

Presupuesto por programas 2012-2013: evaluación de la ejecución

Informe resumido

PRÓLOGO DE LA DIRECTORA GENERAL

1. En el presente documento se ofrece una evaluación sistemática del desempeño de la OMS durante el bienio 2012-2013 en relación con cada uno de los 13 objetivos estratégicos de la Organización. El documento se publica en un momento en que la OMS está inmersa en reformas y en el marco de un clima de desarrollo sanitario que prima la transparencia, la rendición de cuentas y los resultados cuantificables. En consonancia con las orientaciones aportadas por los Estados Miembros, la Secretaría ha querido asegurar que las esferas en las que participa la OMS sean estratégicas y selectivas. A lo largo del bienio, el proceso de reforma se desplazó desde una fase de análisis de políticas y resolución de problemas a una fase de aplicación más sólida. Los dos diálogos sobre financiación mantenidos en 2013 fueron una novedad para la OMS y una manifestación clara de ese cambio.

2. El compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud ha seguido arrojando excelentes resultados, lo que confirma de nuevo la importancia de que la cooperación sanitaria internacional se centre en un número reducido de objetivos con plazos concretos. Por lo que respecta al VIH/sida, las nuevas pruebas científicas que demuestran que el tratamiento antirretrovírico impide la transmisión del VIH desencadenaron una revisión y consolidación importantes de todas las orientaciones normativas conexas de la OMS, gracias a lo cual se han simplificado los protocolos de tratamiento y se ha racionalizado la carga operativa. En el Día Mundial del Paludismo 2012 la OMS puso en marcha una iniciativa en la que se consolidaban las recomendaciones normativas de la Organización sobre las pruebas diagnósticas, el tratamiento y el seguimiento de todos los casos de paludismo y se hacía hincapié en la necesidad de realizar pruebas antes del tratamiento y efectuar un seguimiento de los casos mediante un sistema de vigilancia sensible. Los países que efectúan pruebas antes del tratamiento, a través de nuevas pruebas diagnósticas simplificadas, declararon un descenso en la prescripción de medicamentos antipalúdicos y en los costos conexas. Sin embargo, la vigilancia sigue siendo un punto débil. Tan solo en 58 de los 99 países donde sigue transmitiéndose el paludismo se pudieron establecer con certeza las tendencias de la enfermedad. Las perspectivas para conseguir los objetivos fijados con respecto a la tuberculosis aumentaron, pero la OMS ha seguido rastreando casos de tuberculosis multirresistente y de tuberculosis ultrarresistente y dando los avisos correspondientes.

3. Gracias al estímulo de la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños», se aceleraron los esfuerzos por reducir la mortalidad materna e infantil. La OMS respaldó tales esfuerzos mediante la coordinación de amplios estudios multicéntricos de investigación y la prestación de orientaciones técnicas de índole práctica. Por citar tan solo un ejemplo, la OMS publicó orientaciones para un enfoque integrado de la diarrea y la neumonía infantiles que tiene por objeto eliminar las dos enfermedades y reducir también la carga operativa para los servicios de salud. Esos esfuerzos han subrayado que es

imperativo poner en marcha sistemas de registro civil y estadísticas vitales, fundamentales para mejorar la rendición de cuentas y la cuantificación de los resultados.

4. Los países siguen acudiendo a la OMS en busca de asesoramiento para responder al aumento de las enfermedades no transmisibles y las ingentes demandas que esas enfermedades imponen a los sistemas de salud, los recursos humanos y los presupuestos. La Asamblea de la Salud adoptó en 2013 un plan mundial de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. En los países, las «mejores inversiones» señaladas por la OMS han permitido a los diferentes distritos avanzar, independientemente de las restricciones presupuestarias.

5. Algunos de los logros conseguidos durante el bienio pueden cuantificarse fácilmente. Con el apoyo de la Alianza GAVI, un mayor número de países introdujo las nuevas vacunas en sus programas de inmunización sistemática. La cobertura especialmente buena conseguida con la vacuna de la hepatitis B planteó la estimulante posibilidad de prevenir un elevado porcentaje de casos de cáncer hepático, uno de los más comunes en el mundo en desarrollo. La primera Semana Mundial de la Inmunización, celebrada en 2012, atrajo la participación de más de 180 países. La India se ha mantenido libre de poliomielitis. La OMS precalificó más de 150 productos diagnósticos, medicamentos, vacunas y principios farmacéuticos activos. Solamente en 2012 se entregaron más de 700 millones de tratamientos preventivos para proteger a las poblaciones de las enfermedades tropicales desatendidas que se trata de controlar. Las partes que apoyan el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco pasaron a ser 176; el primer protocolo del Convenio, cuyo objetivo es eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco, se aprobó en 2012.

