

Reforma de la gobernanza de la OMS

Informe de la Secretaría

1. A fin de dar curso a las peticiones formuladas por el Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión,¹ la Secretaría presenta un informe sobre los siguientes aspectos de la reforma de la gobernanza: la gobernanza externa en el contexto de la colaboración de la OMS con los agentes no estatales; y el papel que desempeña la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial. Además, se han preparado informes sobre la reforma de la gobernanza interna en relación con la racionalización del trabajo de los órganos deliberantes,² y una versión actualizada del plan de alto nivel para la aplicación de la reforma que incorpora las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección, así como un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la reforma.³

1. COLABORACIÓN DE LA OMS CON LOS AGENTES NO ESTATALES

2. Las deliberaciones en torno a la colaboración de la OMS con los agentes no estatales se han basado en dos conceptos centrales: en primer lugar y ante todo, la OMS es un organismo intergubernamental en el que la toma de decisiones es derecho exclusivo de los Estados Miembros. En segundo lugar, el panorama de la acción sanitaria mundial es hoy diferente del que existía cuando se fundó la OMS en 1948, y más complejo.

3. El debate parte de una premisa fundamental: aunque las cuestiones relacionadas con las modalidades de la colaboración de la OMS con los agentes no estatales son complejas y se prestan a controversia, la OMS es incapaz de ejercer su papel aglutinador si no puede colaborar con todos los actores que contribuyen a la acción sanitaria mundial e influyen en ella. La colaboración es un aspecto crucial del papel de la OMS en la gobernanza de la salud mundial y los agentes no estatales desempeñan un papel fundamental apoyando a la OMS en las actividades que lleva a cabo para cumplir su mandato constitucional.

4. El presente informe responde a la petición del Consejo Ejecutivo,⁴ de que se sometan a examen del Consejo en su 133.^a reunión unos principios generales sobre el compromiso de la OMS con los agentes no estatales, en los que se definan procedimientos operativos separados para las organizacio-

¹ Véanse las decisiones EB132(11) y EB132(13).

² Documento EB133/3.

³ Documento A66/4.

⁴ Véase la decisión EB132(11).

nes no gubernamentales y las entidades comerciales privadas. El informe está basado en las opiniones expresadas en los debates de los órganos deliberantes y en las consultas con las partes interesadas en relación con la reforma de la gobernanza de la OMS.

AGENTES NO ESTATALES

5. Los agentes no estatales son entidades que, orgánicamente, no pertenecen a ninguna institución estatal, que participan o actúan en el ámbito de las relaciones internacionales y nacionales, y que tienen el poder de influir y de impulsar cambios.

6. Pertenecen a esta categoría un gran número de agentes que desarrollan actividades en el ámbito de la salud; esto abarca organizaciones de base comunitarias, grupos y redes de la sociedad civil, organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, fundaciones filantrópicas, instituciones académicas, redes de laboratorios, asociaciones de empresarios, sindicatos, empresas comerciales privadas, empresas transnacionales, medios y organizaciones de comunicación, asociaciones profesionales y grupos de pacientes. Esta lista dista mucho de ser exhaustiva. No incluye a las organizaciones de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales que se establecen de común acuerdo entre los Estados Miembros, pero engloba a las alianzas híbridas como la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, en las que los agentes estatales y no estatales participan en pie de igualdad en la gobernanza y que, por consiguiente, no forman parte de ninguna institución de un Estado o grupo de Estados.

7. Las funciones y cometidos de los agentes no estatales son diversos: prestación de servicios, análisis de las políticas, promoción e influencia, investigación y desarrollo, financiación, fabricación, ventas, comercialización e información pública. Sus intereses van desde los puramente ideológicos a los exclusivamente comerciales, con muchas variantes. Desde una perspectiva de salud pública, los cambios en los resultados de salud atribuibles a los agentes no estatales pueden ser tanto positivos como negativos.

8. La interacción de la OMS con los agentes no estatales puede adoptar distintas formas. Gran parte del debate en la materia se ha centrado en el papel que corresponde a los agentes no estatales en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS. Aunque esta cuestión es importante, y se trata más adelante en el informe, se dan también muchas otras interacciones que deben tenerse en cuenta al elaborar un conjunto de principios y procedimientos operativos. Por ejemplo, en los países afectados por desastres o conflictos, la OMS asume la coordinación y colabora estrechamente con una amplia gama de organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales. En muchas partes del mundo, los proveedores no gubernamentales y privados ocupan un lugar importante en los sistemas de atención de salud. Por consiguiente, para mejorar la calidad de los servicios deben existir interacciones con esos proveedores y sus asociaciones representativas. La OMS trabaja con los agentes no estatales en los sectores público y privado para recopilar información – por ejemplo, en relación con el costo y la disponibilidad de los medicamentos. Del mismo modo, los organismos públicos y privados son una fuente vital de información técnica que se utiliza en las actividades de formulación de políticas y normas.

9. Por último, en sus relaciones con determinados agentes no estatales la OMS puede cumplir múltiples funciones: como asociado técnico que proporciona orientación normativa, como promotor del desarrollo y ejecución de programas en los países, como coordinador de grupos de acción sanitaria en situaciones de emergencia o de la cooperación para el desarrollo a través de iniciativas tales como la Alianza Sanitaria Internacional, como anfitrión y, en ocasiones, como miembro activo de las juntas directivas de alianzas y entidades similares.

RETOS

10. El reto fundamental es: ¿cómo puede trabajar la OMS con el amplio abanico de agentes no estatales que actualmente desempeñan un papel importante en la acción sanitaria mundial de una manera que redunde en beneficio de la salud de las poblaciones; promueva los objetivos de la Organización; contribuya a mejorar la gobernanza de la salud; y al mismo tiempo utilice la colaboración con los agentes no estatales como herramienta para alcanzar los objetivos estratégicos fijados por los órganos deliberantes y para que el proceso de toma de decisiones, los procesos relacionados con las políticas y la labor normativa de la Organización sean independientes de cualquier interés creado?

11. Para estructurar las consultas y las deliberaciones habidas hasta la fecha se ha utilizado una serie de preguntas con objeto de recabar opiniones sobre este problema y cómo abordarlo. En la consulta pública más reciente basada en la web que se celebró entre el 6 y el 24 de marzo de 2013, se pidió la opinión sobre lo siguiente: el alcance y la gama de agentes no estatales; la forma y la conveniencia de clasificarlos; los beneficios que reporta a estos agentes su relación con la OMS; las dificultades que es probable que surjan en diferentes contextos, particularmente en relación con las fuentes de financiación no estatales de la OMS; cuál sería el conjunto de principios generales aplicables a la colaboración y qué modalidades se necesitan más allá de esos principios generales para guiar la interacción en circunstancias diferentes.

