mantenido los trabajadores de la salud y las comunidades, a una voluntad política inquebrantable y al apoyo de asociados como la OMS y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

La OMS ha hecho notables aportaciones en el marco de diversos debates de alto nivel celebrados en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas (Nueva York, Estados Unidos de América, 19 a 21 de abril de 2016), la reunión de alto nivel sobre el VIH/sida (Nueva York, 8 a 10 de junio de 2016), y la reunión de alto nivel sobre la resistencia a los antimicrobianos (Nueva York, 21 de septiembre de 2016). Por otro lado, se han iniciado los preparativos para la reunión de alto nivel sobre la tuberculosis, programada para 2018.

La primera conferencia a nivel ministerial sobre la inmunización en África (Addis Abeba, 24 y 25 de febrero de 2016) culminó en la firma de una declaración ministerial de ámbito regional en la cual se reconoce la importancia del acceso universal a la inmunización como piedra angular para la salud y el desarrollo en África.

La adopción por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud de las Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH y contra las hepatitis víricas para el periodo 2016-2021 (resolución WHA69.22 (2016)) representó un paso decisivo en cuanto a la orientación y agilización de los esfuerzos destinados a combatir las enfermedades en cuestión.

La OMS ha recomendado el uso de varios instrumentos nuevos, entre otros, regímenes terapéuticos normalizados de menor duración para la mayoría de los pacientes con tuberculosis multirresistente y la primera prueba de diagnóstico rápido para el virus de la hepatitis C.

En noviembre de 2016, la Organización anunció que la primera vacuna contra el paludismo a nivel mundial se comenzará a administrar en 2018 en tres países del África subsahariana, dentro de un proyecto piloto que evaluará la viabilidad de administrar las cuatro dosis requeridas, el impacto de la vacuna en el número de vidas salvadas y la seguridad de la vacuna en el contexto de un uso rutinario.

Se han publicado orientaciones y datos probatorios de crucial importancia, incluidos un conjunto de documentos orientativos específicamente centrados en la hepatitis, con directrices sobre las pruebas de las hepatitis B y C, las pruebas de cribado, la atención y el tratamiento de personas con infección crónica por virus C y la vigilancia de la morbilidad. Es de destacar también la publicación del primer informe mundial sobre el acceso a los tratamientos contra la hepatitis C, que revela el logro de alentadores avances en los países en desarrollo, donde más de un millón de personas con hepatitis C han recibido un nuevo tratamiento revolucionario.

Según los datos probatorios facilitados en el *Informe mundial sobre la tuberculosis 2016*, publicado en octubre del año pasado, la tuberculosis se ha convertido en la enfermedad infecciosa más mortífera del mundo. El informe revela asimismo que el ritmo de los progresos en la lucha contra la tuberculosis es demasiado lento para lograr la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que prevé poner fin a la epidemia de tuberculosis para 2030. La Secretaría, que ha aunado esfuerzos con Estados Miembros y los asociados para dar impulso a la lucha contra esta enfermedad, coauspiciará en noviembre de 2017 en Moscú una conferencia ministerial mundial sobre la tuberculosis. La OMS ha elaborado asimismo, basándose en las valiosas pruebas que se acaban de obtener, una serie de directrices para facilitar que los países implanten medios diagnósticos adicionales basados en pruebas moleculares, así como regímenes de tratamiento más cortos contra la tuberculosis multirresistente.

El Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales ha generado importantes resultados en lo referente al estudio de las evidencias disponibles con miras a mejorar las políticas y prácticas de salud pública, así como al fortalecimiento de las capacidades institucionales e individuales para realizar investigaciones sanitarias en países de ingresos bajos y medianos. Entre los principales logros alcanzados en 2016, destacan la mejora de la capacidad investigadora de los países en apoyo de la Estrategia Fin a la Tuberculosis (y de la consolidación de la Red Regional de África Occidental para el Control de la Tuberculosis (WARN-TB)), la contribución a la formulación de una política documentada para lograr la meta de eliminar la leishmaniasis visceral en Nepal y Bangladesh, y la elaboración de un plan modelo de emergencia, acompañado de una guía práctica para la instauración de un sistema de pronta alarma para los brotes de dengue. La Red Mundial para el Manejo de la Resistencia a los Insecticidas, puesta en marcha por el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, está experimentando un rápido crecimiento. Creada con el fin de dar respuesta a las epidemias más acuciantes, presta apoyo a unos 110 estudiantes de posgrado o doctorado de países de ingresos bajos y medianos con objeto de fortalecer las capacidades nacionales para realizar investigaciones sobre la aplicación.

Tras la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en septiembre de 2016, durante la cual los Jefes de Estado se comprometieron a adoptar una estrategia de amplio alcance y coordinada para abordar las causas fundamentales de la resistencia a los antimicrobianos en múltiples sectores, en especial en el de la salud humana, la salud animal y la agricultura, se intensificaron en los departamentos de la Sede, y también a nivel regional y de país, las medidas destinadas a combatir este fenómeno. Se reforzó asimismo la colaboración con la FAO y la OIE. También se han logrado avances significativos en la aplicación del Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. En mayo de 2015, los Estados Miembros se comprometieron a elaborar planes de acción nacionales; a mes de marzo de 2016, 65 de ellos habían establecido planes multisectoriales y 62 estaban en proceso de elaborarlos. Esto significa que más del 90% de la población mundial viva en países que ya han implantado un plan de manejo de la resistencia a los antimicrobianos o están en vías de hacerlo. Para diciembre de 2016, se habían adscrito al Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos de la OMS unos 30 Estados Miembros.

Retos y enseñanzas extraídas

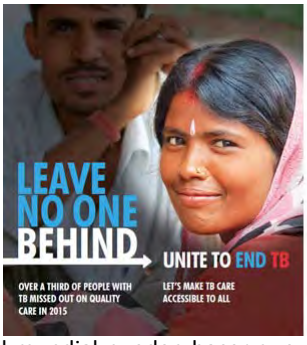
Subsisten serias dificultades para asegurar niveles sostenibles de financiación, lo cual afecta a la aplicación de las pertinentes estrategias regionales y nacionales y actividades relacionadas con los programas comprendidos en esta categoría. Todo ello repercute en la capacidad de la OMS para prestar a los países un apoyo técnico de alta calidad y mantener recursos humanos suficientes a nivel regional y de país.

El repentino anuncio, a finales de 2015, de que se reduciría la financiación del Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas del ONUSIDA supuso un duro golpe tanto para las oficinas regionales como para las oficinas en los países. A raíz de ello, hubo que reducir las actividades y la dotación de personal, sobre todo en los países no prioritarios, lo que ha repercutido negativamente en la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros.

Las oficinas de la OMS en los países desempeñan una importante función coordinadora dentro de los esfuerzos destinados a apoyar la ultimación de los programas nacionales de control de las enfermedades tropicales y la movilización de recursos entre los asociados para combatir las enfermedades tropicales desatendidas. Es de señalar, sin embargo, que la movilización de fondos a nivel de país, sobre todo en lo tocante al mantenimiento del personal, ha resultado particularmente dificultosa en algunos países prioritarios. Las contribuciones para fines concretos no hacen sino acentuar las restricciones de gastos.

El deterioro de la situación de seguridad en algunos países –en particular, en el Afganistán, Somalia y el Yemen– y en determinadas zonas del Pakistán y el Sudán, junto con la inestabilidad política, ha obstaculizado la ejecución y el seguimiento continuo de las intervenciones.

Para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es necesario asegurar que las poblaciones con las que es más difícil entrar en contacto tengan acceso a los servicios sanitarios y hagan un buen uso de los mismos, pero aún se está lejos de hacer realidad esta premisa. Es primordial eliminar los principales obstáculos que frenan el fortalecimiento de los sistemas de salud para así mejorar la prevención, el tratamiento y la atención dentro de programas centrados en enfermedades específicas. Esto se aplica también a los países de ingresos medianos, gravemente afectados por la asignación insuficiente de recursos, pese a ser ellos los que soportan el mayor peso de la población vulnerable. Varios Estados Miembros han empezado a utilizar las herramientas elaboradas por la OMS (entre ellas, una guía para adaptar los programas de inmunización al contexto nacional) para identificar los obstáculos que hacen que sea difícil acceder a las poblaciones no vacunadas o insuficientemente vacunadas, por poner un ejemplo.



Los cambios en la configuración de políticas a nivel mundial pueden hacer que se preste menor atención a las enfermedades transmisibles, con la consiguiente reducción de los recursos financieros asignados a las mismas. Esto representa el principal escollo para la plena ejecución de las actividades previstas dentro de esta área de trabajo en los Estados Miembros; es de notar, sin embargo, que los constantes esfuerzos de seguimiento, asistencia y análisis entre los tres niveles de la Organización ya han empezado a mitigar algunos de los problemas descritos. Intensificar la colaboración con los asociados con miras a mejorar la eficiencia y la eficacia será crucial para prestar el debido apoyo a los Estados Miembros.

Para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos, será necesario un cambio sostenido en la prevención y el manejo de las infecciones en todas las partes del mundo. La creación de consenso y el entendimiento entre múltiples sectores para atender la urgente necesidad de actuación en esta esfera será primordial para obtener buenos resultados. A nivel político, se constata un mayor nivel de entendimiento gracias a un esfuerzo continuado de promoción política y a la generación de datos probatorios contundentes por la Secretaría de la OMS, los asociados externos y los Estados Miembros. Esta colaboración ha sido crucial para asegurar en muy poco tiempo un compromiso político de alto nivel.

En el plano operacional, es necesario redoblar los esfuerzos por determinar claramente las intervenciones prioritarias e incorporarlas dentro de los planes y estrategias ya existentes, tanto dentro de la OMS como fuera de ella. Los datos sobre el alcance y la magnitud de la resistencia a los antimicrobianos, así como sobre el consumo de antibióticos, escasean en gran parte del mundo, lo que dificulta sobremanera el manejo de este problema y hace que no sea fácil mantenerlo en el centro de la atención política. La Secretaría está apoyando a los Estados Miembros en sus esfuerzos por recopilar los datos pertinentes de manera sistemática y coherente. El fortalecimiento de los sistemas de salud con miras a dar una respuesta eficaz al problema de la resistencia a los antimicrobianos exige la acción coordinada de varias áreas programáticas, pero las capacidades requeridas para ello siguen siendo muy limitadas. Aunque se han distribuido fondos para el control de la resistencia a los antimicrobianos entre los equipos regionales y de la Sede, la mayoría de las oficinas de la OMS en las regiones y los países necesitan un mayor apoyo en esta esfera. Sin embargo, no se dispone de la capacidad necesaria; además, la falta de financiación sostenible, junto con la aplicación de los pertinentes límites presupuestarios, imposibilita una asignación estructurada o estratégica de capacidades adicionales.

Prioridades para 2017

En vista de los problemas arriba mencionados, la OMS ha tenido que introducir ajustes en las actividades programadas para 2017. El programa sobre el VIH, por ejemplo, sigue concentrando los recursos que quedan disponibles en las intervenciones prioritarias y en los países prioritarios («países con medidas aceleradas en marcha»), atendiendo a la carga de morbilidad. Las actividades relacionadas con la labor de la OMS dentro de los programas de investigación tienden a recibir menos recursos. La mayor parte de los ahorros de costos se han obtenido mediante una reestructuración de los recursos humanos. En la Región Europea de la OMS, los recursos humanos se están reorientando en 2017 desde la Oficina Regional a dos países con medidas aceleradas en marcha. En la Región del Mediterráneo Oriental, el Plan de Acción Regional para la aplicación de la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida 2016-2020 va a ser remplazado por la elaboración de planes de colaboración específicamente centrados en el contexto nacional para los cuatro países de la Región considerados prioritarios en esta esfera, que son: Libia, el Pakistán, la República Islámica del Irán y el Sudán. En La Región del Pacífico Occidental, se reducirá el apoyo internacional para los países con bajas tasas de incidencia y prevalencia del VIH y, en general, con baja carga de morbilidad asociada al VIH.

El proceso de sustitución, en materia de inmunización contra la poliomielitis, de la vacuna trivalente por la vacuna bivalente ha concluido con éxito, y ya no se llevarán a cabo más actividades en esta esfera en 2017. La OMS y el UNICEF han establecido un sistema para la gestión conjunta de las actividades relacionadas con las cadenas de suministro –incluidas las evaluaciones realizadas en el marco de la estrategia de gestión eficaz de las vacunas–, lo que permitirá reducir el tiempo requerido por las pertinentes medidas de apoyo a los países. Se está examinando la posibilidad de encomendar algunas de las actividades de creación de capacidad, y actividades afines, a asociados externos (sobre todo en la Región de Asia Sudoriental), lo que contribuiría a reducir otro poco más la dependencia del apoyo de la OMS en esta esfera.

En su empeño por mejorar la eficiencia, la OMS ha seguido colaborando con asociados y donantes como la KNCV Tuberculosis Foundation, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la USAID y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Esta colaboración ha abarcado diversas actividades, por ejemplo de análisis programático y creación de capacidad (incluidas actividades formativas). Se están estudiando en relación con algunas actividades de crucial importancia distintos arreglos de participación en la financiación de los gastos. Se ha empezado a fomentar por ejemplo, tanto a nivel regional como de país, la planificación conjunta entre diferentes programas de control de enfermedades, en particular los centrados en el VIH, la tuberculosis y la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. En la Oficina Regional para Europa, los programas de control de la tuberculosis, el VIH y la hepatitis se han fusionado en un solo programa conjunto, en cumplimiento de una decisión estratégica que prevé abordar la carga de morbilidad de manera coherente e integrada, para así contribuir a la creación de sinergias en la prestación conjunta de apoyo a los países y a la mejora de la eficiencia.

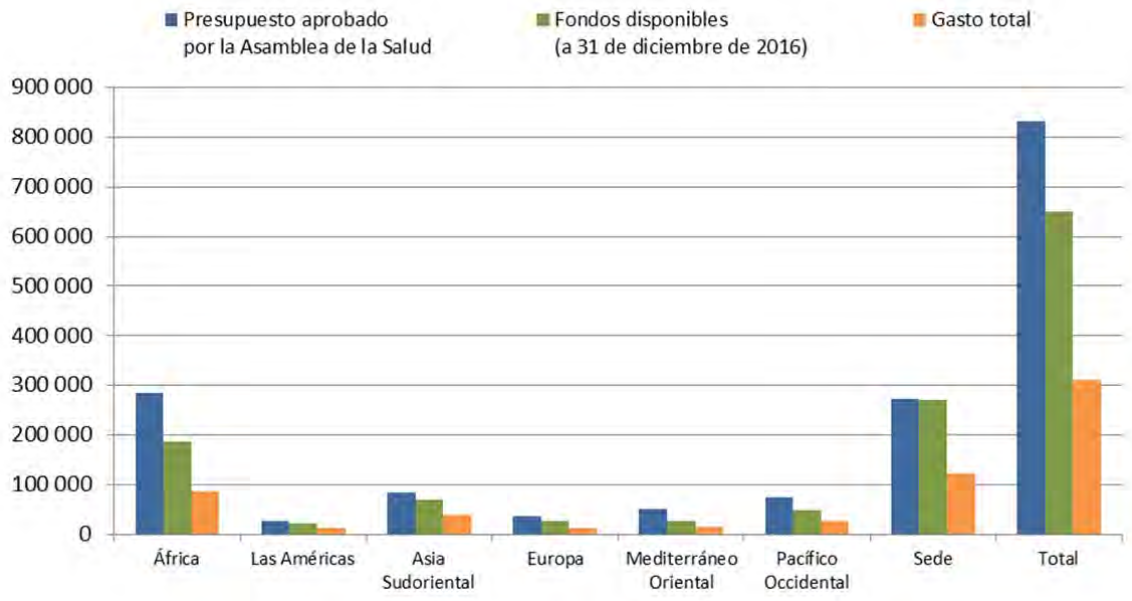
Los centros colaboradores de la OMS pueden contribuir de distintas maneras, por ejemplo ofreciendo asesoramiento técnico a costo reducido o gratuito. Organizar una reunión regional de forma conjunta con otra conferencia internacional puede suponer importantes ahorros de gastos de viaje para los asesores temporales y los funcionarios de la Secretaría. Así por ejemplo, la OMS tiene previsto organizar la 11.ª reunión de gestores de programas nacionales contra la tuberculosis de la Región del Pacífico Occidental coincidiendo con la Conferencia de Asia y el Pacífico sobre Salud Pulmonar que la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorios celebrará en Tokio en marzo de 2017.

En cuanto a la resistencia a los antimicrobianos, el objetivo principal en 2017 será incrementar la financiación sostenible para esta prioridad de primer orden.

Principales cifras de la categoría 1

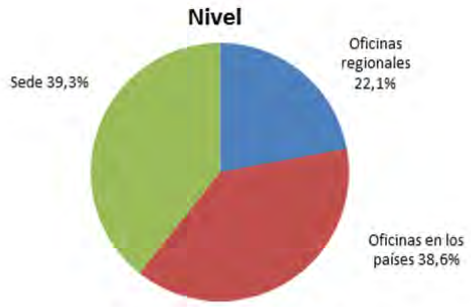
La cuantía total del presupuesto por programas aprobado para la categoría 1 era de US$ 832 millones[1] (véase la figura 1). Los recursos disponibles a finales de 2016 ascendían a US$ 651 millones, lo que supone un 78% de la cuantía aprobada. Los gastos sumaban US$ 312 millones, lo que equivale a un 38% del presupuesto por programas aprobado y un 48% de los fondos disponibles. Aunque en general el nivel de financiación puede considerarse adecuado para estas alturas del bienio, es importante señalar que el repentino anuncio, a finales de 2015, de que se reduciría la financiación del Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas del ONUSIDA ha supuesto un duro golpe para las regiones y las oficinas en los países. Los fondos disponibles en la Sede incluyen recursos para el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales que tienen una asignación muy específica y no pueden ser utilizados para otras actividades programadas dentro de la categoría 1. El bajo nivel de ejecución (38%) con respecto al presupuesto por programas aprobado puede explicarse por la menor disponibilidad de fondos en algunas regiones, en particular en la Región de África (31%) y la Región del Mediterráneo Oriental (27%); al mismo tiempo, el gasto total, situado en un 48%, demuestra que las oficinas principales mantienen un nivel de ejecución acorde con los recursos actualmente disponibles.

Presupuesto y gastos por oficina principal



[1] Esta cifra incluye la asignación prevista dentro del presupuesto por programas aprobado para la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos.

Gastos desglosados: categoría 1



Categoría 2

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Principales logros en 2016

En 2016 la OMS siguió encabezando las iniciativas mundiales orientadas a reducir la carga por enfermedades no transmisibles, y para ello se centró en las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y neumopatías crónicas) así como en los principales factores de riesgo (consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y consumo nocivo del alcohol), la mala nutrición, las enfermedades de transmisión alimentaria, los trastornos de salud mental, el abuso de sustancias, la discapacidad, la violencia y los traumatismos y la salud bucodental y ocular, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento, y la vigilancia y la lucha eficaz contra las zoonosis.

A fin de promover la sensibilización internacional, la OMS destacó que las defunciones y discapacidades prematuras debidas a esas enfermedades causan sufrimientos indescriptibles, reducen la productividad, restringen el crecimiento económico, mantienen a las personas atrapadas en la pobreza crónica y suponen un importante reto social en la mayor parte de los países. El reconocimiento de que esas enfermedades representan uno de los principales problemas para el desarrollo en el siglo XXI se refleja en la inclusión de las metas pertinentes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Esas metas se basan en la orientación proporcionada por la Organización Mundial de la Salud y los compromisos contraídos en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

En abril de 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas instituyó el Decenio de Acción de las Naciones Unidas sobre la Nutrición 2016-2025. La OMS efectuó contribuciones en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, en cuyo documento final, aprobado por la Asamblea General en abril de 2016 mediante la resolución S-30/1, se asignan algunas tareas a la Organización.

En junio de 2016, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas alentó a los miembros del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles a que reflejaran las nuevas metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con las enfermedades no transmisibles en sus planes y políticas nacionales de desarrollo.

En mayo de 2016, y en el marco de la resolución WHA69.7, la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud refrendó la Declaración de Brasilia sobre Seguridad Vial (el documento final de la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial), y en la resolución WHA69.5 hizo suyo el plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. En la resolución WHA.69.9 (2016), la Asamblea de la Salud acogió con agrado las orientaciones técnicas sobre la eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños; en la decisión WHA69(12) (2016), acogió con beneplácito el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil; y en la resolución WHA69.6 (2016) tomó nota de que la Directora General había recibido dos informes de los grupos de trabajo del mecanismo de coordinación mundial de la OMS sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los que se recomendaba cómo y con qué medios alentar a los Estados Miembros a cumplir el compromiso de interactuar con el sector privado y financiar las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles.

La novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, centrada en la manera de promover la salud en el contexto de las respuestas nacionales a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, dio lugar a la adopción de la Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud, en la que se establecen opciones de políticas audaces que los gobiernos podrían incluir en sus respuestas nacionales ambiciosas respecto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Con respecto a los programas mundiales conjuntos con otros organismos de las Naciones Unidas, el UNICEF y la OMS pusieron en marcha la Alianza mundial para acabar con la violencia contra los niños, así como su conjunto de soluciones INSPIRE, cuya eficacia ha sido demostrada. La FAO y la OMS han comenzado a intensificar la asistencia técnica con miras a fortalecer las capacidades nacionales en materia de seguridad alimentaria mediante la introducción de un instrumento mundial conjunto FAO/OMS para evaluar los sistemas nacionales de control de los alimentos. El segundo Proyecto y Fondo de la FAO y la OMS en favor de la Participación en el Codex (Fondo fiduciario del Codex) se puso en marcha en enero de 2016. La asistencia técnica coordinada incumbió a la OMS, la FAO y la Oficina Internacional de Epizootias (OIE) con el fin de luchar contra las zoonosis y la resistencia a los antimicrobianos en la interacción entre animales y seres humanos. El programa conjunto UIT/OMS «Sea Salud@ble, Sea Móvil» ha entrado en su segunda fase, y su programa «mTobaccoCessation» en la India ha conseguido llegar a dos millones de usuarios. La UNODC y la OMS firmaron un memorando de entendimiento para apoyar a los países que procuran aumentar el número de consumidores de drogas que se canalizan hacia el sistema de salud pública, y reducir consiguientemente el número de los que se canalizan hacia los tribunales y el sistema de justicia penal. El Banco Mundial y la OMS han empezado a colaborar entre sí para llevar las cuestiones relativas a la salud mental desde la periferia hacia el centro del programa mundial de desarrollo.

En el marco de la Reunión Anual de Primavera 2016 del Banco Mundial, esta institución y la OMS organizaron una actividad de alto nivel sobre salud mental y desarrollo, que tuvo lugar en Washington, D.C. Esta fue la primera vez que el Banco Mundial centró su atención en la salud mental, reconociendo y destacando los vínculos entre la salud mental y el desarrollo y proporcionando puntos de partida desde los que los países podrían utilizar las actividades concernientes a la salud mental para mejorar sus trabajos en pro del desarrollo. La Directora General de la OMS y el Presidente del Banco Mundial inauguraron la actividad. Se publicó un documento de antecedentes y un informe con recomendaciones.

Se están realizando progresos para mejorar la disponibilidad de datos nuevos y datos actualizados sobre exposición a los riesgos y mortalidad por enfermedades no transmisibles. Además, la OMS actualizó datos y estimaciones nacionales comparables relativos a un grupo significativo de indicadores de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, con el fin de posibilitar la presentación de informes sobre los progresos que se realicen hacia la consecución de las metas voluntarias establecidas para 2025 y las metas relacionadas con las enfermedades no transmisibles incluidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Algunos Estados Miembros han logrado notables progresos hacia el cumplimiento de los plazos establecidos con respecto a los cuatro compromisos nacionales contraídos para reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2015 y 2016, según se establece en el documento final de la segunda reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles. El apoyo de la OMS está propiciando importantes progresos por parte de los Estados Miembros, especialmente el Brasil, el Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, la Federación de Rusia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Islámica del Irán.

Sin embargo, los datos fidedignos actuales sugieren que la tasa de reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles sigue siendo insuficiente para alcanzar de aquí a 2030 la meta 4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, consistente en reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento. Con miras a fortalecer rápidamente las capacidades nacionales para abordar las enfermedades no transmisibles, la OMS organizó la primera Reunión Mundial de Gestores y Directores de Programas Nacionales sobre Enfermedades No Transmisibles (Ginebra, 15 a 17 de febrero de 2016), con el fin de ayudar a los países a intensificar sus respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta que esas enfermedades siguen siendo el área programática que con más frecuencia se selecciona como prioritaria en los países. Análogamente, en todas las regiones de la OMS se celebraron reuniones regionales de gestores y directores de programas nacionales sobre enfermedades no transmisibles.

A fin de satisfacer la creciente demanda de asistencia técnica, la OMS puso en marcha en septiembre de 2016 la Global Hearts Initiative, que es un acuerdo de colaboración entre la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la Federación Mundial del Corazón, la World Stroke Organization, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Liga Mundial de la Hipertensión, destinado

Tayikistán pone en marcha un Programa Nacional de Rehabilitación de Personas con Discapacidades

El Programa Nacional de Rehabilitación de Personas con Discapacidades 2017-2020 procura mejorar la salud, los servicios de rehabilitación y la protección social de las personas con discapacidades, a fin de generar un entorno propicio que ofrezca igualdad de oportunidades para todos en Tayikistán, y contribuya de ese modo a la aplicación de la Agenda para el Desarrollo Sostenible.

El Programa se centra en todas las personas con problemas físicos o intelectuales derivados de enfermedades no transmisibles, enfermedades infecciosas (en particular las personas afectadas por el brote de poliomielitis que experimentó ese país en 2010), trastornos neurológicos, enfermedades mentales, traumatismos y enfermedades debidos a cirugías o al proceso de envejecimiento. Puesto en marcha en octubre de 2016, el Programa es la culminación de la asistencia técnica prestada por la OMS al Ministerio de Salud y Protección Social desde 2013, con el respaldo financiero de Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad. La OMS contribuyó a la introducción de la política, los sistemas y los servicios de un programa de rehabilitación para personas con discapacidades, lo que a su vez dio lugar al desarrollo del Programa Nacional para 2017-2020. La ejecución del Programa requerirá la adopción de decisiones por parte de las instituciones gubernamentales, los organismos de las Naciones Unidas, la comunidad de donantes, las organizaciones nacionales e internacionales, los medios de comunicación, las personas con discapacidades y las organizaciones que las representan.

a intensificar las actividades de prevención y control de enfermedades cardiovasculares en los países de ingresos bajos y medianos.

La Global Hearts Initiative, que hasta el momento ha prestado asistencia técnica a 14 países, comprende tres conjuntos de instrumentos técnicos: SHAKE (para reducir el consumo de sal entre la población), HEARTS (para incorporar el tratamiento de las cardiopatías en la atención primaria de salud) y MPOWER (para ayudar a los países a aplicar disposiciones específicas del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco). También se prestó asistencia técnica a algunos países para que adoptaran medidas orientadas a promover el consumo de alimentos saludables, reducir la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas, mejorar los procesos legislativos y la legislación relativa al control del tabaco, o reducir los efectos que provoca en los niños la comercialización de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal. Asimismo, la OMS apoyó a más de 30 Estados Miembros en el fortalecimiento o establecimiento de sistemas de vigilancia y seguimiento de enfermedades no transmisibles que permitan seguir la evolución de los progresos nacionales e informar con arreglo al marco mundial de rendición de cuentas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en particular el marco de vigilancia mundial de la OMS. Esto incluyó el apoyo a la planificación y ejecución de estudios sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en los que se utilizó el enfoque STEP-wise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (adultos), o el enfoque de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (adolescentes).

En 2016, la OMS conmemoró el Día Mundial de la Salud con un llamado a la acción contra la diabetes. En su primer Informe Mundial sobre la Diabetes, la OMS señaló que incluso en los entornos más pobres, los gobiernos deben garantizar que la gente pueda alimentarse sanamente, desarrollar actividad física y evitar el sobrepeso, y que los sistemas de salud puedan diagnosticar y tratar los casos de diabetes.

El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles encabezado por la OMS prestó asistencia técnica a 16 países, con el fin de ayudar a los gobiernos a influir en las políticas públicas de sectores tales como los de agricultura, producción de alimentos, fabricación de productos farmacéuticos, fiscalidad, comercio y desarrollo urbano, y asegurar los progresos sanitarios en lo relativo a las enfermedades no transmisibles. Para fortalecer el liderazgo eficaz de los gobiernos en la esfera de los trastornos de salud mental, la OMS prestó apoyo a 20 Estados Miembros la aplicación del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, de la OMS.

A fin de promover el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros, la OMS estableció en 2016 el archivo de documentos relativos a las enfermedades no transmisibles, que permite acceder a más de 1400 documentos presentados por los Estados Miembros a la OMS en relación con metas, políticas y directrices concernientes a las enfermedades no transmisibles. Además, se establecieron comunidades de acción en materia de gobernanza, atención de salud, prevención y vigilancia de enfermedades no transmisibles para los gestores y directores de programas nacionales relativos a esas enfermedades.

Análogamente, todos los instrumentos de la OMS para hacer frente a las enfermedades no transmisibles se han centralizado en una única plataforma alojada en el sitio web de la Organización. Tres de esos instrumentos, publicados en 2016 son: los instrumentos para el desarrollo, la aplicación y el seguimiento de los planes nacionales de acción multisectoriales relativos a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; una versión revisada de la *Guía de Intervención mhGAP* para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en ámbitos de atención no especializada (que se está utilizando en 90 países); y un instrumento de apoyo a los sistemas de datos destinados a mejorar la elaboración de programas contra el cáncer cervicouterino.

La campaña mundial de comunicación sobre las enfermedades no transmisibles se puso en marcha en julio de 2016, con ocasión del Foro Político de Alto Nivel sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible organizado por el Consejo Económico y Social. El informe de la reunión técnica de la OMS sobre políticas fiscales destina-

das a mejorar la dieta y la prevención de las enfermedades no transmisibles instaba a considerar la introducción de impuestos para facilitar el acceso a opciones alimentarias saludables.

En julio de 2016, la decisión del Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones del Banco Mundial confirmó que las medidas para el control del tabaco aplicadas por el Uruguay no violaban los términos de un acuerdo de inversión entre ese país y Suiza, que había dado origen al litigio. La decisión se inspiró en una presentación conjunta, o *amicus curiae*, de la OMS y la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

En colaboración con la FAO, la OMS transmitió a la Comisión del Codex Alimentarius y a los Estados Miembros 53 evaluaciones de riesgo detalladas, así como otros documentos de asesoramiento científico sobre peligros químicos y microbiológicos en los alimentos, con el fin de respaldar la adopción de más de 4000 normas del Codex en 2016.

El mecanismo de coordinación mundial de la OMS sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles realizó progresos orientados a lograr que los agentes no estatales apoyen a los Estados Miembros en sus esfuerzos por alcanzar para 2030 la meta 4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Los gobiernos de Francia y Mauricio, como Copresidentes de la Reunión del Diálogo Mundial de la OMS sobre el papel de los agentes no estatales para apoyar la lucha de los Estados Miembros contra las enfermedades no transmisibles en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, formularon una declaración en la que pedían a las ONG, entidades del sector privado, fundaciones filantrópicas e instituciones académicas, que consideraran la manera de aumentar sus contribuciones a la lucha de los países contra las enfermedades no transmisibles. En el marco del Mecanismo de Coordinación se establecieron dos grupos de trabajo; el primero sobre la manera de integrar las enfermedades no transmisibles en los programas sobre enfermedades transmisibles, salud maternoinfantil y salud sexual y reproductiva. El segundo grupo de trabajo examinó medios para armonizar la cooperación internacional con los planes nacionales multisectoriales relativos a las enfermedades no transmisibles y el logro de la meta 4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.

Retos y enseñanzas adquiridas

La Secretaría y los Estados Miembros de la OMS, las organizaciones de las Naciones Unidas y los agentes no estatales deberán examinar más a fondo las causas de la lentitud en los progresos de la lucha contra las enfermedades no transmisibles. En ese contexto, deberán identificar los obstáculos y acordar soluciones innovadoras para superar las dificultades. Si bien se ha producido un incremento en el número de países que están aplicando una política nacional sobre enfermedades no transmisibles y cuentan con un presupuesto para ello, los países de ingresos bajos y medianos generalmente se ven en aprietos para pasar del compromiso presente a la aplicación de soluciones pioneras en el futuro. Los principales obstáculos son:

- la falta de compromiso y conocimientos especializados para integrar en el contexto de las respuestas nacionales a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, medidas que permitan hacer frente a las enfermedades no transmisibles;
- las demandas no satisfechas de prestación de asistencia técnica por conductos bilaterales y multilaterales para fortalecer la capacidad nacional, lo que debería permitir a los países desarrollar sus propias respuestas nacionales multisectoriales a las enfermedades no transmisibles;
- la lentitud de los progresos para incorporar a todos los sectores gubernamentales y a sectores cruciales ajenos al de la salud, lo que constituye un requisito previo para el desarrollo de respuestas nacionales multisectoriales a las enfermedades no transmisibles, en particular la realización de intervenciones que aprovechen de manera óptima los recursos para luchar contra las enfermedades no transmisibles;
- las deficiencias de los sistemas de salud y la insuficiente capacidad nacional en el ámbito de la salud pública;
- la insuficiente capacidad analítica, jurídica y administrativa fiscal para aumentar los impuestos nacionales sobre los productos que perjudican la salud, con miras a reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y contribuir a una mayor movilización de recursos para dar respuestas nacionales;

- la interferencia de la industria, que obstaculiza la aplicación de ciertas medidas; y
- un cambio en los modelos de financiación de la salud, a raíz del cual la mayor parte de la carga afecta a los recursos públicos nacionales, complementados con asistencia internacional.

A raíz de la presentación de pruebas científicas y del apoyo sostenido, Estonia planea gravar con impuestos las bebidas azucaradas

El principal resultado derivado del amplio y sostenido apoyo de la Oficina Regional de la OMS para Europa a Estonia es una propuesta gubernamental orientada a gravar con impuestos a partir de 2018 las bebidas azucaradas, con el fin de alentar medidas de prevención del sobrepeso y la obesidad. Este apoyo abarca la creación de capacidad, la asistencia técnica, el asesoramiento en materia de política y la promoción, e incluye la colaboración en diferentes sectores y departamentos gubernamentales, entre ellos los ministerios de asuntos sociales, finanzas, asuntos rurales y sus órganos subsidiarios. El estudio nacional realizado por primera vez en el marco de la iniciativa europea de la OMS para la vigilancia de la obesidad infantil reveló que el 26% de los alumnos de primer grado padecían sobrepeso u obesidad. En el contexto de la Red de políticas basadas en pruebas científicas se elaboró un documento sobre políticas, con el fin de informar acerca de medios para reducir en Estonia el consumo de bebidas azucaradas y sus efectos perjudiciales para la salud. Se obtuvo un respaldo adicional gracias a la identificación de esas bebidas en el mercado en función de su contenido de azúcar y precio, y a través de la colaboración con investigadores para modelizar los beneficios sanitarios y económicos en condiciones fiscales hipotéticas.

El estudio sobre obesidad infantil, el documento sobre políticas y el asesoramiento político basado en la labor y los documentos normativos de la OMS, en particular las directrices relativas al azúcar y el Plan de acción europeo sobre alimentación y nutrición 2015-2020, han contribuido al desarrollo del libro verde sobre nutrición y actividad física.

Prioridades para 2017

La aplicación de estrategias e intervenciones iniciada en 2016, también es una prioridad. Algunos Estados Miembros prevén poner en práctica los siguientes conjuntos de recursos técnicos: INSPIRE, para acabar con la violencia contra los niños; Global Hearts, para hacer frente a las cardiopatías; los instrumentos sobre atención de emergencia; y la encuesta modelo sobre discapacidad. En mayo, durante la Semana de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, se pondrá en marcha el nuevo conjunto de intervenciones de seguridad vial, Save LIVES, centradas en el control de la velocidad, un importante factor de riesgo de accidentes de tránsito. En el marco del seguimiento del Plan de acción mundial sobre discapacidad, la OMS intensificará sus actividades de rehabilitación, para lo cual convocará a más de 200 partes interesadas a una importante reunión, Rehabilitación 2030, que se celebrará en febrero con el fin de identificar las próximas medidas.

En colaboración con el Banco Mundial y el PNUD, la OMS comenzó a colaborar en la elaboración de argumentos favorables a la investigación económica nacional en Fiji y Viet Nam, lo que ayudará a aumentar la sensibilización acerca de la carga que supone para el sistema de salud pública nacional la incidencia de las enfermedades no transmisibles, la relación entre esas enfermedades y la pobreza y el desarrollo económico, los costos de la acción y de la inacción, y el rendimiento de las inversiones. A escala mundial, la OMS comenzó a elaborar un plan institucional presupuestado sobre las enfermedades no transmisibles, que se pondrá en marcha en la Conferencia Mundial de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles (Montevideo, 18 a 20 de octubre de 2017), como preparación de la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

Se espera que la Conferencia produzca un documento final en el que se establezca una hoja de ruta relativa a los compromisos que los Estados Miembros pueden cumplir entre 2018 y 2030 para alcanzar la meta 4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.

La OMS seguirá apoyando a los países en la recopilación de datos sobre enfermedades no transmisibles, incluso sobre la exposición a los factores de riesgo y la mortalidad, a fin de posibilitar la presentación de informes concernientes a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con las enfermedades no transmisibles. En 2017 la OMS realizará un estudio destinado a generar información detallada sobre la capacidad de cada país para hacer frente a las enfermedades no transmisibles y determinar los actuales puntos

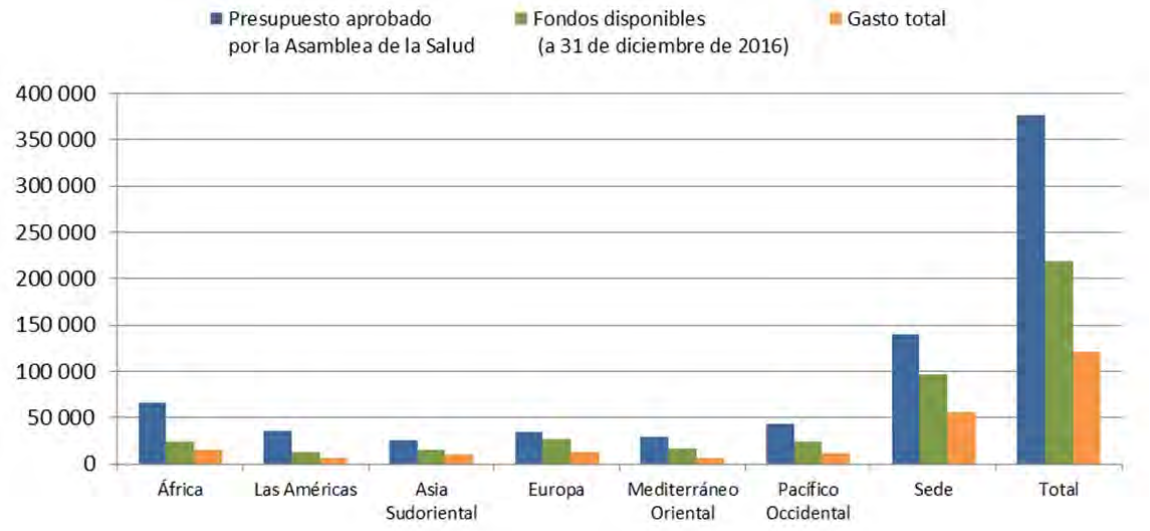
fuertes y debilidades de sus infraestructuras, respuestas normativas, vigilancia y respuesta de los sistemas de salud en lo relativo a las enfermedades no transmisibles. La OMS utilizará esa información, junto con otros datos sobre enfermedades no transmisibles, a fin de elaborar un informe de seguimiento actualizado respecto de las enfermedades no transmisibles, y actualizará el archivo de documentos sobre esas enfermedades con nueva información sobre los países.

En la búsqueda de un nuevo modelo institucional que permita intensificar la asistencia técnica de la OMS (en el marco de los mismos parámetros establecidos para el presupuesto por programas), la Organización ha comenzado a desarrollar un modelo de apoyo integrado en ocho Estados Miembros. El objetivo consiste en alcanzar un modelo de actuación que permita prestar asistencia técnica de manera coordinada en las seis áreas programáticas relativas a enfermedades no transmisibles y en los tres niveles de la Organización, con el compromiso de las partes interesadas pertinentes. En lo que respecta a la categoría 2, el modelo permitirá acelerar los resultados en un pequeño número de Estados Miembros interesados en asumir el liderazgo mundial.

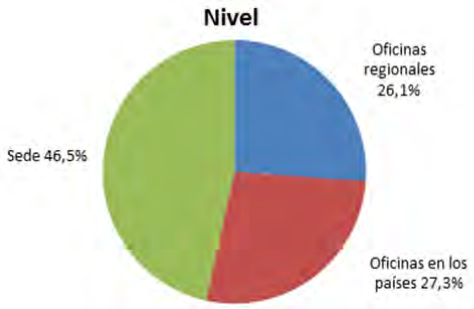
Principales cifras de la categoría 2

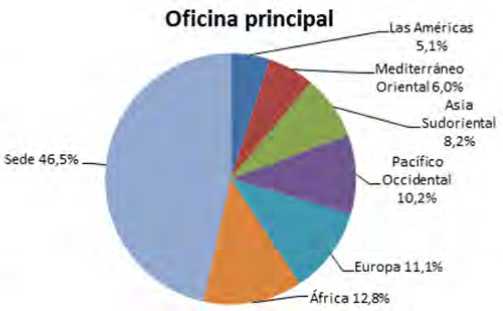
El presupuesto total aprobado para la categoría 2 fue de US$ 376 millones. Los recursos disponibles al final de 2016 eran de US$ 219 millones, o sea el 58% del presupuesto por programas aprobado. Los gastos fueron de US$ 121 millones, equivalentes al 32% del presupuesto por programas aprobado y al 55% de los fondos disponibles. Con el 58% de los recursos disponibles, la categoría 2 recibe la menor financiación disponible tras el primer año de ejecución en comparación con las demás categorías. Los fondos disponibles para las regiones varían entre el 37% para la Región de África y el 64% para la Región de Asia Sudoriental. El 32% que suponen los gastos generales se puede explicar por el bajo nivel de financiación disponible en comparación con el presupuesto por programas aprobado. En relación con los fondos disponibles, los gastos representan el 55% del total, lo que muestra que cuando hay fondos disponibles la capacidad de gasto es buena a pesar de las limitaciones mencionadas en algunas regiones, en particular la situación relativa a la seguridad.

Presupuesto y gastos por oficina principal



Gastos desglosados: categoría 2





Categoría 3

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CURSO DE LA VIDA

Principales logros en 2016

Entre los objetivos de la categoría 3 figura la promoción de la salud en todas las etapas clave de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de abordar la equidad sanitaria, los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y los derechos humanos, y prestando especial atención a la igualdad de género. La categoría 3 es transversal por naturaleza, y como parte de su mandato también debe velar por que los temas que engloba se integren en todos los programas y categorías, liderando, de ese modo, la labor destinada a poner en práctica un enfoque integrador y multisectorial que permita mejorar la salud y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

Los principales logros alcanzados en 2016 se expresan en las cinco áreas programáticas de la categoría: *i*) salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; *ii*) envejecimiento y salud; *iii*) incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos; *iv*) determinantes sociales de la salud; y *v*) salud y medio ambiente.

En los dos últimos decenios, los Estados Miembros han realizado progresos importantes en lo que respecta a la salud de la mujer, el niño y el adolescente. A nivel mundial, la mortalidad materna e infantil ha disminuido aproximadamente en un 50% y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos ha aumentado casi un 10%. El número de adolescentes que hay hoy en el mundo, 1300 millones, es mayor que nunca, y gozan de mayores oportunidades para mejorar su salud y bienestar.

Se ha argumentado que las inversiones en la salud de la mujer, el niño y el adolescente producen rendimientos importantes que también se traducen en beneficios económicos y sociales. Pese a los buenos resultados derivados de la realización de inversiones e intervenciones costoeficaces y basadas en datos científicos, y a pesar de haber adoptado políticas multisectoriales que promueven la salud, a medida que los países avanzan hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sigue habiendo muchas mujeres, niños y adolescentes en el mundo que tienen un acceso escaso o nulo a servicios de salud de calidad, a una buena educación, a aire limpio y agua pota-

ble, a servicios de saneamiento adecuados y a una buena alimentación. Muchos son víctima de la violencia y la discriminación, no pueden participar plenamente en la sociedad y se encuentran con otros obstáculos para ejercer sus derechos humanos. Debido a ello, el número anual de defunciones sigue siendo inaceptablemente elevado; además, la mayoría de esas muertes podrían evitarse. Otros muchos sufren enfermedades y discapacidades y no logran desarrollar todo su potencial, lo que redundará en enormes pérdidas y gastos para los países, ahora y en el futuro. Actualmente, tenemos el conocimiento y la oportunidad de poner fin a la mortalidad prevenible entre las mujeres, los niños y los adolescentes, mejorar considerablemente su salud y bienestar, y obrar el cambio transformador necesario para dar forma a un futuro más próspero y sostenible. Esa es la ambición de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).

La Estrategia Mundial refleja los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y sus metas, y engloba el enfoque integral de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la esfera de la salud de la mujer, el niño y el adolescente. En 2016, en su resolución WHA69.2, la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud invitó a los Estados Miembros a que se comprometieran con su aplicación. La Estrategia Mundial ofrece una hoja de ruta para alcanzar los ambiciosos Objetivos por medio de ámbitos de actuación basados en datos científicos para el sector de la salud, otros sectores y la acción comunitaria. Sus principios rectores incluyen la equidad, la universalidad, los derechos humanos, la eficacia del desarrollo y la sostenibilidad. En 2016, la OMS creó en colaboración con otras entidades mecanismos y estructuras para apoyar a los Estados Miembros en la financiación, la ejecución y el seguimiento de la Estrategia Mundial. La Secretaría ha desempeñado un papel decisivo en la prestación de asistencia y orientación técnicas a los Estados Miembros en esferas como la elaboración de un indicador y del marco de seguimiento, la salud del adolescente, la respuesta de los sistemas de salud a la violencia interpersonal, el establecimiento de un grupo de alto nivel sobre la salud y los derechos humanos de la mujer, el niño y el adolescente y el apoyo al Servicio Mundial de Financiamiento. Su marco de seguimiento incluye 60 indicadores y tiene como objetivo reducir al mínimo la carga de los países en lo que respecta a la presentación de informes en el plano mundial, por medio de su armonización con los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las iniciativas de salud acordadas a nivel mundial. En su resolución WHA69.2 (2016), la Asamblea de la Salud pide a la Directora General que proporcione a los Estados Miembros apoyo técnico adecuado para que apliquen sus planes nacionales y que informe periódicamente sobre los progresos realizados. Se han aprobado iniciativas regionales para fortalecer el apoyo a los países en la ejecución y el seguimiento de la Estrategia. Por ejemplo, en 2016 el Comité Regional para Europa adoptó la estrategia sobre la salud y el bienestar de la mujer en la Región de Europa y un plan de acción para la salud sexual y reproductiva.

En lo que atañe al envejecimiento y la salud, la población está envejeciendo rápidamente en todo el mundo. Entre 2000 y 2050, el porcentaje de la población mundial mayor de 60 años se duplicará hasta situarse aproximadamente en un 22%. Esos años adicionales de vida y la consiguiente remodelación de la sociedad tendrán profundas repercusiones para cada uno de nosotros y la comunidad en que vivimos. A diferencia de la mayoría de los cambios que experimentará la sociedad en los próximos 50 años, esas tendencias son en gran medida previsibles.

Un hito importante alcanzado en 2016 fue la adopción por la Asamblea de la Salud de la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, en su resolución WHA69.3 (2016). En la resolución se establece un mandato político sólido y un marco político claro basados en el concepto del envejecimiento saludable, que se esboza en el *Informe mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud,* publicado en 2015. La estrategia subraya que en algunos ámbitos se dispone de datos suficientes que justifican la adopción de políticas encaminadas a promover el envejecimiento saludable, si bien también pone de relieve las numerosas lagunas de conocimientos y la falta de capacidad y alianzas que permitan ofrecer una respuesta eficaz. La estrategia ha sido concebida de forma que esté estrechamente ligada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y propone un plan quinquenal de acción inicial para subsanar esas deficiencias, seguido del Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030. A fin de priorizar las medidas concretas que requieren el liderazgo de la OMS durante la puesta en práctica del plan de acción, la Secretaría convocó a varios grupos de trabajo de expertos y celebró amplias consultas en toda la Organización. Ese proceso ha permitido definir 10 medidas para apoyar la instauración de un decenio del envejecimiento saludable, que se difundirán entre las partes interesadas a principios de 2017 para aportar más información. Entonces, el reto consistirá en dotar de recursos a ese programa, ambicioso, pero esencial.

En 2016 se realizaron importantes avances en cada uno de los cinco objetivos estratégicos de la estrategia mundial sobre envejecimiento y salud, entre los que cabe citar: la labor realizada para preparar directrices basadas en datos científicos que permitan dispensar una atención integrada a las personas mayores en entornos de atención primaria; la elaboración de una guía sobre el establecimiento de sistemas de atención a largo plazo en entornos de recursos bajos; y el trabajo realizado para definir mejor los conceptos y alcanzar un consenso global sobre el modo de evaluar y vigilar el envejecimiento saludable a nivel mundial. En colaboración con la Comisión Europea, se ha creado un amplio conjunto de instrumentos dirigidos a entidades públicas regionales y locales para entornos adaptados a las personas mayores en Europa. El movimiento de ciudades, comunidades y regiones adaptadas a las personas mayores sigue creciendo (y recientemente se ha ampliado con la inclusión de varias iniciativas relacionadas con las políticas de ayuda a las personas que sufren demencia).

En lo que respecta a la incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos, la equidad es un concepto fundamental en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En 2016, 65 países experimentaron una reducción de las inequidades sanitarias, en particular de la desigualdad de género, y 70 países (frente a 63 en 2015) pudieron poner en práctica al menos dos actividades respaldadas por la OMS para incorporar una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en sus programas y políticas de salud. Entre los principales logros alcanzados figuran: *i*) la elaboración de un conjunto de medidas de apoyo a los países y la prestación de ayuda a nivel nacional por medio de asistencia técnica para seguir incorporando una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en todas las áreas programáticas de la OMS y los programas, políticas y estrategias de los países; *ii*) la creación y adopción de mecanismos y marcos normativos en materia de género, equidad y derechos humanos en la Secretaría y los Estados Miembros; *iii*) una mayor rendición de cuentas y la evaluación del desempeño; y *iv*) el fortalecimiento de la red de centros de enlace para cuestiones de género, equidad y derechos humanos en todas las regiones y sedes de la OMS. La Secretaría se centró en 15 áreas programáticas a efectos de incorporar una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en las políticas, los programas y las estrategias de la Organización.