6. Personalmente me complace constatar la constante influencia del *Informe sobre la salud en el mundo* de 2010 en la financiación de los sistemas de salud.¹ Más de 70 países, de todos los niveles de desarrollo, han solicitado asistencia técnica a la OMS para llevar sus sistemas de salud hacia la cobertura sanitaria universal. El Banco Mundial se unió a la OMS en la prestación de este apoyo, lo que agregó peso a los argumentos de que la cobertura sanitaria universal es deseable, factible y viable desde un punto de vista económico. La cobertura universal es, de todas las opciones de política, una de las que más contribuye a la igualdad social. Estoy orgullosa de que, de este modo, la OMS transforme los principios de equidad y el derecho a la salud en beneficios tangibles —e incluyentes— para la salud de las personas.

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

7. La evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2012-2013 es la última evaluación que se efectúa en el marco del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. El presente informe ofrece una visión general de los principales logros de los resultados previstos, y un panorama de las cuestiones y lecciones extraídas a partir de la labor efectuada en los países, así como de la Secretaría. También se examinó la ejecución del presupuesto, lo que dio pie a considerar simultáneamente la ejecución programática y financiera.²

8. La evaluación de la ejecución del presupuesto por programas es una autoevaluación que permite a las oficinas principales indicar si sus respectivas aportaciones en pro de los resultados previstos se

¹ *Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

² Véase el documento A67/43, Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2013.

lograron parcial o plenamente, o no se lograron. Las calificaciones asignadas indican la medida en que los programas han alcanzado los resultados previstos y en que se han logrado las metas de los indicadores. En cada nivel se documentaron las enseñanzas extraídas y las medidas que hay que adoptar. Con el fin de que los progresos realizados se evaluaran de manera objetiva y uniforme, el examen incluyó elementos de revisión por pares y garantía de la calidad

PANORAMA DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

9. En el cuadro 1 se muestra la calificación otorgada por el logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización desglosados por objetivos estratégicos.

10. La consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluó sobre la base del logro de los indicadores, que se ajustaron durante el examen de mitad de periodo para reflejar los logros efectivos en 2010-2011 indicados en la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2010-2011. En algunos casos, los puntos de partida y las metas también se actualizaron para reflejar la ulterior aclaración de las definiciones y los criterios de medición aplicables a determinados indicadores. El uso de los valores de los indicadores como el método principal de evaluar el logro de los resultados previstos al final del bienio está en consonancia con las recomendaciones del Comisario de Cuentas. Asimismo, refleja los esfuerzos de toda la Organización por reforzar la cultura de la evaluación, así como la capacidad concreta de evaluar resultados definiendo indicadores robustos, que se utilizarán también para la presentación de informes.

11. A partir de los valores asignados al logro de los indicadores, los resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron de la siguiente manera:

- logrado plenamente: se cumplieron o sobrepasaron todas las metas de los indicadores del resultado previsto a nivel de toda la Organización;
- logrado parcialmente: no se cumplieron una o varias metas de los indicadores del resultado previsto a nivel de toda la Organización;
- no logrado: no se cumplió ninguna de las metas de los indicadores del resultado previsto a nivel de toda la Organización.

12. De un total de 80 resultados previstos a nivel de toda la Organización para el bienio 2012-2013, 50 se consideraron «logrado plenamente» (63%) y 30 «logrado parcialmente» (37%), lo que constituye una mejora en la ejecución con respecto a 2010-2011, bienio en el que el 46% de los resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron como «logrado parcialmente».