12. Hubo diversidad de opiniones sobre la manera de abordar esas preocupaciones y sobre cómo se pueden mitigar o superar los riesgos inherentes para la Organización. Las cuestiones planteadas con más frecuencia se refieren a: la definición de una tipología de agentes y/o interacciones; oportunidades desaprovechadas de acceder a competencias técnicas y recursos de los agentes no estatales con el fin de mejorar los resultados de salud pública; conflictos de intereses institucionales; posibilidad de que la reputación resulte dañada por la implicación con determinados sectores; y cuestiones relacionadas con la financiación proveniente de los agentes no estatales.

13. Una corriente de opinión aboga por que la OMS desarrolle una clasificación rigurosa de los agentes no estatales, distinguiendo especialmente entre las organizaciones dedicadas exclusivamente a cuestiones de interés público y las que persiguen intereses comerciales. Otra corriente de opinión importante se opone a la idea de una diferenciación. Sostiene que todos los agentes no estatales persiguen un interés, ya sea comercial, técnico o ideológico. Muchos observan también que algunos grupos de promoción tienen un gran respaldo comercial y que algunos grupos comerciales se muestran activos en temas de interés exclusivamente público. Argumentan que cada vez hay más organizaciones híbridas, con elementos de carácter comercial y elementos de interés público.

14. Otra cuestión planteada se refiere a la necesidad de distinguir entre los diferentes tipos de interacción. Aunque es claramente indeseable que los representantes de la industria farmacéutica influyan en las directrices terapéuticas para los productos en los que tienen un interés, ¿debería impedirse que la OMS aproveche la experiencia de estas empresas, por ejemplo, en relación con los sistemas de distribución en los países de bajos ingresos? Hay posiciones diversas en cuanto a si la interacción con los agentes no estatales debería limitarse exclusivamente a aquellos agentes cuyos intereses y objetivos parecen ser totalmente convergentes con los de la OMS, o a si también se pueden desarrollar relaciones con entidades que no se dedican principalmente a la salud pública pero cuyas capacidades y conocimientos puede necesitar la OMS (por ejemplo, logística, comunicaciones, tecnología de la información). Existe amplio acuerdo en cuanto a la necesidad de evitar toda influencia comercial sobre las políticas, las normas o los criterios de la OMS. Sin embargo, a pesar de ese acuerdo, hay opiniones divergentes en cuanto al grado en que la OMS debería hacer participar a las entidades comerciales privadas en el contexto de otras actividades de la OMS. Algunos afirman que cualquier relación con una entidad comercial, incluso con las salvaguardias adecuadas para evitar conflictos de intereses, puede

verse como un beneficio para la empresa en cuestión y como un riesgo para la reputación de la OMS; otros dicen que la clave es la transparencia total de todos los intereses, comerciales o de otra índole.

15. La promoción de la salud pública puede implicar necesariamente la colaboración con agentes cuyas actividades tienen el potencial de perjudicarla, y el objetivo de influir y cambiar los comportamientos. De hecho, algunas personas consultadas aducen que las políticas se ven favorecidas por la participación de actores cuyas opiniones son diferentes y opuestas. El argumento en contra es que, de hecho, tendría que existir una lista de los grupos de la sociedad civil o del sector privado que deberían quedar explícitamente excluidos de cualquier relación con la OMS. En la actualidad, esta lista incluiría la industria del tabaco.

16. Uno de los aspectos más controvertidos se refiere a la financiación procedente de los agentes no estatales. Hay consenso en que la OMS no puede recibir financiación para ejercer actividades normativas que tengan una incidencia en los intereses comerciales de los donantes. Sin embargo, a muchos les preocupa que cualquier forma de financiación a partir de fuentes no estatales pueda distorsionar o socavar el proceso intergubernamental de establecimiento de prioridades. Otros afirman que es necesario considerar cuidadosamente lo que está permitido y bajo qué circunstancias pueden derivarse beneficios de la colaboración con la OMS. Además, se sugiere que la OMS está perdiendo oportunidades importantes de acceder a fuentes de financiación privadas que pueden compartirse o reservarse fácilmente sin que exista un vínculo entre el donante y la finalidad con que se utilizan los fondos.

HACIA UN MARCO PARA LA INTERACCIÓN

17. No es tarea sencilla encontrar un terreno común entre tantas opiniones controvertidas y ampliamente divergentes. Sin embargo, se pueden realizar progresos.

18. En la parte restante de esta sección del informe se someten a la consideración del Consejo Ejecutivo, los elementos de un marco compuesto de varios componentes:

- un conjunto de principios generales aplicables a cualquier forma de interacción con cualquier tipo de agente no estatal;
- una tipología de las relaciones;
- unas normas de participación (políticas y procedimientos) para cada tipo de interacción;
- herramientas específicas para aumentar la transparencia en general y, más concretamente, para abordar los conflictos de intereses;
- sistemas de observancia y de presentación de informes que permitan a la alta dirección y a los órganos deliberantes de la OMS supervisar de forma sistemática todos los elementos de la colaboración con los agentes no estatales.

Principios generales

19. Como sugirió el Consejo, hay que partir de un conjunto de principios generales. Se proponen **cuatro principios** que deben aplicarse a todas las interacciones con los agentes no estatales, cualquiera que sea su naturaleza, e independientemente del contexto, inclusive para las actividades a nivel de país:

- La OMS es una organización intergubernamental compuesta de Estados Miembros y de una Secretaría, en la que la elaboración de políticas y la toma de decisiones incumben exclusivamente a los órganos deliberantes de la Organización. Habida cuenta de ello, en el marco de sus relaciones con la Organización ningún agente no estatal puede esperar tener los mismos privilegios que los Estados Miembros en materia de adopción de decisiones.
- La OMS es una Organización que basa su labor en datos científicos y probatorios y está focalizada en la salud pública. La elaboración de normas, criterios, políticas y estrategias debe seguir basándose en toda circunstancia en la utilización sistemática de datos probatorios, y en ese proceso de elaboración debe evitarse cualquier parcialidad o interés creado, ya sea comercial o de otra índole.
- La transparencia es la salvaguardia clave en que deben apoyarse todas las interacciones con los agentes no estatales. Este principio implica que la OMS hará pública la naturaleza de sus interacciones con los agentes no estatales. A su vez, todos los agentes no estatales que colaboren con la OMS tendrán que dar a conocer sus objetivos, su composición, su estructura institucional, sus fuentes de financiación y la naturaleza de su relación con la OMS.
- Los conflictos de intereses, reales o aparentes, individuales o institucionales, deben ser gestionados adecuadamente y de tal modo que sean accesibles para todas las partes interesadas. La necesidad de gestionar adecuadamente los conflictos potenciales será un hilo conductor en relación con todos los aspectos de la acción de la OMS.