La labor relacionada con los determinantes sociales de la salud se centró en integrar la salud en todos los ámbitos de la formulación de políticas. Esa medida constituye una oportunidad decisiva para forta-

La OMS en Sudán del Sur: construir, equipar y desplegar para salvar la vida de las madres

Con una mortalidad de 789 defunciones por 100 000 nacidos vivos, Sudán del Sur sigue siendo uno de los 40 países del mundo con una de las tasas de mortalidad materna más elevadas del mundo, pese al avance registrado entre 1990 y 2015, cuando la tasa de mortalidad materna descendió en un 54,4% a partir de 1730 muertes por 100 000 nacidos vivos. La disponibilidad de parteras cualificadas es uno de los factores fundamentales que influye en la supervivencia materna y neonatal. Sin embargo, debido a la permanente crisis que vive el país, que cada vez es más grave, Sudán del Sur tiene una relación de profesionales sanitarios por habitante extremadamente baja. La «Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030» establece un umbral de 4,5 médicos, enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Sudán del Sur cuenta con 1,5 médicos y 2 enfermeras por cada 100 000 habitantes.

Con el apoyo del Gobierno del Canadá, la OMS está ejecutando un proyecto quinquenal para fortalecer la atención integral de urgencia obstétrica y neonatal en Sudán del Sur, a fin de mejorar el acceso y la disponibilidad mediante la prestación de asistencia de calidad. La OMS ha construido seis clínicas de maternidad y dos hogares maternos de espera, que están totalmente equipados. Se ha patrocinado la formación en obstetricia y ginecología de 18 médicos nacionales en África oriental, y se ha contratado y desplegado a médicos, tocólogos y matronas especializados para que presten servicio en las seis clínicas de maternidad y dirijan programas de derivación, divulgación y sensibilización, que constituirán un vínculo fundamental entre los establecimientos de salud y la población a la que prestan servicio. Asimismo, gracias al apoyo prestado, la OMS ha fortalecido las seis clínicas de maternidad y los hogares maternos de espera y los ha convertido en centros de excelencia donde se puede impartir capacitación a estudiantes de obstetricia y a médicos del Hospital Docente de Juba, seis institutos de ciencias de la salud y el programa de delegación de funciones en materia de atención general y atención obstétrica de urgencia, al mismo tiempo que se da formación para fortalecer los sistemas de salud a fin de que sean más sostenibles y se lleven a cabo intervenciones que pueden salvar vidas a lo largo del curso de la vida. Durante la prolongada crisis, este proyecto ha permitido realizar intervenciones de emergencia e intervenciones que pueden salvar vidas, y ha fortalecido la capacidad de los profesionales sanitarios de nivel medio para prestar servicios básicos de supervivencia en seis antiguos estados.

lecer la prevención en la atención primaria de salud. Adoptar un enfoque centrado en integrar la salud en todas las políticas es esencial para aunar los esfuerzos de distintas partes interesadas.

En 2016, 45 países recibieron formación para desarrollar su capacidad y competencias intersectoriales en los países a fin de adoptar un enfoque centrado en la integración de la salud en todas las políticas.

Entre los principales logros alcanzados en los tres niveles de la Organización cabe mencionar: *i*) la elaboración de hojas de ruta y estrategias de ámbito nacional para la aplicación de un enfoque centrado en la integración de la salud en todas las políticas; *ii*) una mayor capacidad para llevar a cabo actividades intersectoriales y la creación de una plataforma de formadores en materia de integración de la salud en todas las políticas a fin de facilitar el desarrollo de las instituciones y las redes de formadores; *iii*) la prestación de apoyo a los Estados Miembros para fortalecer los mecanismos internos de acción intersectorial contra las enfermedades no transmisibles; *iv*) la prestación de apoyo a los Estados Miembros mediante orientaciones normativas para la adaptación del enfoque centrado en la integración de la salud en todas las políticas a sectores concretos, en particular, el de la vivienda; y *v*) el fortalecimiento de las redes multisectoriales y multiinstitucionales de asociados que se ocupan de determinantes clave. Es esencial estrechar los vínculos entre la Secretaría y los sectores clave y los asociados internacionales para llevar a la práctica los Objetivos de Desarrollo Sostenible teniendo en cuenta los determinantes sociales conexos.

En el contexto de la salud y el medio ambiente, la acción conjunta, en particular las actividades relacionadas con el cambio climático, generarán importantes beneficios para la salud. Por ejemplo, los informes del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (que integran el mayor conjunto de datos científicos sobre cambio climático) afirman que la frecuencia de los fenómenos meteorológicos extremos, como las olas de calor, las inundaciones y las tormentas tropicales, está aumentando en muchas partes del mundo, con el consiguiente incremento del riesgo de muerte y enfermedad. Muchas de las fuentes de contaminación atmosférica, que se cobra cada año la vida de 6,5 millones de personas y, actualmente, es la mayor amenaza ambiental para la salud, también son una fuente importante de emisiones de gases de efecto invernadero, que impulsan el cambio climático. Las intervenciones para resolver ambos problemas pueden ser muy beneficiosas para la salud y el medio ambiente. Estas actividades y el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que abarca una serie de determinantes ambientales de la salud en contextos pertinentes, por ejemplo, las políticas energéticas y el desarrollo urbano, constituyen el contexto de la labor de la OMS en ese ámbito. Entre los principales logros alcanzados cabe mencionar: *i*) la organización conjunta con el Gobierno de Francia de la segunda conferencia mundial de la OMS sobre cambio climático y salud, celebrada en París en julio de 2016; *ii*) el establecimiento de una coalición en pro de la salud, el medio ambiente y el clima, y de una iniciativa de colaboración conexa entre la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la OMM, durante la 22.ª Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (celebrada en Marrakech (Marruecos) el 15 de noviembre de 2016); y *iii*) la puesta en marcha de la campaña «BreatheLife» (www.breathelife2030.org) destinada a impulsar la adopción de medidas a escala urbana para mejorar la calidad del aire y mitigar los efectos del cambio climático en la salud, en la 3.ª Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Quito, 17 a 20 de octubre de 2016), en la que más de 12 ciudades declararon su compromiso.

Además de lo que acaba de indicarse, en su informe de 2016 sobre la prevención de las enfermedades a través de un ambiente saludable (titulado *Preventing disease through healthy environments*), la OMS publicó una evaluación de ámbito mundial de la carga de morbilidad atribuible a unas 90 enfermedades relacionadas con el medio ambiente. En particular, en el informe se puso de manifiesto que había una relación mucho más estrecha de lo que previamente se había reconocido entre los factores ambientales y las enfermedades no transmisibles. Las cinco causas de muerte más importantes provocadas por el medio ambiente son enfermedades no transmisibles, debido, en gran medida, a los efectos perjudiciales de la exposición a la contaminación atmosférica en la salud.

La OMS también ha publicado la carga de morbilidad atribuible a los productos químicos, que aporta una importante base científica al proyecto de hoja de ruta para potenciar la participación del sector sanitario en el *Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos*, en respuesta a la resolución WHA69.4 (2016). En el contexto del apoyo proporcionado en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), la Secretaría prestó asistencia técnica a los Estados Miembros con relación a la respuesta de salud pública frente a 17 sucesos químicos diferentes.

Las oficinas regionales siguen desempeñando un papel fundamental a la hora de apoyar los procesos interministeriales relacionados con la salud y el medio ambiente, que enmarcan el contexto político general de esa labor. Por ejemplo, en 2016 el Comité Regional para el Pacífico Occidental aprobó el nuevo Marco de acción regional sobre salud y medio ambiente en un planeta en transformación. Se han iniciado las negociaciones sobre los resultados políticos de la Sexta Conferencia Ministerial sobre Medio Ambiente y Salud en Europa (que se celebrará en junio de 2017) y en la Región del Mediterráneo Oriental se ha formulado una nueva estrategia y marco regionales sobre salud y medio ambiente (2017-2030) en colaboración con la Liga de los Estados Árabes y el PNUMA.

Retos y enseñanzas extraídas

La consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud requiere el trabajo integrado de todos los ámbitos y sectores de la salud, si bien respetando el contexto específico de cada país. En muchos casos, los mecanismos necesarios para conseguir esa integración no existen. El establecimiento explícito de prioridades y la asignación de recursos para alcanzar ese objetivo son fundamentales en los Estados Miembros y a todos los niveles de la Organización. La coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud en los países suele ser deficiente, es decir, los Estados Miembros ni están comprometidos ni son realmente capaces de influir en los procesos políticos y de toma de decisiones de los principales sectores que influyen en los determinantes ambientales y ocupacionales de la salud. Al mismo tiempo, es difícil aplicar un criterio único en la programación, así como en la adopción y aplicación de instrumentos, directrices y normas mundiales.

La integración de ámbitos transversales, como la perspectiva de género, la equidad, los derechos y los determinantes sociales de la salud, a menudo se enfrenta a una serie de obstáculos, entre ellos: *i*) una asignación presupuestaria insuficiente; *ii*) la falta de suficientes recursos financieros y la existencia de dificultades para movilizarlos; *iii*) la escasez de personal; y *iv*) la falta de publicidad.

En un contexto político y del desarrollo en transformación, los esfuerzos para ampliar la cobertura de las intervenciones de salud y mejorar la calidad de la atención sanitaria se han topado con diversos obstáculos. Por ejemplo, en el ámbito de la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, la planificación familiar y la interrupción del embarazo, las políticas y las normas que restringen el acceso de determinadas mujeres y niñas a los servicios que permiten salvar la vida de muchas mujeres y prevenir enfermedades, son obstáculos frecuentes en ciertos países, que se exacerban en determinados contextos políticos.

Otro desafío es conseguir hablar con una sola voz y aplicar criterios homogéneos en toda la Organización. Por ejemplo, en lo que atañe al envejecimiento saludable, es importante asegurarse de que todas las partes de la Secretaría comparten y transmiten una visión clara, para lo que se han creado mecanismos internos de participación innovadores, en particular el foro de coordinación de la OMS para el envejecimiento.

Prioridades para 2017

Dado el carácter transversal de la labor de la categoría 3 y habida cuenta de los numerosos asociados externos que participan en ella, es esencial que haya una estrecha colaboración entre los programas de la OMS y fuera de esta, a fin de avanzar y alcanzar los objetivos de ámbito mundial. La cooperación entre los diferentes niveles de la Organización constituyó un aspecto positivo, por ejemplo, en la ejecución de las actividades realizadas en el

marco del programa de envejecimiento y salud, lo que permitió racionalizar otros programas. En cuanto a la colaboración con otros sectores distintos al de la salud, el posicionamiento de la OMS como organismo encargado de velar por el cumplimiento de varios indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial los correspondientes a sectores distintos al de la salud, brinda una gran oportunidad para demostrar la importancia de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El apoyo prestado por las oficinas regionales y las oficinas de los países ha de adaptarse a la capacidad del ministerio de salud. En algunos países se necesitará apoyo para la ejecución, mientras que en otros el apoyo puede implicar asesoramiento sobre estrategias y políticas. Es necesario dotar a la Secretaría de más medios, por ejemplo, en la esfera de los determinantes sociales de la salud, a fin de crear una comunidad estable de formadores y seguir fortaleciendo la creación de capacidad en los países y en todas las regiones.

En el caso de determinados temas transversales de la categoría 3, es importante cerciorarse de que los mecanismos institucionales distingan y den a conocer esas áreas de trabajo. Para abordar los determinantes ambientales de la salud, es preciso adoptar un enfoque diferente al de los mecanismos institucionales, que vaya más allá de la compartimentalización sectorial tradicional.

Hay que concentrar más esfuerzos en mejorar la calidad de la atención, en particular, en lo que respecta al parto. A fin de seguir reduciendo la morbilidad y la mortalidad infantiles, es preciso dispensar una asistencia integral que englobe todos los aspectos del desarrollo infantil en el ámbito de la atención primaria de salud. Las actividades relacionadas con la salud del adolescente deben abordarse no solo desde la perspectiva de la prevención de riesgos, sino también desde un enfoque más integral que trate de garantizar una transición adecuada física, psicológica y social de la infancia a la edad adulta.

Hay que adoptar más medidas para combatir la violencia de género, que sigue siendo un área de trabajo cada vez mayor. A medida que los Estados Miembros van siendo conscientes del problema, aumentan la demanda de asistencia de la Secretaría.

En el contexto del envejecimiento y la salud, es preciso alentar a los países a que lleven a cabo análisis internos rápidos y realicen visitas a los países de la región que obtienen los mejores resultados, a fin de mejorar la formulación de políticas y estrategias.

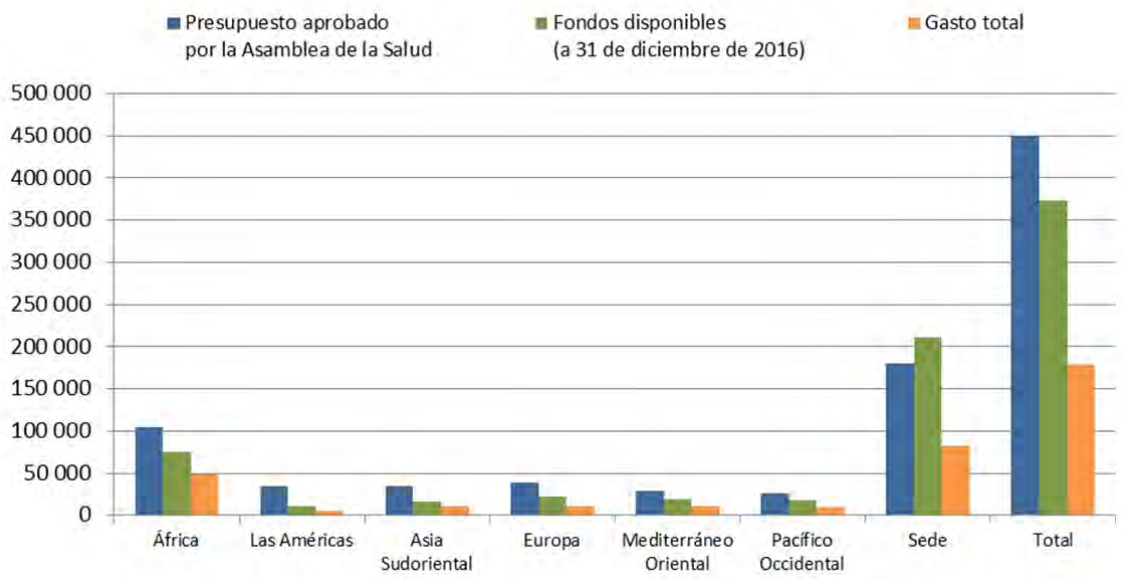
Es necesario mejorar la colaboración con los asociados externos. Por ejemplo, durante el próximo año debería facilitarse una mayor colaboración con académicos e investigadores para avanzar en el trabajo sobre el envejecimiento y la salud.

En general, hay que remediar la vulnerabilidad de la financiación de las actividades de la categoría 3, que tiene una base de donantes relativamente pequeña. La enorme dependencia de un número relativamente pequeño de donantes aumenta la vulnerabilidad frente a posibles cambios en las prioridades políticas.

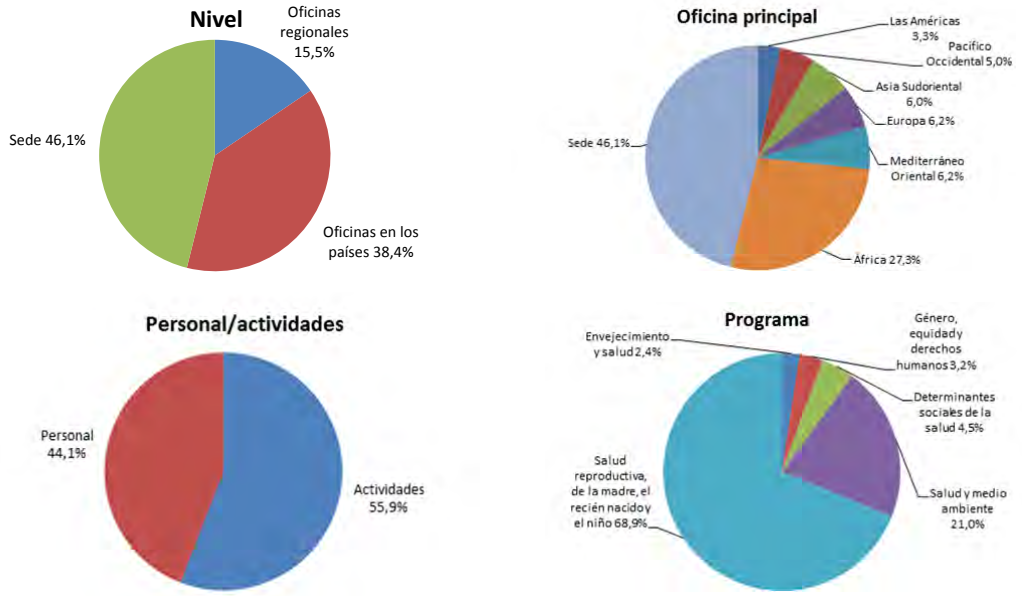
Principales cifras de la categoría 3

La cantidad total asignada a la categoría 3 con cargo al presupuesto por programas fue de US$ 450 millones. Los recursos disponibles a finales de 2016 ascendían a US$ 374 millones o el 83% de los fondos asignados del presupuesto por programas correspondiente a 2016-2017. El gasto fue de US$ 178 millones, esto es, el 40% de la cantidad total asignada con cargo al presupuesto por programas y el 48% de los fondos disponibles. La situación positiva de los fondos disponibles en la Sede se debe a la investigación operativa y sobre la aplicación vinculada específicamente al Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana. La investigación es una función básica de la OMS y el hecho de que la orientación de esa labor sea de ámbito mundial explica que su situación presupuestaria dependa de la Sede. Llevar a cabo investigaciones requiere una cantidad considerable de fondos, y una gran parte de esos fondos para fines muy específicos está asignada al Programa Especial. Esos fondos asignados a labores de investigación no pueden desviarse a actividades de otras áreas programáticas u otros emplazamientos regionales de esta categoría. Las otras cuatro áreas programáticas de la categoría 3 (envejecimiento y salud, incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos, determinantes sociales de la salud, y salud y medio ambiente) han sido incapaces de atraer financiación suficiente de donantes voluntarios y seguían insuficientemente financiadas a finales de 2016.

Presupuesto y gastos por oficina principal



Gastos desglosados: categoría 1



Gastos desglosados por tipo (en miles de US$)
90 000
80 000
70 000
60 000
50 000
40 000
30 000
20 000
10 000
0
Gastos relacionados con el personal
Materiales y suministros médicos
Servicios por contrata
Transferencias y subvenciones
Viajes
Gastos generales de funcionamiento
Equipos, vehículos y mobiliario

Categoría 4

SISTEMAS DE SALUD

Principales logros en 2016

Cuando los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en Nueva York en 2015, establecieron un programa ambicioso para lograr un mundo más seguro, más justo y más sano de aquí a 2030. El compromiso mundial de alcanzar la cobertura sanitaria universal creció a lo largo de 2016, y continuaron las consultas para lograr una mayor comprensión de la importancia de la cobertura sanitaria universal en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en particular en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental de la OMS). La OMS ha realizado esfuerzos considerables para lograr un consenso en torno a las prioridades relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de salud a fin de promover la cobertura sanitaria universal. La sede de la OMS impulsó la aplicación del enfoque «FiT for Purpose, Fit for Context» en las intervenciones específicas centradas en los sistemas de salud. La Oficina Regional para África ha desarrollado un marco de acción para sistemas de salud con miras a lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la Oficina Regional para Europa ha elaborado una hoja de ruta para poner en práctica la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible basándose en la cobertura sanitaria universal. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha promovido un marco de acción regional para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cual moviliza a parlamentarios y centros colaboradores de la OMS.

Los organismos sanitarios mundiales preconizan cada vez más un cambio de perspectiva y el paso de programas verticales a un enfoque más amplio y coordinado del fortalecimiento de los sistemas de salud, el cual debe estar en plena consonancia con las estrategias de salud nacionales. En este contexto, el Gobierno del Japón, que ocupó la presidencia del G7 en 2016, anunció la «Visión en pro de la salud mundial» adoptada por el G7 en Ise-Shima. El Gobierno japonés y el Gobierno alemán, que asumieron la presidencia anterior y actual del G7 durante el periodo examinado, han encabezado la promoción de la cobertura sanitaria universal en el marco de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En diciembre de 2016, los signatarios del Pacto Mundial de la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+) decidieron ampliar el campo de acción de la Alianza para intentar lograr la cobertura sanitaria universal de aquí a 2030 y, a tal efecto, establecieron la «CSU 2030» como plataforma para

impulsar el movimiento a favor de la cobertura sanitaria universal. La OMS, junto con el Banco Mundial, ha contribuido decisivamente a esta evolución. Asimismo, la Sexta Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África, celebrada en 2016, culminó con la adopción de la Declaración de Nairobi, en la cual los gobiernos africanos y los asociados para el desarrollo manifestaron su compromiso de lograr la cobertura sanitaria universal en África. La OMS desempeñó un papel consultivo técnico importante en estos esfuerzos.

Con respecto a la elaboración de planes y estrategias de salud nacionales, hay ejemplos alentadores en todas las regiones de la OMS. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha tenido un papel determinante en la labor de restablecimiento de la supervisión de la salud nacional en países afectados por la rápida descentralización. En la mayor parte del mundo se ha experimentado una ligera ampliación del acceso a servicios de salud y de la cobertura de las intervenciones clave. Además, ha habido algunas mejoras en materia de protección financiera. Sin embargo, siguen existiendo grandes carencias en muchos países, en particular para los segmentos pobres y marginados de la población. A pesar de la reducción de la carga de las enfermedades transmisibles, la malnutrición, las necesidades de planificación familiar no atendidas y las tasas de mortalidad materna siguen siendo persistentemente elevadas en muchas partes del mundo. Al mismo tiempo, la carga de las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los trastornos de salud mental, va en aumento. Las enfermedades no transmisibles representan actualmente el 63% de las defunciones en el mundo, y el 80% de dichas defunciones se registran en países de ingresos bajos o medianos. Para afrontar este reto se están realizando esfuerzos en todas las regiones de la OMS para lograr una mayor coherencia entre las intervenciones. A tal fin, se han integrado estrategias de cobertura sanitaria universal en la estrategia contra la tuberculosis en la Región de Europa, se han llevado a cabo intervenciones en el ámbito de las enfermedades no transmisibles en las Regiones de Europa y el Pacífico Occidental, y se han adoptado medidas para abordar enfermedades emergentes en la Región de las Américas.

El camino hacia la cobertura sanitaria universal: El Salvador

En la Región de las Américas de la OMS se están realizando progresos en la puesta en práctica de hojas de ruta para lograr la cobertura sanitaria universal: 15 Estados Miembros han ejecutado estrategias de cobertura sanitaria universal y 25 indican haber avanzado en la elaboración de estrategias integrales de financiación. El Salvador, por ejemplo, ha mejorado el acceso a los servicios de salud mediante un modelo de atención integral basado en la atención primaria de salud y la eliminación del pago directo en el lugar de consulta (tarifas impuestas a los usuarios). Esto incluye el fortalecimiento de las redes de prestación de servicios, la mejora de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional mediante la armonización de las normativas y el desarrollo de nueva legislación sobre salud que ofrezca un marco jurídico para garantizar la sostenibilidad de las transformaciones que se han producido.

En el plano mundial, se ha hecho un llamamiento a mejorar la coordinación del fortalecimiento de sistemas de salud, la cobertura sanitaria y la mejora de la seguridad sanitaria, cuestiones que están estrechamente relacionadas.

En todas las regiones, la Secretaría de la OMS ha ayudado a los Estados Miembros a conformar un enfoque integrado y centrado en la persona con respecto a la prestación de servicios, que garantice un acceso equitativo y justo a servicios de salud de alta calidad y completos que sean eficaces, resilientes y receptivos a las necesidades de las personas y comunidades. En la Región de las Américas, por ejemplo, los sistemas de salud fueron fortalecidos para mejorar la respuesta a la enfermedad por el virus de Zika. El marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona, adoptado en 2016 por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA69.24, tiene por objeto abordar estas cuestiones y solicita un cambio fundamental en la forma en que se gestionan y prestan los servicios de salud. El marco presenta una visión convincente de un futuro en el que todas las personas gozan de igual acceso a servicios de salud seguros, eficaces, oportunos, y de calidad aceptable, cuya modalidad de prestación responda a sus necesidades y respete sus preferencias. El marco, que ha sido desarrollado como una visión universal, puede ser adaptado a todos los países, ya sean países de ingresos altos, medianos o bajos, con sistemas de salud bien establecidos o frágiles. Muchos Estados Miembros han alineado a los donantes y los programas contra enfermedades en el proceso de desarrollo de estrategias y conjuntos de servi-

cios; la Región del Mediterráneo Oriental ha promovido activamente la medicina de familia en el nivel de atención de salud primaria para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.

En lo que respecta al personal sanitario, los cambios epidemiológicos y demográficos generarán una demanda de 40 millones de nuevos empleos en el sector de la salud de aquí a 2030, principalmente en los países de ingresos altos y medianos. A menos que se adopten medidas, también habrá un déficit mundial de 18 millones de profesionales sanitarios, los cuales son necesarios para lograr y mantener la cobertura sanitaria universal, en particular en los países de ingresos bajos y medianos-bajos.

Como resultado de la adopción el 17 de diciembre de 2015 de la resolución 70/183 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, *Salud mundial y política exterior: fortalecimiento de la gestión de las crisis sanitarias internacionales*, el Secretario General de las Naciones Unidas estableció la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas el 2 de marzo de 2016. La Comisión estuvo copresidida por el Sr. François Hollande, Presidente de Francia, y el Sr. Jacob Zuma, Presidente de Sudáfrica. Sus Vicepresidentes fueron la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, el Sr. Ángel Gurría, Secretario General de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, y el Sr. Guy Ryder, Director General de la Organización Internacional del Trabajo. Los Presidentes Hollande y Zuma presentaron el informe final de la Comisión el 20 de septiembre de 2016 en la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York. El informe concluía que la razón del rendimiento sobre la inversión en salud era de aproximadamente nueve a uno, y se estima que alrededor de un cuarto del crecimiento económico entre 2000 y 2011 en países de ingresos bajos y medianos fue generado por las mejoras sanitarias. La inversión en personal calificado y la creación de empleo en el sector de la salud también contribuirán al empoderamiento económico de las mujeres y los jóvenes.

El informe refleja un enfoque multidisciplinario muy necesario que abarca la economía, la educación, la salud, los derechos humanos y el trabajo. Expone argumentos sólidos a favor de la inversión en el personal sanitario como vía para acelerar el progreso hacia la consecución de muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En su septuagésimo primer periodo de sesiones, la Asamblea General de las Naciones Unidas examinó el informe y aprobó la resolución 71/159, *Salud mundial y política exterior: el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico*. Inmediatamente después, el 14 y 15 de diciembre de 2016, se celebró en Ginebra la Reunión Ministerial de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico «From Recommendations to Action», en la cual diferentes partes interesadas anunciaron que pasarían de los compromisos a la acción, en cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión. En consonancia con las recomendaciones de la Comisión, la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental ha promovido la medicina de familia mediante la elaboración de una estrategia para aumentar el número de médicos de familia. La reglamentación relativa a la fuerza de trabajo en la Región fue respaldada por la adopción de nueva legislación en algunos Estados Miembros. En la Región de Europa se ha redactado un marco de acción para una fuerza de trabajo sanitaria sostenible, y los Estados Miembros del Asia Sudoriental examinaron los progresos en educación transformativa y permanencia en las zonas rurales como parte de la Década de fortalecimiento del personal sanitario en Asia Sudoriental (2014-2023).

El precio elevado de los medicamentos innovadores hace peligrar la sostenibilidad de los sistemas de salud en países con distintos niveles de desarrollo económico. Para apoyar a los Estados Miembros en sus esfuerzos por garantizar el acceso a medicamentos esenciales, la Secretaría de la OMS realizó aportaciones a los debates del Grupo de Alto Nivel sobre el Acceso a los Medicamentos del Secretario General de las Naciones Unidas. Asimismo, la OMS puso en marcha el tan necesario Foro sobre la fijación de precios justos, el cual tiene por objeto reunir a todas las partes interesadas para desarrollar principios sobre la fijación de precios de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Estos esfuerzos en el plano mundial están respaldados en el plano regional por una variedad de intervenciones, como la elaboración de principios para el uso racional de medicamentos de alto costo en la Región de las Américas y estrategias para el acceso a medicamentos en las Regiones de Europa y África. La labor de fortalecimiento de los organismos nacionales de reglamentación se intensificó en el plano mundial y en la Región de las Américas y la Región de Asia Sudoriental.

En marzo de 2016, la OMS lanzó el proyecto «Health Data Collaborative» en el cuadragésimo séptimo período de sesiones de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en Nueva York. Dicho proyecto reúne a 38 asociados para el desarrollo que han contraído compromisos específicos destinados a redoblar sus esfuerzos para fortalecer los sistemas de información sanitaria nacionales en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

La OMS publicó su primer documento fundamental sobre la aplicación de las metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud en la edición de 2016 de *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. El informe permitió evaluar la capacidad actual de los sistemas de información sanitaria nacionales de hacer un seguimiento de las metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y ofreció un cuadro sinóptico de la situación en los planos mundial, regional y nacional en 2016. Varias oficinas regionales y en los países colaboraron con los Estados Miembros en cuestiones relacionadas con el seguimiento de los progresos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura sanitaria universal para mejorar la evaluación del progreso y la rendición de cuentas. Por ejemplo, la Oficina Regional para Europa desarrolló una metodología para medir la protección financiera y la cobertura de los servicios de salud, la cual se aplicó en 25 Estados Miembros. La Oficina Regional para Asia Sudoriental realizó una primera medición de la cobertura sanitaria universal a escala regional. En la Región del Pacífico Occidental se elaboró un marco de seguimiento y evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura sanitaria universal para poder hacer un seguimiento de cerca de los progresos realizados en materia de cobertura sanitaria universal y Objetivos de Desarrollo Sostenible. Todas estas herramientas permitirán a los Estados Miembros hacer un seguimiento de sus progresos.

El trabajo para el lanzamiento (en enero de 2017) del Observatorio Mundial de la Investigación y el Desarrollo Sanitarios finalizó en 2016. La Oficina Regional de la OMS para África publicó una estrategia regional de investigación en salud y la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental completó la segunda ronda del programa sobre liderazgo en materia de salud. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental brindó apoyo a los Estados Miembros para aumentar su capacidad de toma de decisiones basadas en datos empíricos e investigación práctica sobre las políticas de salud.

Retos y enseñanzas extraídas

Aunque el apoyo a la cobertura sanitaria universal es en general firme mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países, siguen existiendo desafíos en cuanto al grado de compromiso político y de colaboración con los asociados en la aplicación de las medidas de fortalecimiento de los sistemas de salud. Es necesaria una estrecha coordinación dentro de los distintos ministerios en los gobiernos nacionales, así como la movilización y la sostenibilidad de recursos financieros y humanos.

Dado que la salud es uno de los principales motores económicos, los intereses comerciales son considerables. En varios casos en los que las causas principales de desigualdades son conocidas y son el blanco de planes de reforma, la ejecución de dichos planes se ha bloqueado o retrasado debido a intereses afianzados, lo que indica que en el futuro se debería prestar una mayor atención a la formulación de estrategias de aplicación que tengan más en cuenta la dimensión política.

En los países que dependen de ayuda externa, las actividades de iniciativas sanitarias mundiales con programas orientados a enfermedades específicas pueden llevar a la fragmentación de las intervenciones del sistema de salud. La plataforma CSU 2030 puede ayudar a superar esta fragmentación.

En algunos países persisten las deficiencias en la producción y disponibilidad de datos fiables en los que basar la formulación de políticas y en la capacidad de generar y utilizar datos para tomar decisiones. Además, en muchos países las inversiones en salud continúan otorgando prioridad a los servicios especializados y centrados en los hospitales.

La capacidad institucional y de recursos humanos limitada de los organismos nacionales responsables de áreas como la financiación, la fijación de precios, los reembolsos, las adquisiciones, la gestión de las cadenas de suministro y la reglamentación sigue planteando problemas en muchos países.

El pago directo de los servicios por los usuarios continúa siendo una cuestión fundamental que plantea retos importantes a las instancias decisorias en lo que respecta a la sostenibilidad en el futuro. En muchos países, existe un apoyo político y financiero insuficiente para garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad, lo que supone un riesgo para el logro de la cobertura sanitaria universal.

Para la OMS, la financiación inestable de personal (en los tres niveles de la Organización) y actividades sigue siendo un reto fundamental para la ejecución de programas.

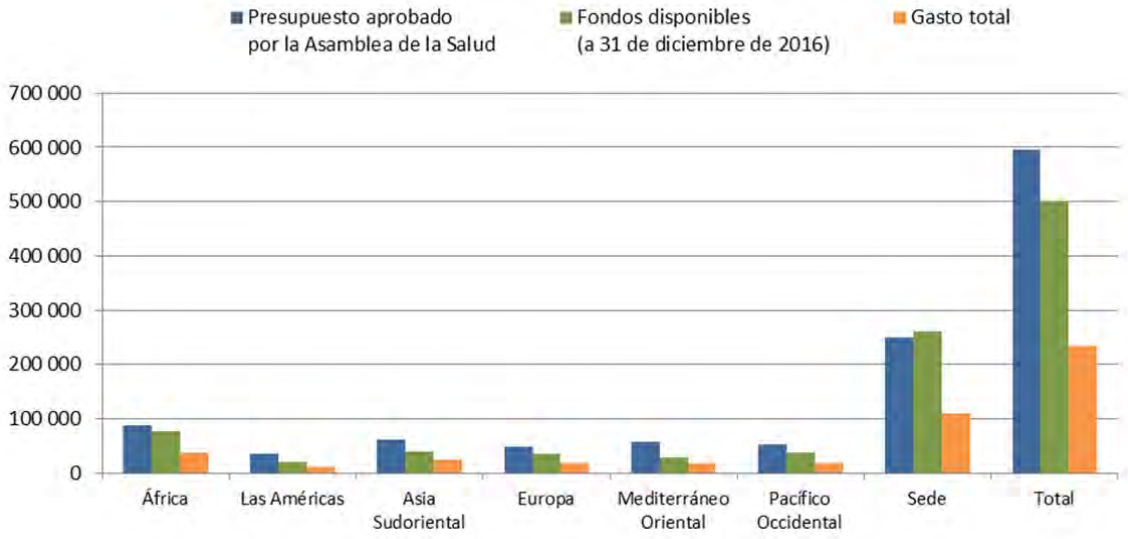
Prioridades para 2017

A través de sus programas centrados en sistemas de salud y enfermedades, la Secretaría de la OMS continuará colaborando estrechamente con los Estados Miembros a fin de ayudarles a fortalecer alianzas para políticas públicas e identificar puntos de partida clave para abordar problemas sanitarios emergentes y existentes desde hace tiempo. Además, se brindará apoyo en todos los niveles de la Organización para hacer un seguimiento de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Aunque las prioridades establecidas para 2017 siguen siendo muy pertinentes, los retos para obtener recursos pueden exigir modificar las prioridades, en particular en el área de información y datos científicos sobre los sistemas de salud.

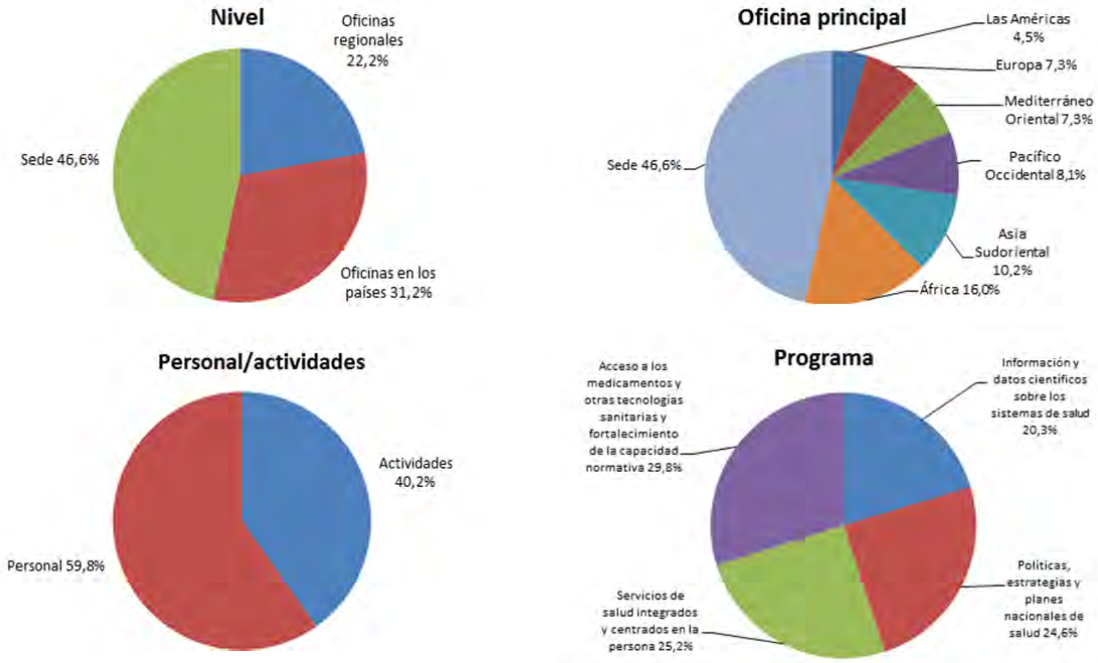
Principales cifras de la categoría 4

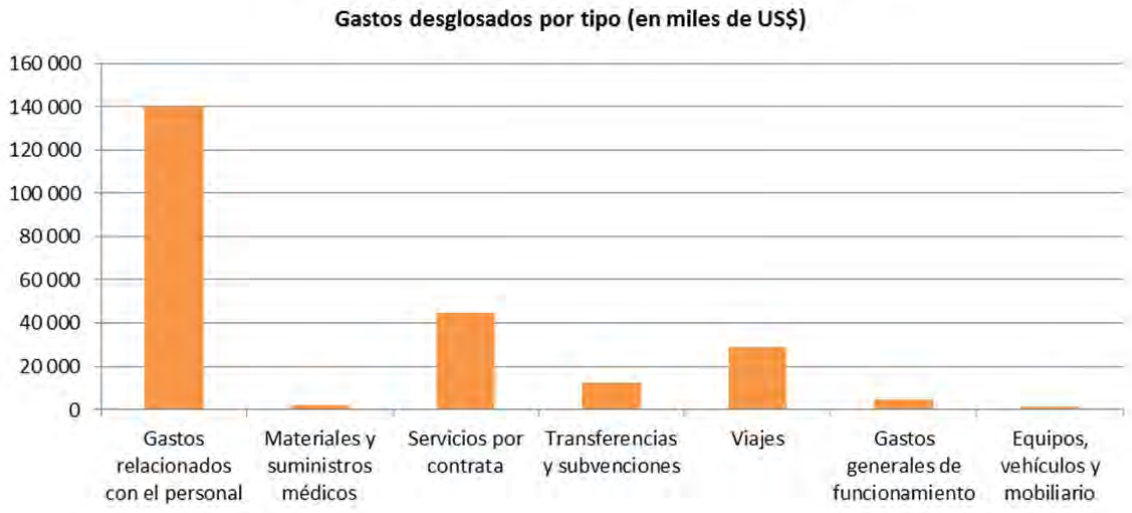
El presupuesto total aprobado para la categoría 4 fue de US$ 594 millones. Los recursos disponibles a finales de 2016 ascendían a US$ 501 millones, lo cual representaba el 84% del presupuesto por programas aprobado. Los gastos ascendieron a US$ 234 millones, lo cual representaba el 39% del presupuesto por programas aprobado y el 47% de los fondos disponibles. La gran disponibilidad de fondos en la Sede se explica por los recursos muy especificados asociados a la labor del Programa de Precalificación de Medicamentos de la OMS. Los gastos en relación con el presupuesto aprobado, que representan el 39%, fueron bajos debido al nivel bajo de recursos disponibles en la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (51%). Dicha Oficina indicó que la aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, así como la labor en los países para planificar, desarrollar y poner en práctica una estrategia de cibersalud, corren peligro.

Presupuesto y gastos por oficina principal



Gastos desglosados: categoría 4




Gastos desglosados por tipo (en miles de US$)
160 000
140 000
120 000
100 000
80 000
60 000
40 000
20 000
0
Gastos relacionados con el personal
Materiales y suministros médicos
Servicios por contrata
Transferencias y subvenciones
Viajes
Gastos generales de funcionamiento
Equipos, vehículos y mobiliario

Categoría E

PROGRAMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA OMS

Principales logros en 2016

La crisis de la enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental desembocó en la puesta en marcha del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS en julio de 2016, tras la decisión adoptada por los Estados Miembros en la Asamblea de la Salud de mayo de 2016. A raíz de varios exámenes multilaterales integrales y con el objetivo de superar debilidades sistémicas, la nueva entidad se concibió como un solo programa en los tres niveles de la Organización. Así pues, cuenta con una sola fuerza de trabajo, un solo presupuesto, una única línea de rendición de cuentas, un solo conjunto de procesos y sistemas y un solo conjunto de parámetros de referencia. Su misión es proporcionar apoyo a los países y coordinar la acción internacional para la prevención, la preparación de la respuesta, la detección y la recuperación ante brotes y emergencias. En el presupuesto por programas 2016-2017 se definieron para este nuevo programa cuatro efectos técnicos y operacionales. En el presente informe de mitad de periodo se presentan ejemplos de los primeros logros del Programa con respecto a tales efectos.

El Programa se puso en marcha inmediatamente después de la declaración en junio de 2016 del final del brote de la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental, tras una respuesta multilateral sumamente compleja y coordinada que se prolongó dos años. Si bien esa respuesta ha concluido, la OMS continúa interviniendo en la prevención y control del ebola a largo plazo y la atención vitalicia de los supervivientes. Durante la epidemia de la enfermedad por el virus del Ebola, los organismos de reglamentación de medicamentos de los países más afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona), otros países africanos como el Gabón, Kenya y Malí, y el Canadá, la Unión Europea y los Estados Unidos de América, desempeñaron una función crucial en la agilización de los ensayos clínicos de las vacunas con el apoyo de la Secretaría. Los resultados, publicados en diciembre de 2016, demostraron la eficacia de al menos una vacuna candidata contra el virus del Ebola. A este resultado se llegó en un

tiempo récord (18 meses) en comparación con el plazo habitual de cinco a seis años que se tarda en probar la eficacia de una vacuna. La vacuna (rVSV-ZEBOV) se estudió en un ensayo en el que participaron 11 841 personas en Guinea durante 2015. Entre las 5837 personas vacunadas no se había registrado ningún caso de la enfermedad por el virus del Ebola a partir de los 10 días de la vacunación, pero hubo 23 casos entre las personas que no se vacunaron. El ensayo estuvo dirigido por la OMS junto con el Ministerio de Salud de Guinea, Médicos Sin Fronteras, el Instituto Noruego de Salud Pública y el Gobierno del Canadá, en colaboración con otros asociados internacionales.

Uno de los efectos del Programa es la detección de los eventos de salud y la evaluación y comunicación de los riesgos para adoptar las medidas apropiadas. El 1 de febrero de 2016 la Directora General declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional en respuesta al riesgo para la salud pública que suponía el brote de infección por el virus de Zika. Esta declaración llegó tras las crecientes pruebas de que el virus estaba relacionado con la presencia de complicaciones neurológicas en recién nacidos. Dos semanas después, la OMS publicó un marco integral de respuesta estratégica y plan operacional para guiar la respuesta de la comunidad internacional, y los equipos de gestión de incidentes establecidos en todas las regiones de la OMS elaboraron estrategias regionales adaptadas a contextos específicos. En la Región de las Américas, la OPS movilizó a 175 expertos en 80 misiones diferentes a 30 países y territorios, y convocó 22 talleres de ámbito regional, a los que acudieron más de 400 participantes, para ofrecer orientaciones sobre la mejor forma de abordar la enfermedad. En la Región de África, Cabo Verde notificó más de 7000 casos sospechosos de infección por el virus de Zika entre el 21 de octubre de 2015 y el 6 de marzo de 2016, y su primer caso de microcefalia el 15 de marzo de 2016. A instancias del Ministerio de Salud de dicho país, el Programa movilizó equipos multidisciplinares, que incluía miembros de la Región y de la Sede, para detectar deficiencias operacionales, apoyar la respuesta del país y apoyar la finalización de un plan nacional de respuesta. En julio y agosto de 2016, la Oficina Regional para África dirigió una misión a Guinea-Bissau para fortalecer las capacidades de vigilancia, preparación y respuesta después de que el país notificara cuatro casos sospechosos de enfermedad por el virus de Zika. En junio de 2016, la Oficina Regional para Europa convocó en Lisboa una consulta técnica regional sobre el virus de Zika, tras la publicación de la evaluación del riesgo de dicha enfermedad para la Región de Europa. Como resultado de la consulta, la Oficina Regional elaboró un plan de capacitación dirigido a profesionales sanitarios con objeto de lograr una mayor sensibilización sobre los mosquitos invasivos y las enfermedades transmitidas por vectores. En febrero de 2016, la OMS puso en marcha el Plan de acción del Pacífico contra el Zika en consulta con asociados regionales para el desarrollo. Tras una evaluación de riesgos regional, la Secretaría apoyó la preparación y respuesta ante el Zika en Fiji, las Islas Marshall, Micronesia (Estados Federados de) y Samoa, todos ellos países que experimentaron brotes del virus de Zika en 2016. En la Región de Asia Sudoriental, la Secretaría presta apoyo a los Estados Miembros en la evaluación y fortalecimiento de sus capacidades de respuesta con orientaciones apropiadas sobre vigilancia y gestión eficaz de la enfermedad por el virus de Zika. Además, la red de vigilancia hospitalaria del programa de salud materna e infantil de la Región de Asia Sudoriental se ha reforzado y ampliado, de modo que son ya 200 hospitales en nueve países los que examinan a recién nacidos para detectar casos de microcefalia relacionados con el virus de Zika.

Otro efecto del Programa es que todos los países estén equipados para mitigar los riesgos derivados de los peligros infecciosos que suponen grandes amenazas. A principios de 2016 la OMS recibió también notificación oficial de un brote de fiebre amarilla en Luanda (Angola), que se propagó rápidamente a otras provincias. A partir de febrero, se notificaron casos de fiebre amarilla exportados desde Angola en la República Democrática del Congo, China, Kenya y Mauritania. Antes de que hubieran transcurrido dos semanas desde la notificación y solicitud de Angola, la OMS organizó el envío de más de 1,7 millones de dosis de vacunas de la reserva mundial de emergencia, gestionada por el Grupo Internacional de Coordinación de la Provisión de Vacunas. Al mismo tiempo, el Programa colaboró con un total de 56 organizaciones asociadas para apoyar la elaboración de un plan conjunto de respuesta estratégica a la fiebre amarilla. La estrategia exigía 27 millones de dosis de la vacuna antiamarílica (financiadas por la Alianza Gavi y el Gobierno de Angola) para inmunizar a poblaciones en riesgo en Angola y la República Democrática del Congo —un reto logístico descomunal. La OMS movilizó a 15 expertos en logística para planificar y transportar más de 10 millones de jeringas y dosis vacunales en más de 38 000 transportadores

de vacunas por camión, automóvil, motocicleta, embarcación y a menudo a pie a 8000 puntos de vacunación. En total se vacunó a unos 20 millones de personas en 73 distritos de Angola. En la República Democrática del Congo cerca de 13,5 millones de personas recibieron la vacuna antiamarílica. Dada la escasez mundial de vacunas contra la fiebre amarilla y la ampliación y propagación del brote, se tomó la decisión de utilizar dosis parciales en Kinshasa y alrededores para llegar al mayor número de personas posible. El último caso confirmado se notificó el 23 de junio de 2016 en Angola y el 12 de julio en la República Democrática del Congo. En septiembre de 2016, tras reconocer los límites de las reservas mundiales y la necesidad de un planteamiento preventivo a largo plazo, la OMS reunió una coalición de más de 40 asociados con objeto de preparar una nueva estrategia para eliminar las epidemias de fiebre amarilla (para el periodo 2017-2026). La estrategia, que cuenta con el apoyo de la Alianza Gavi, tiene por objeto proteger a las poblaciones más vulnerables, abordar los riesgos latentes que supone la limitación de las reservas mundiales garantizando un suministro constante de vacuna antiamarílica, fortalecer la resiliencia en los centros urbanos y prevenir la propagación internacional.

El examen general realizado en 2016 del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica fue una excelente oportunidad para hacer balance de los progresos logrados desde la puesta en marcha del Marco en 2011. Todo parece indicar que el Marco se ha aplicado con muy buenos resultados hasta la fecha gracias al compromiso de los Estados Miembros que apoyan sus laboratorios especializados de gripe en el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe, asociados fundamentales como la industria y la sociedad civil, y el liderazgo de la OMS. La aplicación del Marco ya ha mejorado considerablemente la preparación mundial al garantizar el acceso a cientos de millones de dosis de vacunas contra la gripe pandémica que la OMS tendrá a su disposición en tiempo real cuando llegue la próxima pandemia. El Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe ha dado un empuje a la vigilancia, puesto que ya son 131 los Estados Miembros que notifican a FluNet casi medio millón de resultados de sondas de detección de la gripe, y el 86% de los 172 laboratorios notificantes evaluados presentan una exactitud del 100% en las pruebas diagnósticas. Además, más de 1000 personas de 120 países están capacitadas en comunicación especializada del riesgo de gripe pandémica. Asimismo, los materiales esenciales actualizados de comunicación de riesgos se han traducido a siete idiomas y se ha accedido a ellos casi 8000 veces durante 2016. Se está dando respuesta a las inquietudes sobre el intercambio de virus con la elaboración de orientaciones específicas destinadas a determinados países y laboratorios.