13. Un análisis más detenido de los 30 resultados previstos a nivel de toda la Organización «logrado parcialmente» revela lo siguiente:

- un total de 12 de los 30 resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron como «logrado parcialmente», bien porque una aplicación más rigurosa de los criterios de medición de los indicadores llevó a una reducción en el número de países que declararon haber logrado la meta, o porque los países carecían de la capacidad para presentar informes oportunos sobre el logro de los indicadores (por ejemplo, para cumplimentar las encuestas sobre presentación de informes o ajustarse a los plazos pertinentes);

- un total de cuatro de los 30 resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron como «logrado parcialmente» porque en algunos Estados Miembros no se habían cumplido las metas de los indicadores como se había previsto, principalmente como consecuencia del continua agitación política (por ejemplo, en la Región del Mediterráneo Oriental); y
- las restantes 14 de los 30 resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron como «logrado parcialmente» bien porque uno o más Estados Miembros destinatarios no había logrado los resultados esperados, o porque los Estados Miembros que habían logrado previamente la meta habían dejado de cumplir los criterios de logro.

Para cada uno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización «logrado parcialmente» se han incluido explicaciones más exhaustivas en la parte principal del presente informe. Puede encontrarse información más pormenorizada sobre los indicadores específicos que no se lograron en el documento completo, *presupuesto por programas 2012-2012, Evaluación de la ejecución del presupuesto*.¹

14. Se han introducido mejoras en el proceso de examen, así como en la definición y la supervisión de las medidas de ejecución. Sin embargo, el carácter de autoevaluación del examen y la necesidad de establecer una relación más clara entre el desempeño técnico y financiero siguen planteando problemas de envergadura. Muchos de esos asuntos se han discutido con los Estados Miembros y se han abordado en el presupuesto por programas 2014-2015 mediante una definición más neta de los productos de la Secretaría y los indicadores conexos, así como el marco de vigilancia y evaluación.

Cuadro 1. Calificación por objetivo estratégico

	Objetivo estratégico	Resultados previstos a nivel de toda la Organización			
		Logrado plenamente	Logrado parcialmente	No logrado	Total
OE1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	2	7	0	9
OE2	Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo	2	4	0	6
OE3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales	2	4	0	6
OE4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	7	1	0	8
OE5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico	0	2	0	2
OE6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo	4	2	0	6
OE7	Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	5	0	0	5

¹ Documento HQ/PRP/14.1 publicado solamente en inglés y disponible a petición.

	Objetivo estratégico	Resultados previstos a nivel de toda la Organización			
		Logrado plenamente	Logrado parcialmente	No logrado	Total
OE8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	6	0	0	6
OE9	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	6	0	0	6
OE10	Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles	9	4	0	13
OE11	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	1	2	0	3
OE12	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015	4	0	0	4
OE13	Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	2	4	0	6
Total		50	30	0	80

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

15. Más de 100 millones de personas han recibido la vacuna conjugada contra los meningococos del grupo A, lo que ha dado lugar a una reducción drástica del 94% en la incidencia de la enfermedad (equivalente a la práctica eliminación) en las poblaciones inmunizadas. Se realizaron progresos en la introducción de vacunas nuevas y la promoción de vacunas infrautilizadas. Según los datos más recientes,¹ durante el periodo que abarca el informe la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) se introdujo en 16 nuevos países, la antineumocócica en 33, la antirrotavírica en 13 y la vacuna contra los papilomavirus humanos en 12. En 2012, cuatro de cada cinco niños (83% de un total estimado en 111 millones) de todo el mundo recibieron las tres dosis recomendadas de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina en el primer año de vida, lo que es signo de un adelanto sostenido en un periodo de dos años. A fines de 2012, la cobertura mundial de la vacuna antisarampionosa había llegado al 84%, con un descenso del 78% en la cifra estimada de muertes anuales por sarampión y una estimación de 13,8 millones de muertes evitadas entre 2000 y 2012. En 2012 se realizó la primera Semana Mundial de la Inmunización y se adoptó el Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020. La OMS ha puesto en marcha un programa de evaluación externa de la calidad a través de un conjunto de pruebas con objeto de supervisar el desempeño de los laboratorios que participan en la Red mundial de laboratorios de rotavirus y en la Red mundial de vigilancia de las enfermedades bacterianas invasoras que pueden prevenirse mediante vacunación. Ha aumentado tanto el número de laboratorios como la calidad de las pruebas.

¹ Los datos oficiales se publican con retraso de un año debido a los plazos de notificación por los países mediante el formulario conjunto de la OMS y el UNICEF, así como la refundición y validación de los datos.