Tipología de las interacciones

20. Aunque los principios son necesarios, distan mucho de ser una base suficiente para mejorar la gobernanza. Reconociendo los múltiples retos que plantea efectuar una clasificación clara, inequívoca y aceptable de los agentes no estatales, un paso previo consistiría en examinar la naturaleza de las relaciones. Se pueden definir **seis tipos básicos de interacciones** entre los agentes no estatales y la OMS:

- **La consulta:** la Secretaría solicita la opinión de los agentes no estatales, trata de influir en sus actividades, o les pide información. Por lo tanto, la consulta es parte del proceso de elaboración de políticas, pero se distingue de las decisiones finales, que siguen siendo la prerrogativa de los Estados Miembros.¹ Las consultas pueden celebrarse con diferentes grupos juntos o por separado.
- **La colaboración:** la OMS trabaja con agentes no estatales en iniciativas conjuntas. Las formas más habituales de colaboración son el apoyo prestado a la OMS por los agentes no estatales para la aplicación y supervisión de normas y criterios, la prestación de cuidados y las actividades que complementan la labor de los sistemas nacionales de salud, y las acciones conjuntas (también con los centros colaboradores de la OMS) o las alianzas, para dirigir la atención hacia las cuestiones de importancia fundamental para la salud.
- **La financiación:** la OMS recibe de los agentes no estatales fondos y otras formas de apoyo, como donaciones de medicamentos y contribuciones en especie. Un principio fundamental en este sentido es que el establecimiento de políticas y prioridades se separa de la moviliza-

¹ Como parte del proceso normativo los expertos cumplen una función (en la elaboración de directrices, como miembros de comités de expertos, etc.) pero actúan a título individual, de conformidad con las políticas y los procedimientos estrictos que se han establecido para gestionar cualquier conflicto de intereses individual o institucional.

ción de recursos. También es importante señalar que, en relación con la financiación de la OMS desde un punto de vista más amplio, el establecimiento de prioridades sigue siendo prerrogativa de los Estados Miembros y culmina en la aprobación del presupuesto bienal por programas.

- **La relación contractual:** la OMS contrata a un agente no estatal para que preste servicios específicos. La OMS suscribe contratos con una amplia gama de agentes no estatales para que proporcionen servicios respecto de los cuales la Secretaría especifica el resultado esperado y define el mandato. La elección del asociado en esta relación se basa en la competencia y la relación calidad-precio. A diferencia de la relación de colaboración, donde la convergencia de intereses y valores es primordial, la relación contractual puede incluir a partes no estatales (por ejemplo sociedades de gestión del sector privado) cuyos objetivos institucionales no están relacionados con la salud, pero que pueden ofrecer servicios (de informática, transporte, mantenimiento, etc.) que la OMS necesita.
- **La participación de los agentes no estatales en la gobernanza de la OMS:** los agentes no estatales interactúan con los Estados Miembros en las reuniones de los órganos deliberantes (a nivel regional y mundial) y en los procesos establecidos por esos órganos, tales como grupos de trabajo intergubernamentales, y en otros procesos como el diálogo sobre financiación. Una cuestión clave es la revisión de los procesos y procedimientos de acreditación de las organizaciones no gubernamentales ante los órganos deliberantes de la OMS (véase también más abajo la sección sobre las «Normas de participación»).
- **La participación de la OMS en la gobernanza de los agentes no estatales:** la OMS forma parte de la estructura de gobernanza del agente no estatal. La Secretaría de la OMS designa a los miembros del consejo de varias alianzas externas (como la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria), así como de alianzas acogidas por la Organización. La función de gobernanza es independiente de la colaboración técnica que se realiza con estas entidades, y por definición, se centra en garantizar que la alianza de que se trate se gestione de manera estratégica y responda a los intereses de salud de la población de la forma más eficaz y eficiente posible. Las propuestas específicas sobre la acogida de alianzas que el Consejo refrendó en su 132.^a reunión¹ y la política de la OMS relativa a las alianzas,² permitirán a los órganos deliberantes de la OMS asegurar una supervisión más amplia y más formal de las relaciones entre la Secretaría y las alianzas acogidas.

Normas de participación - procedimientos y políticas

21. La clasificación de las relaciones con los agentes no estatales proporciona la base para los próximos pasos del proceso, que consisten en definir normas de participación detalladas para elaborar procedimientos operativos y políticas que se apliquen a cada tipo de relación y, en su caso, a los diferentes tipos de agentes no estatales.

22. En lo que respecta a las normas de participación (y a algunas de las herramientas y los sistemas que se examinan más adelante), la Secretaría no está empezando de cero. Entre los ejemplos de este tipo de estructuras y sistemas cabe citar los principios por los que se rigen las relaciones entre la OMS y las organizaciones no gubernamentales, las directrices de la Secretaría sobre la colaboración con el

¹ Documento EB132/5 Add.1.

² La política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida fue refrendada en 2010 por la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA63.10.

sector privado para conseguir resultados de salud,¹ los procesos de la OMS relativos a los centros colaboradores, y la política relativa a las alianzas.

23. Sin embargo, es difícil integrar los elementos existentes en un planteamiento armonizado y global para regular y gestionar la colaboración de la OMS con los agentes no estatales, ya que estas políticas/procedimientos se elaboraron de forma independiente, sin un marco general. Si hay acuerdo sobre el planteamiento general descrito en este informe, un paso inmediato será revisar dónde existen estructuras y sistemas que pueden constituir la base de un marco operativo más riguroso y exhaustivo. Después esos elementos se reforzarán, mejorarán o ajustarán, según sea necesario, para asegurar la alineación con el marco más amplio para regular y gestionar la colaboración de la OMS con los agentes no estatales. Además, la Secretaría aprovechará la experiencia de otras organizaciones multilaterales y de los gobiernos de los Estados Miembros que ya disponen de sistemas eficaces.

24. A ese respecto, llegar a un acuerdo sobre el planteamiento general esbozado en este informe permitirá desarrollar normas y procedimientos específicos para cada uno de los «tipos» de interacción descritos anteriormente. Las normas de participación también pueden contribuir a dar curso a la petición del Consejo Ejecutivo² de armonizar los proyectos de política sobre la colaboración con las organizaciones no gubernamentales y con las entidades comerciales privadas.

25. Una cuestión relacionada con las normas de participación que debe abordarse a corto plazo se refiere a la acreditación de las organizaciones no gubernamentales para asistir a las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS. El Consejo Ejecutivo pidió a la Directora General que procediera a la revisión de los procedimientos de acreditación de las organizaciones no gubernamentales,³ en particular que se desvinculara la participación en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS del periodo previo de relaciones de trabajo. Se invita al Consejo a proporcionar orientación sobre soluciones flexibles que definan los parámetros de la participación de las organizaciones no gubernamentales en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS (o en grupos de trabajo, conferencias y otras reuniones especiales resultantes de la labor de los órganos deliberantes).

Herramientas para aumentar la transparencia y gestionar los conflictos de intereses

26. El concepto de conflicto de intereses y los métodos utilizados para gestionar los riesgos asociados a su aparición son fundamentales para definir un marco de interacción de la OMS con los agentes no estatales. En consecuencia, es esencial dotarse de un sistema integral con el fin de identificar y gestionar los conflictos de intereses que pueden derivarse de la participación de un agente no estatal. Concretamente, ese marco debe contar con: un medio de aumentar la transparencia de la interacción, una definición de lo que constituye un conflicto de intereses institucional (que puede variar en función del «tipo» de la interacción); herramientas para declarar los intereses, y medios y mecanismos para evaluar los conflictos de intereses.