Con respecto al efecto del Programa de que las poblaciones afectadas por emergencias sanitarias tengan acceso a servicios de salud esenciales e intervenciones de salud pública que pueden salvar vidas, la OMS dirige y coordina más de 80 asociados en pro de la salud en una respuesta que abarca a toda la República Árabe Siria y que está gestionada a través de oficinas en Damasco, Gaziantep (Turquía) y Ammán. En estas oficinas se organizan periódicamente reuniones de los asociados en pro de la salud para planificar, aplicar y supervisar la respuesta sanitaria general. En 2016, los asociados en pro de la salud se centraron en cuatro funciones básicas: coordinación, información sanitaria, sistemas de salud y subsanación de deficiencias en la prestación de atención de salud. La OMS y sus asociados prepararon planes de contingencia conjuntos, mejoraron el intercambio de información y reforzaron las operaciones de un lado a otro de las fronteras y de las líneas. Entre los principales logros cabe citar la prestación de 11 millones de tratamientos por todo el país, en particular 1,7 millones de tratamientos prestados en 34 operaciones transfronterizas a lugares asediados y de difícil acceso. Se llegó a las 18 zonas asediadas de la República Árabe Siria con asistencia sanitaria humanitaria, como la vacunación contra enfermedades infantiles. Durante 2016 la OMS amplió la vigilancia epidemiológica a través de la Red de Alerta y Respuesta Tempranas, que cuenta con 1618 sitios centinela por todo el país que presentan notificaciones, y los servicios de vigilancia nutricional para menores de cinco años se extendieron a 445 centros de atención sanitaria. Además la OMS capacitó a más de 41 000 trabajadores de la salud en diferentes ámbitos, como atención traumatológica, primeros auxilios, salud reproductiva y gestión de enfermedades no transmisibles.

Con respecto al efecto enunciado como «Todos los países evalúan y subsanan las deficiencias esenciales que presentan en materia de preparación ante emergencias sanitarias, especialmente en lo que respecta a las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en las capacidades de gestión de riesgos de emergencias sanitarias causadas por cualquier tipo de peligro», en los 12 últimos meses 30 países de las

seis regiones de la OMS han realizado evaluaciones externas conjuntas, lo que abarca a una población total de más de 1200 millones de personas. Se ha movilizado a más de 360 expertos de todo el mundo para participar en las evaluaciones, que duran varias semanas. Tras la evaluación, los países organizan talleres para planificar la acción nacional y actividades de cálculo de costos. En febrero de 2017, el Gobierno de la República Unida de Tanzanía pidió el apoyo de la Secretaría en un taller para calcular los costos del Plan de acción nacional de seguridad sanitaria. El plan resultante presupuestado abarca ámbitos esenciales de prevención, detección y respuesta, otros peligros contemplados en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y los puntos de entrada. En 2017, otros 25 países emprenderán evaluaciones de ese tipo, 16 de ellos antes de finales de junio, mientras que 27 países han manifestado interés en el proceso para 2018. Mediante la evaluación de las capacidades de los países para gestionar los riesgos de salud pública, los Estados Miembros, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y los asociados pueden trabajar juntos para subsanar deficiencias críticas y salvar vidas cuando se producen eventos.

El *Proyecto I+D de la OMS de medidas para prevenir las epidemias* se elaboró a raíz de las enseñanzas derivadas de la respuesta al ebola. El Proyecto I+D, publicado en mayo de 2015, es una estrategia mundial y plan de preparación que permite la activación rápida de actividades de investigación y desarrollo durante epidemias. Tiene por objeto agilizar la disponibilidad de pruebas, vacunas y medicamentos eficaces que puedan utilizarse para salvar vidas y evitar crisis de gran escala. Con la OMS como organismo coordinador, los distintos expertos que han contribuido al Proyecto proceden de ámbitos médicos, científicos y de reglamentación. En la decisión WHA68(10) (2015), la Asamblea Mundial de la Salud acogió con agrado la elaboración del Plan. Durante 2016 las iniciativas emprendidas en el marco del Proyecto se centraron en acelerar la elaboración e introducción de herramientas para la prevención, detección y respuesta ante las infecciones por el virus de Zika y en colaborar con asociados para elaborar y poner en marcha la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias.

Elaboración de un plan de acción nacional de seguridad sanitaria - República Unida de Tanzanía

La magnitud y frecuencia de los brotes epidémicos y emergencias sanitarias en África, los nuevos riesgos emergentes como el virus de Zika, la expansión de enfermedades conocidas como el cólera y la enfermedad por el virus del Ebola y la reaparición de otras enfermedades como la fiebre amarilla: todo ello demuestra la necesidad de preparación sostenida y de creación de capacidad en los Estados Miembros de forma urgente.

La República Unida de Tanzanía no es una excepción, pues experimenta brotes de, por ejemplo, cólera, fiebre del Valle del Rift, dengue, carbunco e intoxicación por aflatoxinas, con elevada morbilidad, mortalidad y efectos socioeconómicos. Los Estados Miembros han acordado colaborar en la prevención, detección y respuesta ante emergencias de salud pública en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005). En una decisión de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2016 se pidió a la Directora General que elaborara un plan de aplicación mundial. En el documento resultante se recomendaba, entre otras cosas, que los Estados Miembros, con el apoyo de la Secretaría y los asociados para el desarrollo, elaboraran y aplicaran planes de acción nacionales de preparación, teniendo en cuenta las diferencias en gobernanza y capacidad de salud pública entre los países. Ello incluye la evaluación externa conjunta voluntaria de las capacidades básicas exigidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La República Unida de Tanzanía fue el primer país en realizar una evaluación externa conjunta, en febrero de 2016, y el primero en convocar un taller para elaborar el plan de acción nacional de seguridad sanitaria (en noviembre de 2016).

Retos y enseñanzas extraídas

Uno de los principales retos del nuevo Programa es la movilización de la financiación adecuada. En 2016, solo se cubrió un 56% de sus necesidades básicas de financiación de un presupuesto básico total de US$ 485 millones, y el 33% de las necesidades de financiación para las operaciones de respuesta de la OMS en el ámbito de país de los US$ 656 millones que se necesitaban en total. La Secretaría trata de solucionar este déficit mediante la colaboración continua con Estados Miembros clave, la elaboración de mecanismos internos que permitan una financiación flexible más sostenible, la aplicación de un nuevo modelo institucional en el ámbito de país a fin de garantizar las capacidades para movilizar recursos y gestionarlos localmente, y la contratación de un Director de Relaciones Externas en la Sede para dirigir esta labor.

Los recursos humanos son otro ámbito complejo, con el reto de atraer, contratar y mantener a personas cualificadas y con experiencia que se adapten bien a las prioridades y expectativas del Programa. La Secretaría ha ampliado la base de solicitantes anunciando vacantes a través de las Naciones Unidas y redes de asociados, acelerando los procesos normales de contratación, estableciendo una lista interna para la movilización rápida de personal ya contratado para responder a emergencias, y trabajando para ampliar alianzas a fin de aprovechar redes que ofrezcan competencias complementarias en recursos humanos.

Las deficiencias en capacidad son otro obstáculo para conseguir los resultados deseados. El Programa ofrece apoyo a los Estados Miembros para el fortalecimiento de sus capacidades. Al mismo tiempo, se está tratando de fortalecer las capacidades internas, competencias y preparación necesarias para alcanzar los resultados programáticos.

El Programa se enfrenta diariamente al reto de establecerse y a la vez llevar a cabo sus actividades: efectuar el seguimiento de miles de indicios de posibles eventos cada mes y responder a múltiples brotes y emergencias importantes. Está acelerando la aplicación de las reformas en emergencias y la contratación de personal –especialmente en el ámbito de país– a fin de garantizar el cumplimiento de las prioridades operacionales y técnicas.

El número y gravedad de los brotes y emergencias nuevos y en curso ya es un reto de por sí. A finales de 2016 había en curso 47 respuestas a eventos agudos y prolongados en diferentes países, con el apoyo de las oficinas regionales y la Sede. El Programa debe utilizar sus limitados recursos –así como sus conocimientos técnicos especializados– para avanzar en prevención, preparación y labor normativa, y a la vez responder a las demandas y expectativas de la respuesta a brotes y emergencias.

La complejidad de coordinar múltiples asociados y redes, así como diferentes puntos de vista, constituye un reto enorme. En la estructura del Programa se incluye una unidad que aúna cuatro importantes redes: la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, la red de equipos médicos de emergencia, el Grupo de Acción Sanitaria Mundial y las alianzas permanentes. Junto con las redes técnicas del Programa, estas alianzas abren nuevas vías de colaboración para simplificar la coordinación antes y en el transcurso de las respuestas a emergencias.

El Programa se beneficia enormemente de su estructura unificada, pero la experiencia demuestra que los muchos retos a los que se enfrenta deben abordarse de forma práctica y en función de contextos específicos. El Programa tiene por objeto normalizarse en la medida de lo posible, pero mantenerse flexible y capaz de responder con rapidez y eficacia.

Prioridades para 2017

Con arreglo a la experiencia acumulada desde julio de 2016, las prioridades inmediatas del Programa son: 1) evaluar los riesgos de forma completa y en el momento oportuno, y responder a todos los episodios agudos importantes (mediante un enfoque que permita abarcar todos los tipos de peligro); 2) reforzar las alianzas para que la acción colectiva sea más coordinada y predecible; 3) elaborar planes de acción nacionales de prevención y preparación exhaustivos y de calidad, y prestar apoyo a su aplicación; 4) aplicar el modelo adecuado a cada país en países con emergencias importantes y países de alto riesgo con emergencias prolongadas para conseguir resultados en consonancia con las expectativas del plan de respuesta; y 5) elaborar estrategias específicas de gran impacto y aplicarlas en los países.

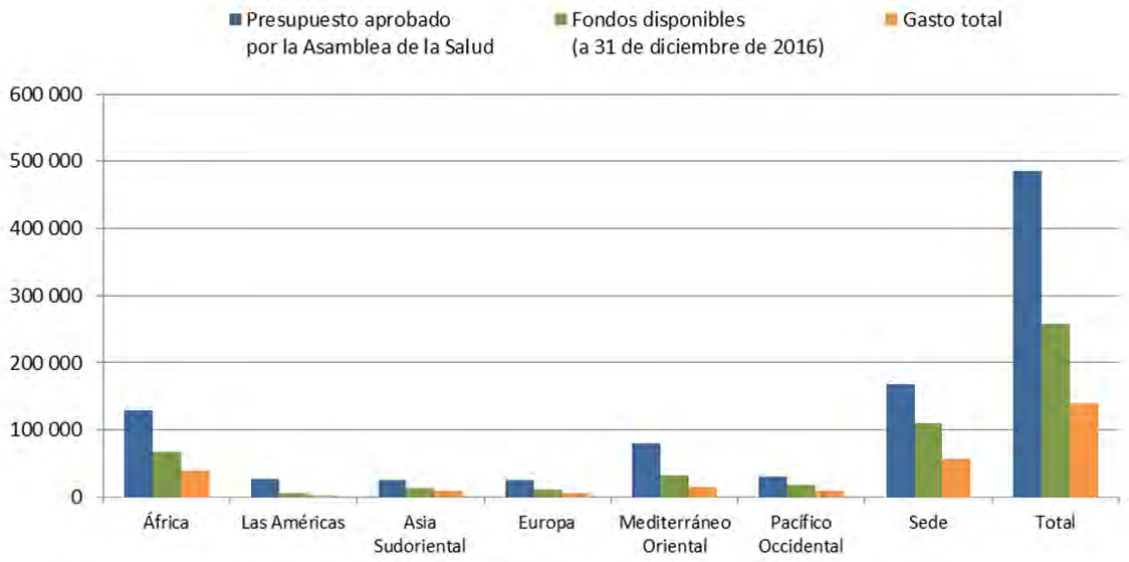
Asimismo la Secretaría promoverá la aceleración de la investigación y desarrollo de pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas durante emergencias, así como el impulso de la investigación y desarrollo como una medida de preparación en consonancia con el Proyecto I+D de la OMS. Además, el Programa finalizará y aplicará una estrategia de movilización de recursos, mejorará la coordinación interna y externa e intensificará las actividades de la OMS para abordar los retos sanitarios en Estados frágiles

Principales cifras de la categoría E

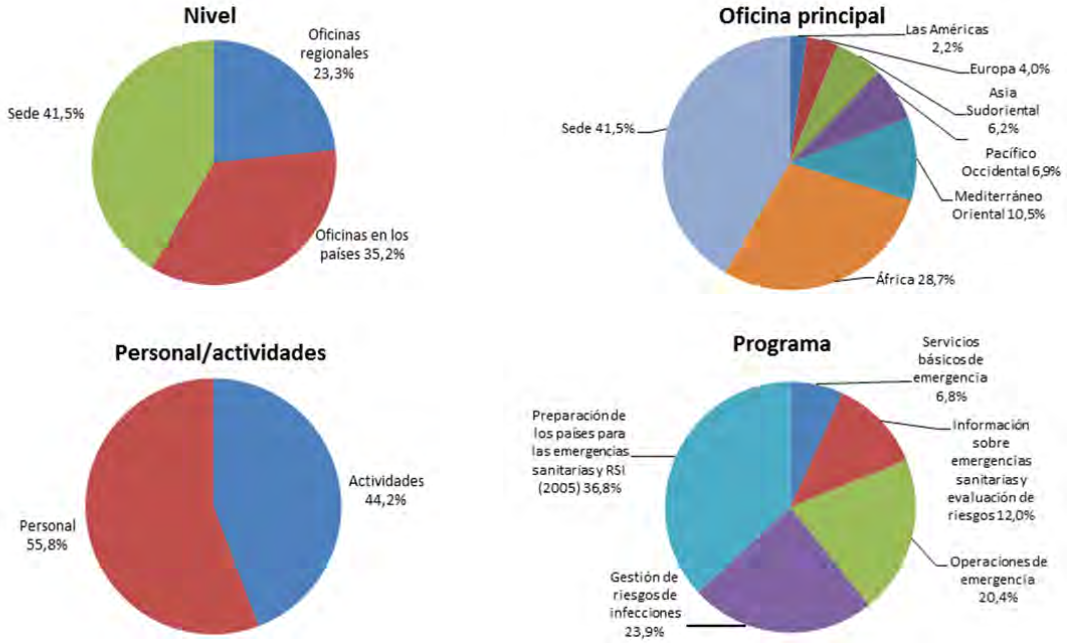
La asignación presupuestaria total aprobada para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS era de US$ 485 millones. A finales de 2016 los recursos disponibles ascendían a US$ 258 millones, o sea el 53% de la asignación en el presupuesto por programas aprobado. Los gastos sumaban US$ 139 millones, o sea el 29% del

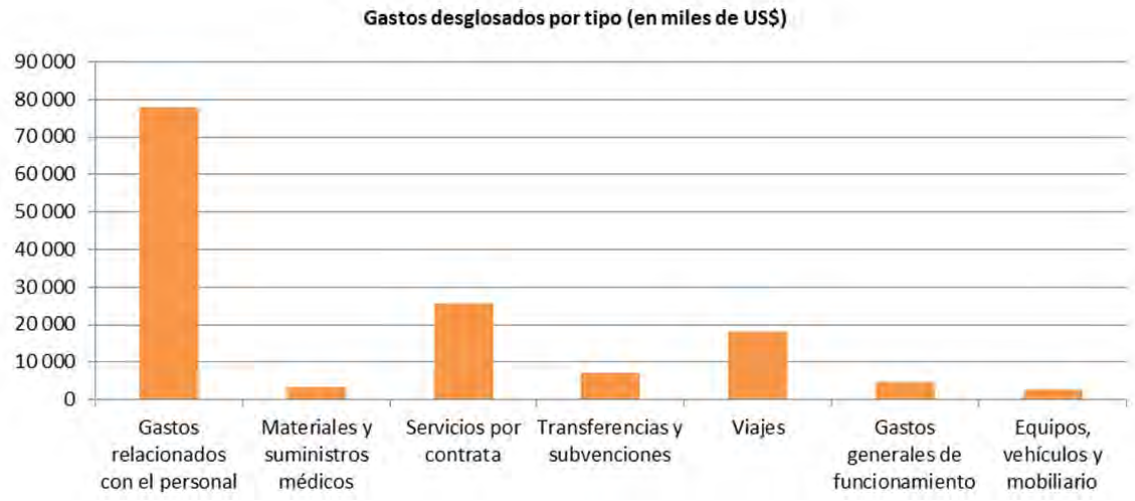
presupuesto aprobado y el 54% de los fondos disponibles. El Programa, de reciente creación y prioritario para la Organización, está en estos momentos infrafinanciado, con tan solo el 53% de los recursos a su disposición. Está tratando de enderezar esta situación mediante la colaboración con Estados Miembros clave, la elaboración de mecanismos internos para una financiación flexible más sostenible y la aplicación de un nuevo modelo institucional en los países para garantizar las capacidades de movilizar recursos y gestionarlos localmente.

Presupuesto y gastos por oficina principal



Gastos desglosados: categoría E (en miles de US$)



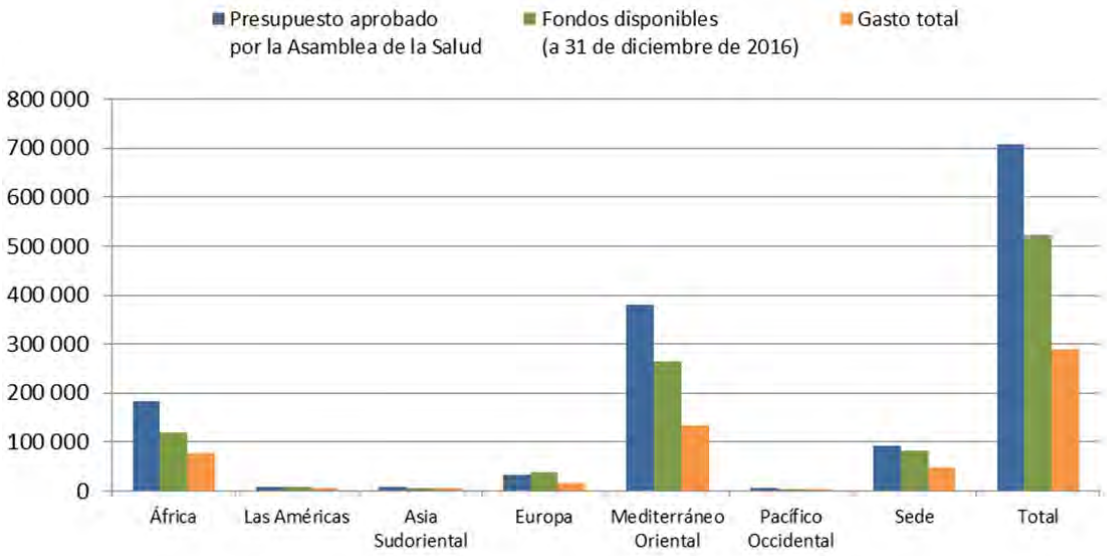


Principales cifras de la respuesta a brotes y crisis

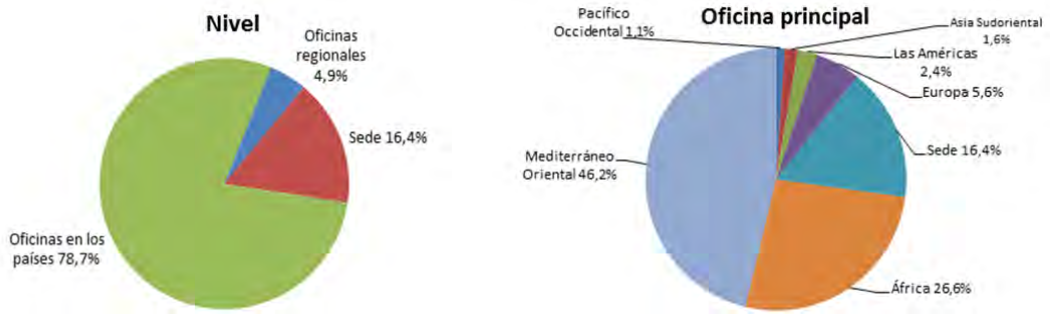
La asignación presupuestaria para la respuesta a brotes y crisis se rige por los eventos que ocurran. Al 31 de diciembre de 2016, el presupuesto para la respuesta a brotes y crisis era de US$ 707 millones y los recursos disponibles ascendían a US$ 523 millones, o sea el 74% de la asignación en el presupuesto por programas aprobado. Los gastos ascendían a US$ 289 millones, o sea el 41% de la asignación procedente del presupuesto por programas aprobado y el 55% de los fondos disponibles.

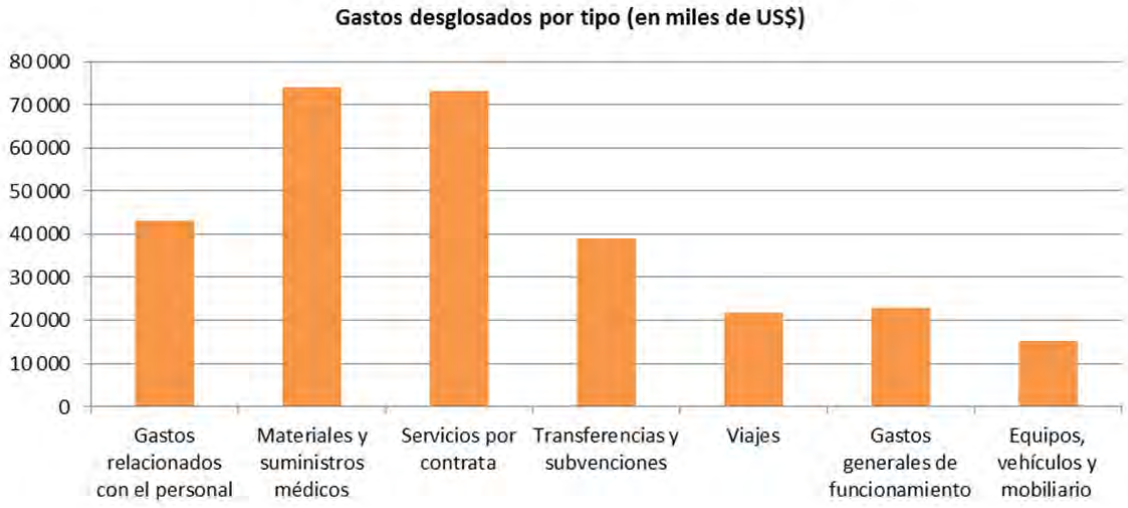
Presupuesto y gastos por oficina principal

Salvo la Oficina Regional para Europa, todas las oficinas principales han ejecutado el 50% o un porcentaje superior de los recursos disponibles.



Gastos desglosados: respuesta a brotes y crisis (en miles de US$)





Categoría 6
SERVICIOS CORPORATIVOS/FUNCIONES INSTRUMENTALES

Principales logros en 2016

El personal directivo superior de la OMS ofreció orientaciones estratégicas y liderazgo para garantizar que se tenga en cuenta y se promueva la salud en una serie de procesos mundiales y consolidar el vínculo entre la función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y las seis prioridades de la OMS en materia de liderazgo.

La adopción por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud del Marco para la colaboración con agentes no estatales de la OMS representó un hito en 2016. La aplicación del Marco en todos los niveles de la Organización exigió el establecimiento de un registro de agentes no estatales y la definición de un conjunto de criterios y principios relativos a la cesión de personal procedente de organizaciones no gubernamentales, fundaciones filantrópicas e instituciones académicas.

La OMS ha continuado fortaleciendo su función en la gobernanza de la acción sanitaria mediante, por ejemplo, el posicionamiento y la promoción de la salud en procesos mundiales de alto nivel, como la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos y el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, el Grupo de Alto Nivel sobre el Acceso a los Medicamentos y la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico del Secretario General de las Naciones Unidas.

Con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la OMS ha desarrollado seis instrumentos de cambio, los cuales ofrecen un marco para que los Estados Miembros y la Secretaría lleven adelante la labor relativa a la Agenda 2030.

Los nuevos procedimientos para la elección de Director General de la OMS, aprobados por la Asamblea de la Salud, han mejorado considerablemente la transparencia del proceso. Una de las medidas adoptadas ha sido el establecimiento de un foro de candidatos.

En previsión del fin de la transmisión de la poliomielitis y con el fin de gestionar la transición a la era posterradicación, se está elaborando y ejecutando un plan integral. El plan incluye una revisión actualizada de los recursos humanos de la OMS relacionados con la poliomielitis realizada en 2016, así como una proyección actualizada de los pasivos financieros en distintos escenarios y recomendaciones sobre las prioridades para reducir los pasivos y mejorar la planificación de los recursos humanos relacionados con esta enfermedad. El plan también abordará las repercusiones de la transición en otros programas conexos y la necesidad de mantener las funciones esenciales relacionadas con la poliomielitis después de la erradicación de la enfermedad.

En lo que respecta a la reforma de la OMS, aunque se integró a finales de 2015, todos los productos de la reforma que se están examinando actualmente alcanzaron la fase de aplicación en 2016. El progreso de la reforma se monitorea tomando como referencia indicadores predefinidos y las conclusiones son publicadas periódicamente. Las reformas del trabajo de la OMS ante emergencias sanitarias se pusieron en marcha en 2016 en toda la Organización, en consonancia con las recomendaciones de los informes del Grupo de Tareas sobre las Crisis Mundiales de Salud del Secretario General de las Naciones Unidas.

El control interno y la rendición de cuentas siguieron siendo una de las prioridades principales de la OMS en 2016. A fin de fortalecer la aplicación de los marcos de control interno y rendición de cuentas, se desarrolló y divulgó en toda la Organización la lista de verificación para la autoevaluación con respecto al marco de control interno. Los pactos anuales de rendición de cuentas entre el Director General y el personal directivo superior ahora se publican en el sitio web de la OMS, junto con las delegaciones de atribuciones y las cartas de presentación de los Directores Regionales. Ha empezado el trabajo para desarrollar un plan de rendición de cuentas para toda la Organización con el objetivo de hacer un seguimiento de las áreas principales en las que la Organización debe demostrar una gestión responsable. El fortalecimiento de los controles internos quedó de manifiesto con la disminución de los informes pendientes sobre contribuciones financieras directas y el incremento de actividades para mejorar las garantías de que todo el dinero se utiliza para los fines indicados. También se observa un fortalecimiento de los procedimientos y controles internos en el área de las adquisiciones por medio de la modificación de la política y los procedimientos de la OMS en materia de adquisiciones

El 13 de diciembre de 2016 se inauguró oficialmente el recientemente establecido Centro de la OMS en Budapest. Esta oficina exterior de la Sede, que fue seleccionada sobre la base de un análisis comparativo de diferentes opciones geográficas, cuenta actualmente con 22 empleados, la mayoría de los cuales se ocupan de la administración de justicia interna. Las recomendaciones formuladas por un grupo de expertos independientes como parte de la reforma de la gestión de la OMS pusieron de relieve la necesidad de fortalecer el sistema de justicia interno de la OMS. Crear los nuevos puestos en Ginebra habría exigido aumentar el presupuesto en US$ 5,1 millones, una suma que no se podía asumir en el presupuesto por programas para 2016-2017. Este nuevo sistema constituye un ejemplo de cómo encontrar alternativas rentables cuando es necesario agregar nuevas funciones. Como resultado, se está estableciendo un equipo de compras en Budapest.

Camboya

En junio de 2016, el Dr. Shin Young-soo, Director Regional para el Pacífico Occidental, y el Dr. Mam Bunheng, Ministro de Salud de Camboya, lanzaron la estrategia OMS actualizada de cooperación en Camboya para 2016–2020. La OMS está renovando sus estrategias de cooperación en los países en la Región del Pacífico Occidental a medida que los Estados Miembros actualizan sus planes nacionales de salud y se adhieren a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se ha adoptado un enfoque más exhaustivo con un proceso que incluye un análisis robusto de la visión estratégica de cada país en un momento de cambios y desarrollos rápidos en el que el papel de la OMS en la esfera de la salud pública está evolucionando. Aunque estará armonizada con las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud, el programa estratégico para cooperación en los países en la Región se centrará en tres prioridades comunes: avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, alcanzar la seguridad sanitaria y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

y su divulgación a todo el personal. Esta medida mejora la transparencia y refuerza la debida diligencia con respecto a los futuros licitantes, y por lo tanto protege los intereses de la Organización.

Otra medida importante adoptada en 2016 fue la definición y la publicación de los riesgos principales de la Organización, que complementan el primer ciclo completo de gestión de riesgos.

En 2016 se han realizado progresos considerables en el fortalecimiento de la tercera línea de defensa mediante el aumento de la capacidad para realizar auditorías e investigaciones. También son importantes los progresos logrados en la labor de fortalecimiento de la capacidad administrativa para responder a las observaciones de auditorías, particularmente en los países. La Organización ha cerrado 19 de las 33 auditorías internas abiertas. Además, se logró cerrar cinco auditorías de oficinas en los países presentadas a principios de 2016 en un plazo inferior a cuatro meses desde el momento en que se emitió el informe. Las «recomendaciones abiertas atrasadas», que excluyen los casos en los que «aún no ha vencido el plazo de presentación de la respuesta», han aumentado ligeramente de 4,0% a 4,8% (lo que se puede atribuir principalmente a un informe de auditoría). Durante el mismo periodo, las recomendaciones cerradas han disminuido de 83,9% a 61,8%.

En consonancia con la promoción del comportamiento ético, la conducta decente y la equidad en toda la Organización y tras la entrada en vigor de la política de la OMS de denuncia de irregularidades y protección contra las represalias en 2015, en 2016 se puso en marcha la «línea directa en pro de la integridad», un servicio confidencial y gestionado externamente para notificar casos de presuntas irregularidades que se ha puesto a disposición del personal de la OMS y de personas que no son miembros del personal. La Secretaría puso en marcha una iniciativa a favor de un entorno de trabajo respetuoso en colaboración con las asociaciones del personal de la OMS; está basada en los resultados de una encuesta del personal e incluye medidas de capacitación y concienciación. Además, a finales de 2016 se implantó un nuevo sistema de justicia interna mediante la creación de una Junta Mundial de Apelación que sustituye a las juntas de apelación de la Sede y regionales. El nuevo sistema refuerza la prevención a través del establecimiento de una nueva política sobre mediación y del énfasis en la función de la Oficina del Mediador. Asimismo, se favorece la resolución rápida de conflictos mediante la introducción de exámenes administrativos.

En 2016, la OMS se sumó oficialmente a la Iniciativa Internacional para la Transparencia de la Ayuda, una iniciativa de carácter voluntario y multipartito que trata de mejorar la transparencia de la cooperación para el desarrollo y aumentar su eficacia en la lucha contra la pobreza.

Gracias a la pronta finalización de los planes de trabajo, por primera vez la Organización empezó el bienio 2016-2017 con casi todos los planes de trabajo aprobados. Además, el nuevo informe programático y financiero para 2014-2015 se presentó a tiempo para la reunión de la Asamblea de la Salud en 2016. Este informe unificado demostró mejor los vínculos entre los resultados obtenidos y la ejecución financiera.

El énfasis en mejorar la previsibilidad, el alineamiento, la flexibilidad y la transparencia y reducir la vulnerabilidad de la financiación de la OMS se mantuvo con la convocación en octubre de 2016 de una reunión extraordinaria de diálogo sobre financiación en respuesta a la financiación insuficiente del prepuesto por programas para 2016-2017. La reunión propició nuevos compromisos de financiación, los cuales ayudaron a reducir el déficit de financiación, pero hasta la fecha no han bastado para financiar completamente el presupuesto por programas para 2016-2017.

La OMS ha adoptado una política mundial sobre igualdad de género en la esfera de la dotación de personal. Su objetivo es lograr aumentos anuales de un 1,5% durante cinco años en los puestos de grado P4 o superior. Se ha establecido un grupo de asesoramiento sobre la aplicación del plan de acción mundial sobre la igualdad de género compuesto por representantes de la dirección y de las asociaciones del personal de toda la Organización.

En el ámbito de los recursos humanos, el primer ejercicio de movilidad geográfica tuvo lugar a principios de 2016. Fue el primer ejercicio corporativo a nivel de toda la Organización relativo a la dotación de personal para garantizar la variedad de cualificaciones y competencias en todos los ámbitos de la Organización. El ejercicio fue fructífero desde el punto de vista cualitativo, ya que permitió extraer lecciones durante el proceso y proponer y hacer mejoras. Estas mejoras llevaron a la publicación de la segunda lista de movilidad en enero de 2017. A fin de apoyar la movilidad geográfica, la Organización también ha establecido numerosas iniciativas profesionales y de apoyo personal para candidatos en el marco de la política de movilidad, como procedimientos para el traspaso de funciones, programas lingüísticos y culturales, y servicios de tutoría.

Se realizaron progresos considerables con respecto al proyecto de construcción en la Sede cuando los Estados Miembros aprobaron la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra (la cual incluye la demolición de los edificios provisionales existentes, la construcción de un nuevo anexo y la renovación posterior del edificio principal existente) y la confirmación de la financiación por el Estado anfitrión de la construcción del nuevo anexo a través de un préstamo sin intereses reembolsable en 50 años.

Con respecto a la tecnología de la información, la Directora General aprobó la creación de un Fondo Mundial de TI que proporcionará un mecanismo predecible para financiar inversiones estratégicas clave y beneficiará a todas las oficinas de la Organización. El Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo tomó nota del informe sobre esta iniciativa, contenido en el documento EBPBAC25/3, en su 25.ª reunión.

La comunicación estratégica de la OMS se vio reforzada en 2016 a través de la elaboración y la aplicación del marco estratégico para dar mayor eficacia a las comunicaciones. Ofrece preguntas para la planificación, tácticas y recursos para una amplia gama de funciones de comunicación en la Organización, de relaciones públicas a promoción, cambio de conducta y comunicación de los riesgos en emergencias. El marco, centrado en seis principios de la comunicación de riesgos, puede ser utilizado por responsables de comunicación con diferentes niveles de conocimientos especializados.

Retos y enseñanzas extraídas

La situación financiera de la Organización exigió una gestión firme en 2016 para hacer frente a un nivel de financiación no uniforme entre las diferentes áreas técnicas y una reducción de la financiación de la cuenta de contribuciones voluntarias básicas, lo que también afecta en gran medida a la categoría 6, la cual depende considerablemente de financiación flexible. Se han identificado posibles ahorros y se han examinado servicios para estudiar posibles mejoras en la eficiencia. Se prevé seguir gestionando cuidadosamente la situación financiera y elaborar un plan sobre el buen aprovechamiento de los fondos en 2017.

Desde su puesta en marcha a finales de 2015, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible) se ha convertido en una fuerza rectora de la labor de la OMS. Reconociendo que los Objetivos están relacionados con todos los aspectos de la salud, la Directora General ha establecido un equipo de coordinación mundial para las actividades relacionadas con los Objetivos, bajo una nueva dirección en la Oficina del Director General y en todas las oficinas principales. El equipo ha establecido seis líneas de acción principales, aprobadas por el Consejo Ejecutivo, para ayudar a los Estados Miembros a lograr los Objetivos y orientar al Director General cuando brinde apoyo a los Estados Miembros.

Estos son algunos de los resultados iniciales: orientación más acentuada del proyecto de presupuesto por programas para 2018-2019 hacia los Objetivos; orientación del informe *Estadísticas Sanitarias Mundiales* para 2017 hacia las seis líneas de acción; mejora de las comunicaciones entre las oficinas de la Sede, regionales y en los países; simplificación de la presentación de informes sobre los progresos realizados hacia la consecución de los Objetivos a través del sistema de las Naciones Unidas (por ejemplo, en relación con la salud y la pobreza, y

Mejora del desempeño a nivel de país: Burundi

La oficina de la OMS en Burundi tuvo dificultades a la hora de alcanzar los indicadores básicos de eficacia de la labor directiva en 2016. Cuando el nuevo Representante de la OMS tomó posesión de su cargo en febrero de 2016, movilizó a los miembros del personal para aplicar plenamente los marcos de control interno y rendición de cuentas de la OMS. Para asistirle se llevó a cabo una misión de seguimiento y evaluación del desempeño en la que participaron expertos de la Oficina Regional para África, un Equipo de Apoyo entre Países y la Sede. La misión ayudó al Representante de la OMS a mejorar la gestión de riesgos y cumplimiento de las normas, así como la rendición de cuentas en la administración y la ejecución de programas. Por ejemplo, se reforzaron los flujos de trabajo y los controles internos en todas las funciones instrumentales y la capacidad de respuesta a las emergencias de la oficina en el país y se fortaleció la cooperación con partes interesadas clave. Como resultado, la oficina en el país ha mejorado su funcionamiento y desempeño con respecto a los indicadores básicos de desempeño.

las tecnologías de información y la comunicación); iniciación del trabajo para un módulo de formación en desarrollo sostenible; integración de los Objetivos en el Observatorio Mundial de la OMS de la Investigación y el Desarrollo Sanitarios; y primeros pasos hacia la armonización de las estrategias OMS de cooperación en los países con los Objetivos.

Aunque las medidas adoptadas y aplicadas a lo largo del proceso de reforma de la OMS no se concibieron expresamente desde la perspectiva de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, su finalidad es abordar las cuestiones que permitirán a la Organización hacer efectivos de la mejor forma posible los estrechos vínculos entre la salud y el desarrollo sostenible y hacer frente a las crecientes presiones ejercidas sobre las organizaciones multilaterales como la OMS en el contexto de las nuevas realidades sociales, políticas y económicas.

Ejemplos de ello son herramientas como la *Estrategia OMS de cooperación en los países: Guía de 2016* o el manual titulado *Handbook for the induction of heads of WHO offices in countries, territories and areas*, el cual se está revisando actualmente e incluirá un capítulo actualizado sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la cobertura sanitaria universal, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS y el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Del mismo modo, se informó periódicamente a los jefes de las oficinas de la OMS en los países acerca de los avances más recientes con respecto a la Agenda 2030 y la labor de la OMS para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las perspectivas conexas.

Prioridades para 2017

Dada la situación financiera actual es indispensable priorizar las actividades. Las demandas crecientes se pueden satisfacer solo hasta cierto punto con presupuestos decrecientes (mediante el aumento de la eficiencia), pero dentro de unos límites. Se prevé que el presupuesto destinado a la categoría 6 disminuirá para el bienio 2018-2019, una situación a la que ya se está respondiendo en 2017, en particular a la luz de la situación financiera.

Durante 2017, la Organización trabajará en la elaboración de un plan sobre el buen aprovechamiento de los fondos con el objetivo de identificar posibles ahorros mediante el aumento de la eficiencia en la Organización. La iniciativa se enmarcará en la categoría 6, pero se prevé que las actividades identificadas irán más allá de dicha categoría. El plan será sometido a la consideración de la Asamblea de la Salud en su 71.ª reunión en 2018.

Asimismo, se continuará trabajando para identificar medidas concretas destinadas a aumentar la eficiencia para el bienio 2016-2017, las cuales serán examinadas en la reunión anual de los directores de administración y finanzas y de gestión de programas en 2017. Estas y otras medidas prácticas relacionadas con el replanteamiento de las prioridades en cuanto a las actividades y los costos salariales adoptadas a finales de 2016 tanto por la Oficina de la Directora General como por el grupo orgánico Administración General tienen por objeto mitigar el efecto del posible déficit de financiación general en la categoría 6 y la Organización en su conjunto.

Se otorgará máxima prioridad en 2017 a la transición de la administración actual a la del Director o Directora General que se nombrará en mayo del año en curso; el cambio puede tener un impacto considerable en las prioridades para 2017.

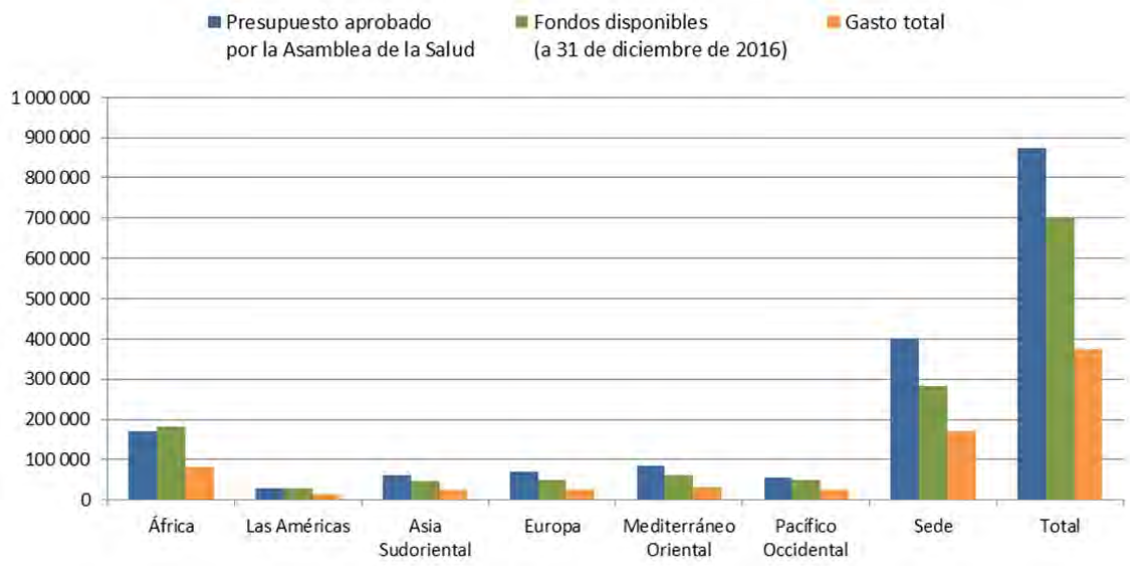
Principales cifras de la categoría 6

El presupuesto total aprobado para la categoría 6 en el periodo 2016-2017 fue de US$ 874 millones. Esta cifra incluye la tasa por puesto ocupado correspondiente a US$ 140 millones.[1] Los recursos disponibles a finales de 2016 ascendían a US$ 700 millones, lo cual representaba el 80% de la asignación presupuestaria. Los gastos ascendieron a US$ 373 millones, lo cual representaba el 43% del presupuesto por programas aprobado y el 53% de los fondos disponibles. Los fondos disponibles en la Oficina Regional para África son superiores a la suma asignada en el presupuesto aprobado; esto se debe a la financiación recibida del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la Fundación Bill y Melinda Gates para apoyar el Programa de Transformación de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud en la Región

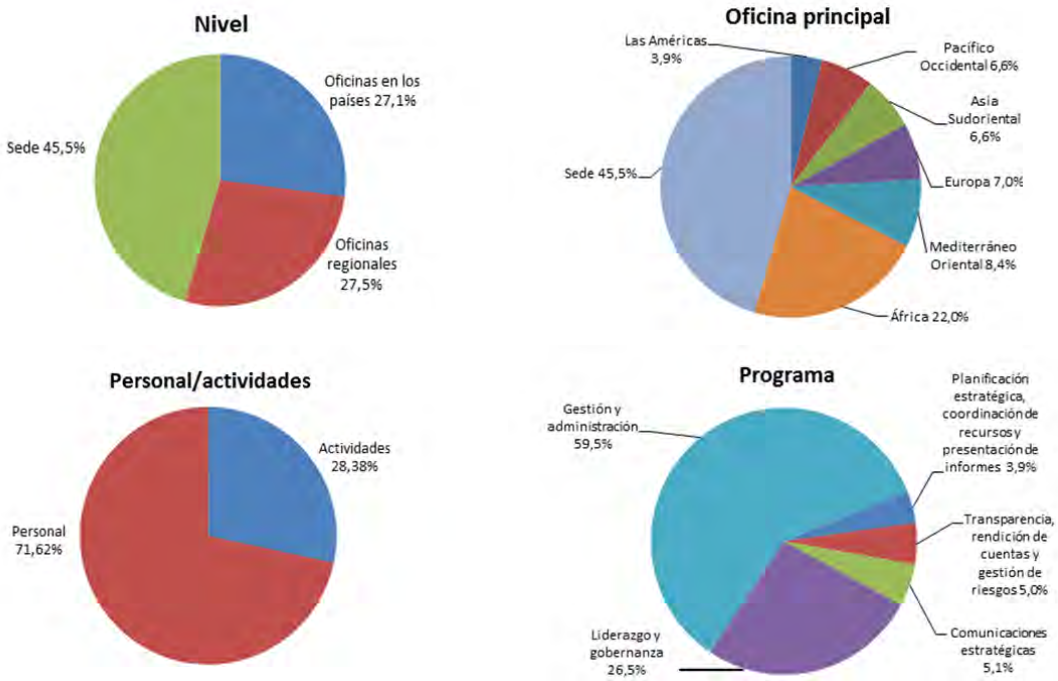
[1] La tasa por puesto ocupado es un mecanismo separado para recuperar los costos de los servicios administrativos atribuibles directamente al trabajo de todas las categorías.

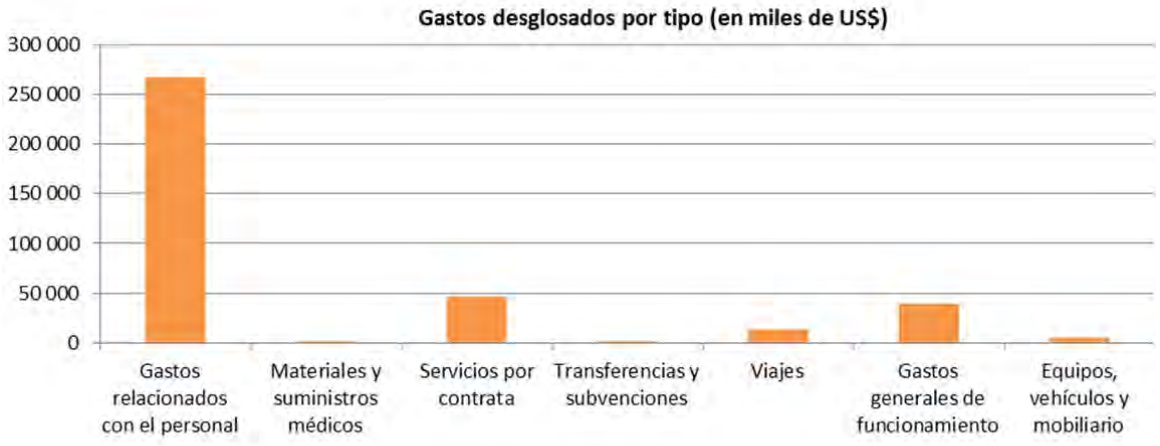
de África 2015-2020. La financiación y los gastos generales en esta categoría se ajustan a lo previsto. La labor para mejorar la costoeficacia continúa, tal y como se describe en la sección programática anterior.

Presupuesto y gastos por oficina principal



Gastos desglosados: categoría 6




Gastos desglosados por tipo (en miles de US$)
300 000
250 000
200 000
150 000
100 000
50 000
0
Gastos relacionados con el personal
Materiales y suministros médicos
Servicios por contrata
Transferencias y subvenciones
Viajes
Gastos generales de funcionamiento
Equipos, vehículos y mobiliario

ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

Principales logros en 2016

La función de la OMS en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis consiste en proporcionar asistencia técnica a los países y las regiones, prestando especial atención a los países endémicos y los países donde hay riesgo de brotes de infección bien por poliovirus salvajes o por poliovirus de origen vacunal.

La OMS proporciona orientación técnica con relación a la parálisis flácida aguda y la vigilancia ambiental para la detección del poliovirus, y ofrece apoyo logístico y garantía de calidad a la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos. También analiza los datos relativos a la vigilancia para detectar cualquier deficiencia programática, proporciona orientación sobre actividades suplementarias de inmunización contra la poliomielitis y su vigilancia para aumentar la inmunidad de la población y detener la transmisión del poliovirus circulante, y lleva a cabo evaluaciones de las intervenciones de respuesta frente a brotes. Cuando ha sido necesario, la asistencia técnica se ha intensificado por medio de despliegues rápidos. La calidad de la vigilancia se supervisa semanalmente mediante los objetivos de los indicadores de vigilancia mundiales.

Desde que la Asamblea Mundial de la Salud hizo un llamamiento en 1988 en favor de la erradicación mundial de la poliomielitis ha habido y sigue habiendo un notable avance.[1] En ese momento, la poliomielitis era endémica en más de 125 países de todo el mundo y el poliovirus provocaba cada año más de 350 000 casos de parálisis irreversible entre la población infantil. En la actualidad, la transmisión del poliovirus salvaje está en su nivel más bajo, y solo se registra transmisión endémica en determinadas zonas de tres países: el Pakistán, el Afganistán y Nigeria (por orden de carga de morbilidad).

En 2016, se notificaron 37 casos de poliomielitis en todo el mundo. Únicamente se sigue detectando un serotipo salvaje (poliovirus de tipo 1); los poliovirus de tipo 2 se declararon oficialmente erradicados en 2015, y desde noviembre de 2012 no se ha detectado ningún caso de poliomielitis paralítica por poliovirus salvajes de tipo 3.

[1] Resolución WHA41.28, Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/201485/1/WHA41_R28_spa.pdf (consultado el 27 de marzo de 2017).

En 2016, se efectuaron en total 12 evaluaciones de intervenciones de respuesta frente a brotes epidémicos en siete países diferentes (Guinea, Madagascar, Myanmar, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, Sudán del Sur y Ucrania).

Se enviaron consultores por un total de 1110 meses/persona para apoyar el fortalecimiento de las labores de vigilancia y mejorar la calidad de las actividades suplementarias de inmunización. Se enviaron unos 220 voluntarios de STOP a países de alto riesgo.

Se ha evitado que 16 millones de personas sufran parálisis y se ha conseguido que hoy puedan caminar con normalidad. Gracias a la administración sistemática de vitamina A durante las campañas de inmunización contra la poliomielitis se ha evitado que murieran alrededor de 1,5 millones de niños. La salud pública mundial está a punto de conseguir un éxito histórico.

Ese avance ha sido posible gracias a la red mundial de apoyo y al compromiso de las partes interesadas, principalmente, los Estados Miembros. Cada año, más de 20 millones de voluntarios administran vacunas antipoliomielíticas y otros medicamentos que pueden salvar la vida a más de 400 millones de niños en todo el mundo. Hasta la fecha, los esfuerzos mundiales dirigidos a erradicar la enfermedad han permitido ahorrar más de US$ 27 000 millones; además, la erradicación mundial de los poliovirus comportará un ahorro adicional de US$ 20 000 a US$ 25 000 millones, que pueden utilizarse para salvar la vida de otras personas gracias a otras intervenciones.