16. En los tres países en los que la poliomielitis sigue siendo endémica, se revisaron y fortalecieron los planes de acción nacionales de emergencia para atender a los retos que supone vacunar a todos los niños contra la poliomielitis. Los órganos de supervisión, rendición de cuentas y gestión de los programas que presentan sus informes a los jefes de Estado fueron ampliados del ámbito nacional al subnacional con objeto de potenciar la rendición de cuentas política y administrativa por la calidad de las actividades fundamentales de erradicación. Tres brotes epidémicos en el Camerún, el Cuerno de África y Oriente Medio (con casos en la República Árabe Siria) han servido para recordar el riesgo de propagación internacional desde países en los que la poliomielitis es endémica. Se sigue dando una atención rápida a los brotes epidémicos, con respuestas multinacionales coordinadas y planes generales graduales contra los brotes. El Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, en su 60.^a reunión celebrada en octubre de 2013, declaró la transmisión de la poliomielitis una emergencia en todos los Estados Miembros de la Región.

17. Se puso en marcha una iniciativa para acelerar el avance hacia los objetivos de erradicación, eliminación o control de 17 enfermedades tropicales desatendidas que afectan a 1400 millones de las personas más pobres del mundo. Entre las características fundamentales de esta iniciativa se incluye una hoja de ruta clara y considerables donaciones negociadas de 14 medicamentos y terapias diferentes. Entre los otros logros de la OMS cabe citar los siguientes: la publicación del segundo informe sobre las enfermedades tropicales desatendidas, en el que se esbozan los avances logrados desde 2010;¹ la precalificación de la dietilcarbamazina, el primer medicamento para el tratamiento de una enfermedad tropical desatendida; la introducción de un nuevo tratamiento de primera línea para la leishmaniasis visceral; y la ampliación de la quimioprofilaxis contra las helmintiasis. Además de la Consulta de expertos de la OMS sobre la rabia, que volvió a evaluar la carga de morbilidad impuesta por la rabia, así como los métodos para tratar esta enfermedad,² se publicaron también nuevas estrategias, instrumentos diagnósticos y regímenes de tratamiento de la filariasis linfática, así como una nueva estrategia para eliminar la tripanosomiasis africana humana. Se certificó que cinco países estaban libres de la dracunculosis, con lo que el número de Estados Miembros que están libres de esa enfermedad asciende a 185. Se elaboraron instrumentos diagnósticos complementarios para el plan, que se utilizarán en el programa de erradicación.

18. El *Global report for research on infectious diseases of poverty*³ se presentó en la Conferencia sobre Innovación en la Atención Sanitaria sin Fronteras, organizada por la Comisión Europea. En el informe se pone el acento en los motivos para realizar investigaciones y se expone en un plan de acción de cinco puntos, que incluye la propuesta de crear un índice de las enfermedades infecciosas de la pobreza y la investigación multidisciplinaria en el contexto de la estrategia «Un mundo, una salud».

19. La Secretaría continuó sus esfuerzos por apoyar a los países, tanto por lo que respecta a la cooperación técnica como a la prestación de orientaciones y herramientas, en la consecución de las capacidades básicas mínimas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para detectar y prevenir las amenazas de salud pública y responder a ellas. Se prepararon exhaustivos materiales de orientación y cursos de capacitación que se utilizaron en las esferas principales y se tradujeron a otros

¹ *Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. Segundo informe de la OMS sobre enfermedades tropicales desatendidas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013. Documento WHO/HTM/NTD/2013.1.

² Consulta de expertos de la OMS sobre la rabia: segundo informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 982).

³ *Global report for research on infectious diseases of poverty*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

idiomas oficiales de la Organización. No obstante los avances conseguidos en los países, 119 Estados Miembros han solicitado que el plazo de junio de 2012 se prorrogue dos años.

20. El trabajo en torno a enfermedades y afecciones específicas se centró en la gripe, el dengue, la infección por el virus del Ebola, las infecciones por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), la fiebre amarilla, la fiebre chikungunya, el síndrome del cabeceo, las hepatitis víricas, el cólera y la meningitis. Los países donde hubo epidemias recibieron ayuda técnica —instrumentos, directrices y expertos en investigación y control de brotes— y el Sistema de Gestión de Eventos de la OMS ayudó en un total de 542 situaciones entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. Las iniciativas de preparación en los planos mundial y regional consistieron en hacer acopio de materiales de intervención, trazar y perfeccionar planes de preparación específicos y generales, y emitir directrices de detección, vigilancia y respuesta. La labor de la OMS sobre las hepatitis víricas avanzó con la publicación de un marco para la acción mundial sobre la prevención y el control y un informe sobre la situación de los programas nacionales contra las hepatitis en los Estados Miembros.¹