27. El primer paso es aumentar la transparencia de la interacción. Se están estudiando varios modelos en los que podría basarse el nuevo sistema para mejorar la transparencia de la colaboración de la OMS con los agentes no estatales y la divulgación de los conflictos de interés. Tales modelos, que incluyen herramientas electrónicas, basadas en la web, permitirán a las partes interesadas obtener in-

¹ Documento EB107/20.

² Véase la decisión EB132(11).

³ La política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida fue refrendada en 2010 por la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA63.10.

formación sobre las interacciones institucionales de la OMS, y también ayudaran a evaluar y gestionar de manera más sistemática este tipo de conflictos en toda la Organización.

28. Como parte del proceso para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en las relaciones de la OMS con los agentes no estatales también hay que definir mejor el alcance de los conflictos que pueden afectar a la integridad de la OMS. En este sentido, la definición de lo que constituye conflicto puede variar en función del tipo de interacción de que se trate. Por ejemplo, la colaboración con un determinado agente no estatal dentro de un determinado contexto puede constituir un conflicto, mientras que un acuerdo contractual con ese mismo agente para el pago por servicios prestados puede no representar un conflicto. Un conflicto de intereses se puede definir como un conjunto de circunstancias que crean un riesgo de que las opiniones o acciones en relación con un interés principal se vean indebidamente influenciadas por un interés secundario. El conflicto de intereses no se deriva de si los individuos, organizaciones o instituciones que interactúan con la OMS están influenciados por intereses secundarios. Esta es una realidad inevitable dada la diversidad de intereses en el ámbito de la salud mundial. Los problemas surgen cuando los intereses secundarios prevalecen sobre los principales.

29. Actualmente, la OMS dispone de herramientas, mecanismos y procesos detallados para los conflictos de intereses que afectan a los miembros del personal y a las personas que participan en las actividades normativas de la OMS y que proporcionan asesoramiento de expertos a título personal. Existen elementos de herramientas y mecanismos similares para la interacción institucional y los conflictos de intereses a los que pueden dar lugar las relaciones de la OMS con los agentes no estatales (por ejemplo, las directrices de la OMS sobre la colaboración con el sector privado, el proceso de diligencia debida para los centros colaboradores de la OMS, etc.), pero estos mecanismos deben reforzarse, ampliarse y racionalizarse en los tres niveles de la Organización. En este sentido, los medios y los sistemas de que dispone la OMS para identificar y gestionar los conflictos de intereses y administrar las medidas pertinentes para abordarlos deben reforzarse e integrarse en un marco institucional integral para gestionar los conflictos de intereses.

Observancia, presentación de informes, y supervisión

30. El componente final de un marco integral es un sistema de observancia y de presentación de informes que permita a la alta dirección y a los órganos deliberantes de la OMS supervisar de forma sistemática todos los elementos de la colaboración con los agentes no estatales.

31. Este sistema y los mecanismos de supervisión tienen por objeto proporcionar la capacidad necesaria para examinar toda la gama de actividades que la OMS desarrolla con los actores no estatales, evaluar y administrar las medidas y los procedimientos operativos uniformes relacionados con el cumplimiento de las políticas pertinentes, e informar sobre estas interacciones para facilitar la supervisión por parte de los órganos deliberantes de la OMS.

32. La racionalización de los mecanismos de observancia y presentación de informes existentes para integrarlos en un marco general se basará en el ulterior desarrollo de los demás componentes descritos en este documento. En particular, la correcta aplicación de las normas de participación definidas y de los sistemas para gestionar los conflictos de intereses resultan indispensables para garantizar la observancia interna y facilitar la supervisión y la presentación de informes a los órganos deliberantes de la OMS. Un acuerdo sobre el marco general descrito en el presente informe permitirá desarrollar y racionalizar los mecanismos de observancia y presentación de informes con el fin de asegurar una sólida supervisión de las relaciones de la OMS con los agentes no estatales.

2. LA FUNCIÓN DE LA OMS EN LA GOBERNANZA DE LA ACCIÓN SANITARIA MUNDIAL

33. El Consejo Ejecutivo pidió a la Directora General en su 131.^a reunión que presentase «un documento en su 132.^a reunión en el que se determinen y evalúen opciones concretas sobre los componentes expuestos en el documento A65/5, en particular sobre la gobernanza interna de la OMS, incluido el alineamiento de la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países en lo que se refiere a la cuestión de la función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial y los métodos de trabajo de los órganos deliberantes».¹

34. La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial es una expresión práctica de su mandato constitucional para «actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional». En esta sección del presente informe se define el ámbito de actuación sobre este aspecto y se pone al día a los Estados Miembros acerca de la amplia gama de actividades y espacios en los que la OMS desempeña una función activa de gobernanza. También se pretende disipar la idea de que la gobernanza de la acción sanitaria mundial únicamente se refiere a las actividades realizadas por la Sede. Se ilustra además la función que desempeñan en la gobernanza sanitaria los tres niveles de la OMS, poniendo de relieve cómo funciona en la práctica la división de responsabilidades y la armonización de posturas en toda la Organización. Se ponen asimismo de manifiesto los vínculos existentes entre la gobernanza de la acción sanitaria y otros aspectos de la reforma de la OMS, incluidos los que se definen en el documento A65/5. Por último, se da respuesta a la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión,² celebrada en enero de 2013, en el sentido de seguir examinando la función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial. El presente documento es una actualización del informe que se presentó al Consejo en esa reunión.³

AMPLIACIÓN DEL ALCANCE DE LA FUNCIÓN DE GOBERNANZA DE LA ACCIÓN SANITARIA MUNDIAL

35. La idea fundamental en que se sustenta la gobernanza de la acción sanitaria mundial es que los recursos que el planeta tiene a su alcance para mejorar la salud de la población pueden utilizarse con mayor eficacia y justicia. La gobernanza sanitaria implica «el uso de instituciones, normas y procedimientos oficiales y no oficiales por los Estados, las organizaciones intergubernamentales y los agentes no estatales para hacer frente a los problemas relacionados con la salud que requieran una acción internacional colectiva, con el fin de atajarlos de forma eficaz».⁴

36. La gobernanza sanitaria tiene sus orígenes en las negociaciones entre los Estados nación, en su intento de proteger o promover la salud de la población, al principio mediante medidas específicas para contener la amenaza de las enfermedades transmisibles; posteriormente, ello se hizo de forma más estructurada, mediante tratados y convenios internacionales, e, indudablemente, a través de la creación de la Organización Mundial de la Salud.

¹ Véase la decisión EB131(10).

² Decisión EB132(13).

³ Documento EB132/5 Add.5.

⁴ Fidler DP, Calamaras JL. *The challenges of global health governance*. Council on Foreign Relations Press. Nueva York, mayo de 2010.