En 2016, la OMS colaboró en 192 actividades suplementarias de inmunización con vacunas antipoliomielíticas orales, realizadas en 43 países, entre los que figuran países endémicos, países de alto riesgo y países donde hay brotes. Se utilizaron más de 2000 millones de dosis de vacunas antipoliomielíticas orales. Se suministraron 1,9 millones más de vacunas con poliovirus inactivados a Nigeria, 1,4 millones al Pakistán, casi 400 000 a la India y 100 000 al Afganistán. En 2016 se elaboraron directrices sobre la preparación y respuesta ante brotes epidémicos, la clasificación de los poliovirus de origen vacunal y las investigaciones sobre el terreno.

Lucha contra la poliomielitis en el Afganistán: llegar a todos los niños en zonas afectadas por conflictos y zonas con problemas de seguridad

Entre julio y diciembre de 2016, apoyados por el Ministerio de Salud Pública, la OMS y el UNICEF, distintos equipos de vacunación administraron a más de 50 000 niños la vacuna antipoliomielítica oral en la frontera de Torkham en Nangarhar, el paso fronterizo con más actividad del Afganistán. Los equipos de lucha contra la poliomielitis trabajan en 17 pasos fronterizos para garantizar que todos los niños que entran en el Afganistán estén inmunizados contra la poliomielitis. Más de 280 equipos de tránsito permanentes vacunan a niños que entran y salen de zonas con problemas de seguridad y a niños que viajan a otros lugares para garantizar que todos los niños que viajan hayan recibido las dos gotas de su vacuna antipoliomielítica oral.

En el Afganistán, Guinea, Nigeria y el Pakistán, así como en otros países de África occidental, se llevaron a cabo exámenes de las labores de vigilancia sobre el terreno. A lo largo del año, también se realizaron exámenes documentales para los países de alto riesgo en dos ocasiones.

Los asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis siguen colaborando estrechamente con todos los Estados Miembros y la comunidad internacional de apoyo al desarrollo en sus esfuerzos para obtener los US$ 1300 millones adicionales necesarios para librar al planeta de la poliomielitis de forma permanente.

Retos y enseñanzas extraídas

Los progresos realizados en la erradicación de la poliomielitis son frágiles, como demuestra el hecho de que en agosto de 2016 se confirmaran cuatro nuevos casos de poliomielitis paralítica causada por el poliovirus salvaje de tipo 1 en el estado de Borno, en el noreste de Nigeria. Esos fueron los primeros casos notificados en la Región de África desde julio de 2014, lo que confirma la urgente necesidad de liberar al mundo de la poliomielitis de forma rápida y sostenible de conformidad con la resolución WHA68.3 (2015), en la que la Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a que financiaran y ejecutaran plenamente el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final. A fin de encauzar y supervisar con eficacia los progresos hacia la interrupción de la transmisión del poliovirus, se está revisando el ámbito de actuación de la

Junta de Seguimiento Independiente de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, para centrar más su labor en la consecución de ese objetivo fundamental.

El caso de Nigeria pone de relieve la importancia de mantener un elevado nivel de vigilancia de la parálisis flácida aguda. El Gobierno de Nigeria puso en marcha de forma inmediata una enérgica intervención para responder al brote, que incluyó actividades suplementarias de vacunación en varias tandas en la que se administraron vacunas antipoliomielíticas orales bivalentes. Se declaró que el brote era una emergencia nacional de salud pública, y Nigeria volvió a la lista de países en los que la poliomielitis es endémica. Además, los ministros de salud del Comité Regional para África declararon que el brote de poliomielitis era una emergencia regional de salud pública para los países de la subregión del Lago Chad, lo que dio lugar a una intervención más amplia para responder al brote en el Camerún, el Chad, el Níger y la República Centroafricana, además de Nigeria.

La mejora del acceso a algunas zonas afectadas por conflictos se aprovechó para aumentar rápidamente la inmunidad entre la población a la que se acababa de acceder. Se adoptaron medidas complementarias para aumentar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia subnacional. Se puso en marcha la iniciativa de Brazzaville para mejorar la sensibilidad del sistema de vigilancia en Nigeria y otros países africanos de alto riesgo.

La respuesta al brote se coordinó en el contexto de la asistencia humanitaria de emergencia en la región; y la infraestructura para combatir la poliomielitis permitió prestar apoyo a las intervenciones realizadas para responder a otras necesidades sanitarias esenciales, como las campañas contra el sarampión. Nigeria sigue teniendo un alto grado de inmunidad frente al poliovirus en la mayoría de los lugares, pero esos casos ponen de manifiesto el riesgo que entraña la transmisión no detectada de baja intensidad y la urgente necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia subnacional en todas partes.

Los centros de operaciones de emergencia del Afganistán y el Pakistán siguieron fortaleciendo la colaboración y la implicación del gobierno en los dos países, y se establecieron prioridades mediante sólidos planes nacionales de emergencia. Asimismo, también trabajaron en colaboración para llegar a los grupos de alto riesgo ubicados a lo largo de la frontera, dado que cada vez hay más pruebas de que las poblaciones móviles son el principal vehículo mediante el que circula el virus. El número de puntos de acceso permanentes se incrementó, y los equipos transfronterizos, los equipos de acceso permanente y los equipos itinerantes especiales están colaborando para acceder a los grupos móviles de población infantil.

Si bien el avance registrado en 2016 es alentador, existe un riesgo real de que haya un retroceso en estos países y en otros lugares, si el nivel de ejecución no sigue mejorando en 2017.

La situación del suministro de vacunas con poliovirus inactivados sigue deteriorándose, pues los fabricantes se enfrentan a obstáculos que impiden la entrega de las vacunas contratadas. El suministro disponible se asigna a nivel mundial con arreglo a criterios basados en el riesgo que la OMS y sus asociados examinan y revisan periódicamente. La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis sigue colaborando con otros asociados y fabricantes a fin de paliar la escasez de suministro.

Se está avanzando gracias a las enseñanzas extraídas en la erradicación de la poliomielitis. Además, se están elaborando documentos técnicos sobre prácticas óptimas que pueden utilizarse para capacitar al personal sobre el terreno con relación a otras enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Se han elaborado y aplicado estrategias nacionales e internacionales de movilización de recursos. Esas estrategias siguen actualizándose y adaptándose a la evolución de las circunstancias y las nuevas oportunidades, riesgos y desafíos. Y, lo que es más importante, los recursos financieros han aumentado y las promesas de fondos realizadas siguen materializándose.

Prioridades para 2017

Se prevé que en 2017 disminuya el número de actividades suplementarias de inmunización llevadas a cabo en los Estados Miembros, excepto en los tres países donde la enfermedad es endémica: el Afganistán, el Pakistán y Ni-

geria. A medida que esas actividades vayan reduciéndose gradualmente, cabe esperar que también disminuya el personal financiado con fondos destinados a la lucha contra la poliomielitis.

Se ha terminado de retirar el componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral en todos los países y, por lo tanto, ya no es una prioridad para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

Entre las prioridades para 2017 figuran:

- detener la transmisión de la poliomielitis en los tres países endémicos que quedan;
- garantizar una respuesta adecuada y oportuna ante brotes de poliomielitis causada por poliovirus salvajes y por poliovirus de origen vacunal;
- mantener sin poliomielitis los países que han dejado de ser endémicos;
- apoyar los esfuerzos de los países para paliar los efectos negativos de la escasez mundial de vacunas con poliovirus inactivados;
- seguir centrando la actividad de los sistemas de vigilancia en la parálisis fláccida aguda a nivel nacional y subnacional y supervisar la sensibilidad de esos sistemas;
- mantener el buen funcionamiento de la Red Mundial de Laboratorios Antipoliomielíticos;
- ejecutar el plan para ampliar la vigilancia ambiental;
- coordinar la ejecución de las actividades de conformidad con los requisitos del plan de acción mundial de la OMS para la contención del poliovirus (GAP III);
- seguir adelante con la planificación de la transición y su aplicación a fin de abordar las consecuencias para los recursos humanos relacionados con la poliomielitis de la OMS, las consecuencias de la transición a la era posterior a la erradicación de la poliomielitis en otros programas conexos y la necesidad de mantener funciones básicas de erradicación con posterioridad a la erradicación de la poliomielitis; y
- atajar posibles problemas derivados de un posible exceso de confianza.

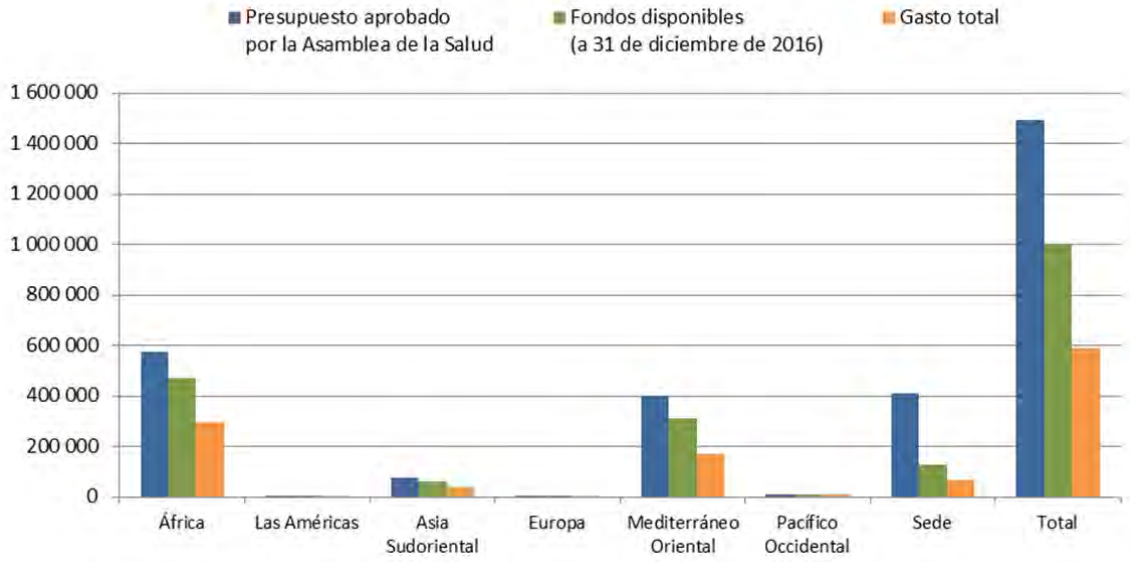
La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis colaborará con los donantes y los asociados para garantizar que esas áreas prioritarias reciban la financiación necesaria.

Principales cifras de la erradicación poliomielitis

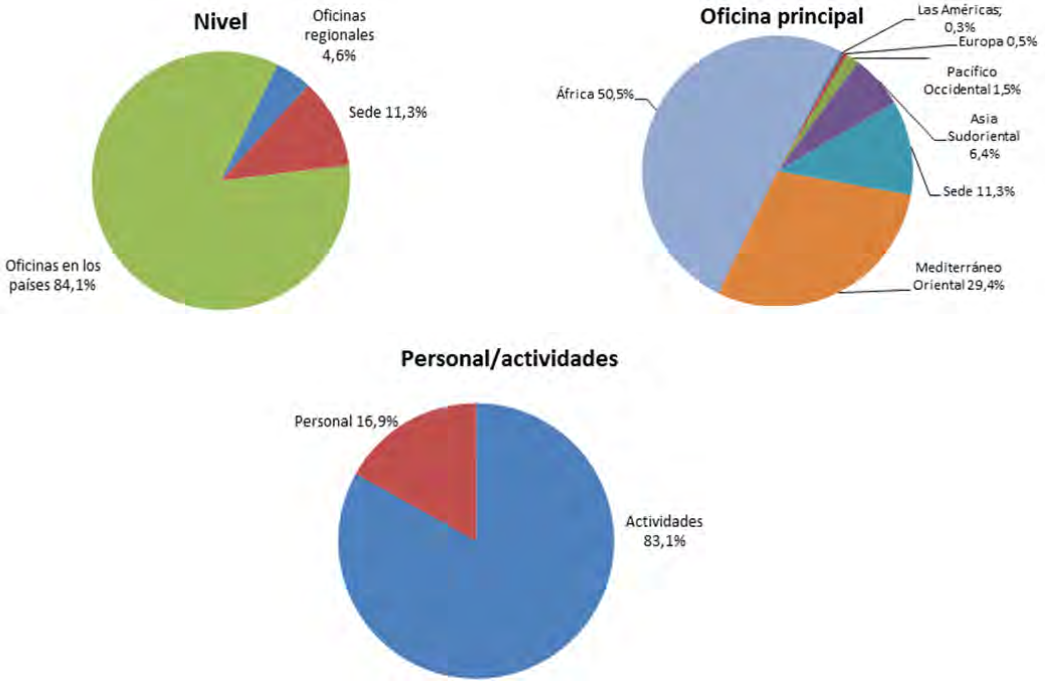
El presupuesto total para la erradicación de la poliomielitis ascendió a US$ 1492 millones. Los recursos disponibles a finales de 2016 eran US$ 999 millones o el 67% del presupuesto. El gasto se situó en US$ 589 millones o el 39% del presupuesto y el 59% de los fondos disponibles. En términos generales, la ejecución se ajustó a lo previsto en todos los planes de trabajo de lucha contra la poliomielitis, a excepción de la planificación de la transición, que fue inferior a lo previsto.

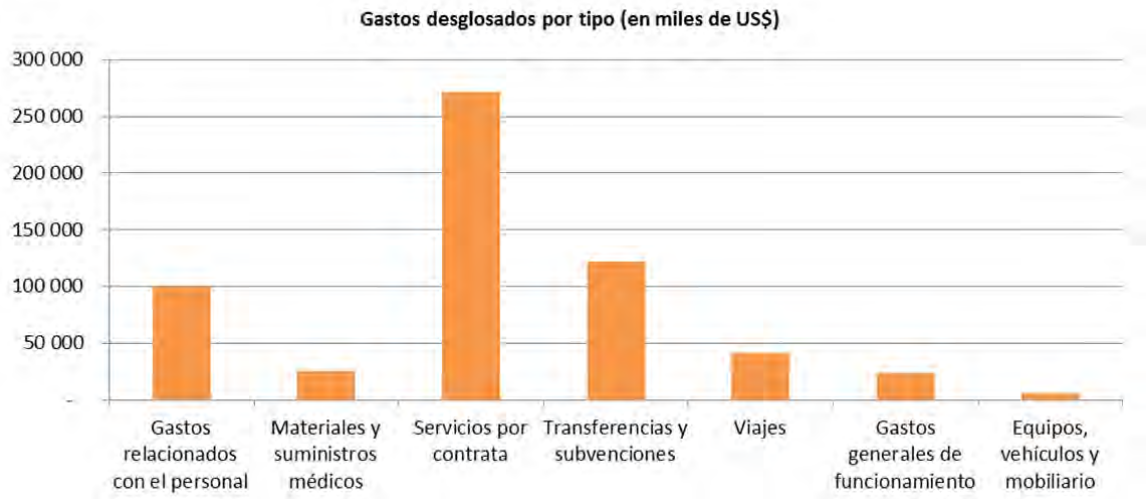
A medida que vaya replegándose la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, los recursos destinados a combatir esta enfermedad disminuirán rápidamente en los próximos años, hasta que, finalmente, dejen de aportarse. En el marco del proceso de transición, se están definiendo las funciones básicas que deberán mantenerse para conseguir que el planeta siga libre de poliomielitis. También se están determinando cuáles son las áreas prioritarias de salud pública que podrían beneficiarse de los activos generados durante la lucha contra la poliomielitis. La aportación de recursos suficientes de los asociados no vinculados a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, incluidas fuentes gubernamentales, para apoyar la labor en esas áreas prioritarias no relacionadas con la poliomielitis es un elemento fundamental del proceso de transición.

Presupuesto y gastos por oficina principal



Gastos desglosados: erradicación de la poliomielitis




Gastos desglosados por tipo (en miles de US$)
300 000
250 000
200 000
150 000
100 000
50 000
-
Gastos relacionados con el personal
Materiales y suministros médicos
Servicios por contrata
Transferencias y subvenciones
Viajes
Gastos generales de funcionamiento
Equipos, vehículos y mobiliario

SECCIÓN 2. DECLARACIÓN DE CONTROL INTERNO

Ámbito de responsabilidad

En calidad de Directora General de la Organización Mundial de la Salud, soy responsable ante la Asamblea Mundial de la Salud de la administración de la OMS y la aplicación de sus programas. Con arreglo a lo dispuesto en el artículo XII del Reglamento Financiero, debo responder del mantenimiento de un sólido sistema de control interno, con auditoría interna e investigación, a fin de garantizar la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos de la OMS y la salvaguarda de sus activos.

Propósito del control interno

El control interno está concebido para reducir y gestionar, más que eliminar, el riesgo de incumplimiento de los fines, objetivos y políticas conexas de la Organización. Por lo tanto, puede ofrecer una garantía razonable, pero no absoluta, de eficacia. Está basado en un proceso continuo pensado para detectar los principales riesgos, evaluar su naturaleza y alcance y gestionarlos de forma eficiente, efectiva y económica.

El control interno es una función fundamental de la gestión y una parte integral del proceso general de gestionar las operaciones. En ese sentido, es responsabilidad de la OMS gestionar a todos los niveles para:

- establecer un entorno de control y una cultura que promueva un control interno eficaz;
- detectar y evaluar los riesgos que puedan afectar al cumplimiento de objetivos, en particular el riesgo de fraude y corrupción;
- concretar y proponer políticas, planes, normas operacionales, procedimientos, sistemas y otras actividades de control para reducir al mínimo, mitigar y/o limitar los riesgos asociados con la exposición detectada;
- garantizar un flujo eficiente de información y comunicación de modo que todo el personal de la OMS tenga la información necesaria para desempeñar sus responsabilidades; y
- hacer un seguimiento de la eficacia del control interno.

En un plano operacional, el sistema de control interno de la OMS funciona de forma continua a todos los niveles de la Organización a través de procesos de control interno que permiten garantizar los objetivos antedichos.

Esta primera declaración que presento sobre los procesos de control interno de la OMS, como se describe anteriormente, se aplica al año que finalizó el 31 de diciembre de 2016, y hasta la fecha de la aprobación de los estados financieros de la Organización correspondientes a 2016.

Contexto de trabajo de la OMS

La OMS trabaja en más de 150 países, a veces en contextos difíciles. Ello puede exponerla a situaciones con un elevado grado de riesgo intrínseco, en particular por lo que respecta a la protección de los empleados y la capacidad de la Organización de mantener normas elevadas de control interno. La OMS (y las Naciones Unidas en general) hace un seguimiento de la situación en materia de seguridad en cada país en que trabaja, y adopta decisiones estratégicas cuando es necesario para adaptar sus actividades y limitar la exposición de su personal a los riesgos. Todos los riesgos en las oficinas se recogen en un registro oficial de riesgos, sujeto a examen periódico por parte de los directores y que se remite a la atención de instancias superiores, de ser necesario.

Marco de control interno y gestión de riesgos

El marco de control interno se hizo público en noviembre de 2013, el marco de rendición de cuentas de la OMS en marzo de 2015 y la política de gestión de riesgos institucionales en noviembre de 2015. Cada centro presupuestario de la Organización cumplimentó en 2015 listas de verificación para las autoevaluaciones de control interno. En 2016, la lista de verificación se actualizó e implantó en una nueva plataforma electrónica de fácil uso. La mejora de las comunicaciones en relación con las fuentes y uso de los fondos de la OMS, gracias al portal Web de la Organización, contribuye también a mejorar el control con respecto a la vigilancia presupuestaria de la OMS.

Los objetivos del enfoque de la OMS en materia de gestión de riesgos son dos: apoyar la adopción de decisiones fundamentadas e integrar la gestión de riesgos en los procesos operacionales institucionales. Se ha establecido una política de gestión de riesgos institucionales que incluye instrumentos para detectar, evaluar, combatir y vigilar los riesgos de un modo estructurado, sistémico y rápido.

Dicha política incluye un enfoque planificado ante los riesgos, en particular los niveles de aceptación, y a la rendición de cuentas para la mitigación de los riesgos. Proporciona al personal directivo superior información adecuada sobre los riesgos y establece un proceso eficaz de presentación de informes. La política integra de forma sólida la gestión de riesgos en los ciclos de planificación y presupuestación estratégicas y operacionales de la OMS, así como en los marcos de rendición de cuentas y control interno. Anualmente se presenta un informe sobre los riesgos a la Directora General y a los Estados Miembros por conducto del Consejo Ejecutivo.

La política de gestión de riesgos institucionales 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.

En calidad de Directora General de la Organización, tengo la responsabilidad general de evaluar los riesgos relacionados con la aplicación de los programas y proyectos y las actividades generales de la Organización.

Examen de la eficacia de los controles internos

Mi examen de la eficacia del sistema de controles internos de la Organización se basa principalmente en lo siguiente:

a) Una «carta de presentación» anual firmada por todos los Directores Regionales y Subdirectores Generales en la que confirman la importancia de garantizar que se dispone de controles internos adecuados, así como muchas otras garantías sobre controles internos fundamentales.

b) La lista de verificación para la autoevaluación de control interno, que se ha finalizado y remitido a todos los directores de centros presupuestarios (56 en la Sede y 166 en las regiones) y a todos los representantes de la OMS. Con ello se pasa revista a todos los controles principales y el director de cada centro presupuestario evalúa el cumplimiento de tales declaraciones.

c) Los informes publicados por la Oficina de Servicios de Supervisión Interna (IOS) y los del Comisario de Cuentas de la OMS, que brindan información independiente y objetiva sobre el cumplimiento y eficacia de los controles, junto con recomendaciones de mejora.

d) El Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión (CCEIS), que examina todos los informes de auditoría, informes de riesgos, informes financieros y otra información pertinente para el marco de control general. Los informes del CCEIS se remiten a mí y al Consejo Ejecutivo, con el fin de asesorar sobre la gestión de riesgos, las cuestiones financieras y de control interno, detectar ámbitos potenciales de mejora y proporcionar asesoramiento para subsanar las deficiencias.

Importantes problemas de control y riesgo observados

Una vez finalizadas las listas de verificación de control interno y el registro de riesgos por cada centro presupuestario de la OMS, el departamento de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética (CRE) examinó las conclusiones consolidadas, que se presentaron al Grupo Mundial de Políticas. He concluido que los riesgos más importantes a los que se enfrenta la Organización actualmente son los siguientes:

- La financiación íntegra del presupuesto por programas aprobado de la Organización.
- La financiación íntegra del nuevo Programa de Emergencias, junto con el riesgo de que se produzca una emergencia importante antes de que el nuevo programa esté plenamente en marcha.
- La financiación de las obligaciones a largo plazo, en particular los costos de la atención de salud después de la separación del servicio.

- Los efectos en la continuidad de las operaciones derivados de la elección del Director General/la toma de posesión del nuevo Director General (y del nuevo equipo directivo).
- La transición del programa contra la poliomielitis, en particular los riesgos para los programas y/o las oficinas que más dependen de los fondos ligados a la poliomielitis.
- Los riesgos en la continuidad de las operaciones vinculados con un incidente importante que afecte a las actividades de la OMS (p. ej., un desastre natural o un importante ataque terrorista).
- La imposibilidad de prevenir y gestionar eficazmente el fraude/la corrupción.
- Los riesgos para la seguridad cibernética (el pirateo del patrimonio digital, que provocaría la pérdida o robo de datos, la falta de disponibilidad de los servicios, y daños financieros o para la reputación).

Para cada uno de esos riesgos, he debatido con los Subdirectores Generales y los Directores Regionales medidas de mitigación y he asignado responsabilidades para garantizar que las medidas se apliquen.

Las principales conclusiones de los informes de auditoría interna (IOS), basadas en las conclusiones de las auditorías realizadas durante 2015, se remitieron a los Estados Miembros en 2016 y en ellas se señalaron inquietudes particulares respecto de la seguridad en algunas oficinas (conformidad con las normas de las Naciones Unidas), la utilización de contratos de «personal sin la condición de funcionario», como los acuerdos de servicios especiales, y los controles sobre el recurso a la contribución financiera directa en algunas oficinas. La IOS informará por separado de los resultados de su labor en 2016, y se espera que subraye la persistencia de las inquietudes en algunas oficinas con respecto a esos mismos temas, a pesar de las mejoras logradas en otros ámbitos.

En el informe del CCEIS correspondiente a 2016 se hizo hincapié en la necesidad de garantizar que la gestión de riesgos sea una parte eficaz e integral del proceso de gestión, garantizar una financiación adecuada para las obligaciones sin financiación del Seguro médico después de la separación del servicio (ASHI) y el programa contra la poliomielitis, la necesidad de garantizar una gobernanza adecuada para los proyectos informáticos; y se plantearon inquietudes con respecto a la financiación para la reforma de la actuación en emergencias.

Declaración

Estoy convencida de que el control interno funciona con eficacia. Sin embargo, por muy bien concebido que esté, tiene limitaciones intrínsecas –en particular la posibilidad de elusión– y por tanto puede ofrecer solo una garantía razonable. Además, debido a los cambios en las situaciones, la eficacia del control interno puede variar con el tiempo.

Estoy comprometida a subsanar cualesquiera deficiencias en los controles internos observadas durante el año y señaladas a mi atención.

Con arreglo a lo anterior, concluyo que, según mi leal saber y la información de que dispongo, no existen deficiencias sustanciales que impidan al Comisario de Cuentas ofrecer un dictamen sin reservas sobre los estados financieros de la Organización ni ha surgido ninguna otra cuestión importante que deba plantearse en el presente documento correspondiente al año que terminó el 31 de diciembre del 2016 y hasta la fecha de aprobación de los estados financieros.

Margaret Chan

Directora General

Ginebra, 4 de abril de 2017

SECCIÓN 3. INFORME FINANCIERO, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016

Certificación de los estados financieros correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2016

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 2016. 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 2016 la Organización prestó servicios a otras cinco 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) 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).

Los estados financieros correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2016, 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, 4 de abril de 2017

[1] Véase la resolución WHA62.6 (2009).

[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

3 de abril de 2017

Estimada señora, estimado señor:

Tengo el honor de presentar a la 70.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 2016.

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 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Ginebra (Suiza)

Dictamen del Comisario de Cuentas

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

INFORME DEL AUDITOR INDEPENDIENTE

A la Asamblea Mundial de la Salud

Dictamen

Hemos examinado los estados financieros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comprenden el estado de situación financiera a 31 de diciembre de 2016, y el estado de rendimiento financiero, el estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto, el estado de flujos de efectivo y el estado de comparación del presupuesto y los importes reales para el ejercicio terminado en esa fecha, así como las notas de los estados financieros, que incluyen un resumen de políticas contables básicas.

En nuestra opinión, los estados financieros adjuntos reflejan fielmente, en todos los aspectos, la situación financiera de la OMS a 31 de diciembre de 2016, así como su rendimiento financiero, los cambios en los activos netos/patrimonio neto, los flujos de efectivo y la comparación del presupuesto y los importes reales para el ejercicio terminado en esa fecha, de conformidad con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS).

Fundamento del dictamen

Hemos llevado a cabo la auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría (NIA) emanadas del Consejo de Normas Internacionales de Auditoría y Aseguramiento. Las responsabilidades que nos corresponden con arreglo a dichas Normas se describen en la sección de nuestro informe titulada *Responsabilidades del auditor en relación con la auditoría de los estados financieros*. Somos independientes de la OMS de acuerdo con los requerimientos de ética que son aplicables a nuestra auditoría de los estados financieros, y hemos cumplido las demás responsabilidades de ética de conformidad con esos requerimientos. Consideramos que los datos de auditoría que hemos obtenido son suficientes y adecuados para proporcionar un fundamento a nuestro dictamen.

Otra información

La Administración es responsable de toda otra información, que comprende la recogida en el informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, en particular los estados financieros comprobados correspondientes a 2016, pero no incluye los estados financieros y nuestro informe de auditoría conexo.

Nuestro dictamen sobre los estados financieros no abarca esa otra información y no manifestamos ningún tipo de conclusión de garantía al respecto.

Con respecto a nuestra auditoría de los estados financieros, tenemos la responsabilidad de leer la otra información y, con ello, considerar si esta otra información es incoherente en algún aspecto importante con los estados financieros o los conocimientos que hemos obtenido en la auditoría o si del algún otro modo parece contener incorrecciones sustanciales. Si, con arreglo a la labor que hemos llevado a cabo, concluimos que esa otra información contiene incorrecciones sustanciales, estamos obligados a informar del asunto. En este sentido, no tenemos nada de que informar.

Responsabilidades de la Administración y de los encargados de la gobernanza en relación con los estados financieros

Incumbe a la Administración preparar y presentar de forma fiel los estados financieros de conformidad con las IPSAS, y efectuar los controles internos que estime necesarios para permitir la presentación de estados financieros que no contengan incorrecciones sustanciales, debidas a fraude o error.

En la preparación de los estados financieros, incumbe a la Administración valorar la capacidad de la OMS para continuar como empresa en funcionamiento, revelando, según corresponda, las cuestiones relacionadas con la empresa en funcionamiento y utilizando el principio contable de empresa en funcionamiento, a no ser que la Administración tenga la intención de liquidar la OMS o de cesar sus operaciones, o bien no tenga otra alternativa realista.

Incumbe a los encargados de la gobernanza supervisar el proceso de presentación de informes financieros de la OMS.

Responsabilidades del auditor en relación con la auditoría de los estados financieros

Nuestros objetivos son obtener garantías razonables de que los estados financieros en su conjunto no contienen incorrecciones sustanciales, debidas a fraude o error, y emitir un informe de auditoría que contenga nuestro dictamen. Una garantía razonable supone un alto grado de seguridad, pero no garantiza que en una auditoría realizada de conformidad con las NIA siempre se detecte una incorrección sustancial cuando exista. Las incorrecciones pueden deberse a fraude o error y se consideran sustanciales si, individualmente o de forma agregada, puede preverse razonablemente que influyan en las decisiones económicas que los usuarios toman basándose en los estados financieros.

Como parte de una auditoría de conformidad con las NIA, aplicamos nuestro juicio profesional y mantenemos una actitud de escepticismo profesional durante toda la auditoría. También:

- Identificamos y valoramos los riesgos de incorrección sustancial en los estados financieros, debida a fraude o error, diseñamos y aplicamos procedimientos de auditoría para responder a dichos riesgos y obtenemos datos de auditoría suficientes y adecuados para proporcionar un fundamento a nuestro dictamen. El riesgo de no detectar una incorrección sustancial debida a fraude es más elevado que en el caso de una incorrección sustancial debida a error, ya que el fraude puede implicar colusión, falsificación, omisiones deliberadas, manifestaciones intencionadamente erróneas o la elusión del control interno.

- Obtenemos conocimiento del control interno pertinente para la auditoría con el fin de diseñar procedimientos de auditoría que sean adecuados en función de las circunstancias y no con la finalidad de expresar una opinión sobre la eficacia del control interno de la OMS.

- Evaluamos la adecuación de las políticas contables aplicadas y la razonabilidad de las estimaciones contables y la correspondiente información revelada por la Administración.

- Concluimos sobre lo adecuado de la utilización por la Administración del principio contable de empresa en funcionamiento y, basándonos en los datos de auditoría obtenidos, concluimos sobre si existe o no una incertidumbre sustancial relacionada con hechos o con condiciones que pueden generar dudas significativas sobre la capacidad de la OMS para continuar como empresa en funcionamiento. Si concluimos que existe una incertidumbre sustancial, se requiere que llamemos la atención en nuestro informe de auditoría sobre la correspondiente información revelada en los estados financieros o, si dichas revelaciones no son adecuadas, que modifiquemos nuestro dictamen. Nuestras conclusiones se basan en los datos de auditoría obtenidos hasta la fecha de nuestro informe de auditoría.

- Evaluamos la presentación general, la estructura y el contenido de los estados financieros, incluida la información revelada, y si los estados financieros representan las transacciones subyacentes y los hechos de un modo que logran la presentación fiel.

Nos ponemos en contacto con los encargados de la gobernanza en relación con, entre otras cuestiones, el alcance y el momento planificados para la auditoría y las conclusiones significativas de la auditoría, así como cualquier deficiencia significativa del control interno que detectamos en el transcurso de la auditoría.

Informe sobre otros requisitos legales y reglamentarios

Por último, a nuestro juicio, las transacciones de la OMS de que hemos tenido conocimiento o que hemos verificado como parte de nuestra auditoría son conformes en todos los respectos importantes con el Reglamento Financiero de la OMS.

De conformidad con el artículo XIV del Reglamento Financiero de la OMS, también hemos publicado un informe extenso sobre nuestra auditoría de la Organización.

Michael G. Aguinaldo
Presidente de la Comisión de Auditoría
de la República de Filipinas
Comisario de Cuentas

Ciudad de Quezón (Filipinas)
3 de abril de 2017

Estados financieros

Organización Mundial de la Salud

Estado I. Estado de situación financiera

A 31 de diciembre de 2016
(en miles de US$)

Descripción	Notas	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)
Activos corrientes			
Efectivo y equivalentes de efectivo	4,1	436 890	431 318
Inversiones a corto plazo	4,2	2 717 079	2 754 259
Sumas por cobrar - corrientes	4,3	871 808	866 016
Cuentas por cobrar al personal	4,4	10 243	10 702
Inventarios	4,5	39 554	53 152
Pagos por adelantado y depósitos	4,6	9 615	12 474
Total activos corrientes		4 085 189	4 127 921
Activos no corrientes			
Sumas por cobrar - no corrientes	4,3	207 278	197 472
Inversiones a largo plazo	4,2	95 846	93 900
Propiedades, planta y equipo	4,7	70 964	65 124
Activos intangibles	4,8	4 788	2 806
Total activos no corrientes		378 876	359 302
TOTAL ACTIVOS		**4 464 065**	**4 487 223**
PASIVO			
Pasivo corriente			
Contribuciones recibidas por adelantado	4,9	68 346	57 079
Cuentas por pagar	4,1	41 129	53 597
Cuentas por pagar al personal	4,11	2 005	2 156
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - corrientes	4,12	46 648	46 722
Ingresos diferidos	4,13	379 908	339 418
Pasivo financiero	4,2	24 668	53 177
Otros pasivos corrientes	4,14	63 348	108 747
Pasivo entre entidades	4,15	1 020 690	1 008 911
Préstamos a largo plazo - corrientes	4,16	583	
Total pasivo corriente		**1 647 325**	**1 669 807**
Pasivo no corriente			
Préstamos a largo plazo - no corrientes	4,16	33 139	27 477
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes	4,12	1 259 809	1 143 843
Ingresos diferidos - no corrientes	4,13	207 278	197 472
Total pasivo no corriente		**1 500 226**	**1 368 792**
TOTAL PASIVO		**3 147 551**	**3 038 599**
ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO			
Fondo General	6,1	2 168 181	2 209 331
Estados Miembros - otros	6,2	(894 760)	(803 581)
Fondos fiduciarios	6,3	43 093	42 874
TOTAL ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO		**1 316 514**	**1 448 624**
TOTAL PASIVO Y ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO		**4 464 065**	**4 487 223**

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

Correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2016
(en miles de US$)

Descripción	Notas	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)
INGRESOS	5,1		
Contribuciones señaladas		470 036	462 651
Contribuciones voluntarias		1 751 811	1 838 443
Contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios		87 749	129 913
Compras reembolsables		25 294	26 170
Otros ingresos		29 186	17 965
Total ingresos		**2 364 076**	**2 475 142**
GASTOS	5,2		
Gastos de personal		910 791	910 462
Material y suministros médicos		244 462	265 481
Servicios por contrata		675 720	744 096
Transferencias y donaciones		249 210	311 717
Viajes		200 331	233 539
Gastos generales de funcionamiento		131 785	191 715
Equipo, vehículos y mobiliario		55 762	67 716
Depreciación y amortización		2 836	2 433
Total gastos		**2 470 897**	**2 727 159**
Ingresos financieros	5,3	62 682	21 042
TOTAL (DÉFICIT)/SUPERÁVIT DEL AÑO		**(44 139)**	**(230 975)**

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 2016
(en miles de US$)

Descripción	Notas	31 de diciembre de 2016	Superávit/(déficit)	Otros ajustes (véase la nota 4.12)	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)
Fondo General	6,1	2 168 181	(41 150)		2 209 331
Estados Miembros - otros	6,2	(894 760)	(3 208)	(87 971)	(803 581)
Fondo Fiduciario	6,3	43 093	219		42 874
TOTAL ACTIVOS NETOS/ PATRIMONIO NETO		**1 316 514**	**(44 139)**	**(87 971)**	**1 448 624**

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 2016
(en miles de US$)

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)
FLUJOS DE EFECTIVO POR OPERACIONES		
TOTAL (DÉFICIT)/SUPERÁVIT DEL AÑO	(44 139)	(230 975)
Depreciación y amortización	2 836	2 433
(Ganancias)/pérdidas no realizadas de las inversiones	(989)	1 003
(Ganancias)/pérdidas no realizadas de la reevaluación de los préstamos a largo plazo	808	525
(Aumento)/disminución de las cuentas por cobrar - corrientes	(5 792)	(32 776)
(Aumento)/disminución de las cuentas por cobrar al personal	459	(256)
(Aumento)/disminución de los inventarios	13 598	(2 735)
(Aumento)/disminución de los pagos por adelantado	2 859	(12 091)
(Aumento)/disminución de las cuentas por cobrar - no corrientes	(9 806)	84 817
Aumento/(disminución) de las contribuciones recibidas por adelantado	11 267	(4 628)
Aumento/(disminución) de las cuentas por pagar	(12 468)	22 018
Aumento/(disminución) de las cuentas por pagar al personal	(151)	379
Aumento/(disminución) de las cantidades acumuladas para prestaciones del personal – corrientes	(74)	(9 101)
Aumento/(disminución) de los ingresos diferidos	40 490	(27 425)
Aumento/(disminución) de otros pasivos corrientes	(45 399)	66 030
Aumento/(disminución) del pasivo entre entidades	11 779	(78 647)
Aumento/(disminución) de las cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes	27 995	38 224
Aumento/(disminución) de los ingresos diferidos - no corrientes	9 806	(84 817)
Flujos de efectivo netos por actividades de funcionamiento	**3 079**	**(268 022)**
FLUJOS DE EFECTIVO POR ACTIVIDADES DE INVERSIÓN		
(Aumento)/disminución de las inversiones a corto plazo	36 702	59 071
(Aumento)/disminución de las inversiones a largo plazo	1 475	(22 616)
Aumento/(disminución) del pasivo financiero	(30 463)	28 281
(Aumento)/disminución de las propiedades, planta y equipo	(8 044)	(3 241)
(Aumento)/disminución de los activos intangibles	(2 614)	(327)
Flujos de efectivo netos por actividades de inversión	**(2 944)**	**61 168**
FLUJOS DE EFECTIVO POR ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN		
Aumento/(disminución) de los préstamos a largo plazo - corrientes	583	
Aumento/(disminución) de los préstamos a largo plazo - no corrientes	4 854	5 281
Flujos de efectivo netos por actividades de financiación	**5 437**	**5 281**
Aumento/(disminución) neto del efectivo y equivalentes de efectivo	**5 572**	**(201 573)**
Efectivo y equivalentes de efectivo al comienzo del año	**431 318**	**632 891**
Efectivo y equivalentes de efectivo al final del año	**436 890**	**431 318**

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 2016
(en miles de US$)

Descripción	Presupuesto por programas 2016-2017[1]	Presupuesto por programas 2016-2017 revisado[1]	Gastos 2016	Diferencia entre presupuesto por programas y gastos	Ejecución (%)
Categorías					
1. Enfermedades transmisibles	765 000	783 500	293 910	489 590	38%
2. Enfermedades no transmisibles	339 900	376 000	120 899	255 101	32%
3. Promoción de la salud a lo largo del curso de la vida	381 700	381 700	157 379	224 321	41%
4. Sistemas de salud	594 500	594 500	234 085	360 415	39%
5. Preparación, vigilancia y respuesta	379 700				
Emergencias		485 100	139 597	345 503	29%
6. Servicios corporativos/funciones Instrumentales	733 500	733 500	319 032	414 468	43%
Poliomielitis, respuestas a los brotes epidémicos y las crisis y programas especiales	1 190 600	2 316 636	917 283	1 399 353	40%
Total	**4 384 900**	**5 670 936**	**2 182 185**	**3 488 751**	**38%**
Diferencias de criterios					
Gastos con cargo al Fondo de Iguala de Impuestos			16 740		
Arreglos especiales			46 100		
Utilización de otros fondos no previstos en el presupuesto por programas			(14 920)		
Total diferencias de criterios			**47 920**		
Diferencias de plazos					
Gastos con cargo al presupuesto por programas correspondientes a periodos anteriores			80 275		
Total diferencias de plazos			**80 275**		
Total gastos – Fondo General			**2 310 380**		
Diferencias de entidades					
Gastos con cargo al Fondo Común, el Fondo para Empresas, el Fondo para Fines Especiales y el Fondo Fiduciario			72 868		
Gastos en especie de bienes y servicios			87 649		
Total diferencias de entidades			**160 517**		
Gasto total - Estado de rendimiento financiero (estado II)			**2 470 897**		

La sección sobre las políticas contables más importantes y las notas acompañantes forman parte de los estados financieros.

[1] Véanse la resolución WHA68.1 (2015) y la decisión WHA69(9) (2016).

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 de los Estados Unidos 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 de los Estados Unidos en las carteras de inversión se convierten en dólares al tipo de cambio en vigor al cierre del 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
- 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.

[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.

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 2016 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. 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 o de su superficie. 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 finaliza 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 2016.

De acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria, las propiedades, planta y equipo adquiridos durante 2016, exceptuando los terrenos y edificios, se registraron como gasto en la fecha de compra y no han sido reconocidos como activos en 2016.

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 entre dos y 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 Común 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 Común 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.

La Caja Común de Pensiones supone para las organizaciones afiliadas una exposición a los riesgos actuariales vinculados al personal y a los antiguos empleados de otras organizaciones que participan en ella, 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 Común 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 Común de Pensiones. En consecuencia, la OMS lo ha considerado como un plan de contribuciones definidas, de conformidad con la IPSAS 39 (Prestaciones a los empleados). Las aportaciones de la Organización a la Caja Común de Pensiones 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 activos 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 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 disminu-

ción 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. El Fondo General, el Fondo para Fines Especiales, el Fondo para Empresas y el Fondo Fiduciario tienen como finalidad 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 (1968), 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 (1968).

- **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] Se creó para registrar y dar cuenta de las actividades relativas a las publicaciones.

  – **Fondo de concesiones.** Se estableció para gestionar las actividades relativas a los concesionarios. Se financia con las cantidades pagadas por los concesionarios por la utilización de espacios, equipos, servicios e instalaciones de la Organización.

  – **Fondo de pólizas de seguro.** Se creó para gestionar las actividades relativas a las pólizas de seguros comerciales. Se financia mediante los beneficios recibidos de las pólizas de seguros comerciales aplicables.

  – **Fondo para alquiler de garajes.** Se estableció principalmente para registrar y dar cuenta de las actividades relacionadas con el mantenimiento de garajes en Ginebra. Se financia mediante las cantidades pagadas por los miembros del personal que utilizan los garajes.

  – **Fondo para compras reembolsables.**[1] Se creó para registrar y dar cuenta de las actividades de compra realizadas en nombre de los Estados Miembros.

  – **Fondo de Contribuciones en Especie.**[2] Se estableció para registrar y dar cuenta de las contribuciones en especie.

  – **Fondo del seguro de enfermedad y accidentes.** Se creó en 2016 como mecanismo de autoseguro para proporcionar cobertura a los miembros del personal en caso de accidente o enfermedad.

- **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. Consta de los siguientes fondos:

  – **Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles.** Fue establecido por la 23.ª Asamblea Mundial de la Salud en virtud de la resolución WHA23.14 (1970). Se financia principalmente mediante asignaciones del presupuesto ordinario. En él también se abona el importe de los alquileres relacionados con operaciones inmobiliarias (distintos de los alquileres de garajes y de los ingresos procedentes de los servicios por contrata en la Sede), por medio de un cargo sobre el costo salarial de los miembros del personal y los intereses devengados.

    El fondo se creó para sufragar los gastos de construcción o ampliación de edificios, adquisición de los terrenos necesarios y obras importantes de mantenimiento y reparación de los bienes inmuebles de la Organización. Para la adquisición de terrenos y la construcción o ampliación de edificios se requiere una autorización específica de la Asamblea de la Salud.

  – **Fondo de Préstamos para Bienes Inmuebles.** Se creó para registrar y dar cuenta de un préstamo otorgado por el Gobierno de Suiza para sufragar los gastos de construcción del nuevo edificio en Ginebra. Se financia mediante dicho préstamo.

  – **Fondo para Cuestiones de Seguridad.** Se estableció para registrar y dar cuenta de los gastos de seguridad. Puede financiarse mediante asignaciones del presupuesto ordinario y contribuciones voluntarias, incluida la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios.

  – **Fondo para la Tecnología de la Información.** Se creó para satisfacer las necesidades administrativas actuales y futuras de la Organización. Puede financiarse mediante asignaciones del presupuesto or-

---

[1] De conformidad con las resoluciones WHA22.8 (1969) y WHA55.9 (2002) de la Asamblea Mundial de la Salud, 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.

[2] Las transacciones del Fondo de Contribuciones en Especie son transacciones sin contraprestación. Los ingresos totales son iguales a los gastos totales, por lo que al final del año el saldo de este fondo es nulo (véase la nota 2.15).

dinario y contribuciones voluntarias, incluida la Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios.

- **Fondo Especial para Indemnizaciones.** Fue creado por el Director General para pagar las prestaciones periódicas concedidas a los miembros del personal de acuerdo con las normas de la OMS sobre las indemnizaciones por accidente y enfermedad en acto de servicio. Puede financiarse mediante transferencias efectuadas a partir de los recursos presupuestarios con que se pagaba al funcionario, los beneficios reportados por la póliza de accidente y enfermedad suscrita a ese efecto, y los intereses devengados.
- **Fondo para la Liquidación de haberes de funcionarios cesantes.** Se abrió para financiar las liquidaciones definitivas de los haberes devengados por los funcionarios cesantes, que comprenden primas de repatriación, días de licencia anual devengados, y gastos de viaje y transporte de efectos personales a la repatriación. Se financia por medio de un cargo sobre el costo salarial de los miembros del personal y los intereses devengados.
- **Cuenta para el pago de las prestaciones del personal no previstas en la nómina de sueldos.** Se creó para financiar prestaciones del personal como la licencia en el país de origen y el subsidio de educación. Se financia por medio de un cargo sobre el costo salarial de los miembros del personal.
- **Fondo de movilidad.** Se estableció para financiar las prestaciones por movilidad del personal, como los subsidios de destino y reasignación. Se financia por medio de un cargo sobre el costo salarial de los miembros del personal.
- **Fondo de Tasas por Puesto Ocupado.** Se creó para financiar los gastos institucionales y administrativos de la Organización. Se financia por medio de un cargo sobre el costo salarial de los miembros del personal.
- **Fondo de Recuperación de Costos para Servicios Internos.** Se creó para registrar y dar cuenta de los servicios prestados entre departamentos dentro de la Organización.
- **Caja del Seguro de Enfermedad del Personal.** Se estableció para registrar y dar cuenta de la obligación de la Organización con respecto al seguro de enfermedad después de la separación del servicio. Se financia por medio de un cargo sobre el costo salarial de los miembros del personal.
- **Fondo de Reposición de Reservas.** Se creó en 2015 para financiar las necesidades de adquisición de reservas, principalmente para la Región del Mediterráneo Oriental.
- **Fondo para el personal encargado de la poliomielitis.** Se estableció para gestionar las obligaciones relacionadas con el personal debido al fin del programa de lucha contra 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. Los recursos del Fondo no se pueden emplear para llevar a cabo operaciones y no contribuyen al presupuesto por programas 2016-2017. Al 31 de diciembre consta de:

- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)
- Fondo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo[1]
- Fondo de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
- 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).

[1] Hacer Retroceder el Paludismo dejó de operar el 31 de diciembre de 2015. En 2017 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 a los jefes de cada oficina regional.

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 2016-2017 por medio de la resolución WHA68.1 (2015) y la modificó mediante su decisión WHA69(9) (2016). 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 la base 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 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 cinco 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)
- Seguro de Enfermedad del Personal (SHI).

2.22 Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Oficina Regional para las Américas (AMRO)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es una entidad que prepara sus propios estados financieros. La contribución de la OMS a la Oficina Regional para las Américas (AMRO) y los gastos de AMOR aparecen unificados en los estados financieros de la OMS.

3. Nota sobre la reexpresión de los saldos

a) Con efecto a partir del 1 de enero de 2016, la Organización cambió su política contable para reconocer las prestaciones a los empleados de conformidad con la IPSAS 39. Como resultado de ello, las ganancias y pérdidas actuariales para el Fondo del Seguro de Enfermedad después de la Separación del Servicio (ASHI) y el Fondo Especial para Indemnizaciones (SFFC) se contabilizaron directamente en los activos netos/patrimonio neto. El efecto de este cambio en la política contable se reconoció de manera retrospectiva, por lo que, a efectos comparativos, se hizo preciso reexpresar las cifras correspondientes a 2015.

Las repercusiones para el estado de rendimiento financiero fueron las siguientes:

Descripción	ASHI	SFFC	Total
Repercusiones para el estado de rendimiento financiero			
Gastos de personal	(11 285)		(11 285)
Ingresos financieros		(334)	(334)
Total reexpresión	**(11 285)**	**(334)**	**(11 619)**

Las repercusiones para el estado de situación financiera fueron las siguientes:

Descripción	ASHI	SFFC	Total
Repercusiones para el estado de situación financiera			
Pasivo no corriente			
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal – no corrientes	155 433	861	156 294
Activos netos/patrimonio neto			
Estados Miembros - otros	(155 433)	(861)	(156 294)

b) El subsidio por transporte de muebles y efectos personales a la repatriación se ha reclasificado como gastos de personal en lugar de gastos generales de funcionamiento. Esta reclasificación afectó solo al estado de rendimiento financiero de 2015 y tuvo como resultado un movimiento de US$ 1,6 millones.

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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Oficina principal		
Sede	115 149	138 587
Oficina Regional para África	26 108	24 515
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	12 015	11 837
Oficina Regional para Europa	1 489	1 516

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
Oficina Regional para Asia Sudoriental	3 163	2 401
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	3 893	3 660
Efectivo en bancos, cuentas de inversión, en tránsito y en caja	**161 817**	**182 516**
Sede	275 073	248 802
Efectivo y equivalentes de efectivo en carteras de inversión	**275 073**	**248 802**
Total efectivo y equivalentes de efectivo	**436 890**	**431 318**

4.2 Inversiones e instrumentos financieros

En la nota 2.2 se describen las políticas contables relacionadas con las inversiones y los instrumentos financieros.