21. Las estrategias integradas, como la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes y el sistema integrado de vigilancia y respuesta sanitarias, han potenciado las capacidades de los Estados Miembros para gestionar los riesgos. Los mecanismos contra la meningitis y la fiebre amarilla del Grupo Internacional de Coordinación suministraron 7 343 000 dosis de vacunas anti-amarílicas y 2 009 000 dosis de vacunas antimeningocócicas en respuesta a los brotes epidémicos de 2012 y 2013. El Grupo Internacional de Coordinación aceptó gestionar también la reserva internacional de vacunas orales anticólicas para emergencias, que a finales de 2013 contaba con 900 000 dosis. En el contexto del Marco de preparación para una gripe pandémica (PIP), la OMS cerró tres Acuerdos Modelo de Transferencia de Material 2 (SMTA2) con grandes fabricantes de vacunas con objeto de asegurar el acceso en tiempo real a entre el 10% y el 15% de las vacunas para una gripe pandémica que esos fabricantes produzcan una vez llegada la próxima pandemia. La Secretaría elaboró un proceso para cuantificar la contribución de partenariado; asimismo, a finales de 2013 se ultimó un plan para la utilización de las contribuciones recibidas.

22. Se registraron progresos en la labor de la OMS para combatir la creciente amenaza de la resistencia a los antimicrobianos, por ejemplo mediante la sensibilización sobre el asunto con su inclusión en los órdenes del día de los órganos deliberantes y la convocatoria de un grupo consultivo estratégico y técnico que ayude a conformar una estrategia mundial y a asesorar a la OMS sobre su labor de coordinación. La OMS obtuvo también información valiosa de más de 100 Estados Miembros sobre las capacidades y vulnerabilidades actuales en relación con la resistencia a los antimicrobianos, que se publicará en 2014.

23. De los nueve resultados previstos a nivel de toda la Organización en el marco de este objetivo estratégico, dos se han evaluado como «logrado plenamente» y siete como «logrado parcialmente». En el caso del resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.1 (Acceso a las vacunas), la calificación de «logrado parcialmente» se debió al hecho de que solo 131 Estados Miembros, en lugar de los 135 previstos, habían logrado una cobertura de al menos un 90% con tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y a tos ferina (cuatro países no llegaron al objetivo fijado por tan solo un 1%). En el caso del resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.2 (Erradicación de la poliomielitis), el aumento de los riesgos para la seguridad generó dificultades importantes en la aplicación de las es-

¹ *Prevención y control de las hepatitis virales: marco para la acción mundial*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012, y *Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012, respectivamente.

trategias programáticas. Dado que solo 33 países habían indicado su intención de dejar de utilizar la vacuna antipoliomielítica oral trivalente en los programas de inmunización sistemática, tan solo el 26% de los Estados Miembros, en lugar del 75% inicialmente previsto, cumplió los criterios para el indicador. La calificación del resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.3 (Acceso a las intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas) refleja un incremento en las discapacidades de grado 2 en nuevos casos de lepra por millón de personas en riesgo, dato que puede atribuirse al uso de métodos innovadores de localización de casos para llegar a zonas y grupos de población inaccesibles, así como a una mejor gestión de los datos. La calificación de «logrado parcialmente» para el resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.4 (Vigilancia y supervisión de todas las enfermedades transmisibles) se debió a un cambio en la fecha de presentación del informe. Si bien solo 154 de los 165 Estados Miembros previstos presentaron sus formularios conjuntos antes de la nueva fecha límite, la puntualidad e integridad generales de la presentación de informes mejoraron considerablemente en comparación con años anteriores. En general, 173 países presentaron sus formularios de notificación unos pocos días antes o después del plazo límite. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.6 (Capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005)) se vio afectado por la dificultad que experimentaron numerosos países para adquirir las capacidades básicas mínimas prescritas. Por lo que respecta al resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.7 (Detección, evaluación y respuesta a las enfermedades epidémicas y pandémicas), el número de Estados Miembros que establecieron planes de preparación y procedimientos operativos normalizados no llegó al objetivo marcado. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.8 (Respuesta a epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional) se ha evaluado como «logrado parcialmente» porque el objetivo de 140 dependencias de la OMS resultó ser muy difícil de lograr. El número de funcionarios capacitados que dejan la Organización o son trasladados ha entorpecido el aumento del número de oficinas con acceso al sistema mundial de gestión de eventos, dado que solamente se cuentan las dependencias de la OMS que tienen al menos un usuario capacitado.