37. Bien llevada, la gobernanza de la acción sanitaria mundial reporta varios beneficios. En primer lugar, ayuda a prevenir o mitigar los efectos sanitarios negativos de las amenazas que surgen en un país y pueden afectar a muchos otros, por ejemplo, mediante la aplicación de instrumentos como el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP). En segundo lugar, la gobernanza eficaz de la acción sanitaria mundial permite que los países creen métodos y estrategias comunes para hacer frente a problemas comunes a escala mundial, regional o subregional (son ejemplo de ello el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud o el Plan mundial de contención de la resistencia a la artemisinina, que tiene elementos de índole mundial, regional y, en particular, subregional). También encaja en esta categoría una buena parte de la labor normativa sobre directrices y protocolos de tratamiento. En tercer lugar, el mejoramiento de la gobernanza puede impartir más eficacia a la cooperación para el desarrollo. Por ejemplo, la Alianza Sanitaria Internacional e iniciativas conexas (IHP+) se ha encargado de trasladar a la práctica en el sector sanitario los principios enunciados en el segundo, tercero y cuarto Foros de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (celebrados en París, Accra y Busán, respectivamente). En cuarto lugar, los procesos para lograr la gobernanza pueden imbuir un sentido general de dirección y finalidad con respecto a la salud mundial, especialmente por medio de la solidaridad y el impulso provenientes de los acuerdos sobre metas comunes (por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, así como los objetivos y metas de carácter voluntario que se han propuesto en relación con las enfermedades no transmisibles).

38. Muchos productos de la gobernanza de la acción sanitaria mundial se distinguen por ser bienes públicos de alcance mundial o regional. Así, el uso de un instrumento o la aplicación de una estrategia por un país no impide que otros puedan hacer lo propio. De modo parecido, no se puede impedir a nadie que utilice unas directrices o un protocolo de tratamiento una vez que se han publicado. Este tema se aborda en la sección final del presente informe.

39. Varios factores han sido decisivos en la ampliación del programa de la gobernanza de la acción sanitaria mundial y a la vez han hecho que gestionarla sea más complejo:

a) *Múltiples voces.* La gobernanza sanitaria ya no es el terreno exclusivo de los Estados nación. Las redes de la sociedad civil, determinadas organizaciones no gubernamentales de ámbito internacional y local, las agrupaciones profesionales, las fundaciones filantrópicas, las asociaciones de empresarios, los medios de comunicación, las empresas nacionales y transnacionales, y los individuos y las comunidades espontáneas y heterogéneas que han encontrado una nueva voz y un nuevo modo de ejercer su influencia gracias a las tecnologías de la información y las redes sociales, son todos actores que ejercen su influencia en la toma de decisiones que influyen en la salud. Esta cuestión cobra particular relieve a la vista de la forma como la OMS cumple su función de gobernanza de la acción sanitaria mundial: velar por que los Estados Miembros sigan teniendo la primacía en materia de decisiones de política y proteger la labor normativa de la Organización de cualquier interés velado, al mismo tiempo que se encuentran formas nuevas de colaborar constructivamente con otras partes interesadas.

b) *Nuevos actores.* Como se desprende del inciso precedente, el panorama institucional de la salud mundial es cada vez más complejo, y los incentivos que favorecen la creación de nuevas organizaciones, canales de financiación y sistemas de vigilancia de la reforma de los ya existentes podrían hacer que la situación empeore. Este aspecto reviste una gran importancia en relación con la gobernanza de la acción sanitaria mundial en los países de ingresos bajos y medianos donde hay muchos asociados para el desarrollo.

c) *Problemas de mayor alcance.* Muchos debates sobre gobernanza se centran en la manera de proteger la salud humana trastornando lo menos posible los viajes, el comercio y el desarro-

llo económico. Si bien conseguir un equilibrio adecuado sigue siendo una cuestión fundamental, hay otros aspectos que intervienen en el debate, en especial el hincapié en la justicia y la equidad; ejemplo de ello son las negociaciones del Marco de PIP y los debates continuos en torno al informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación.

*d) No se trata solo de la gobernanza de la salud, sino de la gobernanza en pro de la salud.*¹ Tal y como se expresa en la Declaración política de Río, el enfoque de la salud basado en los determinantes sociales lleva implícitos dos conceptos bien diferenciados: *la gobernanza de la salud*, que aborda muchas de las cuestiones antes mencionadas, y esencialmente entraña una función que se ocupa de la coordinación, la dirección y la coherencia interna de las entidades cuya finalidad principal es el mejoramiento de la salud. El segundo concepto es *la gobernanza en pro de la salud*, una función que se centra en la promoción de la causa y las políticas públicas, y pretende influir en la gobernanza de otros sectores (cuya finalidad principal es diferente), de forma que ello tenga un efecto positivo en la salud humana. Este aspecto de la gobernanza sanitaria queda perfectamente ilustrado en la labor de la OMS en el campo de las enfermedades no transmisibles (véase el párrafo 46).

LA GOBERNANZA DE LA ACCIÓN SANITARIA MUNDIAL ES UNA PRIORIDAD DE LIDERAZGO PARA LA OMS

40. La gobernanza de la acción sanitaria mundial es una de las ocho prioridades de liderazgo descritas en el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo. En concreto, esa prioridad se define en función de una mayor coherencia en el ámbito de la salud mundial, en el que la OMS desempeña una función coordinadora y directiva que permite que un amplio elenco de actores contribuya de manera más eficaz a mejorar la salud de todos los pueblos.

41. La función de gobernanza de la acción sanitaria mundial por parte de la OMS, que reviste muchas expresiones prácticas, se examina en el presente informe desde tres ángulos. En primer lugar, desde la perspectiva de las actividades dirigidas a situar y promover la salud en diversos procesos mundiales, regionales y nacionales. En segundo lugar, poniendo de relieve los problemas de gobernanza implícitos en las demás prioridades de liderazgo programáticas del proyecto del programa de trabajo. En tercer lugar, poniendo en relación el análisis de la gobernanza sanitaria, la gobernanza de la OMS por los Estados Miembros y los componentes de la reforma que permitirán mejorar la eficacia de la función de la Organización en la gobernanza de la salud.

Posicionamiento y promoción de la salud

42. *La agenda para el desarrollo después de 2015.* La manera en que se formule la nueva generación de objetivos mundiales tendrá una gran influencia en las prioridades y la financiación del desarrollo en los años venideros. Garantizar que la salud ocupe una posición preeminente y que su función esté claramente expresada constituye un importante reto para la gobernanza de la acción sanitaria y una prioridad para la OMS. El contexto en el que se están llevando a cabo las negociaciones es fluido y complejo, y en él compiten los muchos intereses sectoriales que tratan de estar representados. El

¹ La publicación *Governance for Health in the 21st Century*, Oficina Regional de la OMS para Europa, documento EUR/RC61/Inf.Doc./6, ofrece muchos ejemplos de cómo una mejor colaboración entre diferentes actores del campo de la salud permite abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar los resultados sanitarios en las circunstancias de la Región de Europa.

proceso de consulta en curso requiere que la Organización esté alineada a todos los niveles y sea coherente en los mensajes que envía y en su interacción con los Estados Miembros y otras partes interesadas. La manera como la OMS afrontará este reto se discutirá con pormenores al abordar el punto 14.1 del orden del día provisional de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