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 2016	Total general a 31 de diciembre de 2015
	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	250 166			250 166	1 240	627	18 878	4 162	24 907		275 073	248 802
Inversiones a corto plazo												
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales					2 411			1 794	4 205	515	4 720	3 945
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial					405 198	303 872	535 131	533 607	1 777 808		1 777 808	1 760 124
Activos financieros a su costo amortizado												
Depósitos bancarios y sumas por cobrar	928 176		27	928 203	1 998	894	1 749	1 707	6 348		934 551	990 190
Total inversiones a corto plazo	**928 176**		**27**	**928 203**	**409 607**	**304 766**	**536 880**	**537 108**	**1 788 361**	**515**	**2 717 079**	**2 754 259**
Total inversiones clasificadas como activos corrientes	**1 178 342**		**27**	**1 178 369**	**410 847**	**305 393**	**555 758**	**541 270**	**1 813 268**	**515**	**2 992 152**	**3 003 061**
Inversiones clasificadas como activos no corrientes											**2 717 079**	
Inversiones a largo plazo												
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial			95 846	95 846							95 846	93 900
Activos financieros a su costo amortizado												
Total activos a largo plazo			**95 846**	**95 846**							**95 846**	**93 900**
Inversiones clasificadas como activos no corrientes			**95 846**	**95 846**							**95 846**	**93 900**
Pasivo financiero clasificado como pasivo corriente												
Pasivo financiero al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales					(92)			(2)	(94)	(13 373)	(13 467)	(13 104)
Sumas por pagar y gastos devengados					(11 199)		(2)		(11 201)		(11 201)	(40 073)
Total pasivo financiero					**(11 291)**		**(2)**	**(2)**	**(11 295)**	**(13 373)**	**(24 668)**	**(53 177)**
Pasivo financiero clasificado como pasivo corriente					**(11 291)**		**(2)**	**(2)**	**(11 295)**	**(13 373)**	**(24 668)**	**(53 177)**
Total Inversiones - neto	**1 178 342**		**95 873**	**1 274 215**	**399 556**	**305 393**	**555 756**	**541 268**	**1 801 973**	**(12 858)**	**3 063 330**	**3 043 784**

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 2016 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 2016 y reembolsadas después de esa fecha.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit – con fines comerciales	4 720	3 945
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit – reconocimiento inicial	1 777 808	1 760 124
Depósitos bancarios y sumas por cobrar	934 551	990 190
Total inversiones a corto plazo	**2 717 079**	**2 754 259**

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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial	95 846	93 900
Total inversiones a largo plazo	**95 846**	**93 900**

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 2016 y liquidados después de esa fecha.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Pasivo financiero al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales	13 467	13 104
Sumas por pagar y gastos devengados	11 201	40 073
Total pasivo financiero	**24 668**	**53 177**

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 Miles de US$		
Efectivo y equivalentes de efectivo	**14 539**		**14 539**
Inversiones a corto plazo			
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales		4 522	4 522
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial	1 777 808		1 777 808
Total inversiones a corto plazo	**1 777 808**	**4 522**	**1 782 330**
Inversiones a largo plazo			
Activos financieros al valor razonable por medio de superávit o déficit - reconocimiento inicial	95 846		95 846
Pasivo financiero			
Pasivo financiero al valor razonable por medio de superávit o déficit - con fines comerciales	0	(13 466)	(13 466)
Total	**1 888 193**	**(8 944)**	**1 879 249**

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 OMS 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	328 428
AA+	476 497
AA	66 051
AA-	268 396
A+	156 701
A	62 827
A-	416 117
Sin calificar	116 918
Total	**1 891 935**

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, y la duración media efectiva de las inversiones de la Organización al 31 de diciembre de 2016 era de 0,5 años para las inversiones a corto plazo y de 6,6 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 2017 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 2016. A 31 de diciembre de 2016 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	106 200	109 893	(4 341)
Euro	84 700	95 091	(5 025)
Rupia india	952 600	13 393	352
Ringgit malayo	31 900	7 643	(600)
Peso filipino	687 500	14 206	(610)
Total		**240 226**	**(10 224)**

[1] Véase la resolución WHA66.16 (2013).

En relación con estos contratos se registró una pérdida neta no realizada de US$ 10 millones a 31 de diciembre de 2016 (pérdida no realizada de US$ 9 millones a 31 de diciembre de 2015). Las ganancias o las pérdidas realizadas en relación con esos contratos se contabilizarán al vencimiento de los mismos y se aplicarán durante 2017.

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 2016, 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	3 200	2 302	(5)
Dólar canadiense	30 060	22 213	(102)
Franco suizo	2 300	2 249	(17)
Euro	105 800	110 706	(1 094)
Libra esterlina	143 500	175 689	(1 044)
Dólar neozelandés	1 000	694	0
Corona noruega	179 100	19 637	(261)
Total		**333 490**	**(2 523)**

En relación con estos contratos se registró una pérdida neta no realizada de US$ 2,5 millones a 31 de diciembre de 2016 (pérdida neta no realizada de US$ 9,3 millones a 31 de diciembre de 2015). Las ganancias o pérdidas realizadas en relación con esos contratos se contabilizarán al vencimiento de los mismos y se aplicarán durante 2017.

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 2016 se vendió un total neto de Fr.s. 28,7 millones y se compraron € 3,2 millones contra dólares de los Estados Unidos. La fecha de vencimiento de esos contratos a término era enero de 2017. Las ganancias netas no realizadas en esos contratos ascendían a US$ 0,3 millones al 31 de diciembre de 2016 (pérdidas netas no realizadas de US$ 0,5 millones al 31 de diciembre de 2015).

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$ 1,3 millones. Una depreciación del 1% del valor relativo del dólar se traduciría en un aumento de la pérdida neta no realizada de US$ 1,3 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 2016, 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	14 898	11 861
Dólar canadiense	5 307	3 957
Corona danesa	188 163	26 728
Euro	10 604	11 079
Yen japonés	800 000	6 878
Libra esterlina	47 283	58 437
Total		**118 940**

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 ganancia no realizada de US$ 1,1 millones. Una depreciación del 1% del valor relativo del dólar se traduciría en un aumento de la pérdida no realizada de US$ 1,1 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 2017	IMM	19
Eurodólar JUN 2017	IMM	24
Eurodólar SEP 2017	IMM	3
Eurodólar SEP 2018	IMM	18
Eurodólar JUN 2019	IMM	12
Australian T-Bond 3 años MAR 2017	ASX	210

Posiciones cortas

Productos	Mercado[a]	N.º de contratos
Eurodólar MAR 2017	IMM	(97)
Eurodólar DIC 2017	IMM	(16)
Eurodólar MAR 2018	IMM	(15)
Eurodólar JUN 2018	IMM	(6)
Eurodólar MAR 2019	IMM	(9)
EE.UU. T-Note 5 años MAR 2017	CBOT	(172)
Fondos federales 30 días DIC 2016	CBOT	(6)

a) ASX: Australian Securities Exchange. IMM: Mercado Monetario Internacional. CBOT: Chicago Board of Trade. IMM y CBOT forman parte del Chicago Mercantile Exchange Group.

4.3 Cuentas por cobrar

Al 31 de diciembre de 2016, el total de cuentas por cobrar (corrientes y no corrientes) ascendía a US$ 1079 millones (US$ 1063 millones al 31 de diciembre de 2015). 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Cuentas por cobrar - corrientes		
Contribuciones señaladas por cobrar[1]	77 381	122 303
Contribuciones voluntarias por cobrar	818 960	766 328
Compras reembolsables por cobrar		59
Rotación para ventas	155	194
Otras sumas por cobrar	5 281	5 573
Provisión para importes de cobro dudoso	(29 969)	(28 441)
Total cuentas por cobrar - corrientes	**871 808**	**866 016**
Cuentas por cobrar - no corrientes		
Contribuciones renegociadas pendientes de cobro[1]	19 027	23 039
Contribuciones voluntarias por cobrar	207 278	197 472
Provisión para importes de cobro dudoso	(19 027)	(23 039)
Total cuentas por cobrar - no corrientes	**207 278**	**197 472**
Total cuentas por cobrar	**1 079 086**	**1 063 488**

[1] En el documento A70/41 figura información sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

A 31 de diciembre de 2016, la provisión total para cuentas de cobro dudoso ascendía a US$ 48,9 millones (US$ 51,5 millones a 31 de diciembre de 2015). Dicho monto consta de una asignación de US$ 45,9 millones para las contribuciones señaladas y US$ 3 millones para las contribuciones voluntarias.

La provisión para contribuciones señaladas por cobrar abarca las 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 2016, la cantidad total por cobrar considerada adeudada con arreglo a esos acuerdos ascendía a US$ 356,4 millones, de los cuales US$ 148,6 millones correspondían a acuerdos que expiran a finales de 2018 y más adelante.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Saldo inicial - contribuciones señaladas	48 301	43 453
(Disminución)/aumento de la provisión para cuentas de cobro dudoso	(2 311)	4 848
Saldo final - contribuciones señaladas	45 990	48 301
Saldo inicial - contribuciones voluntarias	3 179	11 673
Cancelación de cuentas por cobrar provisionadas anteriormente	–	(9 145)
(Disminución)/aumento de la provisión para cuentas de cobro dudoso	-173	651
Saldo final - contribuciones voluntarias	3 006	3 179
Total provisión para cuentas de cobro dudoso	**48 996**	**51 480**
Provisión para cuentas de cobro dudoso		
Provisión - corriente	29 969	28 441
Provisión - no corriente	19 027	23 039
Total provisión para cuentas de cobro dudoso	**48 996**	**51 480**

4.4 Cuentas por cobrar al personal

De conformidad con el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal de la OMS, los funcionarios 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$ 10,2 millones al 31 de diciembre de 2016 (US$ 10,7 millones al mes de diciembre de 2015). El saldo más importante guarda relación con el subsidio de educación que representa adelantos percibidos por el personal durante la parte del curso escolar 2016-2017 correspondiente a 2017.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Anticipos de sueldo	697	839
Anticipos del subsidio de educación	7 878	7 724
Anticipos del subsidio de alquiler	1 157	1 514
Cuentas por cobrar relacionadas con viajes	495	544
Otras sumas por cobrar al personal	16	81
Total cuentas por cobrar al personal	**10 243**	**10 702**

4.5 Inventarios

El valor total del inventario a 31 de diciembre de 2016 era de US$ 39,5 millones (US$ 53,2 millones a 31 de diciembre de 2015).

En el siguiente cuadro se muestran los movimientos de los componentes del inventario durante el año.

Descripción	31 de diciembre de 2015	Adiciones - neto	Envíos - neto	Enajenaciones y artículos caducados - neto	Inventario en tránsito - neto	31 de diciembre de 2016
	Miles de US$					
Medicamentos, vacunas y suministros humanitarios	47 098	60 214	57 015	19 978	3 936	34 255
Publicaciones	6 054	5 161	4 523	1 393		5 299
Total inventario	**53 152**	**65 375**	**61 538**	**21 371**	**3 936**	**39 554**

Los gastos totales relacionados con los inventarios durante el ejercicio (envíos netos, enajenaciones netas y artículos caducados) ascendieron a US$ 82,9 millones (US$ 72,6 millones a 31 de diciembre de 2015). Los gastos rela-

cionados 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 2016 ascendió a US$ 9,6 millones (US$ 12,4 millones a 31 de diciembre de 2015). 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$ 0,3 millones correspondiente a depósitos (US$ 0,2 millones a 31 de diciembre de 2015). Los depósitos son cantidades que se dan a 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 2016, 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 2016, el valor total de los terrenos y edificios reconocidos (tras la depreciación acumulada) era de US$ 71 millones (US$ 65,1 millones a 31 de diciembre de 2015). En este aumento están incluidos US$ 8 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 2015	Adiciones	Enajenaciones	Deterioro	Depreciación	31 de diciembre de 2016
	Miles de US$					
Sede						
Terrenos	1 000					1 000
Edificios	36 760				(1 110)	35 650
CIP	1 615	8 052	(1 283)			8 384
Total propiedades - Sede	39 375	8 052	(1 283)		(1 110)	45 034
Oficina Regional para África						
Terrenos	14	56				70
Edificios	4 051	208			(228)	4 031
CIP	439	875				1 314
Total propiedades - Oficina Regional para África	4 504	1 139			(228)	5 415
Oficina Regional para Asia Sudoriental						
Edificios	172				(28)	144
CIP						
Total propiedades - Oficina Regional para Asia Sudoriental	172				(28)	144
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental						
Edificios	16 294	3 609			(403)	19 500
CIP	3 473	137	(3 610)			
Total propiedades - Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	19 767	3 746	(3 610)		(403)	19 500
Oficina Regional para el Pacífico Occidental						
Edificios	1 306				(435)	871
CIP						
Total propiedades - Oficina Regional para el Pacífico Occidental	1 306				(435)	871
Total WHO						
Terrenos	1 014	56				1 070
Edificios	58 583	3 817			(2 204)	60 196
CIP	5 527	9 064	(4 893)			9 698
Total propiedades - OMS	**65 124**	**12 937**	**(4 893)**		**(2 204)**	**70 964**

En 2016 se reconoció equipo nuevo por valor de US$ 9,2 millones (US$ 22,1 millones a 31 de diciembre de 2015) en el registro de activos. La cantidad correspondiente al nuevo equipo fue superior en 2015 debido a la conversión puntual de activos 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 terminó 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. A continuación se presenta información desglosada sobre las propiedades, planta y equipo en cuestión:

Descripción	**2016**	**2015**
	Miles de US$	
Vehículos	5 535	15829
Equipo de redes	1 364	2054
Equipo audiovisual	622	1023
Equipo de oficina	525	563
Equipo informático	100	381
Equipo de seguridad	308	283
Mobiliario, accesorios y artículos de oficina	88	81
Equipo de comunicaciones	38	111
Equipo, otros	605	1805
Total equipo nuevo	**9 185**	**22 130**

4.8 Intangibles

Al 31 de diciembre de 2016, los activos intangibles ascendían a US$ 4,8 millones (al 31 de diciembre de 2015 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 2015**	**Adiciones**	**Enajenaciones/ Transferencias**	**Deterioro**	**Amortización**	**31 de diciembre de 2016**
			Miles de US$			
Software adquirido	2 522	1 107			(632)	2 996
Software en desarrollo	284	2 074	(567)			1 792
Total activos intangibles	**2 806**	**3 181**	**(567)**		**(632)**	**4 788**

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 2016 en concepto de contribuciones señaladas para 2017. El saldo de los anticipos de contribuciones voluntarias refleja los fondos recibidos para acuerdos que entran en vigor en 2017. Las sumas a percibir no asignadas y no identificadas son las cantidades recibidas en 2016 pero aún no contabilizadas a 31 de diciembre de 2016.

Descripción	**31 de diciembre de 2016**	**31 de diciembre de 2015**
	Miles de US$	
Anticipos de contribuciones señaladas	50 405	46 145
Anticipos de contribuciones voluntarias	9 512	5 587
Sumas a percibir no asignadas y no identificadas	8 372	4 762
Otros anticipos	57	586
Total contribuciones recibidas por adelantado	**68 346**	**57 079**

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 2016.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Sede	12 048	12 619
Oficina Regional para África	9 244	15 637
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	11 547	14 261
Oficina Regional para Europa	2 311	2 861
Oficina Regional para Asia Sudoriental	3 905	4 664
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	2 074	3 555
Total cuentas por pagar	**41 129**	**53 597**

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 2016. 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Sueldos por pagar	1 808	1 712
Devoluciones bancarias	197	278
Gastos de viaje por pagar		166
Total cuentas por pagar al personal	**2 005**	**2 156**

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 del personal, el seguro colectivo de enfermedad y accidentes y las obligaciones por defunciones o discapacidad relacionadas con el servicio (Fondo Especial para Indemnizaciones).

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)
	Miles de US$	
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - corrientes		
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes	44 339	46 142
Fondo Especial para Indemnizaciones	582	580
Seguro de enfermedad y accidentes	1 727	
Total cantidades acumuladas para prestaciones del personal – corrientes	**46 648**	**46 722**
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes		
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes	60 072	59 388
Fondo Especial para Indemnizaciones	13 589	14 106
Seguro de enfermedad y accidentes	637	
Seguro de enfermedad del personal	1 185 511	1 069 488
Total cantidades acumuladas para prestaciones del personal – no corrientes	**1 259 809**	**1 143 843**
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal		
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes	104 411	105 530
Fondo Especial para Indemnizaciones	14 171	15 547
Seguro de enfermedad y accidentes	2 364	
Seguro de enfermedad del personal	1 185 511	1 069 488
Total cantidades acumuladas para prestaciones del personal	**1 306 457**	**1 190 565**

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. 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 2016) estimó la totalidad de las obligaciones por liquidación de haberes de funcionarios cesantes en US$ 104,4 millones (US$ 44,3 millones a corto plazo y US$ 60,1 millones a largo plazo), en comparación con los US$ 105,5 millones al 31 de diciembre de 2015. Esto supone una reducción neta de US$ 1,1 millones, que se reconoce según la naturaleza del gasto en el estado de rendimiento financiero (estado II). 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 o por supresión de puestos. Las obligaciones por prestaciones definidas ascendían a US$ 67,6 millones (US$ 67,4 millones al 31 de diciembre de 2015) para las prestaciones por terminación del servicio y a US$ 36,8 millones (US$ 38,1 millones al 31 de diciembre de 2015) para los días de licencia anual incluidos en el saldo corriente de la cuenta para la liquidación de haberes de funcionarios cesantes.

Seguro de enfermedad del personal

La Secretaría gestiona su propio sistema de seguro médico como una entidad independiente. El seguro de enfermedad del personal 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. Las ganancias y pérdidas actuariales se reconocen en los activos netos/patrimonio neto de conformidad con la IPSAS 39 (Prestaciones a los empleados).

Las obligaciones por prestaciones definidas de 2016 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 2016, las obligaciones por prestaciones definidas sin financiación ascendían a US$ 1186 millones, en comparación con US$ 1069 millones en 2015 (cifras reexpresadas). De conformidad con la IPSAS 39, la pérdida actuarial de US$ 90 millones se imputó directamente a los activos netos/patrimonio neto en 2016; US$ 23 millones se consignaron, por naturaleza de los gastos, en el estado de rendimiento financiero (estado II) (véase la nota 5.2); y US$ 3 millones se transfirieron del Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis (APOC).

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. Las ganancias y pérdidas actuariales se reconocen en los activos netos/patrimonio neto, de conformidad con la IPSAS 39 (Prestaciones a los empleados).

Según el estudio actuarial, el pasivo total ascendía a US$ 14,2 millones al 31 de diciembre de 2016 (US$ 15,5 millones al 31 de diciembre de 2015, en cifras reexpresadas). De conformidad con la IPSAS 39, la ganancia actuarial de US$ 2 millones se imputó directamente a los activos netos/patrimonio neto en 2016, y se consignaron US$ 0,6 millones, por naturaleza de los gastos, en el estado de rendimiento financiero (estado II).

Fondo del seguro de enfermedad y accidentes

El Fondo del seguro de enfermedad y accidentes se creó para hacer frente a los pagos de prestaciones en caso de muerte, incapacidad permanente, pérdida de función y baja por enfermedad a los miembros del personal de la OMS, la OPS, el CIIC, el CICE, el UNITAID y el ONUSIDA. Se financia mediante contribuciones del personal y sus organizaciones.

Las obligaciones correspondientes a estas prestaciones son determinadas por actuarios consultores profesionales y se consignan como otras prestaciones a largo plazo. Las ganancias y pérdidas actuariales se consignan, por naturaleza de los gastos, en el estado de rendimiento financiero (estado II).

Según el estudio actuarial, el pasivo total ascendía a US$ 2,4 millones al 31 de diciembre de 2016.

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)	Fondo Especial para Indemnizaciones	Seguro de enfermedad y accidentes	Seguro de enfermedad del personal
Conciliación de la obligación relativa a prestaciones definidas				
Obligación relativa a prestaciones definidas a 31 de diciembre de 2015	67 373	15 547		1 678 014
Costo de los servicios	7 195	737		71 041
Costo en concepto de intereses	1 900	564		48 535
Pagos brutos efectivos en concepto de prestaciones en 2016	(8 389)	(693)		(35 853)
Gastos administrativos reales				(2 179)
Contribuciones efectivas de los participantes				10 170
Modificaciones del plan				(1 258)
(Ganancia) Pérdida actuarial	(475)	(1 984)	2 364	87 426
Obligación relativa a prestaciones definidas a 31 de diciembre de 2016	**67 604**	**14 171**	**2 364**	**1 855 896**
Conciliación de los activos				
Activos a 31 de diciembre de 2015				608 526
Pagos brutos efectivos en concepto de prestaciones en 2016	(8 387)	(694)		(57 901)
Gastos administrativos reales				(3 647)
Contribuciones de la Organización en 2016	8 387	694		67 934
Contribuciones de los participantes en 2016				34 165
Transferencia neta de la Sede a/de la OMS-OPS/OPS en 2016				(6 720)
Activos que se prevé transferir desde el Fondo administrado por la OPS				2 311
Aumento/disminución de la reserva conforme a la norma 470.1				334
Intereses relativos a los activos netos del seguro de enfermedad del personal administrados por la OMS en 2016				18 641
Ganancia/(pérdida) de los activos del plan				6 742
Activos a 31 de diciembre de 2016				**670 385**
Conciliación del estado de las obligaciones sin financiación				
Obligación relativa a prestaciones definidas				
Activo	67 604	3 115		1 017 823
Inactivo		11 056	2 364	838 073
Total obligación por prestaciones definidas	67 604	14 171	2 364	1 855 896
Activos del plan				
Activos del plan brutos				(690 901)
Compensación por la reserva conforme a la norma 470.1				20 516
Total activos del plan				(670 385)
Pasivo (activo) neto reconocido en el estado de situación financiera	67 604	14 171	2 364	1 185 511
(Ganancia)/Pérdida respecto de la obligación por prestaciones definidas		(1 984)		
Corriente	**7 532**	**582**	**1 727**	
No corriente	60 072	13 589	637	1 185 511
Pasivo (activo) neto reconocido en el estado de situación financiera	67 604	14 171	2 364	1 185 511
Gasto anual en 2016				
Costo de los servicios	7 195	737		71 041
Costo en concepto de intereses	1 900	564		29 894
(Crédito)/Costo por servicio anterior				(1 258)
Revaluaciones	(475)		2 364	
Total gastos reconocidos en el estado de rendimiento financiero	8 620	1 301	2 364	99 677
(Ganancia)/Pérdida actuarial reconocida en los activos netos/ patrimonio neto		**(1 984)**		**89 955**
Contribuciones previstas para 2017				
Contribuciones de la OMS	7 637	591		23 186
Contribuciones de los participantes				47 421
Total contribuciones previstas para 2017	**7 637**	**591**		**70 607**

Análisis de la sensibilidad del seguro de enfermedad del personal

Tasa de descuento de 2016	US$ (miles)
Supuesto actual de la tasa de descuento menos 1%	2 325 370
Supuesto actual de la tasa de descuento	1 855 896
Supuesto actual de la tasa de descuento más 1%	1 510 402
Obligación relativa a prestaciones definidas a 31 de diciembre de 2016	**US$ (miles)**
Supuesto actual de inflación del gasto médico menos 1%	1 520 556
Supuesto actual de inflación del gasto médico	1 855 896
Supuesto actual de inflación del gasto médico más 1%	2 298 637

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 39 (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 2016. Normalmente se hace una revaloración completa cada tres años.

Fecha de evaluación	
Todos los planes:	31 de diciembre de 2016
Tasa de descuento	
Liquidación de haberes de funcionarios cesantes (excluidos los días de licencia acumulados):	La tasa media ponderada de descuento utilizada es del 2,8% (lo que supone un descenso con respecto al 3,0% de la valoración anterior). Está basada en el conjunto de los pagos por prestaciones previstos, con ponderaciones del 75% para la curva de rendimiento de Aon Hewitt AA Bond Universe y del 25% para la de SIX Swiss Exchange. La tasa de descuento resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Seguro de enfermedad del personal:	Europa: 1,1% (disminución con respecto al 1,5% de la valoración anterior); las Américas: 4,3% (disminución con respecto al 4,5% de la valoración anterior); Otros países: 4,6% (disminución con respecto al 4,8% de la valoración anterior). Las tasas de descuento se basan en el rendimiento de los bonos corporativos de alta calificación. La OMS utiliza un método de cálculo de la curva de rendimiento que refleja los flujos de efectivo previstos y los riesgos cambiarios presumibles —específicamente del seguro de enfermedad después de la separación del servicio— con respecto a cada grupo de oficinas. Se supone que la obligación se pagará en francos suizos, euros y dólares de los Estados Unidos, sobre la base de la mezcla aproximada de obligaciones de cada grupo de oficinas y las siguientes curvas de rendimiento: Suiza - curva de SIX Swiss Exchange; zona euro - curva de iBoxx Euro Zone; y los Estados Unidos - curva de Aon Hewitt AA Bond Universe. Las tasas de descuento para la valoración de 31 diciembre de 2016 se basan en la ubicación geográfica de las oficinas, tal y como se describe más abajo en «Grupos regionales para todos los fines excepto los costos de solicitud de reembolsos». La tasa de resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	La tasa media ponderada de descuento utilizada es del 3,4% (lo que supone un descenso con respecto al 3,7% de la valoración anterior). Está basada en el conjunto de los pagos por prestaciones previstos, con ponderaciones del 75% para la curva de rendimiento de Aon Hewitt AA Bond Universe y del 25% para la de SIX Swiss Exchange. La tasa de descuento resultante se redondea con una precisión del 0,1%.
Seguro de enfermedad y accidentes	La tasa media ponderada de descuento utilizada es del 0,6%. Está basada en el conjunto de los pagos por prestaciones previstos, con ponderaciones del 30% para la curva de rendimiento de Aon Hewitt AA Bond Universe y del 70% para la de SIX Swiss Exchange. 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 media ponderada de inflación utilizada es del 2,2%. Fuera de Suiza se elige la tasa de inflación del 2,5% para que esté en consonancia con la tasa del 3,0% basada en la valoración realizada el 31 de diciembre de 2015 por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU), ajustada a la baja en un 0,5% para reflejar el horizonte temporal más breve de los planes. La tasa de inflación para Suiza se basa en la previsión de la inflación suiza a 10 años realizada por Aon Hewitt el 30 de septiembre de 2016. Las ponderaciones regionales utilizadas son del 75% para la tasa distinta de la suiza y del 25% para la tasa suiza. La tasa media ponderada de inflación resultante respecto de cada plan 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%. La tasa para Europa se basa en la previsión a 10 años realizada por Aon Hewitt en el cuarto trimestre de 2016 de las hipótesis sobre el mercado mundial de capitales. Concretamente esta tasa es una media ponderada 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 Otros países y las Américas se elige de modo que esté en consonancia con la valoración realizada a 31 de diciembre de 2015 por la CCPPNU, que se basó en un supuesto de inflación general del 3,0%. La tasa de inflación resultante se ajustó a la baja en un 0,5% para reflejar el plazo temporal más breve de la valoración de la OMS.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	La tasa media ponderada de inflación utilizada es del 2,2%. Fuera de Suiza se elige la tasa de inflación del 2,5% para que esté en consonancia con la tasa del 3,0% basada en la valoración realizada el 31 de diciembre de 2015 por la CCPPNU, ajustada a la baja en un 0,5% para reflejar el horizonte temporal más breve de los planes. La tasa de inflación para Suiza se basa en la previsión de la inflación suiza a 10 años realizada por Aon Hewitt el 30 de septiembre de 2016. Las ponderaciones regionales utilizadas son del 75% para la tasa distinta de la suiza y del 25% para la tasa suiza. La tasa media ponderada de inflación resultante respecto de cada plan se redondea con una precisión del 0,1%.
Seguro de enfermedad y accidentes	La tasa media ponderada de inflación utilizada es del 1,5%. Fuera de Suiza se elige la tasa de inflación del 2,5% para que esté en consonancia con la tasa del 3,0% basada en la valoración realizada el 31 de diciembre de 2015 por la CCPPNU, ajustada a la baja en un 0,5% para reflejar el horizonte temporal más breve de los planes. La tasa de inflación para Suiza se basa en la previsión de la inflación suiza a 10 años realizada por Aon Hewitt el 30 de septiembre de 2016. Las ponderaciones regionales utilizadas son del 30% para la tasa distinta de la suiza y del 70% para la tasa suiza. La tasa media ponderada de inflación resultante respecto de cada plan 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 2015 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.
Seguro de enfermedad y accidentes	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.
Seguro de enfermedad y accidentes	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.
Seguro de enfermedad y accidentes	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.
Seguro de enfermedad y accidentes:	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 39, y por consiguiente se excluyen de la valoración.
Seguro de enfermedad del personal:	No se aplica.
Fondo Especial para Indemnizaciones:	No se aplica.
Seguro de enfermedad y accidentes:	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 Común 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 Común 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 2015 reveló un superávit actuarial del 0,16% (en comparación con el déficit del 0,72% en la valoración de 2013) de la remuneración pensionable, lo que implica que la tasa de contribución teórica necesaria para lograr el equilibrio a 31 de diciembre de 2015 era del 23,54% de la remuneración pensionable, en comparación con la tasa de aportación real del 23,70%. La próxima valoración actuarial se realizará el 31 de diciembre de 2017.

A 31 de diciembre de 2015, el coeficiente de financiación de activos a pasivos actuariales, suponiendo que no haya ajustes de las pensiones futuras, fue del 141,15% (127,5% en la valoración de 2013). El coeficiente de financiación fue del 100,9% (91,2% en la valoración de 2013) 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 2015, 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.

Durante 2016, la OMS pagó US$ 162,3 millones (US$ 156,7 millones en 2015) como contribución a la CCPPNU. Las contribuciones previstas durante 2017 ascienden a US$ 160 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 2016 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. En el portal web del presupuesto por programas y en la internet de la OMS figura información más detallada sobre las contribuciones voluntarias por fondo y por contribuidor.[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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Contribuciones voluntarias	364 297	300 514
Compras reembolsables	15 611	38 904
Total ingresos diferidos - corrientes	379 908	339 418
Contribuciones voluntarias	207 278	197 472
Total ingresos diferidos - no corrientes	207 278	197 472
Total ingresos diferidos	**587 186**	**536 890**

4.14 Otros pasivos corrientes

El saldo total de otros pasivos corrientes a 31 de diciembre de 2016 era de US$ 63,3 millones (US$ 108,8 millones a 31 de diciembre de 2015). El mayor componente incluye los diversos gastos devengados a final de año, que ascienden a un total de US$ 42,3 millones.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Gastos devengados por bienes y servicios no facturados	21 269	62 551
Gastos devengados por el costo de la reestructuración	661	3 188
Obligaciones relacionadas con el personal	12 520	3 469
Gastos devengados por restituciones pagaderas	7 890	3 376
Pensiones a pagar	775	2 067
Seguros a pagar	4 632	12 951
Fundaciones	3 505	3 530
Otros pasivos	12 096	17 615
Total otros pasivos corrientes	**63 348**	**108 747**

[1] En el portal web del presupuesto por programas de la OMS (http://extranet.who.int/programmebudget/) figura información sobre las contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, correspondientes a 2016, así como en el documento A70/INF./4, que se puede consultar en el sitio web de la Organización (http://www.who.int/about/finances-accountability/reports/en/).

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 2016, 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Seguro de Enfermedad del Personal (SEP)	53 953	60 341
Centro Internacional de Cálculos Electrónicos (CICE)	22 035	15 490
Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID)	791 148	783 021
Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis (APOC)		6 171
Fondo Fiduciario del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)	153 554	143 888
Total pasivo entre entidades	**1 020 690**	**1 008 911**

4.16 Préstamos a largo plazo

En las resoluciones WHA55.8 (2002) y WHA56.13 (2003) se autorizó la construcción de un nuevo edificio en la Sede para la OMS y el ONUSIDA por un costo estimado en Fr.s. 66 millones, en los que la participación de la OMS se estimaba en Fr.s. 33 millones. La Confederación Suiza acordó conceder un préstamo sin intereses a la OMS y el ONUSIDA por un valor de Fr.s. 59,8 millones, 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.

La suma pendiente del préstamo para el edificio del ONUSIDA (US$ 21,8 millones) se refleja a un costo amortizado usando el tipo de interés efectivo del 0,35% (0,7% en 2015) 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 y se muestran como pasivos corrientes; se presentan por separado por primera vez en 2016.

En 2015 La Organización firmó un nuevo acuerdo de préstamo de US$ 14 millones 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 ellos, a 31 de diciembre de 2016 se habían recibido US$ 11,9 millones.

El saldo pendiente del préstamo al 31 de diciembre de 2016 era de US$ 33,7 millones (US$ 27,5 millones al 31 de diciembre de 2015) y se desglosa del siguiente modo:

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Pasivos corrientes		
Edificio OMS/ONUSIDA	583	
Total de pasivos corrientes	**583**	
Pasivos no corrientes		
Edificio OMS/ONUSIDA	21 234	21 592
Edificio de la sede de la OMS	11 905	5 885
Total de pasivos no corrientes	**33 139**	**27 477**
Total Préstamos a largo plazo	**33 722**	**27 477**

5. Información complementaria sobre el estado de rendimiento financiero

5.1 Ingresos

Contribuciones señaladas

Las contribuciones señaladas para 2016 ascendieron a US$ 470 millones[1] (US$ 463 millones en 2015).

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Contribuciones señaladas	467 725	467 499
Disminución/(aumento) de la provisión para cuentas de cobro dudoso	2 311	(4 848)
Contribuciones señaladas tras la deducción de la provisión para importes de cobro dudoso	**470 036**	**462 651**

En mayo de 2015, la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución relativa al ejercicio financiero 2016-2017,[2] en la que aprobó un presupuesto efectivo total de US$ 4385 millones, el cual se revisó posteriormente y se fijó en US$ 4545 millones mediante la adopción de la decisión WHA69(9) (2016). En la resolución WHA68.1 (2015), la Asamblea de la Salud resolvió además que las contribuciones asignadas a los Estados Miembros en relación con el ejercicio 2016-2017 serían en total de US$ 929 millones.

En consonancia con la resolución WHA66.16 (2013), desde 2014 las contribuciones señaladas se facturan 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 2016 fue de US$ 478 millones, o US$ 241 millones y Fr.s. 224 millones anuales aplicando el tipo de cambio de mayo de 2015. 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 2016, lo que generó una pérdida cambiaria en el momento de la consignación de US$ 10 millones. Como resultado de ello, el total de las contribuciones señaladas contabilizadas ascendió a US$ 468 millones.

[1] En el documento A70/41 se informa sobre el estado de recaudación de las contribuciones señaladas.

[2] Resolución WHA68.1 (2015).

Contribuciones voluntarias

El total de contribuciones voluntarias para 2016 ascendió a US$ 1752 millones (US$ 1838 millones en 2015).

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Contribuciones voluntarias	1 751 639	1 839 094
Disminución/(aumento) de la provisión para deudas de cobro dudoso	172	(651)
Contribuciones voluntarias tras la deducción de la provisión para importes de cobro dudoso	**1 751 811**	**1 838 443**

Las contribuciones voluntarias 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 2016 guardan relación con acuerdos que prosiguen en años futuros. En el anexo al informe financiero figura información más detallada por fondo y por contribuidor.[1]

La cifra del total de contribuciones voluntarias de US$ 1752 millones es el resultado de deducir: *i*) las devoluciones a contribuidores —que ascendían a US$ 17,8 millones (US$ 33,9 millones en 2015); *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$ 11,8 millones (US$ 19,5 millones en 2015); 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$ 13,6 millones (US$ 1,0 millones en 2015).

Contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios

La OMS recibe contribuciones no monetarias de los Estados Miembros y de otros contribuidores. En 2016 la Organización recibió contribuciones en especie de bienes y servicios por valor de US$ 87,7 millones (US$ 129,9 millones a 31 de diciembre de 2015).[1] En el portal web del presupuesto por programas y en la intranet de la OMS figura información más detallada sobre las contribuciones en especie de bienes y servicios.[2]

En 2016 los gastos en especie de bienes y servicios ascendieron a US$ 87,6 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$ 0,1 millones (US$ 3,7 millones en 2015), 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Contribuciones voluntarias de bienes - Material y suministros médicos	62 127	96 678
Contribuciones voluntarias de bienes - Espacio de oficina	9 090	13 466
Contribuciones voluntarias de servicios	16 532	19 769
Total contribuciones voluntarias en especie de bienes y servicios	**87 749**	**129 913**

[1] En el portal web del presupuesto por programas de la OMS (http://extranet.who.int/programmebudget/) figura información sobre las contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, correspondientes a 2016, así como en el documento A70/INF./4, que se puede consultar en el sitio web de la Organización (http://www.who.int/about/finances-accountability/reports/en/).

[2] Véase http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/es/.

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.

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, vacunas, equipos y otros suministros en nombre de los Estados Miembros y otros organismos de las Naciones Unidas. Los ingresos y gastos totales correspondientes a compras reembolsables reconocidos en 2016 ascendieron a US$ 25,3 millones (US$ 26,2 millones en 2015) una vez deducidos los reembolsos a contribuidores, que se cifraron en 2,7 millones (US$ 4,1 millones en 2015). 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 2016, el valor total de otros ingresos ordinarios/recursos de operaciones ascendió a US$ 29,1 millones (US$ 18 millones a 31 de diciembre de 2015). Esa cantidad corresponde principalmente a los ingresos obtenidos por albergar a entidades como el ONUSIDA, el UNITAID y el CICE y a las contribuciones del personal al seguro de enfermedad y accidentes. 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).

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)[1]
	Miles de US$	
Costo salarial	811 855	808 186
Costo actuarial	23 067	36 644
Otro gastos de personal	75 869	65 632
Total de gastos de personal	**910 791**	**910 462**

[1] Véase la nota 3.

Material y suministros médicos

El material y los suministros médicos son adquiridos y distribuidos por la OMS principalmente para apoyar las actividades de los programas en los países. Esta partida incluye los gastos relativos a los suministros de hospitales, vacunas y medicamentos, así como los gastos de envío conexos. El gasto en suministros médicos incluye el costo de las compras reembolsables – véase la nota 5.1 (Compras reembolsables).

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Suministros médicos	182 805	184 980
Suministros médicos – en especie	61 657	80 501
Total de suministros médicos y materiales	**244 462**	**265 481**

Servicios por contrata

Los servicios por contrata representan los gastos correspondientes a los proveedores contratados por la OMS para prestar servicios en apoyo de las actividades programáticas de la Organización. Los principales componentes de los servicios por contrata son las actividades de aplicación directa (aplicadas por la OMS, como campañas de vacunación llevadas a cabo en colaboración directa con los gobiernos nacionales), los acuerdos concertados para la realización de trabajos y los contratos de consultoría, incluidos los acuerdos de servicios especiales con distintas personas para llevar a cabo actividades en nombre de la Organización. También son gastos de servicios por contrata los relacionados con actividades de investigación médica, becas y seguridad.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Aplicación directa	233 042	220 899
Servicios por contrata	361 627	433 458
Becas y acuerdos de servicios especiales	61 182	70 811
Gastos de seguridad y otros gastos	19 869	18 928
Total de servicios por contrata	**675 720**	**744 096**

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 los objetivos de la Organización. Las transferencias y donaciones a ministerios estatales se conocen como «cooperación financiera directa». Los fondos se suelen consignar 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 la OMS lleva a cabo tareas de vigilancia *in situ* y verificaciones aleatorias de las actividades en curso realizadas en virtud de acuerdos de cooperación financiera directa y exámenes a posteriori de determinadas actividades en el marco de la cooperación financiera directa previa realización de evaluaciones de riesgo. La OMS puede dejar de conceder fondos a beneficiarios de transferencias y donaciones tras la realización de actividades de garantía si no se cumplen las condiciones de los acuerdos establecidos.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Cooperación financiera directa	203 695	243 532
Cartas de acuerdo relativas a donaciones	45 515	68 185
Total de transferencias y donaciones	**249 210**	**311 717**

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.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Viajes	200 331	233 539
Total de viajes	**200 331**	**233 539**

Gastos generales de funcionamiento

Estos gastos corresponden a los gastos generales de funcionamiento correspondientes al mantenimiento de 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), alquileres de oficinas, etcétera. También se incluyen aquí los gastos de hospitalidad y cortesía que se realizan principalmente con ocasión de talleres, reuniones y sesiones de formación, así como la prima del seguro de enfermedad y accidentes catastróficos.

En «otros gastos en especie» se incluyen las computadoras, los vehículos, el alquiler de oficinas, los suministros y otros artículos recibidos como contribuciones en especie.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015[1]
	Miles de US$	
Gastos generales de funcionamiento	118 668	163 439
Gastos de hospitalidad y cortesía	3 652	2 384
Otros gastos en especie	9 465	25 892
Total de gastos generales de funcionamiento	**131 785**	**191 715**

[1] Véase la nota 3.

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. Los gastos totales en 2016 ascendieron a US$ 55,8 millones (US$ 67,7 millones a 31 de diciembre de 2015).

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 2016, 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 2016 afecta a los programas informáticos adquiridos.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Depreciación	2 204	2 110
Amortización	632	323
Total de depreciación y amortización	**2 836**	**2 433**

5.3 Ingresos financieros

Los ingresos financieros comprenden:

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)[1]
	Miles de US$	
Ingresos por inversiones	34 308	20 820
Gastos bancarios y honorarios por la administración de las inversiones	(3 279)	(3 083)
Ganancias cambiarias netas realizadas (o pérdidas)[2]	50 056	284
Ganancias cambiarias netas no realizadas (o pérdidas)	(4 120)	9 020
Ganancias por revaloración actuarial en el Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes y el Fondo del seguro de enfermedad y accidentes (o pérdidas)	(1 889)	3 847
Costo de los intereses actuariales relacionados con la valoración del Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes, el Fondo Especial para Indemnizaciones y el Fondo del seguro de enfermedad y accidentes	(2 465)	(2 213)
Total de ingresos financieros netos	**72 611**	**28 675**
Ingresos por inversiones y ganancias y pérdidas cambiarias prorrateados a otras entidades	(9 929)	(7 633)
Total de ingresos financieros netos	**62 682**	**21 042**

[1] Véase la nota 3.

[2] Se incluyen las diferencias derivadas del redondeo de los estados financieros al millar de US$ más próximo.

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. Ciertos fondos obtuvieron rendimientos; además el interés se prorratea sobre la base del saldo medio del fondo y se consigna como ingresos financieros del fondo.

6. Información complementaria del estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto

6.1 Fondo General

Las cuentas de este fondo forman parte del presupuesto por programas y se resumen a continuación:

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Presupuesto ordinario	3 838	43 176
Fondos voluntarios	2 164 343	2 166 155
Total – Fondo General	**2 168 181**	**2 209 331**

6.1.a 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 2016 (con arreglo a lo dispuesto por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA68.1 (2015), 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 2016	**17 738**	**(5 562)**	**31 000**	**43 176**
Ingresos y gastos programáticos				
Contribuciones señaladas de los Estados Miembros - neto	470 036			470 036
Asignaciones presupuestarias de iguala de impuestos	(13 489)	13 489		–
Ingresos financieros	(665)			(665)
Ingresos varios	2 307			2 307
Gastos programáticos	(494 276)			(494 276)
Reembolso de impuestos a funcionarios		(16 740)		(16 740)
Saldo a 31 de diciembre de 2016	**(18 349)**	**(8 813)**	**31 000**	**3 838**

La nota 5.1 contiene información sobre los ingresos por contribuciones señaladas.

Con arreglo a la resolución WHA68.1 (2015), se transfirieron US$ 13,5 millones al Fondo de Iguala de Impuestos.

En la resolución WHA68.1 (2015), la Asamblea de la Salud decidió que el Fondo de Operaciones se mantuviera al nivel en que se hallaba, esto es, US$ 31 millones.

6.1.b Fondos voluntarios

En esta nota se proporciona información detallada sobre los fondos de contribuciones básicas, para fines especificados y de alianzas que constituyen el Fondo voluntario, cuyos ingresos y gastos se consignan en la partida de ejecución del presupuesto por programas. A continuación figura un resumen del Fondo voluntario:

Descripción	Notas	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
		Miles de US$	
Fondo de contribuciones voluntarias básicas		190 285	154 376
Fondo de contribuciones voluntarias para fines especificados		1 145 431	1 118 132
Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (Fondo Fiduciario de TDR)		19 277	20 890
Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (Fondo Fiduciario de HRP)		44 291	40 146
Fondo para programas especiales y acuerdos de colaboración		193 359	334 162
Cuenta Especial para Gastos de Prestación de Servicios	6.1.b.i	415 062	302 775
Fondo de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis		139 561	181 409
Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias	6.1.b.ii	17 077	14 265
Total Fondos voluntarios		**2 164 343**	**2 166 155**

6.1.b.i 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 (1981), 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.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Saldo a 1 de enero	**302 775**	**264 447**
Ingresos		
Gastos de apoyo a programas	148 667	169 244
Ingresos financieros	67 134	7 455
Acuerdos sobre servicios administrativos con otras entidades	6 144	6 041
Otros ingresos	1 310	
Total ingresos	**223 255**	**182 740**
Gastos		
Gastos relacionados con el personal	68 487	80 554
Material y suministros médicos	289	642
Servicios por contrata	19 841	16 065
Transferencias y donaciones a contrapartes	(38)	726
Viajes	2 676	4 281
Gastos generales de funcionamiento	16 711	33 039
Equipo, vehículos y mobiliario	3 174	8 454
Total gastos	**111 140**	**143 761**
Menos:		
Aumento/(disminución) de la provisión para importes de cobro dudoso - contribuciones voluntarias[a]	(172)	651
Saldo a 31 de diciembre	**415 062**	**302 775**

[a] En 2016 se produce una disminución de la provisión para las cuentas de cobro dudoso relacionadas con contribuciones voluntarias. Véase la nota 4.3.

A continuación se indican los gastos financiados con cargo a la Cuenta por oficina principal.

Gastos por oficina principal	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Actividades mundiales e interregionales	44 140	54 123
Oficina Regional para África	20 811	30 245
Oficina Regional para las Américas	9 043	5 756
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	14 047	15 485
Oficina Regional para Europa	6 219	10 718
Oficina Regional para Asia Sudoriental	9 414	14 848
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	7 466	12 586
Total gastos por oficina principal	**111 140**	**143 761**

6.1.b.ii Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias

Este fondo fue establecido por la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la decisión WHA68(10). 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Saldo a 1 de enero	**14 265**	
Ingresos		
Contribuciones	18 090	14 296
Total Ingresos	**18 090**	**14 296**
Gastos		
Gastos de personal	867	
Material y suministros médicos	1556	
Servicios por contrata	3615	
Transferencias y donaciones	565	
Viajes	5517	31
Gastos generales de funcionamiento	2795	
Equipo, vehículos y mobiliario	363	
Total gastos	**15 278**	**31**
Saldo a 31 de diciembre	**17 077**	**14 265**

6.2 Estados Miembros - otros

Las cuentas de este fondo están fuera del presupuesto por programas. A continuación figura un resumen del fondo.

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)
	Miles de US$	
Fondo Común	86 022	103 014
Fondo para Empresas (véase la nota 6.2.a)	17 483	9 365
Fondo para Fines Especiales (véase la nota 6.2.b)	(998 265)	(915 960)
Total Estados Miembros – otros	**(894 760)**	**(803 581)**

6.2.a 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Fondo para Empresas		
Fondo de Rotación para Ventas	3 848	3 526
Fondo de concesiones	3 724	2 981
Fondo de pólizas de seguro	1 063	859
Fondo para alquiler de garajes	2 873	1 999
Fondo del seguro de enfermedad y accidentes (véase la nota 6.4)	5 975	
Total Fondo para Empresas	**17 483**	**9 365**

6.2.b Fondo para Fines Especiales

Las cuentas de este fondo se utilizan para fines especiales. Los ingresos y gastos no se incluyen en los informes sobre el presupuesto por programas. A continuación figura un resumen del fondo:

Descripción	31 de diciembre de 2016	31 de diciembre de 2015 (cifras reexpresadas)
	Miles de US$	
Fondo para Fines Especiales		
Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles	95 725	90 980
Fondo de Préstamos para Bienes Inmuebles	(7 891)	(2 525)
Fondo para Cuestiones de Seguridad	2 794	2 921
Fondo para la Tecnología de la Información	4 141	12 009
Fondo Especial para Indemnizaciones[a]	(4 859)	(8 223)
Fondo para la Liquidación de Haberes de Funcionarios Cesantes	6 479	(3 904)
Cuenta para el pago de las prestaciones del personal no previstas en la nómina de sueldos	16 624	20 756
Fondo de Tasas por Puesto Ocupado	26 243	8 150
Fondo de movilidad	10 073	
Fondo de Recuperación de Costos para Servicios Internos	4 413	3 884
Caja del Seguro de Enfermedad del Personal[a]	(1 182 510)	(1 069 488)
Fondo de Reposición de Reservas	10 503	9 480
Fondo para el personal encargado de la poliomielitis	20 000	20 000
Total Fondo para Fines Especiales	**(998 265)**	**(915 960)**

[a] Tras la adopción de la IPSAS 39, el saldo inicial de 2016 se reexpresó (véase la nota 3).