24. Por lo que respecta a las enseñanzas extraídas en el ámbito de las vacunas, la OMS ha asumido el liderazgo, ha propugnado una participación política y financiera sólida y ha velado por la colaboración eficaz de todas las partes interesadas para sostener los resultados y lograr los objetivos fijados en el Plan de acción mundial sobre vacunas.¹ Seguirá detectando y abordando las restricciones a la vacunación segura y la prestación de servicios en países con índices bajos de cobertura de vacunación sistemática, muchas personas no vacunadas y falta de equidad.

25. Se están formulando planes para garantizar la seguridad de los profesionales de la salud en cada sitio donde haya un reservorio de poliovirus. En el ámbito internacional, la OMS está incrementando su implicación y tratando de obtener un mayor apoyo financiero, técnico y en materia de comunicaciones por parte de diferentes instituciones islámicas, con el doble objetivo de inspirar mayor confianza a las comunidades y partes interesadas musulmanas y de lograr una mayor aceptación del programa de erradicación de la poliomielitis en dichas comunidades.

26. La utilización de guías para la planificación y presupuestación estratégicas facilitó la integración y la coordinación de las intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas. La coordinación con los gobiernos y otras partes interesadas mejoró a lo largo del bienio. La inseguridad y la guerra fueron los principales obstáculos para la ejecución de las medidas encaminadas a la erradicación de la dracunculosis en Malí y Sudán del Sur, así como de las intervenciones de quimioterapia preventiva.

¹ Véase el documento A66/19.

27. La Secretaría siguió manteniendo su capacidad para cumplir las funciones que le han sido encomendadas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La coordinación a nivel internacional e intersectorial, la transparencia y el intercambio de información han demostrado ser esenciales para la evaluación de los riesgos y la respuesta ante epidemias y pandemias, y los Estados Miembros reconocen cada vez más su importancia.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo

28. A finales de 2013, cerca de 10 millones de personas procedentes de países de bajos y medianos ingresos estaban recibiendo tratamiento antirretroviral, lo que pone al alcance la meta mundial de que 15 millones de personas reciban dicho tratamiento en 2015. La OMS promovió la ampliación del acceso al tratamiento y la prevención mediante la formulación y difusión de nuevas directrices sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento, las pruebas de detección del VIH y la prestación de servicios a las poblaciones vulnerables. Los comités regionales de la Región de África, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de Europa aprobaron planes de acción y estrategias regionales sobre los mismos temas, lo que se complementó con el apoyo prestado por un grupo de tareas regional de la Región del Pacífico Occidental y con la formulación de directrices regionales sobre la respuesta del sector sanitario al VIH en la Región de Asia Sudoriental. Si bien a nivel mundial está disminuyendo el número de nuevas infecciones por el VIH, estas están aumentando en la Región del Mediterráneo Oriental y en ciertas partes de la Región de Europa. En ambas regiones, los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables y los trabajadores del sexo son los grupos más afectados.

29. La tasa de mortalidad por tuberculosis ha disminuido un 45% desde 1990 y, desde 1995, se han salvado 22 millones de vidas mediante la estrategia Alto a la Tuberculosis. Ahora bien, los lentos avances en el control de la tuberculosis multirresistente son un motivo de preocupación, pues se estima que sólo uno de cada cuatro casos son diagnosticados, y muchos pacientes no reciben tratamiento. Durante el bienio y, tal como recomendó la OMS, 98 Estados Miembros comenzaron a utilizar una nueva prueba molecular rápida, suministrada a precios ventajosos, para el diagnóstico de la tuberculosis y de la tuberculosis multirresistente. La OMS publicó unas directrices provisionales sobre el uso de un nuevo fármaco antituberculoso, el primero en 40 años, para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente. Los países de Europa Oriental están aplicando el Plan de acción unificado para prevenir y combatir la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente en la Región de Europa de la OMS, 2011-2015. Las encuestas sobre la prevalencia de la tuberculosis promovidas por la OMS en países con una elevada carga de morbilidad han servido de orientación para la adopción de nuevas medidas en lo que respecta a la detección de casos. En colaboración con varios asociados, se puso en marcha una hoja de ruta para la tuberculosis infantil.¹ En la Región de África, a pesar de los progresos realizados en el marco de la respuesta conjunta a la coinfección VIH/tuberculosis, esta debe reforzarse con objeto de alcanzar la plena cobertura mediante instrumentos de prevención y el acceso de todas las personas afectadas al tratamiento antirretroviral. En colaboración con los Estados Miembros y varios asociados, se ha elaborado un proyecto de estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015, que se examinará en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