43. *La salud y el desarrollo sostenible.* Los preparativos de la Conferencia Río+20, celebrada en junio de 2012, ilustraron otro aspecto de la labor de la OMS en materia de gobernanza: la importancia de generar sinergias eficaces entre la Secretaría, los Estados Miembros y otras partes interesadas a la hora de promover los intereses sanitarios. En el primer proyecto de documento final de Río+20 la salud solo se mencionaba de pasada. Por consiguiente, la Secretaría de la OMS en la sede y en las regiones trabajó con los Estados Miembros en Ginebra y Nueva York, así como con grupos de organizaciones no gubernamentales, con el fin de elaborar argumentos convincentes sobre el papel de la salud, los cuales finalmente fueron utilizados por los negociadores de Río. En el texto final se mencionan prácticamente todos los problemas que preocupan a la OMS.¹ En el seguimiento de los resultados de Río+20, la salud constituye un vínculo importante entre la formulación de los objetivos de desarrollo sostenible y el programa para el desarrollo después de 2015. Además, la colaboración con otros sectores –energía sostenible, agua y saneamiento, cambio climático y adaptación a sus efectos, seguridad alimentaria y nutrición– está poniendo de manifiesto la utilidad de los indicadores sanitarios para evaluar los progresos con respecto a las tres dimensiones del desarrollo sostenible.

44. *La salud y la reforma de las Naciones Unidas.* La OMS está firmemente decidida a adoptar un enfoque más coherente con respecto a la labor de las Naciones Unidas en los países, a alinear la asistencia que presta con las prioridades nacionales y a promover que la salud ocupe un lugar destacado en los Marcos de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo y en la iniciativa Una ONU. La reciente evaluación independiente de las enseñanzas extraídas en la ejecución experimental de la iniciativa «Unidos en la acción» ha puesto de manifiesto que se han hecho algunos progresos en la reforma de las operaciones de las Naciones Unidas en los países; ahora bien, para seguir avanzando será preciso que los Estados Miembros estén dispuestos a apoyar una mayor integración en la Sede.² En tales circunstancias, la prioridad de la OMS ha de ser fortalecer el papel de las oficinas de país para trabajar como parte del equipo de las Naciones Unidas en los países, con el fin de apoyar a los equipos regionales del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y los mecanismos de coordinación regional en las regiones donde funcionan con eficacia. En la Sede, se da prioridad a la representación de alto nivel en la Junta de los jefes ejecutivos (y el Comité de Alto Nivel sobre Programas, que se ocupa de cuestiones de política) y a una participación mucho más selectiva en los numerosos grupos de trabajo del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

45. *La cooperación para el desarrollo después de Busán.* La Alianza de Busán para la cooperación eficaz al Desarrollo³ se formó tras el Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, celebrado en noviembre de 2011 en la República de Corea. En el documento final se señala que el marco basado en la «ayuda» ha dado paso a un consenso internacional más amplio y participativo, que hace

¹ En el documento final de la Conferencia Río+20, *El futuro que queremos*, hay nueve párrafos relativos a la salud y la población. En primer lugar se afirma lo siguiente: «Reconocemos que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible». A continuación se hace referencia a la importancia de la cobertura sanitaria universal, al sida, la tuberculosis, la malaria, la poliomielitis y otras enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, el acceso a los medicamentos, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la salud sexual y reproductiva, la protección de los derechos humanos en este contexto y el compromiso de reducir la mortalidad materna e infantil.

² El informe puede consultarse aquí: <http://www.un.org/es/ga/deliveringasone/>.

³ El documento puede consultarse aquí: http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN.pdf.

hincapié en la creación de alianzas para la cooperación, en particular en las relaciones Sur-Sur y triangulares. En el contexto de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra, la salud ha desempeñado un papel rector e indicador, demostrando a través de iniciativas como la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+) que, pese a la gran diversidad de agentes, es posible mejorar la coordinación de las actividades relacionadas con las estrategias nacionales de salud. Esos planteamientos se extienden más allá de las Naciones Unidas para englobar a organizaciones bilaterales, bancos de desarrollo y organizaciones no gubernamentales, y pueden mejorar tanto la eficacia como los resultados sanitarios.¹ A medida que empiece a tomar forma la nueva alianza después de Busán a lo largo de 2013, será importante revitalizar la Alianza Sanitaria Internacional y otras iniciativas similares que aglutinan diferentes flujos de financiación para apoyar las prioridades nacionales de salud.

46. *La salud y la integración económica regional.* En todo el mundo hay una tendencia cada vez mayor a la integración regional y subregional. Si bien muchas de esas instituciones tienden a centrarse primordialmente en el desarrollo económico, también tienen capacidad para influir en la política sanitaria y social. Esta relación puede tener varios componentes:

- a) *Político.* Algunos bloques regionales y subregionales han resultado influyentes en el campo de la salud ya sea brindando la oportunidad de que la OMS transmita mensajes fundamentales a quienes toman las decisiones en los niveles altos (por ejemplo, la salud de la madre y el recién nacido en África); aprovechando la influencia regional para incluir determinados asuntos en el programa de acción mundial (por ejemplo, las enfermedades no transmisibles en la Asamblea General de las Naciones Unidas); y actuando de consuno para imponer determinadas posiciones en las negociaciones a propósito de la salud mundial (por ejemplo, en el ámbito del acceso a los medicamentos).
- b) *Alianzas estratégicas.* La OMS forja alianzas estratégicas con organizaciones regionales, particularmente con las secretarías de los bloques continentales (como la Comisión Europea y la Nueva Alianza para el Desarrollo de África) y los bancos regionales de desarrollo; por ejemplo, el Banco Africano de Desarrollo es un socio esencial de la Armonización para la Salud en África.
- c) *La cooperación para el desarrollo.* Los órganos regionales pueden impartir una mayor coherencia a las cuestiones de la salud y el desarrollo.
- d) *La paz y la seguridad.* El mantenimiento de la paz y la seguridad forma parte del cometido de varias entidades regionales y subregionales. Por este motivo, pueden ser asociados importantes en las actividades de ayuda humanitaria.
- e) *La movilización de recursos.* Los órganos regionales, en particular los bancos de desarrollo y la Comisión Europea, son importantes fuentes de financiación para la labor de la OMS. Con todo, conviene evitar la confusión entre las relaciones estratégicas y la movilización de recursos para impedir que aquellas queden subordinadas a esta.

¹ IHP+ Results 2012 Annual Performance Report: Progress in the international health partnership & related initiatives (IHP+).