6.2.b.1 Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles

Este fondo fue establecido por la Asamblea de la Salud en virtud de la resolución WHA23.14 (1970). 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Saldo a 1 de enero	**90 980**	**64 766**
Ingresos		
Asignación presupuestaria recibida de conformidad con la resolución WHA63.7 (2010)		10 000
Transferencia para proyectos especiales (*a*)		7 141
Ingresos por ventas		4 327
Alquileres percibidos	2 073	2 253
Otros ingresos	8 886	8 282
Total ingresos	**10 959**	**32 003**
Gastos		
Gastos relacionados con el personal	9	94
Material y suministros médicos	22	51
Servicios por contrata	4 173	1 201
Transferencias y donaciones		26
Viajes	34	10
Gastos generales de funcionamiento	1 063	3 390
Equipo, vehículos y mobiliario	913	1 017
Total gastos	**6 214**	**5 789**
Saldos a 31 de diciembre	**95 725**	**90 980**

[a] En 2016, 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Gastos por oficina principal		
Sede	1 692	2 126
Oficina Regional para África	3 825	956
Oficina Regional para las Américas		203
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	326	1 626
Oficina Regional para Europa		163
Oficina Regional para Asia Sudoriental		231
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	371	484
Total gastos	**6 214**	**5 789**

6.3 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 2016	31 de diciembre de 2015
	Miles de US$	
Fondo Fiduciario		
Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	10 707	7 226
Fondo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo (véase la nota 6.4)	964	4 540
Fondo de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño	2 255	4 343
Fondo del Comité Permanente de Nutrición del sistema de las Naciones Unidas (véase la nota 6.4)		305
Fondo de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud	14 851	15 779
Fondo de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario	1 515	2 205
Alianza Alto a la Tuberculosis (véase la nota 6.4)		2 298
Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud	5 074	5 417
Fondo ESPEN	7 727	761
Total Fondo Fiduciario	**43 093**	**42 874**

6.4 Cambios en los fondos con arreglo al estado III (estado de cambios en los activos netos/patrimonio neto)

A 31 de diciembre de 2016 se habían creado o estaban en proceso de cierre los fondos siguientes:

- **Fondo del seguro de enfermedad y accidentes -** Nuevo fondo creado en 2016 para registrar las contribuciones y prestaciones para los miembros del personal en caso de accidente o enfermedad y dar cuenta de ellas.
- **Fondo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo** – La Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo dejó de operar el 31 de diciembre de 2015. En 2017 se procederá al cierre administrativo definitivo del fondo.
- **Fondo del Comité Permanente de Nutrición del sistema de las Naciones Unidas –** El Comité dejó de operar el 31 de diciembre de 2015. En 2016 se pagó el saldo final adeudado.
- **Alianza Alto a la Tuberculosis–** Con efecto a partir del 1 de enero de 2016, la administración de la Alianza Alto a la Tuberculosis se trasladó a la Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas. En 2016 se pagó el saldo final adeudado.

7. Información complementaria sobre el estado de comparación del presupuesto y los importes reales

En mayo de 2015, la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA68.1 sobre el presupuesto por programas 2016-2017, en la que aprobó el presupuesto para el ejercicio 2016-2017 con cargo a fondos de todas las procedencias, esto es, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, por valor de US$ 4385 millones. El presupuesto de la OMS es adoptado de forma bienal por la Asamblea de la Salud. En mayo de 2016, la Asamblea de la Salud adoptó la decisión WHA69(9), en virtud de la cual el presupuesto por programas para 2016-2017 se aumentó a US$ 4545 millones (US$ 160 millones más que la cifra aprobada inicialmente). Asimismo, la Directora General, en virtud de la autorización que le fue otorgada mediante la resolución WHA68.1 (2015), ha aumentado la parte del presupuesto por programas destinada a la poliomielitis, la respuesta a brotes epidémicos y crisis y los programas especiales (TDR Y HRP) de los US$ 1191 millones aprobados por la Asamblea de la Salud a US$ 2317 millones, habida cuenta de que dichos programas y su financiación se rigen por los acontecimientos. El presupuesto revisado total asciende a US$ 5671 millones. 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 2016.

Descripción	2016			
	Funcionamiento	Inversión	Financiación	Total
	Miles de US$			
Monto real con criterios comparables (estado V)	(2182 185)			(2182 185)
Diferencias de criterios	47 920	9 646	5 437	63 003
Diferencias de plazos	80 275			80 275
Diferencias de entidades	160 517	(1 932)		158 585
Diferencias de presentación	1 896 552	(10 658)		1 885 894
Monto real en el estado de flujos de efectivo (estado IV)	**3 079**	**(2 944)**	**5 437**	**5 572**

8. Información financiera por segmentos

8.1 Estado de situación financiera por segmentos

A 31 de diciembre de 2016 (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	390 222	26 108		12 015	1 489	3 163	3 893	436 890
Inversiones a corto plazo	2 717 079							2 717 079
Sumas por cobrar - corrientes	1 381 588	964	(511 543)	84	263	355	97	871 808
Sumas por cobrar al personal	5 166	2 088		593	363	864	1 169	10 243
Inventarios	15 065	1 515		21 461		917	596	39 554
Pagos por adelantado y depósitos	8 082	135		47	981	135	235	9 615
Otros activos corrientes								
Total activos corrientes	**4 517 202**	**30 810**	**(511 543)**	**34 200**	**3 096**	**5 434**	**5 990**	**4 085 189**
Activos no corrientes								
Sumas por cobrar - no corrientes	207 278							207 278
Inversiones a largo plazo	95 846							95 846
Propiedades, planta y equipo	45 034	5 415		19 500		144	871	70 964
Activos intangibles	4 788							4 788
Total activos no corrientes	**352 946**	**5 415**		**19 500**		**144**	**871**	**378 876**
TOTAL ACTIVOS	**4 870 148**	**36 225**	**(511 543)**	**53 700**	**3 096**	**5 578**	**6 861**	**4 464 065**
PASIVO								
Pasivo corriente								
Contribuciones recibidas por adelantado	68 346							68 346
Cuentas por pagar	12 048	9 244		11 547	2 311	3 905	2 074	41 129
Cuentas por pagar al personal	719	654		372	31	139	90	2 005
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal	22 189	11 572		3 935	2 935	2 953	3 064	46 648
Ingresos diferidos	379 908							379 908
Pasivo financiero	24 668							24 668
Otros pasivos corrientes	(12187 445)	5 414 632	131 329	3 020 747	961 280	1 559 955	1 162 850	63 348
Pasivo entre entidades	1 020 690							1 020 690
Préstamos a largo plazo - corrientes	583							583
Total pasivo corriente	**(10658 294)**	**5 436 102**	**131 329**	**3 036 601**	**966 557**	**1 566 952**	**1 168 078**	**1 647 325**
Pasivo no corriente								
Préstamos a largo plazo – no corrientes	33 139							33 139
Cantidades acumuladas para prestaciones del personal - no corrientes	801 014	197 926		59 947	81 779	70 171	48 972	1 259 809
Ingresos diferidos - no corrientes	207 278							207 278
Total pasivo no corriente	**1 041 431**	**197 926**		**59 947**	**81 779**	**70 171**	**48 972**	**1 500 226**
TOTAL PASIVO	**(9616 863)**	**5 634 028**	**131 329**	**3 096 548**	**1 048 336**	**1 637 123**	**1 217 050**	**3 147 551**
ACTIVOS NETOS								
Fondo General	14 612 344	(5363 011)	(628 232)	(2850 799)	(932 228)	(1551 245)	(1118 648)	2 168 181
Estados Miembros - otros	(183 444)	(233 926)	(14 427)	(191 874)	(99 705)	(79 996)	(91 388)	(894 760)
Fondos Fiduciarios	58 111	(866)	(213)	(175)	(13 307)	(304)	(153)	43 093
TOTAL DE ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO[a]	**14 487 011**	**(5597 803)**	**(642 872)**	**(3042 848)**	**(1045 240)**	**(1631 545)**	**(1210 189)**	**1 316 514**
TOTAL PASIVO Y ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO NETO	**4 870 148**	**36 225**	**(511 543)**	**53 700**	**3 096**	**5 578**	**6 861**	**4 464 065**

[a] En «Otros pasivos corrientes», los saldos elevados correspondientes a las oficinas se deben principalmente a la política de contabilidad entre oficinas, que da un saldo neto igual a cero respecto de todas las oficinas; en «Activos netos/patrimonio neto», los saldos elevados se deben a la política de contabilidad centralizada aplicada a los ingresos y la política de contabilidad descentralizada aplicada a los gastos.

8.2 Estado de rendimiento financiero por segmentos

Correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2016 (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	470 036							470 036
Contribuciones voluntarias	1 750 721	1 038			52			1 751 811
Contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios	22 752	33 343		3 973	4 813	18 822	4 046	87 749
Compras reembolsables	25 294							25 294
Otros ingresos	35 097	(3 157)		879	(2 150)	(796)	(687)	29 186
Total ingresos	**2 303 900**	**31 224**		**4 852**	**2 715**	**18 026**	**3 359**	**2 364 076**
Gastos								
Gastos de personal	427 422	200 257	30 468	81 600	63 449	51 901	55 694	910 791
Material y suministros médicos	48 662	62 880	1 248	85 145	5 189	32 300	9 038	244 462
Servicios por contrata	165 175	214 864	10 593	182 885	28 005	52 903	21 295	675 720
Transferencias y donaciones	14 261	127 451	3 611	62 885	798	21 625	18 579	249 210
Viajes	87 854	55 881	10 996	14 753	11 533	10 189	9 125	200 331
Gastos generales de funcionamiento	27 117	46 307	6 103	23 819	9 406	12 686	6 347	131 785
Equipo, vehículos y mobiliario	7 749	24 948		15 457	1 326	3 886	2 396	55 762
Depreciación y amortización	1 697	227		403		74	435	2 836
Total gastos	**779 937**	**732 815**	**63 019**	**466 947**	**119 706**	**185 564**	**122 909**	**2 470 897**
Ingresos financieros	**64 084**	**(1 693)**		**494**	**(387)**	**(144)**	**328**	**62 682**
TOTAL (DÉFICIT)/SUPERÁVIT DEL AÑO [a]	**1 588 047**	**(703 284)**	**(63 019)**	**(461 601)**	**(117 378)**	**(167 682)**	**(119 222)**	**(44 139)**

[a] 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 2016 se aprobaron cancelaciones por un total de US$ 328 434 (en 2015 no se aprobó ninguna). Esta cantidad incluye: *i*) US$ 300 828 en concepto de anticipos de sueldo, anticipos para viajes y cotizaciones adeudadas a la caja de pensiones principalmente por ex funcionarios que se consideran imposibles de recuperar; y *ii*) US$ 27 606 en concepto de anticipos a proveedores y notas de crédito que se consideran imposibles de recuperar.

En 2016 no se aprobó ningún pago graciable (US$ 84 435 en 2015).

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 18. En el cuadro que sigue se detalla su remuneración total.

Descripción	Miles de US$
Indemnizaciones y ajustes por lugar de destino	3 990
Prestaciones	138
Planes de jubilación y de salud	1 076
Remuneración total	**5 204**
Anticipos pendientes con cargo a las prestaciones	**20**
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 2016. 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 2016 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$ 16 150 (US$ 24 040 a 31 de diciembre de 2015).

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$	
	2016	**2015**
Menos de 1 año	7 139	6 015
1-5 años	9 046	7 705
Más de 5 años	1 107	1 260
Total compromisos de arrendamiento	**17 292**	**14 980**

La Organización no tenía contratos de arrendamiento financiero pendientes en la fecha de presentación de los datos.

La OMS alquiló espacio de oficina a seis inquilinos. A 31 de diciembre de 2016, los ingresos totales por esas actividades de arrendamiento ascendían a US$ 0,8 millones (US$ 1,0 millón a 31 de diciembre de 2015).

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 2016, 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 2016
(en miles de US$)

Descripción	Fondo General				Estados Miembros - otros			Fondo Fiduciario	Subtotal	Eliminaciones	Total	Porcentaje
	Presupuesto ordinario	Fondos voluntarios	Eliminaciones	Subtotal	Fondo Común	Fondo para Empresas	Fondo para Fines Especiales					
Ingresos												
Contribuciones señaladas	470 036			470 036							470 036	20%
Contribuciones voluntarias		1 717 391		1 717 391				35 023	35 023	(603)	1 751 811	74%
Contribuciones en especie de bienes o servicios		100		100		87 649			87 649		87 749	4%
Compras reembolsables						25 294			25 294		25 294	1%
Otros ingresos	2 307	156 828	(144 374)	14 761		15 024	179 537	(707)	193 854	(179 429)	29 186	1%
Total ingresos de operaciones	**472 343**	**1 874 319**	**(144 374)**	**2 202 288**		**127 967**	**179 537**	**34 316**	**341 820**	**(180 032)**	**2 364 076**	**100%**
Gastos												
Gastos de personal	389 963	529 573		919 536		19 542	121 669	13 985	155 196	(163 941)	910 791	37%
Material y suministros médicos	9 608	139 678		149 286	11 376	83 586	5 801	(1)	100 762	(5 586)	244 462	10%
Servicios por contrata	43 622	595 314		638 936	(1 230)	684	35 295	8 476	43 225	(6 441)	675 720	27%
Transferencias y donaciones	14 558	232 380		246 938				2 875	2 875	(603)	249 210	10%
Viajes	28 375	167 053		195 428		148	1 185	3 713	5 046	(143)	200 331	8%
Gastos generales de funcionamiento	19 861	234 169	(144 374)	109 656	466	11 416	5 822	4 993	22 697	(568)	131 785	5%
Equipo, vehículos y mobiliario	5 029	45 571		50 600	(107)	2 115	5 850	55	7 913	(2 751)	55 762	2%
Depreciación y amortización					2 836				2 836		2 836	0%
Total gastos	**511 016**	**1 943 738**	**(144 374)**	**2 310 380**	**13 341**	**117 491**	**175 622**	**34 096**	**340 550**	**(180 033)**	**2 470 897**	**100%**
Ingresos financieros	**(665)**	**67 607**		**66 942**	**(3 651)**	**(2 358)**	**1 751**	**(1)**	**(4 259)**	**(1)**	**62 682**	
TOTAL SUPERÁVIT/(DÉFICIT) DEL AÑO	**(39 338)**	**(1 812)**		**(41 150)**	**(16 992)**	**8 118**	**5 666**	**219**	**(2 989)**		**(44 139)**	
Saldo del fondo a 1 de enero de 2016	**43 176**	**2 166 155**		**2 209 331**	**103 014**	**9 365**	**(915 960)**	**42 874**	**(760 707)**		**1 448 624**	
Ajustes directos en los activos netos/patrimonio neto							**(87 971)**		**(87 971)**		**(87 971)**	
Saldo del fondo a 31 de diciembre de 2016	**3 838**	**2 164 343**		**2 168 181**	**86 022**	**17 483**	**(998 265)**	**43 093**	**(763 696)**		**1 316 514**	

[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 sobrevalorarían 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 2016
(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
Gastos								
Gastos de personal	428 446	215 207	30 468	83 629	54 461	52 254	55 071	919 536
Material y suministros médicos	32 434	29 627	1 248	62 204	6 253	13 633	3 887	149 286
Servicios por contrata	136 357	209 175	10 593	181 167	26 948	54 374	20 322	638 936
Transferencias y donaciones	12 113	127 327	3 611	62 885	798	21 625	18 579	246 938
Viajes	84 496	54 588	10 996	14 706	11 299	10 189	9 154	195 428
Gastos generales de funcionamiento	14 794	43 747	6 103	22 548	4 793	12 425	5 246	109 656
Equipo, vehículos y mobiliario	4 455	22 609		16 751	1 323	3 814	1 648	50 600
Total gastos	**713 095**	**702 280**	**63 019**	**443 890**	**105 875**	**168 314**	**113 907**	**2 310 380**
Gastos - porcentajes por tipo de gasto en las oficinas principales								
Gastos relacionados con el personal	47%	23%	3%	9%	6%	6%	6%	100%
Material y suministros médicos	22%	20%	1%	42%	4%	9%	3%	100%
Servicios por contrata	21%	33%	2%	28%	4%	9%	3%	100%
Transferencias y donaciones a contrapartes	5%	52%	1%	25%	0%	9%	8%	100%
Viajes	43%	28%	6%	8%	6%	5%	5%	100%
Gastos generales de funcionamiento	13%	40%	6%	21%	4%	11%	5%	100%
Equipo, vehículos y mobiliario	9%	45%	0%	33%	3%	8%	3%	100%
Total gastos	**31%**	**30%**	**3%**	**19%**	**5%**	**7%**	**5%**	**100%**
Gastos - porcentajes por tipo de gasto en las oficinas principales								
Gastos relacionados con el personal	60%	31%	48%	19%	51%	31%	48%	40%
Material y suministros médicos	5%	4%	2%	14%	6%	8%	3%	6%
Servicios por contrata	19%	30%	17%	41%	25%	32%	18%	28%
Transferencias y donaciones a contrapartes	2%	18%	6%	14%	1%	13%	16%	11%
Viajes	12%	8%	17%	3%	11%	6%	8%	8%
Gastos generales de funcionamiento	2%	6%	10%	5%	5%	7%	5%	5%
Equipo, vehículos y mobiliario	1%	3%	0%	4%	1%	2%	1%	2%
Porcentaje total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

[a] En «Otros pasivos corrientes», los saldos elevados correspondientes a las oficinas se deben principalmente a la política de contabilidad entre oficinas, que da un saldo neto igual a cero respecto de todas las oficinas; en «Activos netos/patrimonio neto», los saldos elevados se deben a la política de contabilidad centralizada aplicada a los ingresos y la política de contabilidad descentralizada aplicada a los gastos.

ANEXOS

ANEXO 1

SINOPSIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA EN 2016 – INGRESOS Y GASTOS

a) Sinopsis de la situación financiera

En 2016, los gastos totales excedieron los ingresos totales en US$ 44 millones (US$ 231 millones en 2015, en cifras reexpresadas). En el cuadro que figura a continuación se ofrece un resumen de los ingresos y gastos en 2016 y 2015.

Sinopsis de la situación financiera – todos los fondos, 2016 y 2015 (en millones de US$)

	Total 2016	Total 2015
Contribuciones señaladas	470	463
Contribuciones voluntarias – presupuesto por programas	1 717	1 837
Total contribuciones – presupuesto por programas	**2 187**	**2 300**
Ingresos no previstos en el presupuesto por programas	89	45
Contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios	88	130
Total ingresos (toda procedencia)	**2 364**	**2 475**
Gastos – presupuesto por programas	2 182	2 466
Gastos – en especie de bienes o servicios	88	126
Gastos – no previstos en el presupuesto por programas y otros	201	135
Total gastos (toda procedencia)	**2 471**	**2 727**
Ingresos financieros	**63**	**21**
Netos	**(44)**	**(231)**

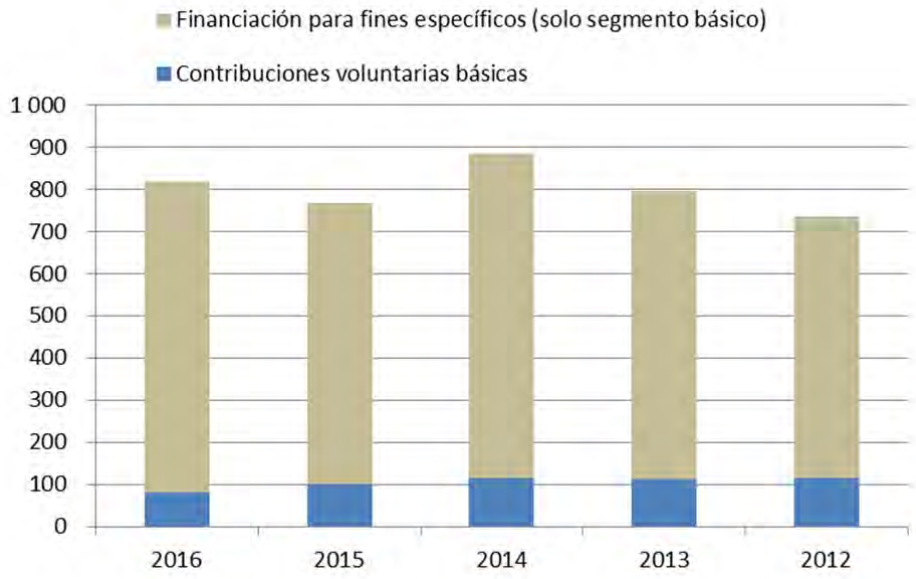
Ingresos

Los ingresos totales correspondientes al presupuesto por programas 2016-2017 en 2016 ascendieron a US$ 2187 millones. De esa cantidad, US$ 470 millones corresponden a las contribuciones señaladas de los Estados Miembros y US$ 1717 millones a contribuciones voluntarias. En 2016 se contabilizaron US$ 89 millones correspondientes a ingresos no previstos en el presupuesto por programas, lo que supone un aumento con respecto al año anterior que se debe a los ingresos regulares procedentes de las alianzas acogidas. Las contribuciones voluntarias en especie de bienes o servicios se efectuaron mediante donaciones de suministros médicos, alquiler de oficinas y gastos de personal. En el portal web del presupuesto por programas y en el sitio web de la OMS puede consultarse la lista completa de todas las contribuciones voluntarias por donante y por fondo.[1]

[1] Portal web del presupuesto por programas de la OMS http://extranet.who.int/programmebudget/ e información detallada de las contribuciones voluntarias por fondo y por contribuidor, 2016 (A70/INF./4), en el sitio web de la OMS http://www.who.int/about/finances-accountability/reports/en/.

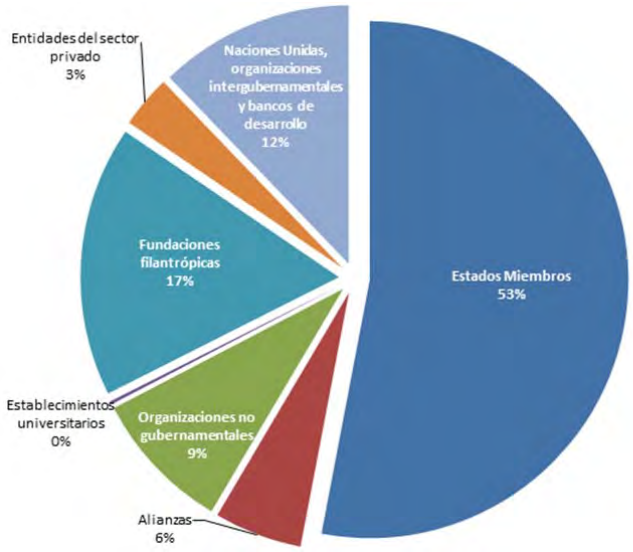
En total, los ingresos por contribuciones voluntarias en 2016 recibidos para el presupuesto por programas 2016-2017 disminuyeron en US$ 120 millones, esto es, un 7% con respecto a la cifra correspondiente de 2015. Las disminuciones más importantes se registraron en el segmento de la respuesta a los brotes epidémicos y las crisis y en el de los arreglos especiales de partenariado, las cuales fueron respectivamente del 26% y el 11% en comparación con 2015. Las contribuciones voluntarias a los programas básicos registraron un aumento global del 8%. 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. En el cuadro que figura a continuación se resumen los ingresos básicos recibidos para el presupuesto por programas, según el tipo de contribución (contribuciones voluntarias básicas y contribuciones para fines específicos).

Ingresos (básicos) al presupuesto por programas, de 2012 a 2016 (en millones de US$)



Los Estados Miembros siguen siendo la principal fuente de contribuciones voluntarias, con un 53% del total de las contribuciones no señaladas (voluntarias) en 2016 y 2015. La actualización de las categorías de contribuidores en 2016 para armonizarlas con la presentación del portal web ha dado lugar a algunas variaciones en comparación con 2015 y con las cifras publicadas anteriormente. Una comparación sistemática pone de manifiesto que el cambio más importante es el aumento de las fundaciones filantrópicas debido al incremento de las contribuciones a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis

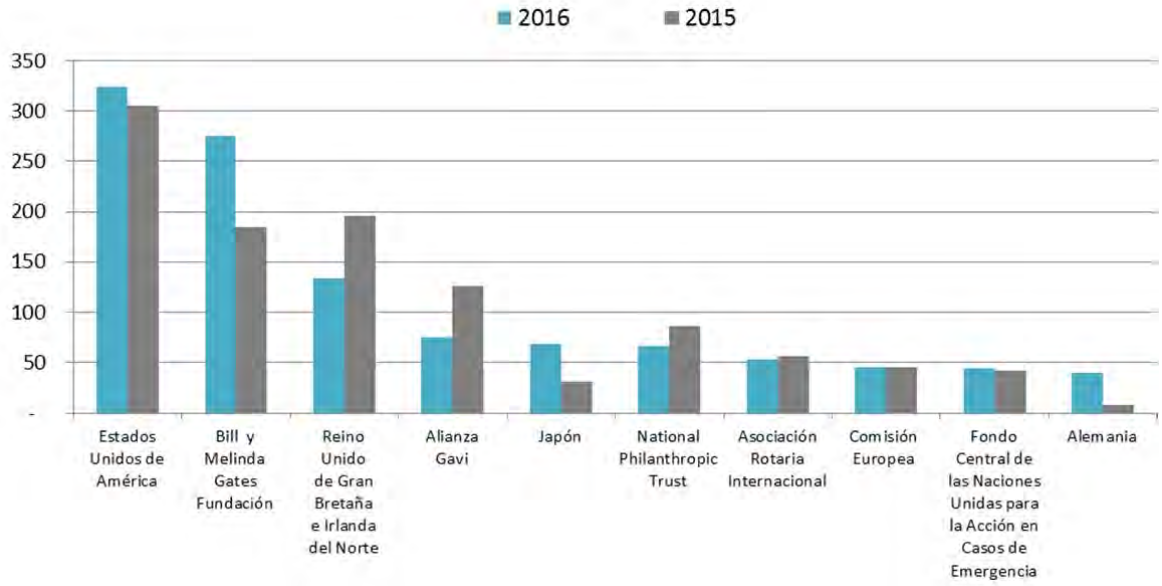
Ingresos procedentes de contribuciones voluntarias en 2016, según su procedencia



El volumen total de las contribuciones aportadas por los Estados Miembros al presupuesto por programas 2016-2017 (contribuciones voluntarias y contribuciones señaladas) en 2016 ascendió a US$ 1371 millones, frente a US$ 1473 millones en 2015. En 2016, esto representa el 63% del volumen total de las contribuciones voluntarias y señaladas.

A continuación se enumeran los principales contribuyentes voluntarios de 2016, junto con una comparación con respecto a 2015. Se incluyen los Estados Miembros y otros contribuyentes. Los 10 principales contribuyentes voluntarios representan el 66% del volumen total de las contribuciones voluntarias realizadas al presupuesto por programas.

Los 10 principales contribuyentes voluntarios al presupuesto por programas en 2016 y 2015 (en millones de US$)

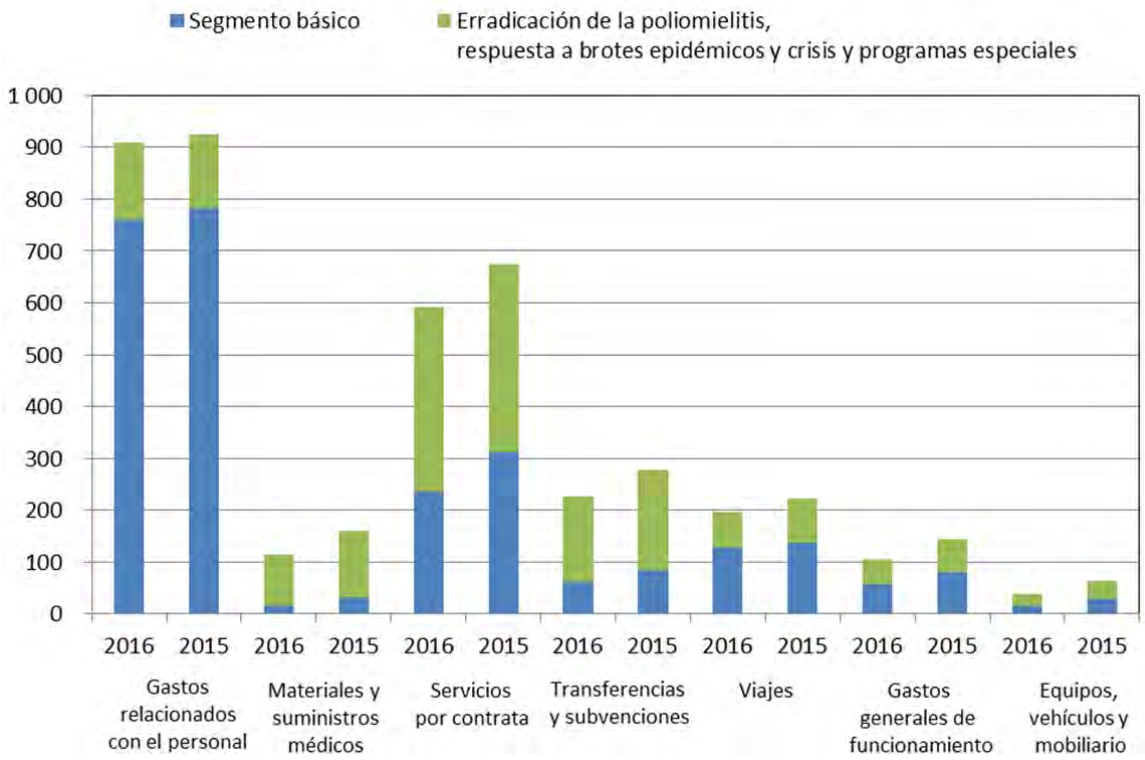


b) Gastos

El gasto total[1] efectuado en 2016 en la ejecución del presupuesto por programas 2016-2017 ascendió a US$ 2182 millones, lo que representa una disminución del 11% en comparación con 2015 y un aumento del 15% en comparación con 2014 (en la misma fecha del bienio 2014-2015).

En el gráfico que figura a continuación se ofrece un resumen de los gastos efectuados con cargo al presupuesto por programas en 2016 y 2015, por tipo de gasto.

Gastos con cargo al presupuesto por programas en 2016 y 2015, por tipo de gasto (en millones de US$)



Los gastos relacionados con el personal representan el 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). Los gastos totales de personal disminuyeron en US$ 16 millones de 2015 a 2016 (de US$ 924 millones a US$ 908 millones) y representaron el 42% del gasto total con cargo al presupuesto por programas en 2016 (frente al 37% en 2015). Los gastos de personal correspondientes a los programas básicos respecto de todos los segmentos disminuyeron de US$ 783 millones en 2015 a US$ 760 millones in 2016. Los gastos de personal correspondientes a la poliomielitis, la respuesta a los brotes y las crisis y los programas especiales aumentaron un 6% de 2015 a 2016.

Los servicios por contrata representaron el 28% del gasto total en 2016 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 disminuyó en total un 7% de 2015 a 2016, principalmente en lo que respecta a los programas básicos, en consonancia con la tendencia hacia la reducción del gasto en 2016. Sin embargo, los gastos aumentaron en la Región del Mediterráneo Oriental debido a las respuestas a emergencias, principalmente en la República Árabe Siria y el Yemen. Los servicios por contrata disminuyeron sobre todo en la Región de África debido a la reducción de la respuesta al brote de enfermedad por el virus del Ebola, que había supuesto un aumento considerable del gasto en 2015.

[1] Los gastos se reconocen al recibir los bienes y servicios, no en el momento de contraer los compromisos o realizar los pagos.

El principal componente de esta categoría de gasto son las actividades de ejecución directa, relacionadas principalmente con campañas de inmunización a gran escala en el marco del programa de erradicación de la poliomielitis, especialmente en el Afganistán, Nigeria, el Pakistán y Somalia. Después de las actividades de ejecución directa, el segundo componente más importante de esta categoría de gasto son los contratos de consultores y los acuerdos para la realización de trabajos.

Las transferencias y subvenciones representaron el 10% del gasto total y alcanzaron su valor máximo en la Región de África, seguida de la Región del Mediterráneo Oriental. Estos gastos correspondieron principalmente a contratos suscritos con homólogos nacionales, principalmente ministerios de salud (cooperación financiera directa), y en menor medida a contratos suscritos con otros asociados en la ejecución, como otras organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales y agentes no estatales, para llevar a cabo actividades acordes con el presupuesto por programas. En total, los gastos en transferencias y ayudas en 2016 fueron inferiores en un 16% a los registrados en 2015. El 63% de todos los gastos en materia de cooperación financiera directa realizados en 2016 guardaron relación con actividades de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, frente al 48% en 2015. En los últimos tres años se han reforzado las normas y procedimientos relativos al uso de los acuerdos de cooperación financiera directa, y estos cambios han conllevado un aumento significativo de la transparencia y la rendición de cuentas por el uso de estas transferencias.

Los gastos generales de funcionamiento representan los gastos generales de mantenimiento de las oficinas y los gastos corrientes de funcionamiento, que incluyen los gastos relacionados con los servicios generales y otros gastos de oficina, incluidos los alquileres. Se registran principalmente a nivel local y en 2016 representaron un 5% del gasto total del presupuesto por programas 2016-2017, lo que supone una ligera disminución con respecto al 6% de 2015. Los costos generales de funcionamiento alcanzaron su valor máximo en la Región de África, seguida por la Región del Mediterráneo Oriental y la Sede. Esto se debe al número y tamaño de las oficinas mantenidas y al personal que trabaja en estas regiones. Las grandes variaciones de un lugar a otro respecto del promedio de los costos generales de funcionamiento se deben a diferencias en los gastos de alquiler y otros gastos que se registran en los distintos lugares de destino.

Los gastos de viaje representaron en 2016 un 8% del gasto total del presupuesto por programas 2016-2017 de la Organización, en comparación con el 9% en 2015. Los gastos de viaje comprenden pasajes de avión, viáticos y otros gastos de viaje abonados a funcionarios y a personal sin condición de funcionario. Los gastos totales de viaje disminuyeron un 14% de 2015 a 2016 debido a dos razones: la reducción de los viajes relacionados con la respuesta al ebola y la adopción de medidas de aumento de la eficiencia. El gasto medio por viaje realizado ha disminuido, ya que los precios de los billetes en 2016 fueron inferiores a los de 2015 o 2014. Asimismo, la duración de los viajes se ha reducido, lo que ha conllevado una disminución de los viáticos asociados a cada viaje. La razón entre el porcentaje de gastos de viaje correspondiente a los funcionarios y el correspondiente al personal sin la condición de funcionario ha evolucionado en los últimos tres años desde 45%/55% en 2014 hasta 40%/60% en 2016, lo que se debe a que los viajes de los funcionarios se han reducido deliberadamente mediante la política revisada de viajes en comparación con los viajes del personal sin la condición de funcionario, realizados en su mayoría por participantes en reuniones.

Los gastos en **materiales y suministros médicos** corresponden principalmente a los suministros médicos adquiridos y distribuidos por la Organización para ejecutar los programas, y representaron el 6% del gasto total en 2016 (6% en 2015). Los gastos totales en materiales y suministros médicos disminuyeron un 9% con respecto a 2015. Los gastos totales disminuyeron, pero se registraron incrementos en la Región del Mediterráneo Oriental — debido principalmente a las emergencias de la República Árabe Siria y el Yemen— y en la Región de Europa — porque el apoyo para la emergencia en la República Árabe Siria se prestó desde Turquía y tuvo repercusiones a nivel de este país.

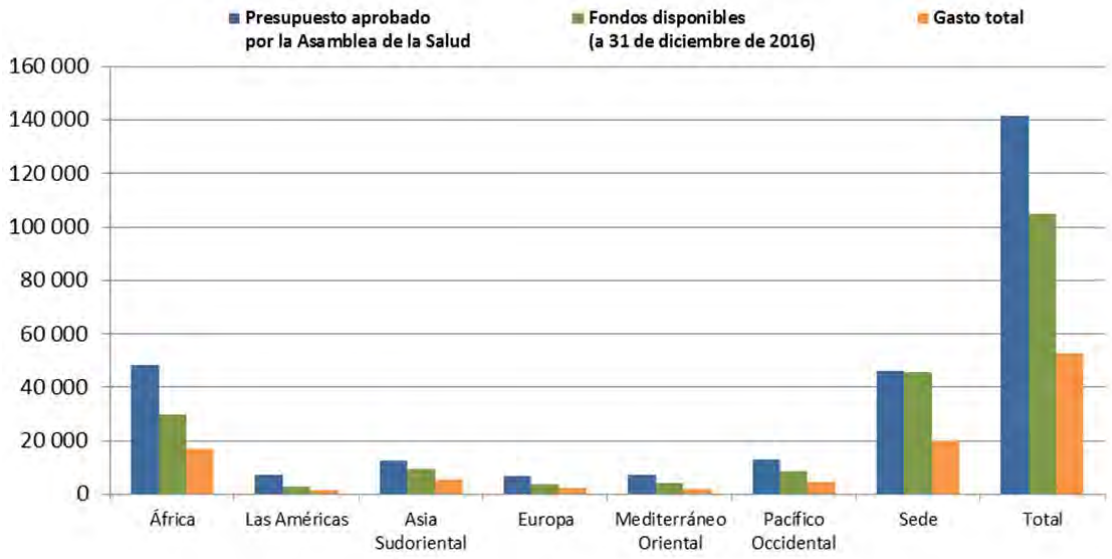
ANEXO 2

CALIFICACIONES DE LOS PRODUCTOS E INFORMACIÓN FINANCIERA POR PROGRAMAS

1.1 HIV y hepatitis

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
1.1.1. Mayor capacidad de los países para llevar a cabo intervenciones clave contra el VIH mediante una participación activa en el diálogo sobre políticas, la elaboración de orientaciones e instrumentos normativos, la difusión de información estratégica, y la prestación de apoyo técnico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.1.2. Mayor capacidad de los países para llevar a cabo intervenciones clave contra las hepatitis mediante la participación activa en diálogos normativos, la formulación de orientaciones e instrumentos normativos, la divulgación de información estratégica, y la prestación de apoyo técnico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

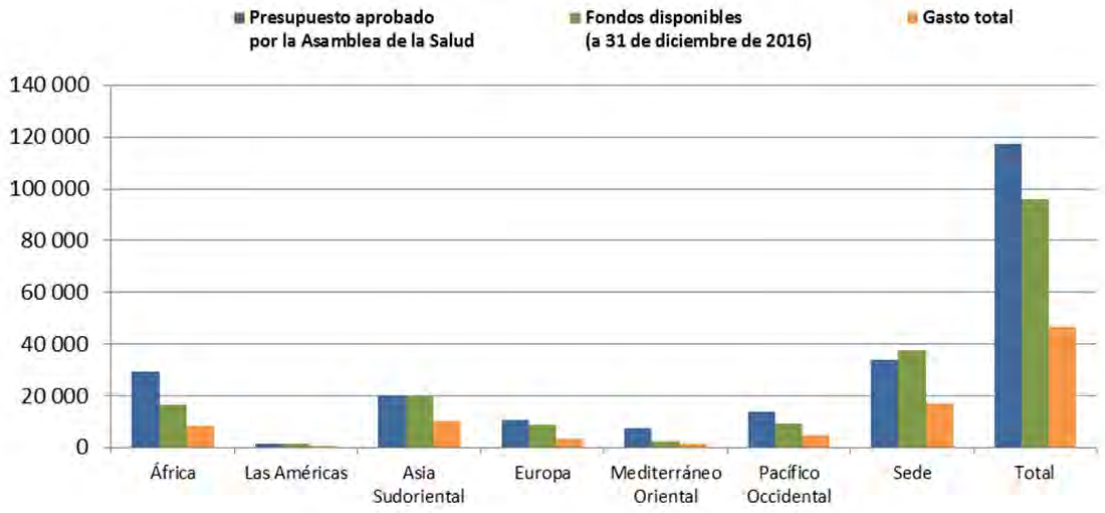


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	48 500	7 100	12 600	6 900	7 200	13 000	46 000	141 300
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	8 865	1 920	2 702	1 101	3 094	3 528	5 432	26 642
Contribuciones voluntarias para fines especificados	20 938	884	6 861	2 827	1 180	5 220	40 380	78 290
Total	**29 803**	**2 804**	**9 563**	**3 928**	**4 274**	**8 748**	**45 812**	**104 932**
Fondos disponibles como % del presupuesto	61%	39%	76%	57%	59%	67%	100%	74%
Gastos de personal	9 466	1 005	2 261	1 630	930	3 304	12 091	30 687
Gastos derivados de las actividades	7 454	695	3 018	589	880	1 503	7 851	21 990
Total de gastos	**16 920**	**1 700**	**5 279**	**2 219**	**1 810**	**4 807**	**19 942**	**52 677**
Gastos como % del presupuesto aprobado	35%	24%	42%	32%	25%	37%	43%	37%
Gastos como % de los fondos disponibles	57%	61%	55%	56%	42%	55%	44%	50%
Gastos de personal por oficina principal	31%	3%	7%	5%	3%	11%	39%	100%

1.2 Tuberculosis

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
1.2.1. Adaptación y aplicación en todo el mundo de la estrategia mundial y las metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 adoptadas en la resolución WHA67.1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2.2. Se habrán proporcionado directrices normativas e instrumentos técnicos actualizados con miras a respaldar la adopción y aplicación de la estrategia mundial y las metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015, que abarcan tres pilares: 1) atención y prevención integradas y centradas en el paciente; 2) políticas ambiciosas y sistemas propicios; y 3) intensificación de la investigación y la innovación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

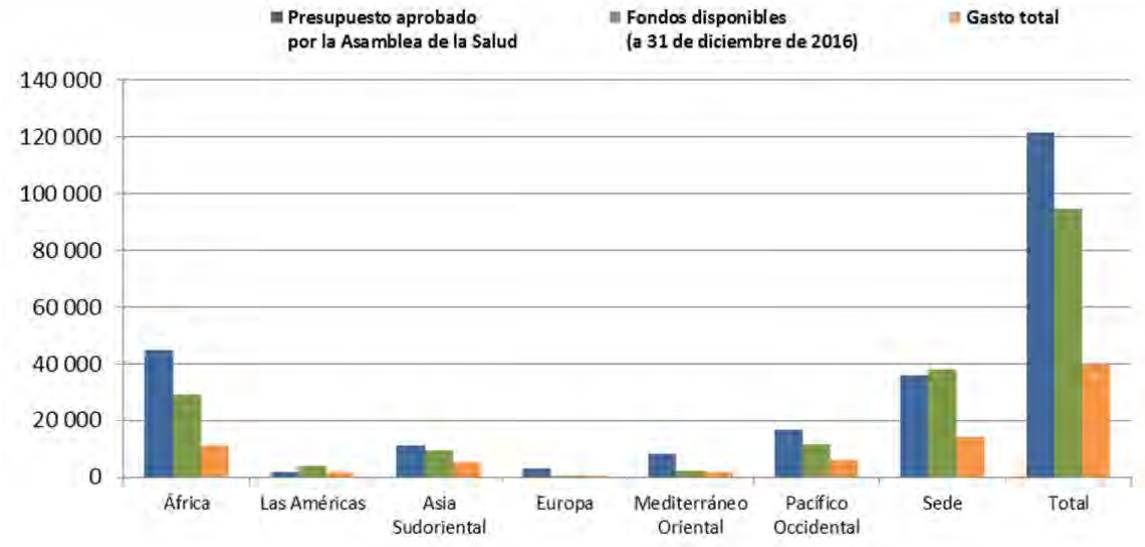


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	29 200	1 600	20 300	10 800	7 700	13 800	34 100	117 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	4 887	1 031	4 769	495	1 291	1 712	3 850	18 035
Contribuciones voluntarias para fines especificados	11 782	445	15 190	8 212	1 043	7 685	33 565	77 922
Total	**16 669**	**1 476**	**19 959**	**8 707**	**2 334**	**9 397**	**37 415**	**95 957**
Fondos disponibles como % del presupuesto	57%	92%	98%	81%	30%	68%	110%	82%
Gastos de personal	5 037	255	2 836	1 822	807	3 078	12 022	25 857
Gastos derivados de las actividades	3 232	444	7 464	1 676	750	1 868	5 204	20 638
Total de gastos	**8 269**	**699**	**10 300**	**3 498**	**1 557**	**4 946**	**17 226**	**46 495**
Gastos como % del presupuesto aprobado	28%	44%	51%	32%	20%	36%	51%	40%
Gastos como % de los fondos disponibles	50%	47%	52%	40%	67%	53%	46%	48%
Gastos de personal por oficina principal	19%	1%	11%	7%	3%	12%	46%	100%

1.3 Paludismo

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
1.3.1. Se habrá posibilitado que los países apliquen planes estratégicos contra el paludismo basados en datos científicos en los que se preste especial atención a la cobertura efectiva de las intervenciones de control antivectorial, las pruebas diagnósticas y el tratamiento, a la eficacia terapéutica y al seguimiento y vigilancia de la resistencia a los insecticidas mediante el fortalecimiento de la capacidad para acelerar la reducción de los casos de paludismo	✓	✓	✓	!	!	✓	✓
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 con miras a la aceleración de la reducción y la eliminación del paludismo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

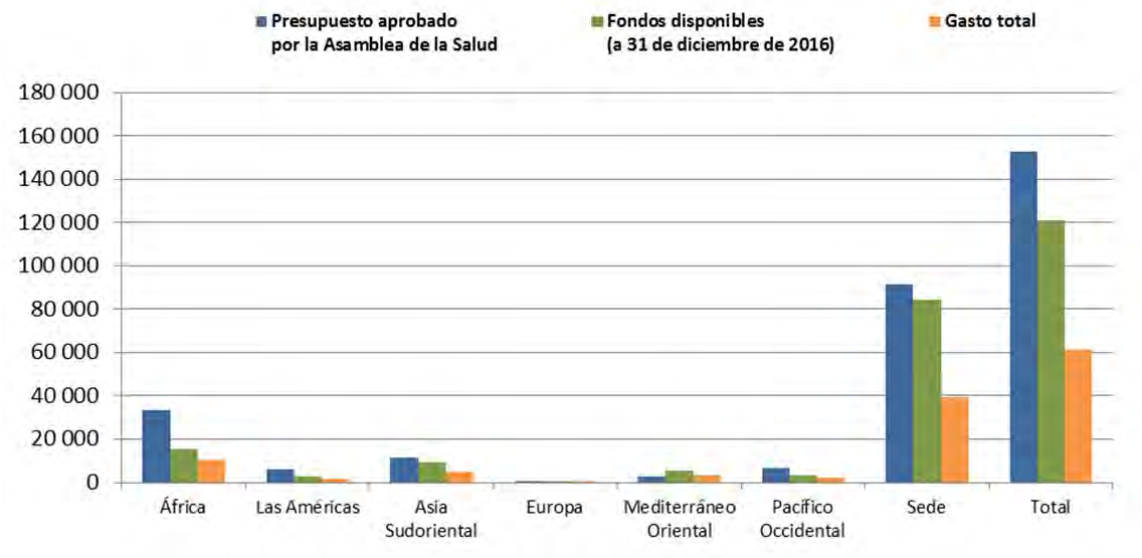


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	44,800	1,600	11,200	3,100	8,000	16,800	36,000	121,500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	4,458	2,802	2,868	252	1,738	1,433	4,812	18,363
Contribuciones voluntarias para fines especificados	24,621	873	6,668	227	512	10,131	33,074	76,106
Total	**29,079**	**3,675**	**9,536**	**479**	**2,250**	**11,564**	**37,886**	**94,469**
Fondos disponibles como % del presupuesto	65%	230%	85%	15%	28%	69%	105%	78%
Gastos de personal	6,815	1,215	2,359	108	865	3,444	10,399	25,205
Gastos derivados de las actividades	4,141	530	2,668	154	719	2,443	3,870	14,525
Total de gastos	**10,956**	**1,745**	**5,027**	**262**	**1,584**	**5,887**	**14,269**	**39,730**
Gastos como % del presupuesto aprobado	24%	109%	45%	8%	20%	35%	40%	33%
Gastos como % de los fondos disponibles	38%	47%	53%	55%	70%	51%	38%	42%
Gastos de personal por oficina principal	27%	5%	9%	0%	3%	14%	41%	100%

1.4 Enfermedades tropicales desatendidas

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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 en consonancia con las necesidades sanitarias de los países en los que estas enfermedades son endémicas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	✓

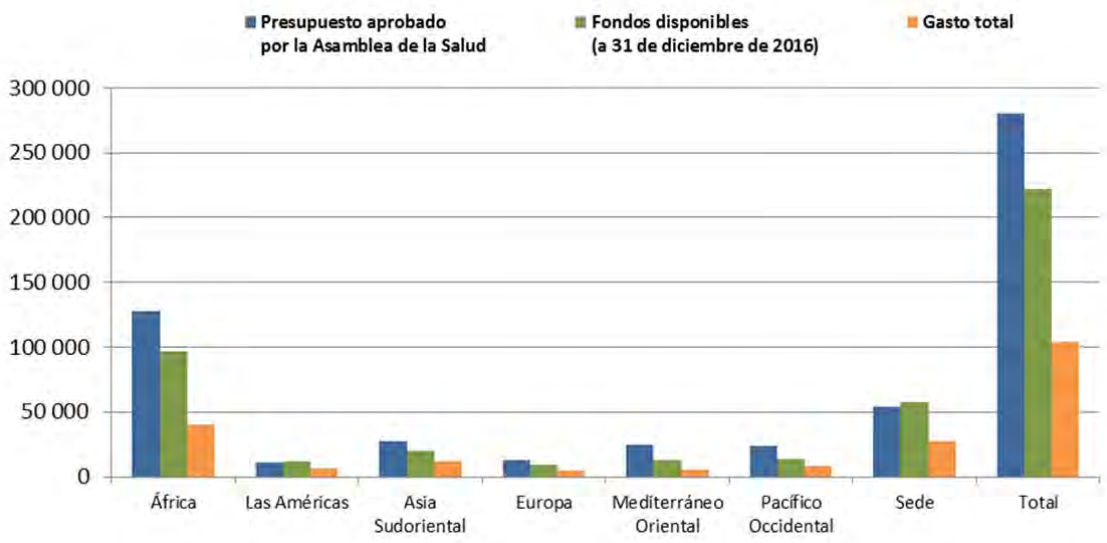


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	33 500	6 200	11 500	600	3 000	6 400	91 700	152 900
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	3 260	1 202	4 946	14	1 202	1 230	11 001	22 855
Contribuciones voluntarias para fines especificados	12 233	1 428	4 507	225	4 253	2 122	73 238	98 006
Total	**15 493**	**2 630**	**9 453**	**239**	**5 455**	**3 352**	**84 239**	**120 861**
Fondos disponibles como % del presupuesto	46%	42%	82%	40%	182%	52%	92%	79%
Gastos de personal	4 077	613	2 144	0	497	728	20 661	28 720
Gastos derivados de las actividades	6 239	1 053	2 861	164	2 724	1 262	18 512	32 815
Total de gastos	10 316	1 666	5 005	164	3 221	1 990	39 173	61 535
Gastos como % del presupuesto aprobado	31%	27%	44%	27%	107%	31%	43%	40%
Gastos como % de los fondos disponibles	67%	63%	53%	69%	59%	59%	47%	51%
Gastos de personal por oficina principal	14%	2%	7%	0%	2%	3%	72%	100%

1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
1.5.1. Aplicación y seguimiento del plan de acción mundial sobre vacunas, con especial hincapié en el fortalecimiento de la prestación de servicios y la vigilancia de la inmunización con el fin de alcanzar los objetivos del Decenio de las Vacunas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5.2. Se habrá facilitado la intensificación de la aplicación y el seguimiento de las estrategias de eliminación del sarampión y la rubéola	✓	✓	✓	✓	✓	!	!
1.5.3. Se habrán determinado y acordado los perfiles objetivo de productos para nuevas vacunas y otras tecnologías relacionadas con la inmunización, así como prioridades en materia de investigación, con el fin de desarrollar vacunas de importancia para la salud pública y superar los obstáculos a la inmunización	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

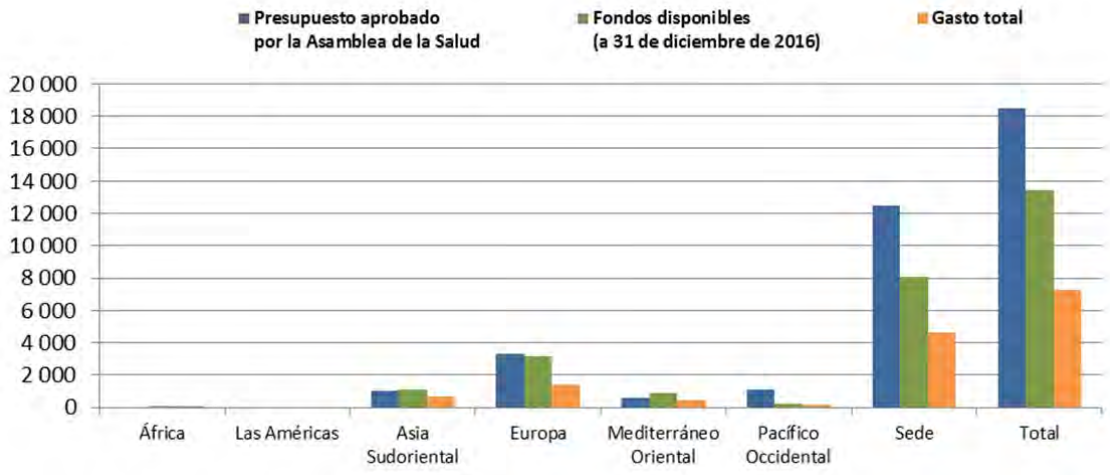


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	128 000	11 300	27 200	12 400	24 400	23 600	53 600	280 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	6 194	5 280	2 970	723	2 414	1 793	5 430	24 804
Contribuciones voluntarias para fines especificados	90 743	6 257	16 745	8 605	10 322	12 204	51 858	196 734
Total	**96 937**	**11 537**	**19 715**	**9 328**	**12 736**	**13 997**	**57 288**	**221 538**
Fondos disponibles como % del presupuesto	76%	102%	72%	75%	52%	59%	107%	79%
Gastos de personal	11 420	2 609	2 946	2 679	2 342	3 469	15 911	41 376
Gastos derivados de las actividades	29 124	4 166	8 510	2 252	2 957	4 542	11 441	62 992
Total de gastos	**40 544**	**6 775**	**11 456**	**4 931**	**5 299**	**8 011**	**27 352**	**104 368**
Gastos como % del presupuesto aprobado	32%	60%	42%	40%	22%	34%	51%	37%
Gastos como % de los fondos disponibles	42%	59%	58%	53%	42%	57%	48%	47%
Gastos de personal por oficina principal	28%	6%	7%	6%	6%	8%	38%	100%

1.6 Resistencia a los antimicrobianos

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
1.6.1. Supervisión de la aplicación del proyecto de plan de acción mundial sobre resistencia a los antimicrobianos, incluida la vigilancia y la formulación de planes nacionales y regionales	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

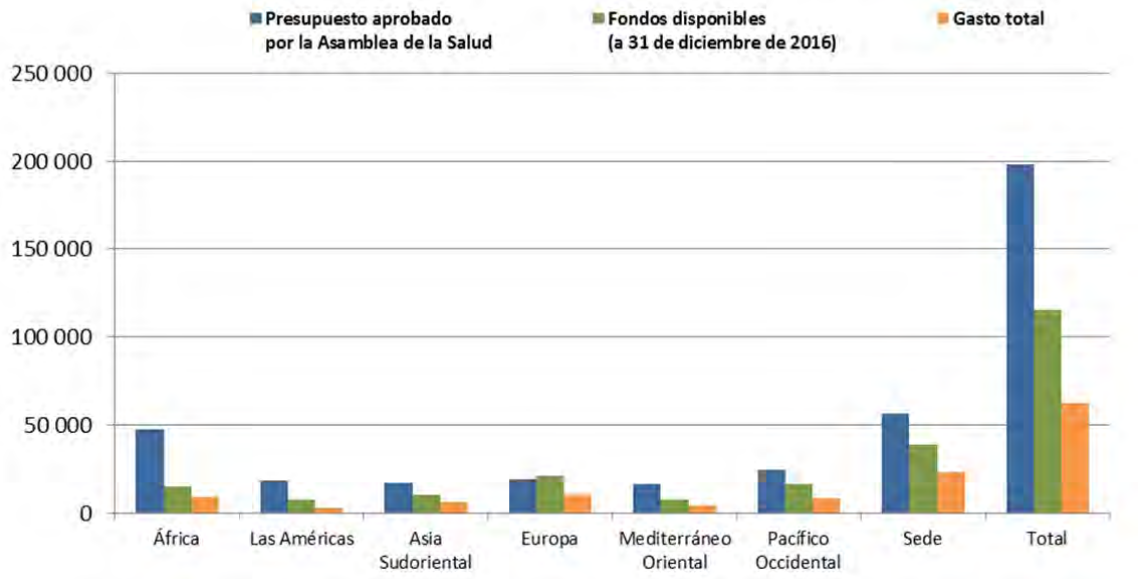


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	0	0	1 000	3 300	600	1 100	12 500	18 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	0	0	431	676	170	54	2 518	3 849
Contribuciones voluntarias para fines especificados	8	0	698	2 483	732	139	5 545	9 605
Total	**8**	**0**	**1 129**	**3 159**	**902**	**193**	**8 063**	**13 454**
Fondos disponibles como % del presupuesto	_	_	113%	96%	150%	18%	65%	73%
Gastos de personal	0	0	86	677	203	102	3 564	4 632
Gastos derivados de las actividades	8	0	584	691	270	37	1 057	2 647
Total de gastos	**8**	**0**	**670**	**1 368**	**473**	**139**	**4 621**	**7 279**
Gastos como % del presupuesto aprobado	_	_	67%	41%	79%	13%	37%	39%
Gastos como % de los fondos disponibles	100%	_	59%	43%	52%	72%	57%	54%
Gastos de personal por oficina principal	0%	0%	2%	15%	4%	2%	77%	100%

2.1 Enfermedades no transmisibles

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
2.1.1. Se habrá acelerado la formulación y/o la aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.1.2. Se habrá posibilitado que los países apliquen estrategias para reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol), incluidos los determinantes sociales subyacentes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.1.3. Se habrá posibilitado que los países mejoren la cobertura de asistencia sanitaria relativa a la atención clínica de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas y sus factores de riesgo mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.1.4. Se habrá aplicado el marco de seguimiento para informar sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos que figuran en 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 y en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

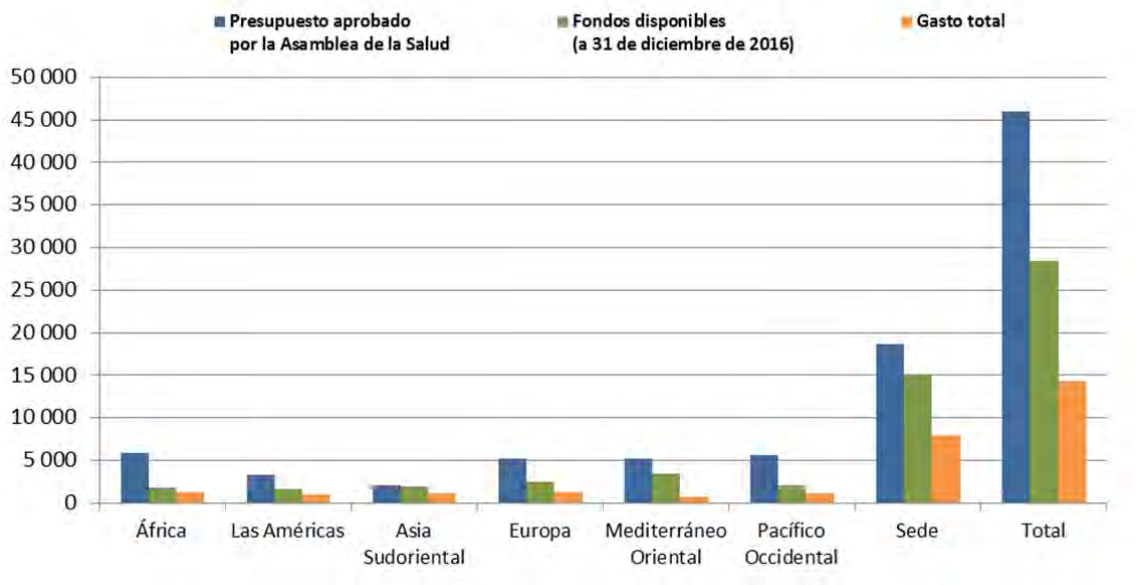


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	47 300	18 300	16 800	19 200	16 000	24 600	56 100	198 300
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	9 734	6 198	7 567	3 423	6 432	8 270	21 774	63 398
Contribuciones voluntarias para fines especificados	5 335	1 019	2 635	17 359	1 015	8 128	16 577	52 068
Total	**15 069**	**7 217**	**10 202**	**20 782**	**7 447**	**16 398**	**38 351**	**115 466**
Fondos disponibles como % del presupuesto	32%	39%	61%	108%	47%	67%	68%	58%
Gastos de personal	5 267	1 864	2 453	3 150	2 086	3 733	16 911	35 464
Gastos derivados de las actividades	3 352	936	3 593	6 827	1 770	4 139	6 426	27 043
Total de gastos	8 619	2 800	6 046	9 977	3 856	7 872	23 337	62 507
Gastos como % del presupuesto aprobado	18%	15%	36%	52%	24%	32%	42%	32%
Gastos como % de los fondos disponibles	57%	39%	59%	48%	52%	48%	61%	54%
Gastos de personal por oficina principal	15%	5%	7%	9%	6%	11%	48%	100%

2.2 Salud mental y abuso de sustancias

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
2.2.1. Se habrá fortalecido la capacidad de los países para desarrollar y aplicar políticas, planes y sistemas de información nacionales acordes con el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.2. Los países habrán adquirido la capacidad técnica necesaria para establecer servicios integrados de salud mental que abarquen todo el proceso de promoción, prevención, tratamiento y recuperación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
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	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

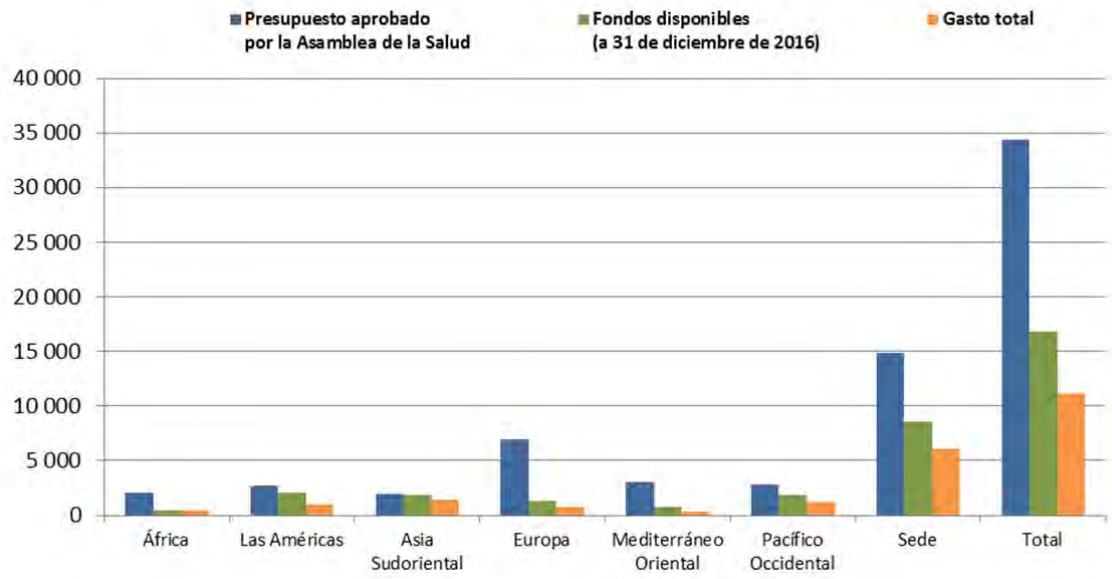


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	5,900	3,300	2,100	5,200	5,200	5,600	18,700	46,000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	828	1 686	1 572	1 828	1 315	1 329	2 928	11 486
Contribuciones voluntarias para fines especificados	1 013	0	350	610	2 181	780	12 077	17 011
Total	**1 841**	**1 686**	**1 922**	**2 438**	**3 496**	**2 109**	**15 005**	**28 497**
Fondos disponibles como % del presupuesto	31%	51%	92%	47%	67%	38%	80%	62%
Gastos de personal	333	685	452	947	381	395	5 183	8 376
Gastos derivados de las actividades	935	240	679	304	396	718	2 671	5 943
Total de gastos	**1 268**	**925**	**1 131**	**1 251**	**777**	**1 113**	**7 854**	**14 319**
Gastos como % del presupuesto aprobado	21%	28%	54%	24%	15%	20%	42%	31%
Gastos como % de los fondos disponibles	69%	55%	59%	51%	22%	53%	52%	50%
Gastos de personal por oficina principal	4%	8%	5%	11%	5%	5%	62%	100%

2.3 Violencia y traumatismos

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
2.3.1. Se habrán diseñado y aplicado planes y programas multisectoriales para prevenir traumatismos, con un énfasis especial en el logro de las metas establecidas en el marco del Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial 2011-2020	!	✓	✓	✓	✓	!	✓
2.3.2. Se habrá posibilitado que los países y los asociados elaboren y ejecuten programas y planes para prevenir los traumatismos en la infancia	!	✓	✓	✓	✓	X	✓
2.3.3. Se habrá facilitado la elaboración y aplicación de políticas y programas de prevención de la violencia contra las mujeres, los jóvenes y los niños	X	✓	✓	✓	✓	X	✓

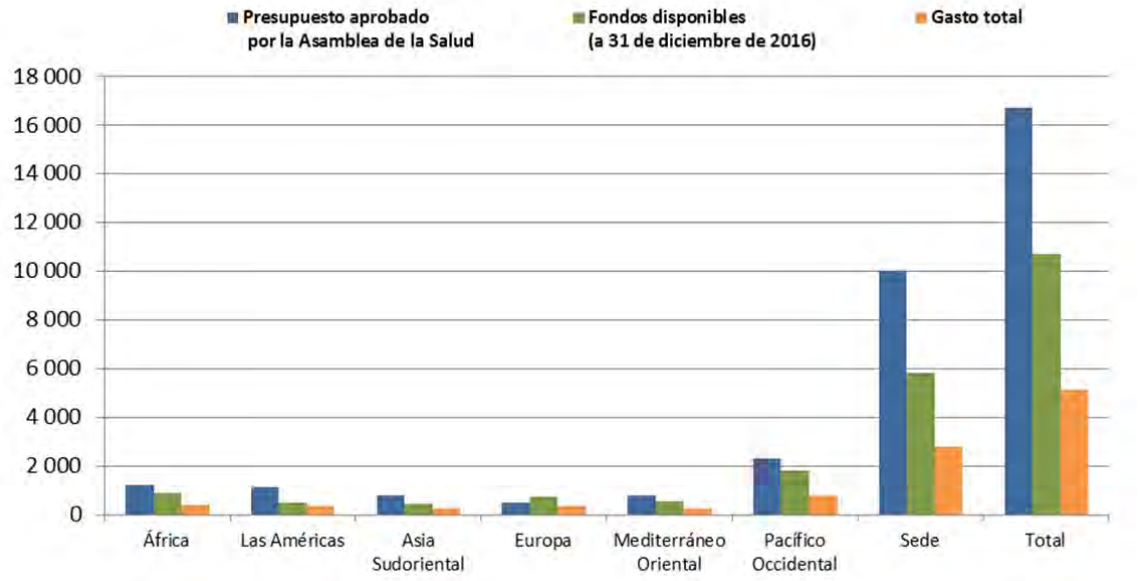


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	2 100	2 700	2 000	6 900	3 000	2 800	14 900	34 400
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	114	1 864	1 435	995	720	572	3 246	8 946
Contribuciones voluntarias para fines especificados	332	170	397	323	50	1 235	5 334	7 841
Total	**446**	**2 034**	**1 832**	**1 318**	**770**	**1 807**	**8 580**	**16 787**
Fondos disponibles como % del presupuesto	21%	75%	92%	19%	26%	65%	58%	49%
Gastos de personal	0	858	788	598	174	545	4 442	7 405
Gastos derivados de las actividades	398	149	598	186	191	624	1 615	3 761
Total de gastos	**398**	**1 007**	**1 386**	**784**	**365**	**1 169**	**6 057**	**11 166**
Gastos como % del presupuesto aprobado	19%	37%	69%	11%	12%	42%	41%	32%
Gastos como % de los fondos disponibles	89%	50%	76%	59%	47%	65%	71%	67%
Gastos de personal por oficina principal	0%	12%	11%	8%	2%	7%	60%	100%

2.4 Discapacidad y rehabilitación

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
2.4.1. Aplicación del Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad, de conformidad con las prioridades nacionales	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.4.2. Los países habrán podido reforzar la prevención y la atención clínica de las enfermedades oculares y óticas en el marco de los sistemas de salud	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

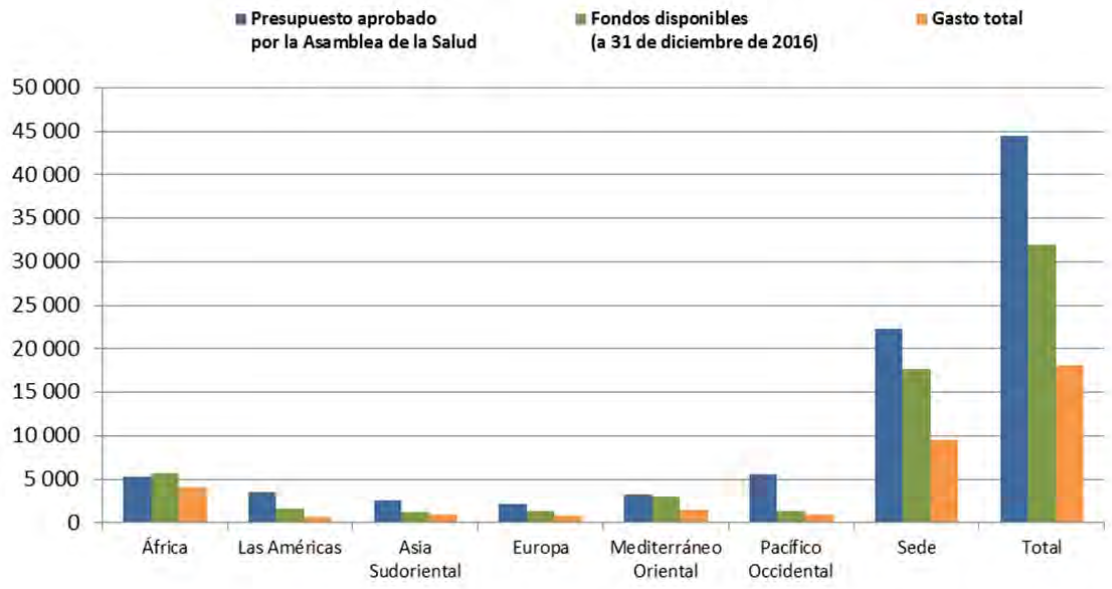


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	1 200	1 100	800	500	800	2 300	10 000	16 700
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	41	416	413	44	464	423	1 401	3 202
Contribuciones voluntarias para fines especificados	829	63	42	682	69	1 388	4 423	7 496
Total	**870**	**479**	**455**	**726**	**533**	**1 811**	**5 824**	**10 698**
Fondos disponibles como % del presupuesto	73%	44%	57%	145%	67%	79%	58%	64%
Gastos de personal	199	189	21	150	120	276	2 155	3 110
Gastos derivados de las actividades	185	136	230	201	130	499	616	1 997
Total de gastos	**384**	**325**	**251**	**351**	**250**	**775**	**2 771**	**5 107**
Gastos como % del presupuesto aprobado	32%	30%	31%	70%	31%	34%	28%	31%
Gastos como % de los fondos disponibles	44%	68%	55%	48%	47%	43%	48%	48%
Gastos de personal por oficina principal	6%	6%	1%	5%	4%	9%	69%	100%

2.5 Nutrición

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
2.5.1. Se habrá posibilitado la formulación, la aplicación y el seguimiento por los países de planes de acción basados en el plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, en el que se tiene en cuenta la doble carga de la malnutrición	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.5.2. Se habrán elaborado reglamentaciones, normas y opciones normativas que promuevan objetivos dietéticos para la población e intervenciones costoeficaces para hacer frente a la doble carga de la malnutrición, que los países habrán adoptado al elaborar directrices y leyes nacionales que propicien la adopción de medidas nutricionales eficaces	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓

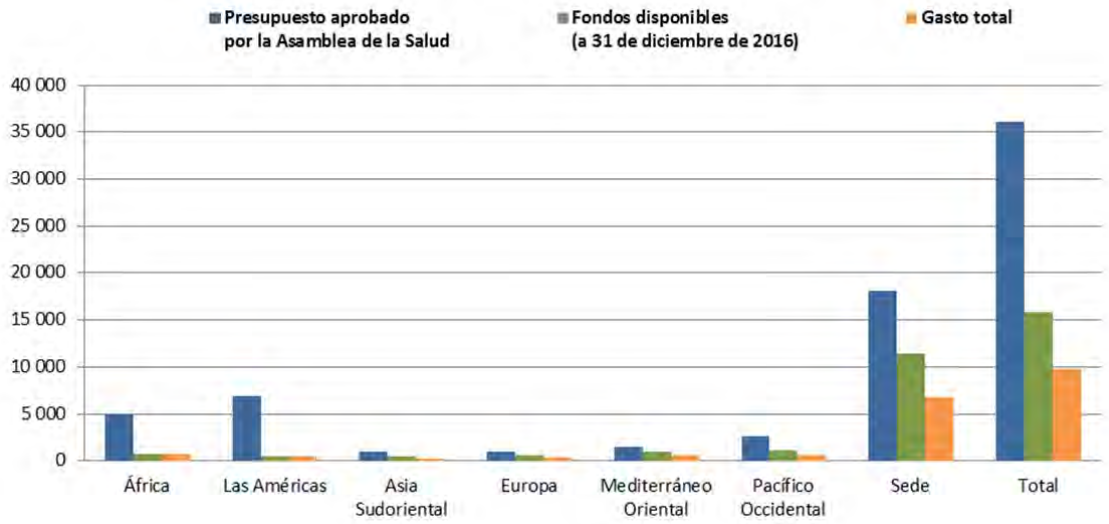


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	5 300	3 500	2 600	2 100	3 200	5 500	22 300	44 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	1 238	1 334	1 216	705	787	607	4 849	10 736
Contribuciones voluntarias para fines especificados	4 500	315	8	623	2 237	778	12 820	21 281
Total	**5 738**	**1 649**	**1 224**	**1 328**	**3 024**	**1 385**	**17 669**	**32 017**
Fondos disponibles como % del presupuesto	108%	47%	47%	63%	95%	25%	79%	72%
Gastos de personal	1 315	201	413	387	567	294	6 216	9 393
Gastos derivados de las actividades	2 672	390	460	375	890	599	3 259	8 645
Total de gastos	**3 987**	**591**	**873**	**762**	**1 457**	**893**	**9 475**	**18 038**
Gastos como % del presupuesto aprobado	75%	17%	34%	36%	46%	16%	42%	41%
Gastos como % de los fondos disponibles	69%	36%	71%	57%	48%	64%	54%	56%
Gastos de personal por oficina principal	14%	2%	4%	4%	6%	3%	66%	100%

2.6 Inocuidad de los alimentos

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
2.6.1. Asistencia técnica a los Estados Miembros para que puedan controlar el riesgo y reducir la carga de enfermedades de transmisión alimentaria	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.6.2. Formulación de Normas internacionales, facilitación de asesoramiento científico y establecimiento de una plataforma mundial de intercambio de información para gestionar eficazmente los riesgos de origen alimentario, además de la coordinación necesaria para promover la colaboración multisectorial	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓

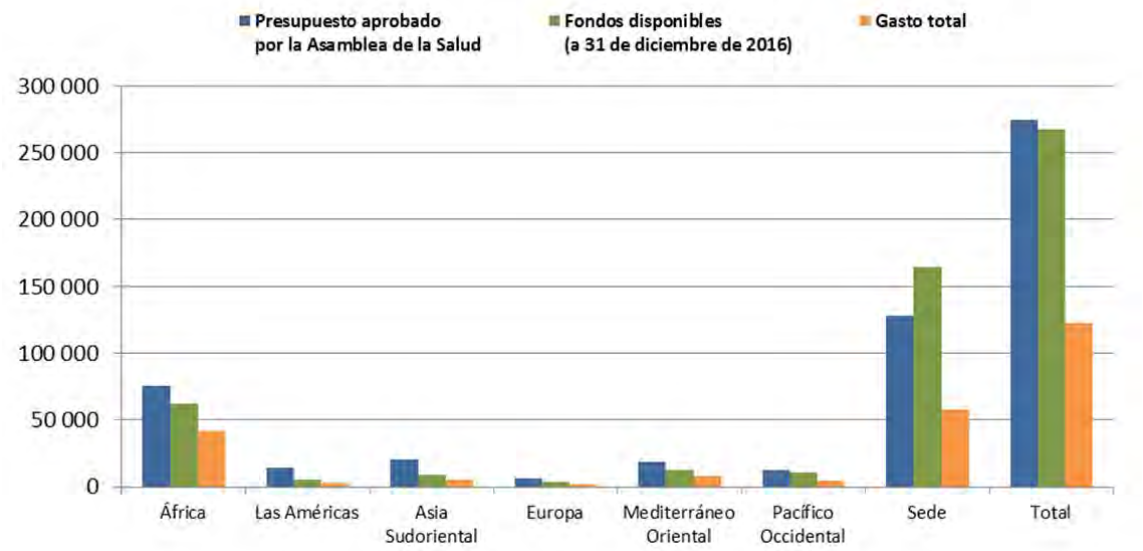


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	5 000	6 900	1 000	1 000	1 500	2 600	18 100	36 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	535	363	434	466	1 025	576	3 769	7 168
Contribuciones voluntarias para fines especificados	219	52	28	107	0	553	7 694	8 653
Total	**754**	**415**	**462**	**573**	**1 025**	**1 129**	**11 463**	**15 821**
Fondos disponibles como % del presupuesto	15%	6%	46%	57%	68%	43%	63%	44%
Gastos de personal	389	28	0	210	512	303	4 642	6 084
Gastos derivados de las actividades	373	449	280	132	79	253	2 112	3 678
Total de gastos	**762**	**477**	**280**	**342**	**591**	**556**	**6 754**	**9 762**
Gastos como % del presupuesto aprobado	15%	7%	28%	34%	39%	21%	37%	27%
Gastos como % de los fondos disponibles	101%	115%	61%	60%	58%	49%	59%	62%
Gastos de personal por oficina principal	6%	0%	0%	3%	8%	5%	76%	100%

3.1 Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
3.1.1. Se habrá posibilitado a los países la mejora de la calidad de las intervenciones eficaces para poner fin a las muertes maternas, perinatales y neonatales, y una mayor ampliación del acceso a las mismas 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 posibilitado que los países apliquen y hagan un seguimiento de planes estratégicos integrados a favor de la salud del recién nacido y el niño, centrándose en la ampliación del acceso a intervenciones de alta calidad para mejorar el desarrollo del niño en la primera infancia y poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños por neumonía, diarrea y otras afecciones	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓
3.1.3. Se habrá posibilitado la aplicación y el seguimiento por los países de intervenciones eficaces para satisfacer las necesidades desatendidas en materia de salud sexual y reproductiva	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.4. Se habrán realizado investigaciones y se habrán generado y sintetizado datos probatorios para diseñar intervenciones clave en materia de salud materna, del recién nacido, el niño y el adolescente, así como en relación con otras afecciones y problemas conexos	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.5. Se habrá posibilitado la aplicación y el seguimiento por los países de políticas y estrategias integradas para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes y reducir los comportamientos de riesgo entre los adolescentes	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓
3.1.6. Se habrán realizado investigaciones y se habrá reforzado la capacidad de investigación sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la salud materna y perinatal, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del aborto peligroso, la infertilidad, la salud sexual, la mutilación genital femenina, la violencia contra la mujer, y la salud sexual y reproductiva en entornos humanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

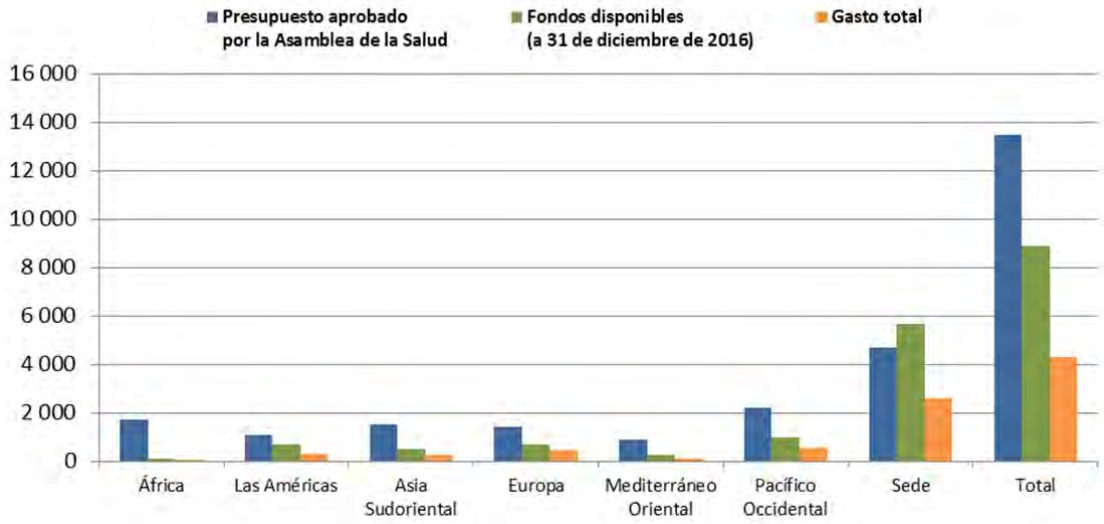


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	75 200	14 400	20 100	6 500	18 400	12 200	127 900	274 700
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	11 503	5 372	5 885	2 475	6 637	2 780	14 465	49 117
Contribuciones voluntarias para fines especificados	51 046	226	2 937	1 036	5 760	7 755	149 892	218 652
Total	**62 549**	**5 598**	**8 822**	**3 511**	**12 397**	**10 535**	**164 357**	**267 769**
Fondos disponibles como % del presupuesto	83%	39%	44%	54%	67%	86%	129%	97%
Gastos de personal	11 581	1 456	1 985	1 308	3 141	2 079	25 137	46 687
Gastos derivados de las actividades	30 127	1 332	3 651	884	4 497	2 805	32 991	76 287
Total de gastos	**41 708**	**2 788**	**5 636**	**2 192**	**7 638**	**4 884**	**58 128**	**122 974**
Gastos como % del presupuesto aprobado	55%	19%	28%	34%	42%	40%	45%	45%
Gastos como % de los fondos disponibles	67%	50%	64%	62%	62%	46%	35%	46%
Gastos de personal por oficina principal	25%	3%	4%	3%	7%	4%	54%	100%

3.2 Envejecimiento y salud

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
3.2.1. Se habrá brindado apoyo a los países para que formulen políticas y estrategias que fomenten un envejecimiento saludable y activo	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2.2. Se habrá posibilitado que los países presten servicios integrados y centrados en la persona que satisfagan las necesidades de las mujeres y hombres de edad en entornos de ingresos bajos, medianos y altos	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓
3.2.3. Se habrá reforzado la base de datos probatorios y se habrán establecido mecanismos de seguimiento y evaluación para abordar cuestiones fundamentales relacionadas con la salud de las personas de edad	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

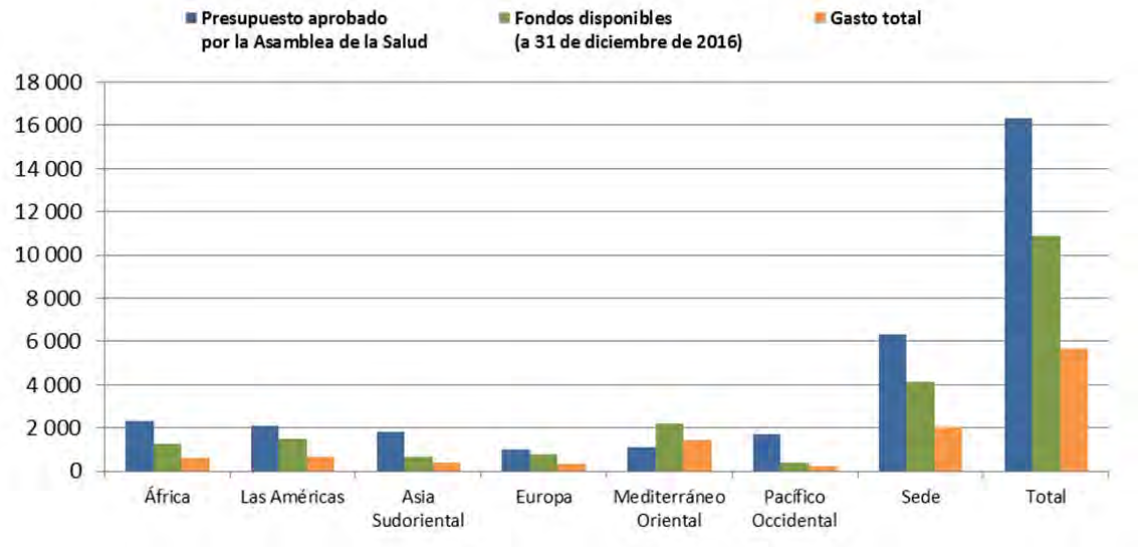


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	1 700	1 100	1 500	1 400	900	2 200	4 700	13 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	86	685	450	543	268	765	3 482	6 279
Contribuciones voluntarias para fines especificados	0	0	30	159	0	221	2 186	2 596
Total	86	685	480	702	268	986	5 668	8 875
Fondos disponibles como % del presupuesto	5%	62%	32%	50%	30%	45%	121%	66%
Gastos de personal	0	197	59	310	51	330	2 077	3 024
Gastos derivados de las actividades	59	118	168	142	34	231	506	1 258
Total de gastos	59	315	227	452	85	561	2 583	4 282
Gastos como % del presupuesto aprobado	3%	29%	15%	32%	9%	26%	55%	32%
Gastos como % de los fondos disponibles	69%	46%	47%	64%	32%	57%	46%	48%
Gastos de personal por oficina principal	0%	7%	2%	10%	2%	11%	69%	100%

3.3 Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
3.3.1. Se habrá incorporado una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en los mecanismos institucionales y los productos entregables de los programas de la OMS	!	✓	✓	✓	✓	!	✓
3.3.2. Se habrá posibilitado que los países incorporen una perspectiva de género, equidad y derechos humanos a sus políticas y programas sanitarios y hagan un seguimiento al respecto	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

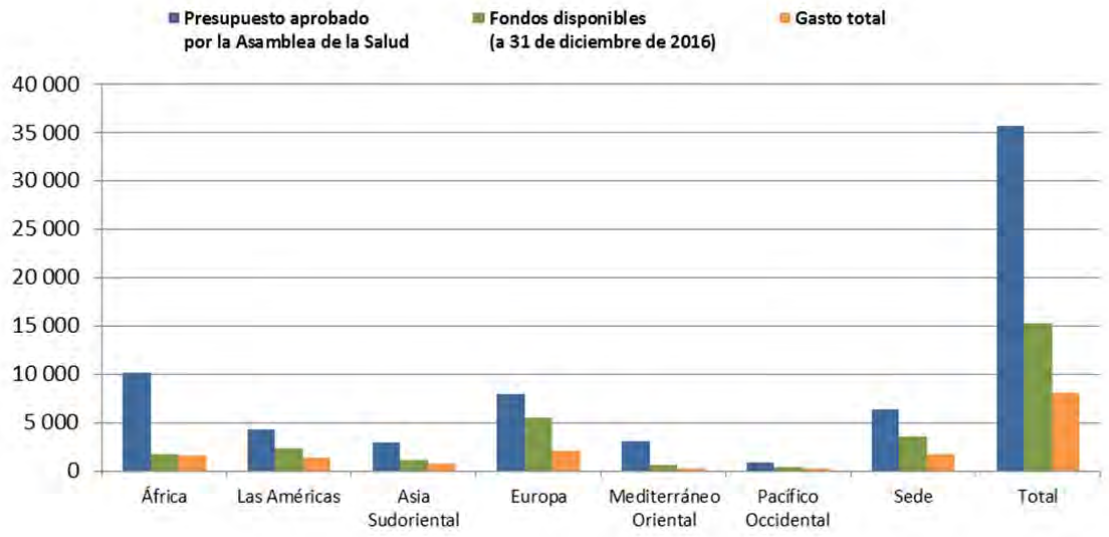


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	2 300	2 100	1 800	1 000	1 100	1 700	6 300	16 300
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	859	1 482	604	733	219	183	3 184	7 264
Contribuciones voluntarias para fines especificados	431	2	33	20	1 983	204	921	3 594
Total	**1 290**	**1 484**	**637**	**753**	**2 202**	**387**	**4 105**	**10 858**
Fondos disponibles como % del presupuesto	56%	71%	35%	75%	200%	23%	65%	67%
Gastos de personal	169	255	151	250	131	1	1 565	2 522
Gastos derivados de las actividades	445	416	264	71	1 283	207	477	3 163
Total de gastos	**614**	**671**	**415**	**321**	**1 414**	**208**	**2 042**	**5 685**
Gastos como % del presupuesto aprobado	27%	32%	23%	32%	129%	12%	32%	35%
Gastos como % de los fondos disponibles	48%	45%	65%	43%	64%	54%	50%	52%
Gastos de personal por oficina principal	7%	10%	6%	10%	5%	0%	62%	100%

3.4 Determinantes sociales de la salud

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
3.4.1. Se habrán mejorado las políticas, las capacidades y las actividades intersectoriales de los países para abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades sociales mediante la adopción de un enfoque de integración de la salud en todas las políticas, de gobernanza y de cobertura sanitaria universal en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓
3.4.2. Se habrá incorporado un enfoque relativo a los determinantes sociales de la salud en los programas y estrategias nacionales, regionales y mundiales sobre la salud y en la OMS con el fin de mejorar la salud y reducir las desigualdades sanitarias	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓
3.4.3. Se habrá hecho un seguimiento de las tendencias y los progresos realizados respecto de las medidas relativas a los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, en particular en el marco de la cobertura sanitaria universal, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

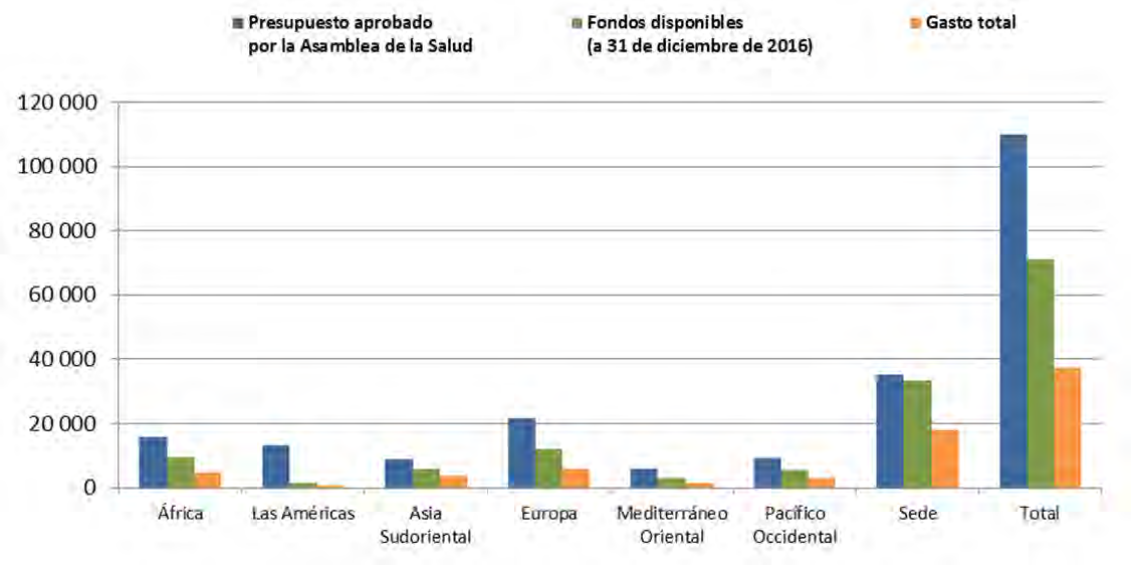


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	10 200	4 300	2 900	7 900	3 000	900	6 400	35 600
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	1 410	2 324	1 134	1 409	489	276	3 198	10 240
Contribuciones voluntarias para fines especificados	348	0	0	4 047	145	117	365	5 022
Total	**1 758**	**2 324**	**1 134**	**5 456**	**634**	**393**	**3 563**	**15 262**
Fondos disponibles como % del presupuesto	17%	54%	39%	69%	21%	44%	56%	43%
Gastos de personal	1 186	895	435	1 481	99	149	1 425	5 670
Gastos derivados de las actividades	461	425	334	658	158	66	308	2 410
Total de gastos	**1 647**	**1 320**	**769**	**2 139**	**257**	**215**	**1 733**	**8 080**
Gastos como % del presupuesto aprobado	16%	31%	27%	27%	9%	24%	27%	23%
Gastos como % de los fondos disponibles	94%	57%	68%	39%	41%	55%	49%	53%
Gastos de personal por oficina principal	21%	16%	8%	26%	2%	3%	25%	100%

3.5 Salud y medio ambiente

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
3.5.1. Se habrá posibilitado que los países evalúen los riesgos sanitarios y formulen y apliquen políticas, estrategias o reglamentos de prevención, mitigación y gestión de las repercusiones sanitarias de los riesgos medioambientales y ocupacionales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.2. Se habrán elaborado normas, criterios y directrices sobre los riesgos y beneficios medioambientales y ocupacionales para la salud derivados, por ejemplo, de la contaminación atmosférica y sonora, los productos químicos, los desechos, los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, la radiación, las nanotecnologías y el cambio climático	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.3. Se habrán abordado objetivos de salud pública en aplicación de acuerdos y convenios multilaterales sobre medio ambiente y en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la agenda para el desarrollo después de 2015	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

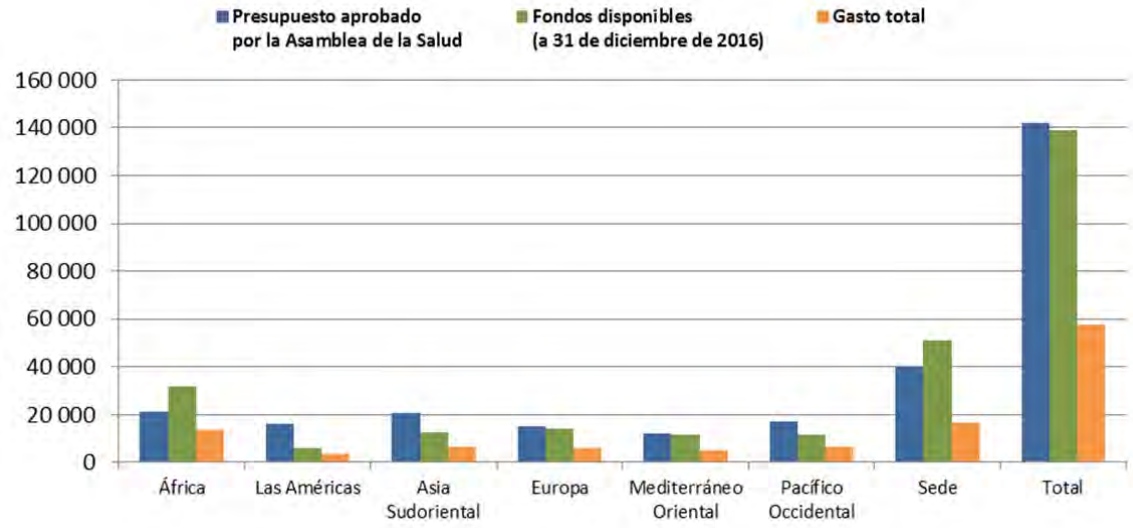


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	15 800	13 300	8 800	21 500	6 000	9 300	35 300	110 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	2 447	977	2 498	1 214	2 760	1 885	8 440	20 221
Contribuciones voluntarias para fines especificados	6 965	373	3 449	11 014	346	3 618	25 059	50 824
Total	**9 412**	**1 350**	**5 947**	**12 228**	**3 106**	**5 503**	**33 499**	**71 045**
Fondos disponibles como % del presupuesto	60%	10%	68%	57%	52%	59%	95%	65%
Gastos de personal	1 524	362	1 193	4 064	1 195	1 566	10 926	20 830
Gastos derivados de las actividades	3 102	435	2 497	1 810	409	1 479	6 911	16 643
Total de gastos	**4 626**	**797**	**3 690**	**5 874**	**1 604**	**3 045**	**17 837**	**37 473**
Gastos como % del presupuesto aprobado	29%	6%	42%	27%	27%	33%	51%	34%
Gastos como % de los fondos disponibles	49%	59%	62%	48%	52%	55%	53%	53%
Gastos de personal por oficina principal	7%	2%	6%	20%	6%	8%	52%	100%

4.1 Políticas, estrategias y planes nacionales de salud

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
4.1.1. Se habrá mejorado la capacidad de gobernanza de los países para formular, aplicar y examinar políticas, estrategias y planes nacionales integrales de salud (incluidas las actividades multisectoriales, la inclusión de la salud en todas las políticas y las políticas de fomento de la equidad)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.2. Se habrán mejorado las estrategias nacionales de financiación sanitaria destinadas a promover la cobertura sanitaria universal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

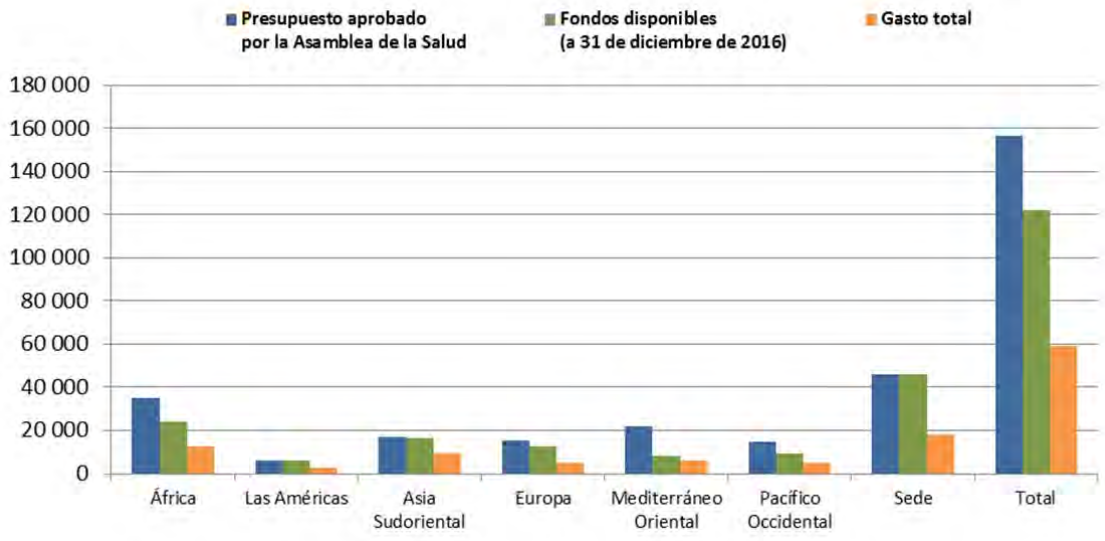


2016–2017 (US$ 000)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	21 000	16 100	20 800	15 000	12 200	17 000	40 000	142 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	6 698	4 871	9 709	4 680	4 971	6 579	9 782	47 290
Contribuciones voluntarias para fines especificados	25 317	1 062	2 616	9 546	6 708	5 121	41 398	91 768
Total	**32 015**	**5 933**	**12 325**	**14 226**	**11 679**	**11 700**	**51 180**	**139 058**
Fondos disponibles como % del presupuesto	152%	37%	59%	95%	96%	69%	128%	98%
Gastos de personal	6 674	1 845	4 124	3 336	2 204	3 575	10 854	32 612
Gastos derivados de las actividades	7 071	1 447	2 605	2 646	2 681	2 870	5 639	24 959
Total de gastos	**13 745**	**3 292**	**6 729**	**5 982**	**4 885**	**6 445**	**16 493**	**57 571**
Gastos como % del presupuesto aprobado	65%	20%	32%	40%	40%	38%	41%	41%
Gastos como % de los fondos disponibles	43%	55%	55%	42%	42%	55%	32%	41%
Gastos de personal por oficina principal	20%	6%	13%	10%	7%	11%	33%	100%

4.2 Servicios de salud integrados y centrados en la persona

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
4.2.1. Se habrán establecido en los países sistemas de prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona y se habrán fortalecido los enfoques de la salud pública	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓
4.2.2. Se habrán aplicado en los países estrategias relativas al personal sanitario orientadas hacia el logro de la cobertura sanitaria universal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.2.3. Se habrá capacitado a los países en el mejoramiento de la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios, y en el empoderamiento de los pacientes en el contexto de la cobertura sanitaria universal	!	✓	✓	✓	✓	!	✓