Las prioridades de liderazgo de la OMS

47. Dada la diversidad de problemas y dificultades sanitarias y el creciente número de actores, no es de extrañar que el panorama de la gobernanza sea complejo. En lugar de hablar de una «arquitectura» de la gobernanza sanitaria, el mejor modo de describirla consiste en referirse a unos «conglomerados de sistemas [de gobernanza] que se superponen y a veces compiten entre sí, donde interviene una multiplicidad de agentes que han de afrontar diferentes problemas, recurriendo a principios y procesos diversos».¹ Esta descripción es particularmente acertada en el caso de las **actividades encaminadas al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud**, en las que se superponen diferentes sectores de gobernanza de organismos de las Naciones Unidas, alianzas, grupos de promoción y mecanismos de financiación que compiten por el control e, inevitablemente, por los recursos. Esa situación tiene varias consecuencias en el modo en que la OMS interactúa con las entidades asociadas y otros grupos de interés, que se exponen más adelante. Un elemento determinante de la reforma de la OMS es garantizar la capacidad institucional necesaria para ayudar a los países donde operan numerosos asociados externos para el desarrollo a gestionar esa complejidad y reducir sus costos de transacción.

48. En cambio, la labor realizada en materia de **enfermedades no transmisibles** ilustra la importancia de la gobernanza *en pro* de la salud. Si bien muchas situaciones sanitarias se ven afectadas por las decisiones en materia de gobernanza adoptadas en otros sectores, el análisis de las causas y los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles apunta a una gran diversidad de **determinantes sociales, económicos y ambientales**, que están interrelacionados y operan en diferentes niveles. Estos van desde la exposición ambiental a productos tóxicos nocivos, el régimen alimentario, el consumo de tabaco, y el consumo excesivo de sal y de alcohol, a la adopción de modos de vida cada vez más sedentarios. Esos factores, a su vez, están ligados a los ingresos, la vivienda, el empleo, el transporte, y las políticas agropecuarias y educativas, que también se ven influidas por los modelos de comercio internacional, los intercambios comerciales, las cuestiones financieras, la publicidad, la cultura y las comunicaciones. Si bien podrían definirse instrumentos normativos relacionados con cada uno de esos factores, orquestar una respuesta congruente entre distintas sociedades sigue siendo una de las mayores dificultades a que se enfrenta la gobernanza de la acción sanitaria mundial.

49. La **cobertura sanitaria universal** combina dos componentes fundamentales: el acceso a los servicios necesarios para gozar de una buena salud (promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación), y una protección económica suficiente que impida que los problemas de salud lleven a la pobreza. La cobertura universal sanitaria es importante desde el punto de vista de la gobernanza de la salud en dos aspectos. A nivel nacional, representa un objetivo importante para todos los países a la hora de fortalecer o reformar sus sistemas de salud. Además, en el debate acerca de cómo posicionar la salud en la agenda después de 2015, ofrece la posibilidad de convertirse en un objetivo unificador, pues tiene en cuenta el interés por concluir la labor emprendida con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al tiempo que da cabida a la necesidad de combatir las enfermedades no transmisibles y otras causas de la mala salud.

50. Hay otras dos prioridades estratégicas que ponen de relieve otro aspecto de la función de la OMS en la gobernanza sanitaria, a saber: que la negociación de instrumentos internacionales ha de estar vinculada al desarrollo de capacidad en los países. Esto es especialmente cierto en el caso del **Reglamento Sanitario Internacional (2005)**, que constituye el instrumento jurídico fundamental necesario para garantizar la seguridad sanitaria colectiva. Sin embargo, su alcance depende de que todos

¹ Fidler DP, Calamaras JL. *The challenges of global health governance*. Nueva York, Council on Foreign Relations Press, mayo de 2010.

los países dispongan de los medios necesarios para detectar, notificar y combatir cualquier amenaza nueva para la salud pública de importancia internacional. Del mismo modo, los esfuerzos desplegados con el fin de aumentar el **acceso a productos médicos** se han visto influidos por varios acuerdos internacionales, como la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual y la salud pública (y su incorporación al acuerdo sobre los ADPIC) y la posterior estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Hay otros procesos de gobernanza en curso relacionados con los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación, y el seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación. Ahora bien, al igual que ocurre con el Reglamento Sanitario, los verdaderos efectos de las decisiones adoptadas en materia de gobernanza dependerán de la creación o el fortalecimiento de las instituciones nacionales y regionales indispensables para llevar los acuerdos a la práctica.

La gobernanza sanitaria y la reforma de la OMS

51. En el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo se definen dos medidas de éxito vinculadas a la gobernanza como prioridad estratégica:

- a)* Un sistema racionalizado y eficaz de gobernanza en la OMS que incremente las sinergias en toda la Organización, permita una supervisión estratégica, y repose en la participación teniendo en cuenta todo el espectro de cuestiones de que se ocupa la OMS.
- b)* Un enfoque más coordinado de un programa de acción sanitaria mundial bien definido y de carácter multisectorial, que se traduzca en una adaptación más adecuada de la asistencia financiera y técnica prestada a las políticas y estrategias sanitarias de los países.

52. La primera medida se centra en la gobernanza interna de la OMS por los Estados Miembros a nivel mundial y regional. La segunda se refiere al papel coordinador y rector de la Organización. Hay varios mecanismos en marcha que tienen por objeto garantizar que la OMS cuente con los medios necesarios para alcanzar esos objetivos.

53. El programa de gobernanza interna se centrará inicialmente en la labor de los órganos deliberantes: la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y los comités regionales. En el caso del Consejo, ello significa el fortalecimiento de su función ejecutiva y de supervisión, el aumento de su función estratégica y la racionalización de sus métodos de trabajo. En lo que respecta a la Asamblea de la Salud, el carácter más estratégico de su función permitirá velar por que las resoluciones contribuyan a mejorar el establecimiento de prioridades. La labor de los comités regionales estará vinculada más estrechamente a la gobernanza mundial de la OMS, en particular al trabajo del Consejo Ejecutivo; además, el uso de prácticas óptimas se uniformará en el conjunto de las regiones. Para complementar esos cambios, la Secretaría mejorará el apoyo que presta a las funciones de gobernanza, informando a los nuevos miembros y facilitando documentos mejores y más oportunos.

54. Una de las principales consecuencias del aumento del interés político en la salud y del reconocimiento de la relación que existe entre la salud y muchos otros ámbitos de las políticas sociales y económicas es la creciente demanda de procesos intergubernamentales, antes que puramente técnicos, con el fin de lograr acuerdos duraderos e incluyentes. Por consiguiente, es probable que aumente la función movilizadora de la OMS, lo que requerirá medios adecuados para apoyar, gestionar y facilitar los procesos de gobernanza.

55. Una dificultad añadida relacionada con el programa de gobernanza de la acción sanitaria radica en el hecho de que en muchas de las áreas donde los cambios pueden tener efectos positivos para la

salud las normas y los regímenes existentes están gestionados por diferentes instituciones internacionales. En consecuencia, la OMS deberá propugnar la causa de la salud en la gobernanza de otros organismos a nivel mundial, regional y nacional. Habida cuenta de la amplia diversidad de instituciones que intervienen, será preciso hacer un uso estratégico y selectivo de los escasos recursos disponibles, con el fin de potenciar al máximo los efectos.

56. El análisis de las dificultades a que se enfrenta la gobernanza de la acción sanitaria mundial pone nuevamente de relieve la necesidad de que la OMS dialogue con toda una gama de partes interesadas. En su reunión extraordinaria sobre la reforma, el Consejo Ejecutivo convino, en su decisión EBSS2(2), que la gobernanza tiene que ser un proceso plenamente incluyente, que respete el principio del multilateralismo. El Consejo considerará los principios que deben regir la colaboración con actores no estatales al abordar el punto 5 del orden del día provisional.

57. Con relación al creciente número de alianzas en pro de la salud, la OMS desempeña un papel doble: por una parte es miembro activo de la alianza por derecho propio, y por otra parte es miembro de la junta directiva con responsabilidades en el gobierno de la propia alianza. Ahora bien, el objetivo inmediato de la reforma en ese ámbito es la relación de la OMS con las alianzas que acoge la Organización. El Consejo ha examinado las propuestas sobre el tema y las someterá a la consideración de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud al abordar el punto 11 del orden del día provisional.

58. Un elemento común a todos los aspectos del programa de gobernanza sanitaria es la necesidad de fortalecer la capacidad del conjunto de la Organización, con el fin de gestionar ese programa de un modo más eficaz. La Secretaría tendrá que fortalecer su capacidad y al mismo tiempo brindar apoyo a los Estados Miembros cuando estos lo soliciten.

59. Una de las medidas para lograr este objetivo consistirá en perfeccionar el conocimiento que el personal técnico y administrativo tiene de la función de la OMS en el ámbito del sistema internacional, con el fin de que conozcan mejor la forma como las cuestiones de gobernanza influyen en su trabajo. Concretamente, la capacitación en diplomacia sanitaria, que ya se imparte obligatoriamente a los representantes de la OMS, se extenderá a otras partes de la Organización. Esta capacitación debe abarcar el uso de instrumentos de otras disciplinas, como las relaciones internacionales y las ciencias políticas, para mejorar el análisis de los sistemas complejos y la determinación de las partes interesadas.

60. Además, para aumentar la influencia de la OMS será preciso mejorar la coordinación interna en todos los niveles de la Organización a fin de que esta pueda adoptar posiciones coherentes y convincentes para apoyar la causa de la salud en los distintos ámbitos que se han mencionado.

61. En relación con los Estados Miembros, las estrategias encaminadas a reforzar la capacidad de gobernanza que contarán con el apoyo de la OMS abarcarán el fortalecimiento de los departamentos internacionales en los ministerios de salud; la coordinación interministerial sobre cuestiones de política sanitaria mundial; la preparación de una estrategia integral de salud a nivel interministerial; el fomento de intercambios regulares sobre cuestiones sanitarias mundiales con instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y otra entidades; el fomento de intercambios de personal entre ministerios y con organizaciones internacionales; y la capacitación del personal en diplomacia y negociaciones sanitarias.

LOS RETOS

62. Se avistan algunos retos decisivos:

a) La gobernanza de la acción sanitaria mundial requiere que la OMS entable conversaciones con una gran variedad de actores no estatales. Ponerse de acuerdo acerca de los principios que han de regir esta relación y trasladarlos a la práctica es decisivo para materializar este componente de la reforma de la OMS.

b) La gobernanza de la acción sanitaria mundial se reparte en «sedes» cada vez más diversas. Dicho de otro modo, las decisiones que afectan a la gobernanza de la acción sanitaria mundial se están tomando en un número de ámbitos cada vez mayor. Cabe destacar que los asuntos de salud empiezan a figurar de forma destacada en el orden del día de la Asamblea General de las Naciones Unidas, especialmente con relación a la cobertura sanitaria universal y las enfermedades no transmisibles.¹ A la vista del gran número y la variedad de los órganos que toman decisiones, tanto en el plano mundial como en el regional, la OMS tiene que adoptar decisiones estratégicas cuidadosas con respecto al lugar donde puede influir más eficazmente en los resultados.

c) Muchos productos de la gobernanza de la acción sanitaria mundial se distinguen por ser bienes públicos de alcance mundial o regional (véase el párrafo 38 *supra*). La formulación de normas, patrones y, cada vez más, la negociación de acuerdos y convenios exige contar con recursos suficientes y sostenibles. Puede resultar difícil generar estos recursos cuando algunos estados soberanos se benefician de las inversiones que otros hacen sin aportar ellos nada (el problema del que «viaja sin pagar»)². Este problema cobra relieve no solo con respecto a la financiación y el destino que se da a los fondos esenciales de la OMS sino, en igual medida, a la forma como se formulan los juicios acerca de la eficacia de la Organización a través de los exámenes efectuados por las distintas instituciones para el desarrollo cuyo objetivo central es la ayuda directa a los países.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

63. Se invita al Consejo Ejecutivo a que tome nota del informe, brinde orientación especial acerca de los asuntos que se exponen más adelante y considere el proyecto de punto de decisión que se acompaña.

64. En la primera parte del presente informe se traza el marco de la implicación de la OMS con actores no estatales y los cuatro principios rectores; una clasificación del tipo de interacciones; las normas para iniciar la implicación; los medios para acrecentar la transparencia y gestionar los conflictos de intereses; y la implantación de sistemas para velar por el cumplimiento y la presentación de informes, así como facilitar la supervisión por parte de los órganos deliberantes. Se solicita al Consejo que brinde orientación sobre el enfoque general propuesto, avale los principios rectores de la comunicación y la clasificación de las interacciones y aconseje sobre la formulación de las reglas y el establecimiento de los mecanismos para iniciar las actividades con el fin de aumentar la transparencia y gestionar los conflictos de intereses según se ha descrito.

¹ Véanse las resoluciones A/RES/67/81 y A/RES/64/265 de las Naciones Unidas.

² Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 2013, 368:936-942.

65. Para llevar adelante esta tarea será imprescindible mantener continuamente diálogos y consultas. En su 132.^a reunión, el Consejo Ejecutivo decidió que debían celebrarse dos procesos consultivos, uno con los Estados Miembros y la organizaciones no gubernamentales, y otro con los Estados Miembros y el sector comercial privado. Siguiendo las orientaciones del Consejo acerca de los principios generales y los tipos de interacciones, dichas consultas intentarán llevar adelante el trabajo en torno a las normas para el inicio de implicación y los sistemas para acrecentar la transparencia y gestionar los conflictos de intereses.

66. Asimismo, se invita al Consejo Ejecutivo a que facilite orientaciones sobre cómo seguir adelante con la tarea de definir los criterios para permitir la participación de las organizaciones no gubernamentales en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS.

PUNTO DE DECISIÓN

Visto el documento EB133/16 acerca de la implicación con actores no estatales, el Consejo Ejecutivo:

AVALA el enfoque descrito acerca de la colaboración con actores no estatales, en particular los principios generales para establecer la comunicación y la clasificación de las interacciones;

PIDE a la Directora General que continúe los trabajos propuestos, teniendo en cuenta las deliberaciones del Consejo Ejecutivo en su 133.^a reunión, con miras a preparar un marco más detallado de implicación con actores no estatales para someterlo a la consideración del Consejo en su 134.^a reunión, en enero de 2014.

= = =