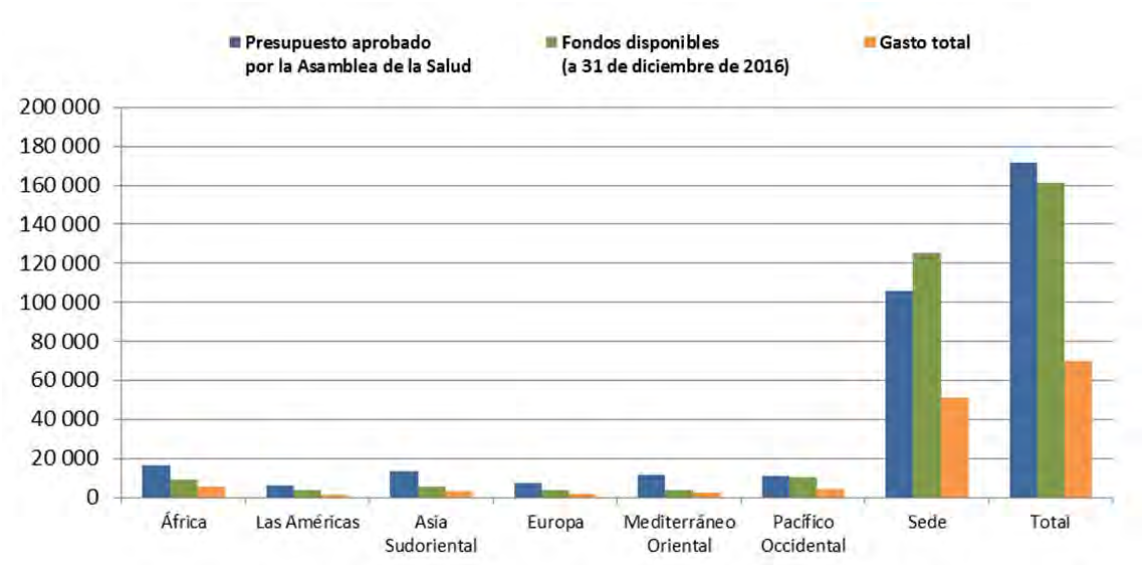


2016–2017 (US$ 000)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	35 000	6 300	17 200	15 400	21 800	14 900	45 900	156 500
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	6 681	6 052	7 849	4 084	6 146	5 607	12 858	49 277
Contribuciones voluntarias para fines especificados	17 325	15	8 437	8 361	1 880	3 848	33 168	73 034
Total	**24 006**	**6 067**	**16 286**	**12 445**	**8 026**	**9 455**	**46 026**	**122 311**
Fondos disponibles como % del presupuesto	69%	96%	95%	81%	37%	63%	100%	78%
Gastos de personal	6 928	1 930	2 162	2 774	2 489	2 162	12 573	31 018
Gastos derivados de las actividades	5 600	992	7 172	2 380	3 500	2 841	5 558	28 043
Total de gastos	**12 528**	**2 922**	**9 334**	**5 154**	**5 989**	**5 003**	**18 131**	**59 061**
Gastos como % del presupuesto aprobado	36%	46%	54%	33%	27%	34%	40%	38%
Gastos como % de los fondos disponibles	52%	48%	57%	41%	75%	53%	39%	48%
Gastos de personal por oficina principal	22%	6%	7%	9%	8%	7%	41%	100%

4.3 Acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
4.3.1. Se habrá posibilitado que los países elaboren o actualicen, apliquen, vigilen y evalúen las políticas nacionales sobre la mejora del acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias y refuercen su selección basada en criterios científicos y su uso racional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.3.2. Aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	!	✓	✓	✓	!	✓	✓
4.3.3. Se habrá mejorado la calidad y la seguridad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias mediante la elaboración de normas, criterios y directrices, el fortalecimiento de los sistemas de reglamentación y la precalificación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

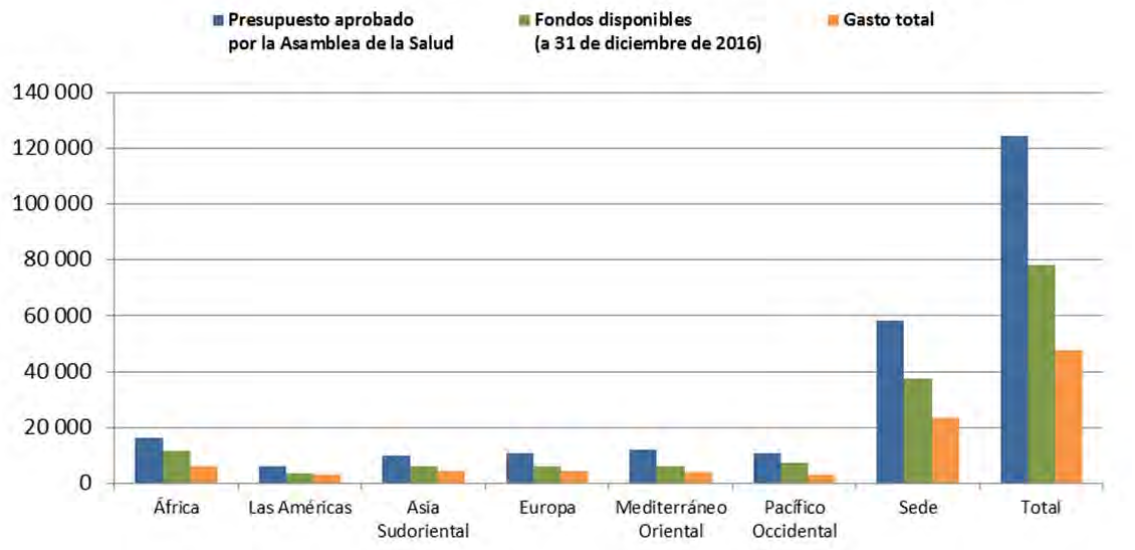


2016–2017 (US$ 000)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	16 600	6 200	13 100	7 100	11 700	11 200	105 700	171 600
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	3 037	3 655	4 379	1 553	2 738	3 042	19 577	37 981
Contribuciones voluntarias para fines especificados	5 885	34	893	2 057	1 127	7 313	105 933	123 242
Total	**8 922**	**3 689**	**5 272**	**3 610**	**3 865**	**10 355**	**125 510**	**161 223**
Fondos disponibles como % del presupuesto	54%	60%	40%	51%	33%	92%	119%	94%
Gastos de personal	2 769	929	1 494	909	1 148	1 565	34 775	43 589
Gastos derivados de las actividades	2 537	531	1 741	788	1 248	2 941	16 490	26 276
Total de gastos	**5 306**	**1 460**	**3 235**	**1 697**	**2 396**	**4 506**	**51 265**	**69 865**
Gastos como % del presupuesto aprobado	32%	24%	25%	24%	20%	40%	49%	41%
Gastos como % de los fondos disponibles	59%	40%	61%	47%	62%	44%	41%	43%
Gastos de personal por oficina principal	6%	2%	3%	2%	3%	4%	80%	100%

4.4 Información y datos científicos sobre los sistemas de salud

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
4.4.1. Vigilancia integral de la situación, las tendencias, las desigualdades y los determinantes de la salud a nivel mundial, regional y nacional aplicando criterios mundiales, incluido el acopio y el análisis de datos para corregir las deficiencias y evaluar el desempeño del sistema	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.4.2. Se habrá posibilitado que los países planifiquen, elaboren y apliquen una estrategia de cibersalud	✓	✓	✓	✓	!	✓	X
4.4.3. Se habrán elaborado políticas, instrumentos, redes y recursos sobre gestión del conocimiento que son utilizados por la OMS y los países para reforzar su capacidad de generar, compartir y aplicar conocimientos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.4.4. Se habrán proporcionado opciones normativas, instrumentos y apoyo técnico para promover la investigación sanitaria y abordar cuestiones éticas en el ámbito de la investigación y la salud pública	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

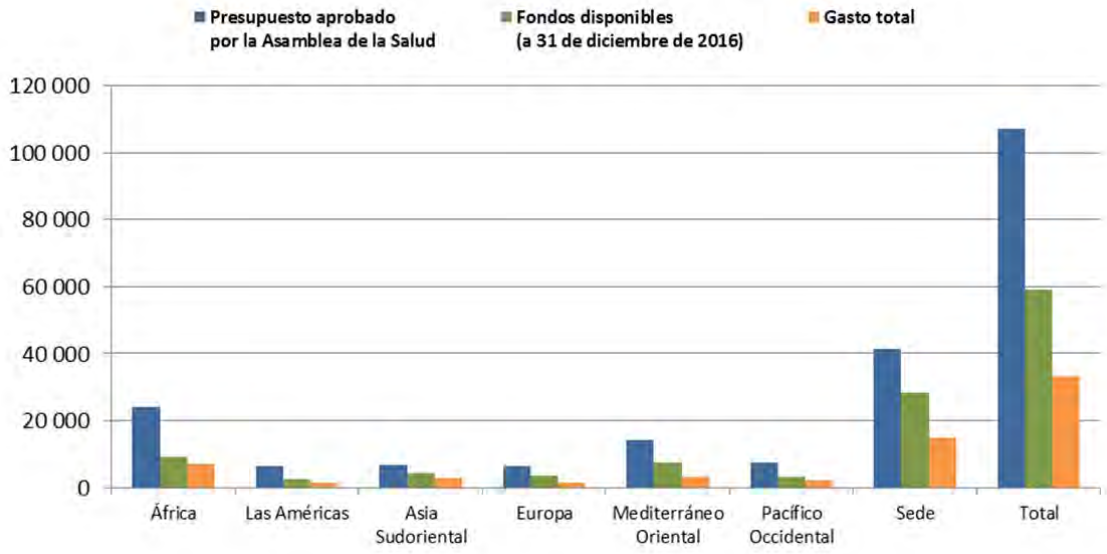


2016–2017 (US$ 000)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	16 400	6 200	10 000	10 700	11 900	10 800	58 300	124 300
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	2 992	3 156	4 685	5 708	5 506	2 934	22 983	47 964
Contribuciones voluntarias para fines especificados	8 741	526	1 352	409	574	4 290	14 445	30 337
Total	**11 733**	**3 682**	**6 037**	**6 117**	**6 080**	**7 224**	**37 428**	**78 301**
Fondos disponibles como % del presupuesto	72%	59%	60%	57%	51%	67%	64%	63%
Gastos de personal	3 211	1 298	2 139	2 579	2 280	1 347	19 896	32 750
Gastos derivados de las actividades	2 645	1 587	2 369	1 592	1 571	1 726	3 363	14 853
Total de gastos	**5 856**	**2 885**	**4 508**	**4 171**	**3 851**	**3 073**	**23 259**	**47 603**
Gastos como % del presupuesto aprobado	36%	47%	45%	39%	32%	28%	40%	38%
Gastos como % de los fondos disponibles	50%	78%	75%	68%	63%	43%	62%	61%
Gastos de personal por oficina principal	10%	4%	7%	8%	7%	4%	61%	100%

E.1 Gestión de riesgos de infecciones

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
E.1.1 Establecimiento de estrategias, planes y capacidades para el control de enfermedades como el cólera, las fiebres hemorrágicas víricas, la meningitis y la gripe y aquellas debidas a patógenos emergentes y reemergentes transmitidos por vectores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.1.2 Establecimiento de redes de expertos mundiales y mecanismos innovadores para gestionar los peligros infecciosos nuevos o emergentes que suponen grandes amenazas (por ejemplo, en los ámbitos de la atención clínica, los laboratorios, las ciencias sociales y el modelado de datos)	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓

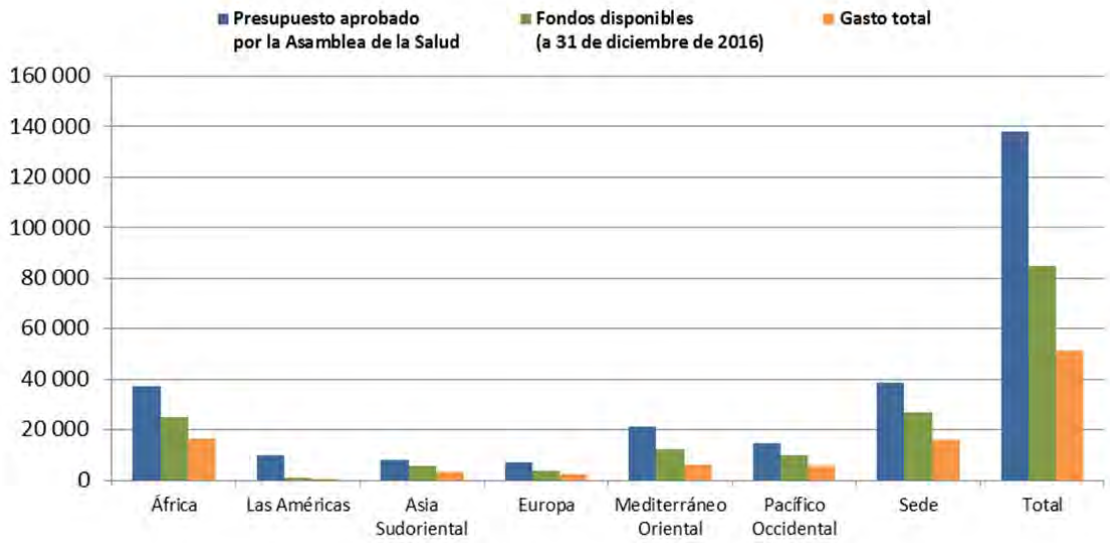


2016–2017 (US$ 000)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	24 200	6 500	6 900	6 500	14 300	7 500	41 300	107 200
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	1 918	2 211	1 286	1 182	1 784	854	4 442	13 677
Contribuciones voluntarias para fines especificados	7 333	506	3 096	2 606	5 729	2 358	23 923	45 551
Total	9 251	2 717	4 382	3 788	7 513	3 212	28 365	59 228
Fondos disponibles como % del presupuesto	38%	42%	64%	58%	53%	43%	69%	55%
Gastos de personal	1 578	557	821	850	978	1 285	10 490	16 559
Gastos derivados de las actividades	5 600	945	2 215	676	2 162	912	4 303	16 813
Total de gastos	7 178	1 502	3 036	1 526	3 140	2 197	14 793	33 372
Gastos como % del presupuesto aprobado	30%	23%	44%	23%	22%	29%	36%	31%
Gastos como % de los fondos disponibles	78%	55%	69%	40%	42%	68%	52%	56%
Gastos de personal por oficina principal	10%	3%	5%	5%	6%	8%	63%	100%

E.2 Preparación de los países para las emergencias sanitarias y Reglamento Sanitario Internacional (2005)

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
E.2.1 Evaluación independiente de las capacidades básicas de los países respecto de la preparación ante emergencias sanitarias y el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y elaboración de planes nacionales de acción	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.2.2 Fortalecimiento en todos los países de las capacidades básicas esenciales en relación con la preparación ante emergencias sanitarias y el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.2.3 Aplicación y puesta a prueba de planes de preparación operacional (de la OMS y los asociados) para detectar amenazas específicas en países muy vulnerables	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.2.4 Prestación de apoyo por la Secretaría para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

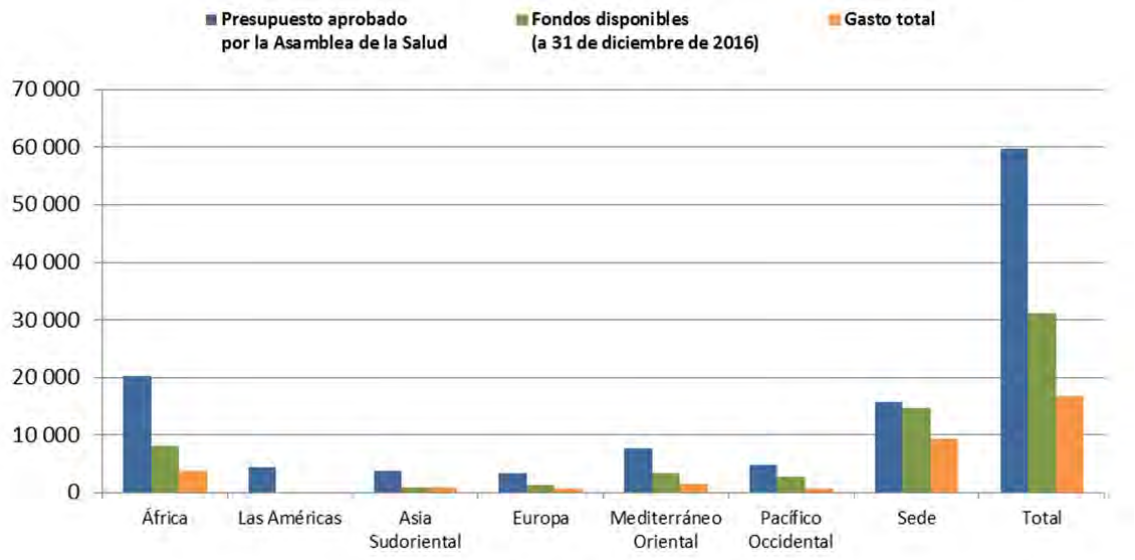


2016–2017 (US$ 000)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	37 400	10 100	8 200	7 400	21 300	14 800	38 900	138 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	4 329	856	4 009	1 590	3 991	2 273	6 455	23 503
Contribuciones voluntarias para fines especificados	20 712	67	1 583	2 451	8 314	7 775	20 676	61 578
Total	25 041	923	5 592	4 041	12 305	10 048	27 131	85 081
Fondos disponibles como % del presupuesto	67%	9%	68%	55%	58%	68%	70%	62%
Gastos de personal	7 635	178	1 709	1 408	3 051	3 099	9 683	26 763
Gastos derivados de las actividades	8 974	287	1 791	1 243	3 158	2 838	6 364	24 655
Total de gastos	16 609	465	3 500	2 651	6 209	5 937	16 047	51 418
Gastos como % del presupuesto aprobado	44%	5%	43%	36%	29%	40%	41%	37%
Gastos como % de los fondos disponibles	66%	50%	63%	66%	50%	59%	59%	60%
Gastos de personal por oficina principal	29%	1%	6%	5%	11%	12%	36%	100%

E.3 Información sobre emergencias sanitarias y evaluación de riesgos

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
E.3.1 Detección de nuevos eventos y evaluación de los riesgos para la salud pública	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.3.2 Disponibilidad de información fiable y actualizada útil para llevar a cabo intervenciones de salud pública y seguimiento de las operaciones de respuesta	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓
E.3.3 Notificación puntual de la información exacta sobre las emergencias	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓

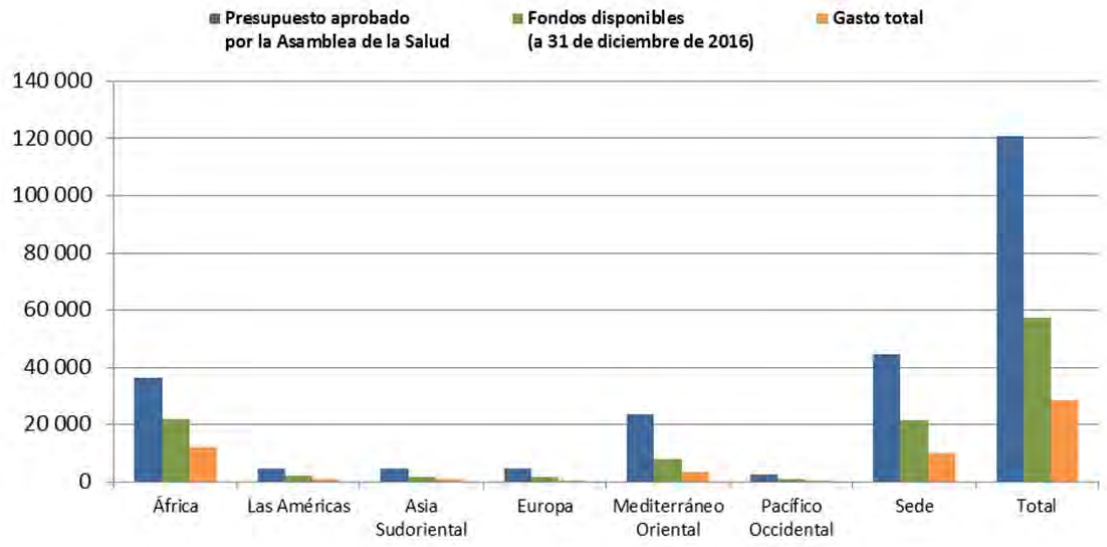


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	20 200	4 400	3 700	3 400	7 600	4 700	15 800	59 800
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud								
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)	1 036	0	811	779	1 156	320	6 004	10 106
Fondos flexibles	7 100	0	96	451	2 207	2 494	8 737	21 085
Contribuciones voluntarias para fines especificados	**8 136**	**0**	**907**	**1 230**	**3 363**	**2 814**	**14 741**	**31 191**
Total	40%	0%	25%	36%	44%	60%	93%	52%
Fondos disponibles como % del presupuesto	935	0	429	611	540	416	9 081	12 012
Gastos de personal	2 779	0	404	25	890	338	292	4 728
Gastos derivados de las actividades	**3 714**	**0**	**833**	**636**	**1 430**	**754**	**9 373**	**16 740**
Total de gastos	18%	0%	23%	19%	19%	16%	59%	28%
Gastos como % del presupuesto aprobado	46%	0%	92%	52%	43%	27%	64%	54%
Gastos como % de los fondos disponibles	8%	0%	4%	5%	4%	3%	76%	100%
Gastos de personal por oficina principal	8%	0%	4%	5%	4%	3%	76%	100%

E.4 Operaciones de emergencia

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
E.4.1 Gestión eficaz de las operaciones de emergencia en apoyo de la respuesta nacional o local	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.4.2 Coordinación eficaz de la respuesta colectiva de los asociados operacionales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.4.3 Establecimiento rápido y mantenimiento del apoyo logístico y operacional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
E.4.4 Subsanación de las deficiencias prioritarias en materia de políticas y orientaciones humanitarias, con especial atención a la salud	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	✓

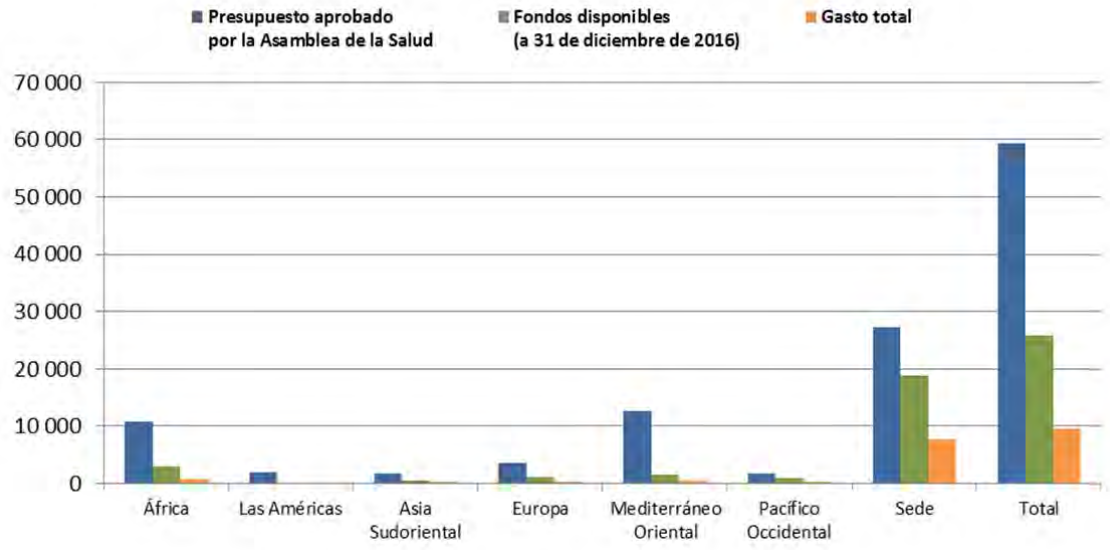


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	36 200	4 600	4 600	4 500	23 500	2 700	44 600	120 700
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	5 688	1 485	688	1 005	4 278	494	7 249	20 887
Contribuciones voluntarias para fines especificados	16 163	579	947	575	3 717	472	14 221	36 674
Total	**21 851**	**2 064**	**1 635**	**1 580**	**7 995**	**966**	**21 470**	**57 561**
Fondos disponibles como % del presupuesto	60%	45%	36%	35%	34%	36%	48%	48%
Gastos de personal	3 166	429	394	265	1 031	309	7 512	13 106
Gastos derivados de las actividades	8 759	696	595	258	2 358	192	2 554	15 412
Total de gastos	**11 925**	**1 125**	**989**	**523**	**3 389**	**501**	**10 066**	**28 518**
Gastos como % del presupuesto aprobado	33%	24%	22%	12%	14%	19%	23%	24%
Gastos como % de los fondos disponibles	55%	55%	60%	33%	42%	52%	47%	50%
Gastos de personal por oficina principal	24%	3%	3%	2%	8%	2%	57%	100%

E.5 Servicios básicos de emergencia

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
E.5.1 Gestión eficaz del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, y dotación de personal suficiente y sostenible	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.5.2 Comunicación y movilización de recursos eficaces	✓	✓	✓	✓	!	✓	!
E.5.3 Liderazgo, planificación y gestión eficaces del desempeño	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

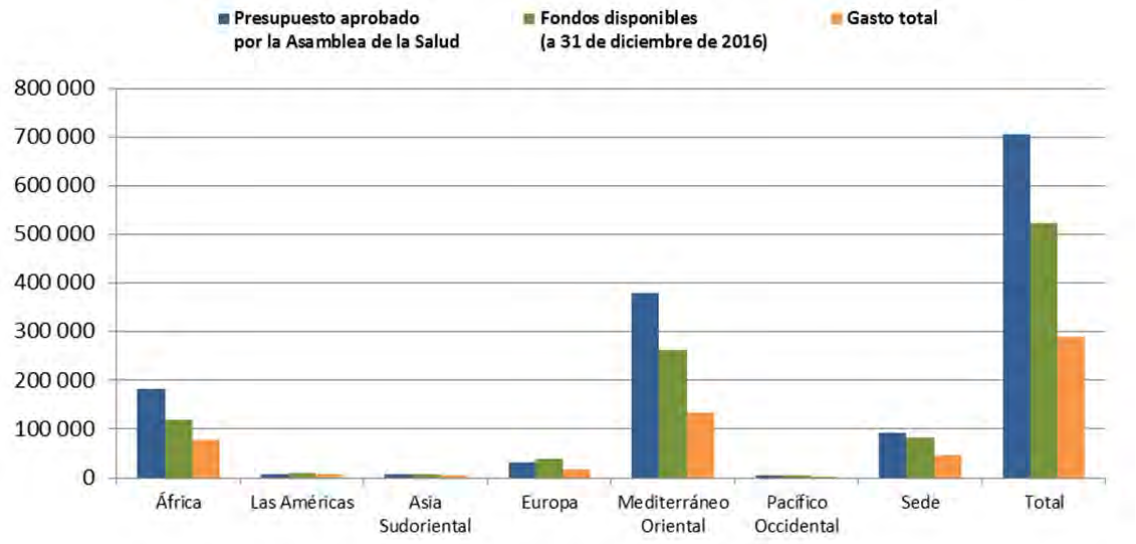


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	10 700	1 900	1 700	3 500	12 600	1 700	27 200	59 300
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	2 520	0	499	833	948	528	8 455	13 783
Contribuciones voluntarias para fines especificados	404	0	37	149	583	316	10 426	11 915
Total	**2 924**	**0**	**536**	**982**	**1 531**	**844**	**18 881**	**25 698**
Fondos disponibles como % del presupuesto	27%	0%	32%	28%	12%	50%	69%	43%
Gastos de personal	639	0	255	199	547	246	7 503	9 389
Gastos derivados de las actividades	1	0	0	0	0	3	156	160
Total de gastos	**640**	**0**	**255**	**199**	**547**	**249**	**7 659**	**9 549**
Gastos como % del presupuesto aprobado	6%	0%	15%	6%	4%	15%	28%	16%
Gastos como % de los fondos disponibles	22%	0%	48%	20%	36%	30%	41%	37%
Gastos de personal por oficina principal	7%	0%	3%	2%	6%	3%	80%	100%

E.6 Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
E.6.1 Se habrá aplicado en Marco de Respuesta a las Emergencias en emergencias y desastres agudos e imprevistos con consecuencias para la salud pública	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.6. En emergencias prolongadas, puesta en marcha de actividades que salvan vidas y subsanan deficiencias en calidad de «proveedor de último recurso», e inclusión de dichas actividades en los planes de respuesta del sector de la salud y en las peticiones de asistencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E.6.3 En los países que se están recuperando de emergencias y desastres graves, puesta en marcha de las actividades sanitarias de recuperación temprana definidas en los planes de recuperación del sector de la salud y en las peticiones de asistencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

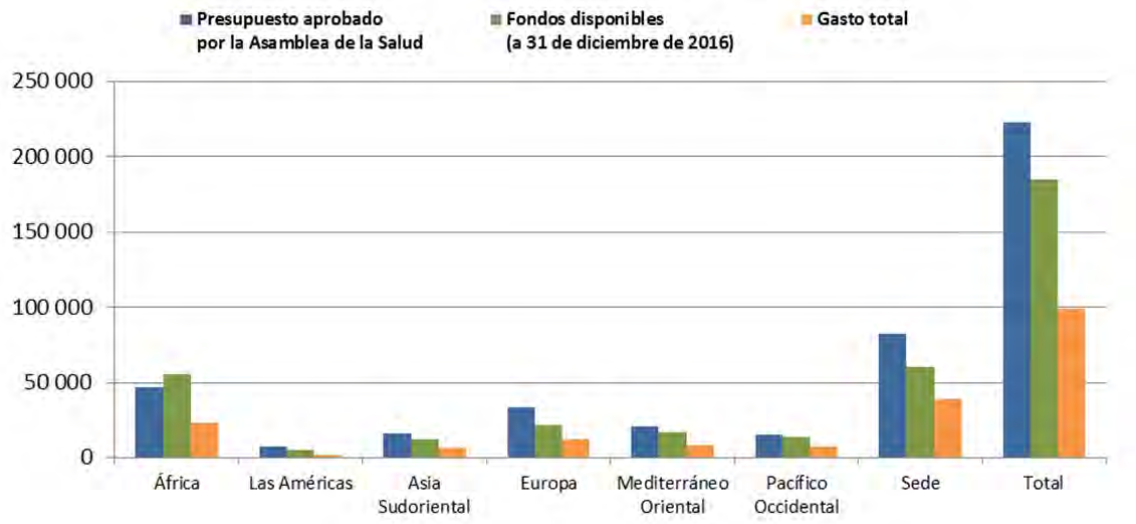


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	182 300	7 600	7 381	32 733	380 000	4 900	92 170	707 084
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	907	0	625	240	2 500	0	10 950	15 222
Contribuciones voluntarias para fines especificados	119 481	8 629	5 838	37 995	261 360	3 756	71 216	508 275
Total	**120 388**	**8 629**	**6 463**	**38 235**	**263 860**	**3 756**	**82 166**	**523 497**
Fondos disponibles como % del presupuesto	66%	114%	88%	117%	69%	77%	89%	74%
Gastos de personal	10 228	178	124	3 640	15 119	49	13 884	43 222
Gastos derivados de las actividades	66 808	6 736	4 597	12 640	118 531	3 122	33 600	246 034
Total de gastos	**77 036**	**6 914**	**4 721**	**16 280**	**133 650**	**3 171**	**47 484**	**289 256**
Gastos como % del presupuesto aprobado	42%	91%	64%	50%	35%	65%	52%	41%
Gastos como % de los fondos disponibles	64%	80%	73%	43%	51%	84%	58%	55%
Gastos de personal por oficina principal	38%	1%	0%	14%	56%	0%	52%	161%

6.1 Liderazgo y gobernanza

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (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 de conformidad con las prioridades conexas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.1.2. Colaboración eficaz con otros organismos de las Naciones Unidas y con agentes no estatales 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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

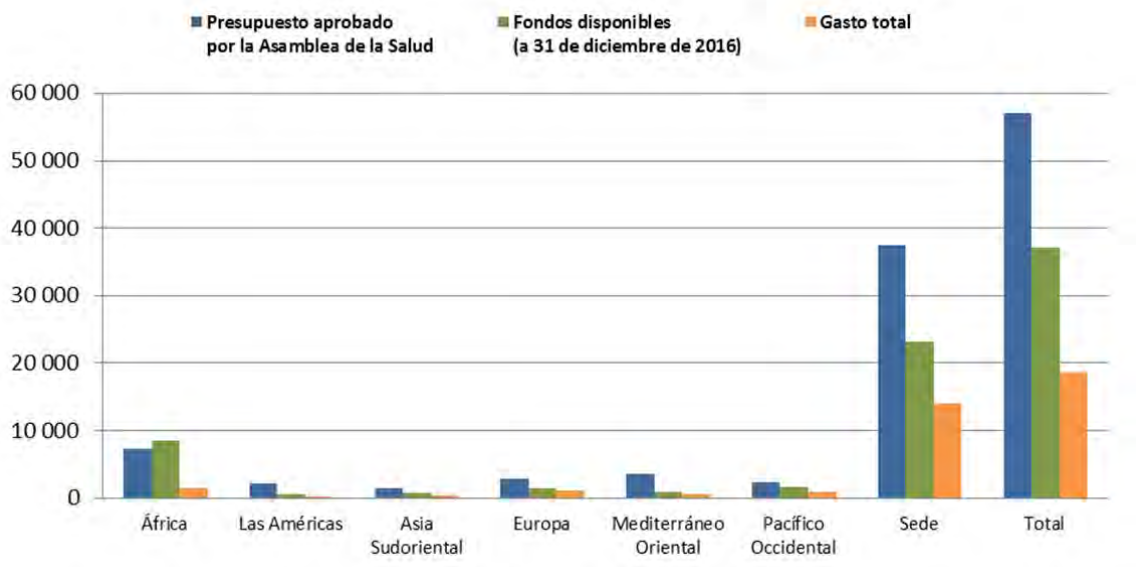


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	47 200	7 300	16 000	33 100	20 900	15 500	82 700	222 700
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	53 257	4 764	11 989	21 317	14 473	12 422	54 500	172 722
Contribuciones voluntarias para fines especificados	2 078	0	104	113	2 076	1 673	163	6 207
Tasa por puesto ocupado	0	0	0	0	0	0	5 700	5 700
Total	**55 335**	**4 764**	**12 093**	**21 430**	**16 549**	**14 095**	**60 363**	**184 629**
Fondos disponibles como % del presupuesto	117%	65%	76%	65%	79%	91%	73%	83%
Gastos de personal	19 116	900	5 257	10 908	7 475	6 376	31 442	81 474
Gastos derivados de las actividades	3 910	693	1 289	1 551	928	1 291	7 751	17 413
Total de gastos	**23 026**	**1 593**	**6 546**	**12 459**	**8 403**	**7 667**	**39 193**	**98 887**
Gastos como % del presupuesto aprobado	49%	22%	41%	38%	40%	49%	47%	44%
Gastos como % de los fondos disponibles	42%	33%	54%	58%	51%	54%	65%	54%
Gastos de personal por oficina principal	23%	1%	6%	13%	9%	8%	39%	100%

6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
6.2.1. Se habrá garantizado la rendición de cuentas y se habrá fortalecido la gestión de los riesgos institucionales en todos los niveles de la Organización	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.2.2. Aprendizaje institucional mediante la aplicación de la política y los planes de evaluación	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓
6.2.3. En toda la Organización se promueve el comportamiento ético, la conducta decente y la equidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

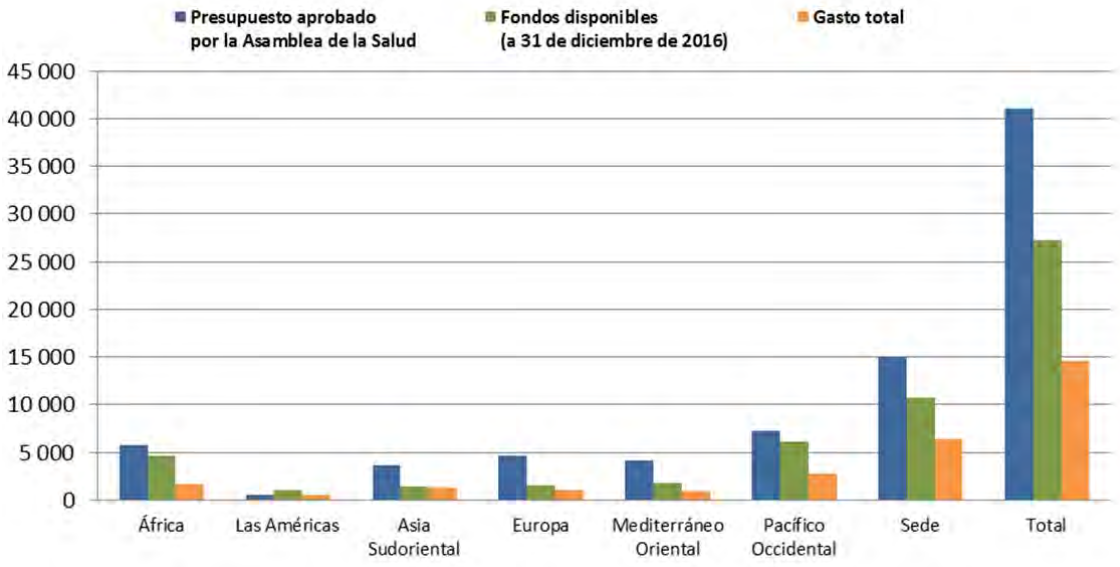


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	7 300	2 200	1 400	2 800	3 500	2 400	37 500	57 100
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	8 422	616	811	1 407	924	1 663	20 350	34 193
Contribuciones voluntarias para fines especificados	110	0	0	50	0	35	495	690
Tasa por puesto ocupado	0	0	0	0	0	0	2 300	2 300
Total	**8 532**	**616**	**811**	**1 457**	**924**	**1 698**	**23 145**	**37 183**
Fondos disponibles como % del presupuesto	117%	28%	58%	52%	26%	71%	62%	65%
Gastos de personal	840	260	334	1 044	528	844	11 812	15 662
Gastos derivados de las actividades	619	10	62	30	33	0	2 185	2 939
Total de gastos	**1 459**	**270**	**396**	**1 074**	**561**	**844**	**13 997**	**18 601**
Gastos como % del presupuesto aprobado	20%	12%	28%	38%	16%	35%	37%	33%
Gastos como % de los fondos disponibles	17%	44%	49%	74%	61%	50%	60%	50%
Gastos de personal por oficina principal	5%	2%	2%	7%	3%	5%	75%	100%

6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
6.3.1. Establecimiento de prioridades con arreglo a las necesidades, y asignación de recursos en función del logro de resultados	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓
6.3.2. Establecimiento de una financiación previsible, adecuada y congruente que posibilite la plena aplicación del presupuesto por programas de la OMS respecto de todas las áreas programáticas y oficinas principales	✓	!	✓	✓	!	!	✓

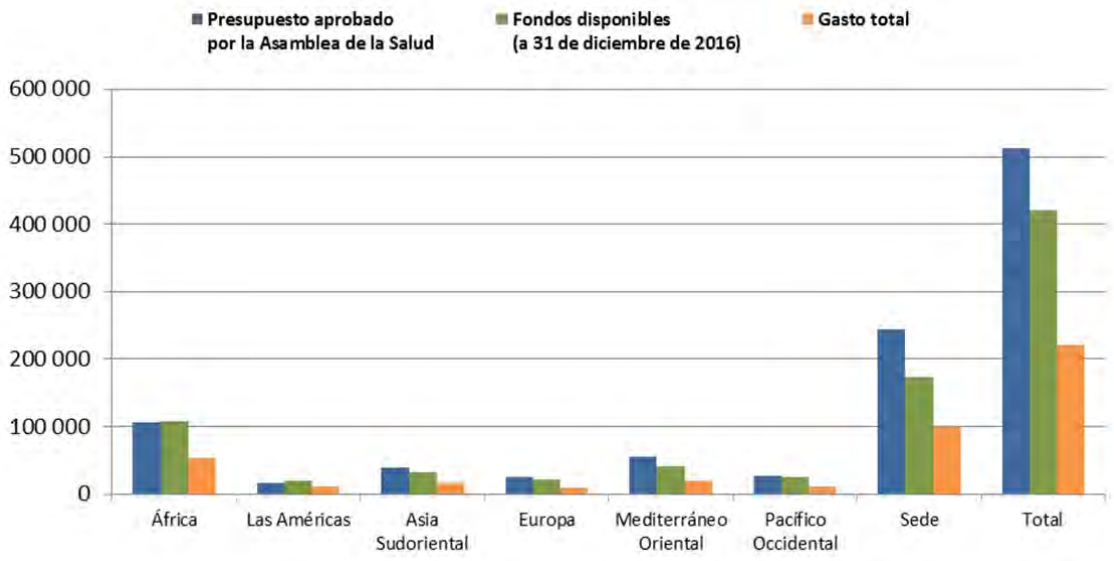


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	5 700	600	3 700	4 600	4 100	7 300	15 000	41 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	4 672	980	1 453	1 527	1 788	5 826	10 350	26 596
Contribuciones voluntarias para fines especificados	15	0	0	0	0	302	380	697
Tasa por puesto ocupado								0
Total	**4 687**	**980**	**1 453**	**1 527**	**1 788**	**6 128**	**10 730**	**27 293**
Fondos disponibles como % del presupuesto	82%	163%	39%	33%	44%	84%	72%	67%
Gastos de personal	1 362	340	1 056	994	942	2 446	5 483	12 623
Gastos derivados de las actividades	323	158	183	44	26	364	863	1 961
Total de gastos	**1 685**	**498**	**1 239**	**1 038**	**968**	**2 810**	**6 346**	**14 584**
Gastos como % del presupuesto aprobado	30%	83%	33%	23%	24%	38%	42%	36%
Gastos como % de los fondos disponibles	36%	51%	85%	68%	54%	46%	59%	53%
Gastos de personal por oficina principal	11%	3%	8%	8%	7%	19%	43%	100%

6.4 Gestión y administración

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.4.2. Gestión y coordinación eficaces y eficientes de los recursos humanos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.4.3. Eficacia y eficiencia de la infraestructura informática y los sistemas y aplicaciones institucionales y relacionados con la salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

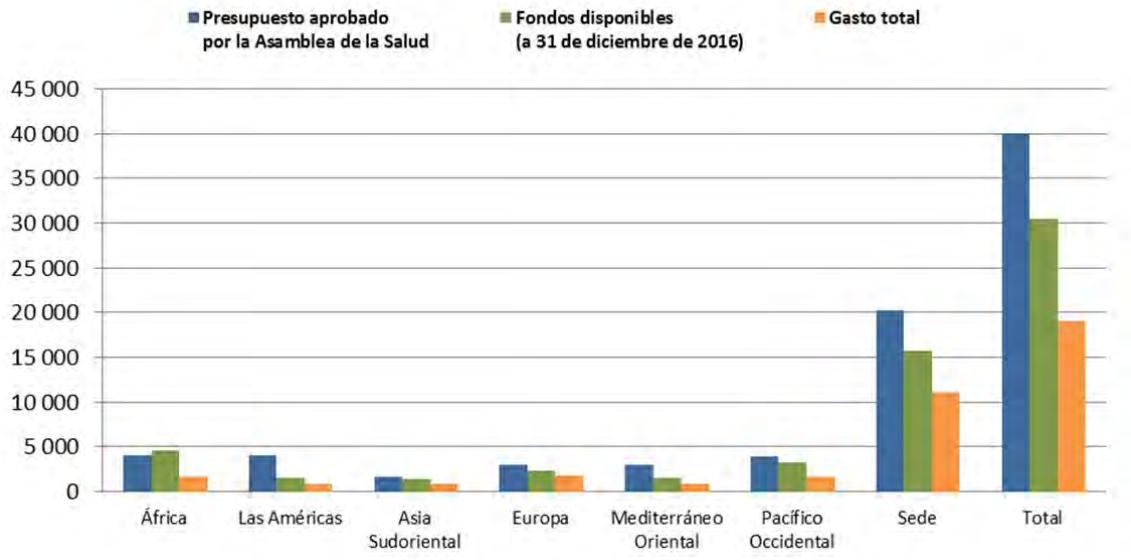


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	105 600	15 600	39 800	25 500	54 700	27 100	244 400	512 700
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	79 543	19 852	25 615	12 071	33 921	18 574	103 050	292 626
Contribuciones voluntarias para fines especificados	7 332	0	531	382	64	0	1 437	9 746
Tasa por puesto ocupado	21 300	0	5 700	8 682	7 800	6 400	68 818	118 700
Total	**108 175**	**19 852**	**31 846**	**21 135**	**41 785**	**24 974**	**173 305**	**421 072**
Fondos disponibles como % del presupuesto	102%	127%	80%	83%	76%	92%	71%	82%
Gastos de personal	34 749	7 915	8 864	6 172	13 588	6 244	63 311	140 843
Gastos derivados de las actividades	19 464	3 321	6 787	3 412	6 937	5 335	35 696	80 952
Total de gastos	**54 213**	**11 236**	**15 651**	**9 584**	**20 525**	**11 579**	**99 007**	**221 795**
Gastos como % del presupuesto aprobado	51%	72%	39%	38%	38%	43%	41%	43%
Gastos como % de los fondos disponibles	50%	57%	49%	45%	49%	46%	57%	53%
Gastos de personal por oficina principal	25%	6%	6%	4%	10%	4%	45%	100%

6.5 Comunicaciones estratégicas

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
6.5.1. Se puede acceder a información sanitaria precisa y oportuna a través de una plataforma de comunicación eficaz y prácticas conexas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.5.2. Se habrá fortalecido la capacidad de la Organización para prestar de forma oportuna y precisa servicios de comunicación interna y externa de conformidad con las prioridades programáticas de la OMS, en particular durante brotes epidémicos, emergencias de salud pública y crisis humanitarias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

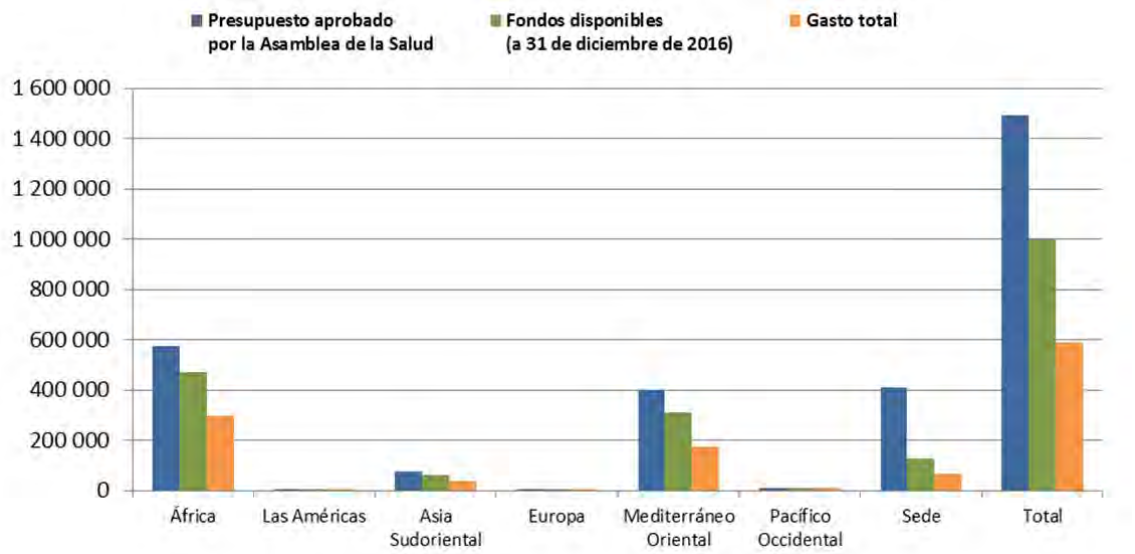


2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	4 100	4 000	1 700	3 000	3 000	3 900	20 300	40 000
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	4 060	1 490	1 363	2 325	1 495	3 156	15 800	29 689
Contribuciones voluntarias para fines especificados	561	0	0	0	0	177	0	738
Tasa por puesto ocupado								0
Total	4 621	1 490	1 363	2 325	1 495	3 333	15 800	30 427
Fondos disponibles como % del presupuesto	113%	37%	80%	78%	50%	85%	78%	76%
Gastos de personal	1 212	799	743	1 689	865	1 276	9 955	16 539
Gastos derivados de las actividades	519	122	135	135	49	455	1 161	2 576
Total de gastos	1 731	921	878	1 824	914	1 731	11 116	19 115
Gastos como % del presupuesto aprobado	42%	23%	52%	61%	30%	44%	55%	48%
Gastos como % de los fondos disponibles	37%	62%	64%	78%	61%	52%	70%	63%
Gastos de personal por oficina principal	7%	5%	4%	10%	5%	8%	60%	100%

Erradicación de la poliomielitis

(✓) En curso (!) En riesgo (X) En dificultades (N/A) No se aplica

Producto	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede
5.5.1. Asistencia técnica con el fin de aumentar la vigilancia y acrecentar la inmunidad de la población hasta el umbral necesario para interrumpir la transmisión de la poliomielitis en las zonas afectadas y de riesgo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.2. Cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 en todos los programas de inmunización sistemática del mundo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.3. Establecimiento de procesos para la gestión a largo plazo de los riesgos asociados a poliovirus, en particular el confinamiento de todos los poliovirus residuales, y la certificación de la erradicación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.4. Ultimación y puesta en marcha a nivel mundial del plan de trabajo para el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!



2016–2017 (miles de US$)	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Sede	Total
Presupuesto aprobado por la Asamblea de la Salud	575 658	5 000	77 000	7 400	402 507	12 753	412 134	1 492 452
Fondos disponibles (a 31 de diciembre de 2016)								
Fondos flexibles	424	0	65	48	0	0	0	537
Contribuciones voluntarias para fines especificados	473 646	2 493	63 900	6 126	310 922	11 347	129 703	998 137
Total	474 070	2 493	63 965	6 174	310 922	11 347	129 703	998 674
Fondos disponibles como % del presupuesto	82%	50%	83%	83%	77%	89%	31%	67%
Gastos de personal	60 881	82	2 583	727	16 849	857	17 449	99 428
Gastos derivados de las actividades	236 637	1 792	35 276	2 316	156 384	8 051	48 839	489 295
Total de gastos	297 518	1 874	37 859	3 043	173 233	8 908	66 288	588 723
Gastos como % del presupuesto aprobado	52%	37%	49%	41%	43%	70%	16%	39%
Gastos como % de los fondos disponibles	63%	75%	59%	49%	56%	79%	51%	59%
Gastos de personal por oficina principal	61%	0%	3%	1%	17%	1%	18%	100%

ANEXO 3

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.

= = =

Created by WHO/Graphics