30. Entre los años 2000 y 2012, la mortalidad por paludismo se redujo en un 45% en todos los grupos de edad, y en un 51% entre los niños menores de cinco años. Si esta tasa sigue disminuyendo al mismo ritmo, en 2015 los fallecimientos por paludismo se habrán reducido en un 56% en todos los grupos de edad y en un 63% entre los niños menores de cinco años. Tres millones (el 90%) de los

¹ Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

3,3 millones de defunciones evitadas en niños menores de cinco años se producen en el África subsahariana y representan el 20% de los 15 millones de defunciones infantiles evitadas en dicha región desde el año 2000, lo que representa un avance considerable hacia la consecución de la meta 4.A del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, a saber: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. Un total de 59 países de los 103 países en los que seguía habiendo transmisión del paludismo en el año 2000 alcanzaron la meta fijada como parte del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la incidencia del paludismo, y 52 países están en buen camino para reducir la incidencia del paludismo en un 75% de aquí a 2015.

31. Se realizaron varios estudios clínicos, por ejemplo sobre la periodicidad del tratamiento antirretroviral en la coinfección VIH/tuberculosis en pacientes con un elevado recuento de CD4⁺, la adecuación de una nueva combinación terapéutica para acortar el tratamiento, y la utilidad y pertinencia política de la estrategia de atención integrada de los casos en la comunidad.

32. Dos de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron como «logrado plenamente» y los otros cuatro, a saber, el resultado 2.1 (Prevención, tratamiento y atención respecto del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo), el resultado 2.2 (Prestación de servicios, teniendo en cuenta las cuestiones de género, respecto del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo), el resultado 2.3 (Acceso equitativo a medicamentos esenciales respecto del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo) y el resultado 2.4 (Vigilancia, evaluación y seguimiento del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo) se evaluaron como «logrado parcialmente». Si bien se realizaron progresos en el logro de todos los indicadores de los resultados previstos a nivel de toda la Organización y la mayor parte de los resultados se alcanzaron casi plenamente, las limitaciones en términos de recursos y de capacidad en los países, en particular la inadecuación de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones sexualmente transmisibles, junto con el ambicioso nivel fijado para algunos indicadores, explican por qué no se alcanzaron plenamente los objetivos.

33. La clave para el éxito en 2012-2013 residió en el liderazgo de la OMS en el ámbito normativo, y dos productos fundamentales fueron las *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH*¹ y el Proyecto de estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015.² La OMS también brindó orientaciones y apoyo técnico para promover el acceso equitativo a medicamentos esenciales, instrumentos de diagnóstico y tecnologías sanitarias a través de su Programa de Precalificación y de su contribución a los debates sobre políticas, en particular con los países de medianos ingresos, el Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis, el programa de evaluación de las pruebas de diagnóstico rápido del paludismo y el Fondo Rotatorio para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS. Existe una estrecha colaboración y coordinación entre los tres niveles de la Organización, lo que ha sido un factor determinante en la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros para obtener subvenciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

34. En los países menos adelantados, la falta de capacidad técnica y los recursos humanos limitados fueron el principal impedimento a la hora de llevar a cabo los programas nacionales. Otras limitaciones se debían a la situación en materia de seguridad existente en varios países de la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental y al escaso apoyo político a la adopción de medidas para abordar el problema del VIH en ciertas zonas de la Región del Mediterráneo Oriental y de la Región de

¹ Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>, consultado el 26 de marzo de 2014).

² Véase la resolución EB134.R4.

Europa. La falta de apoyo político también repercute negativamente en las intervenciones dirigidas a los consumidores de drogas inyectables de la Región de Europa e impide el control eficaz de la tuberculosis, limita la atención dirigida a poblaciones clave más en general y puede suponer que el paludismo deje de figurar en el programa de varios países.

35. El principal desafío en la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo es mantener el impulso y los progresos realizados con miras a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo que requiere el apoyo continuo de la OMS y la implicación de los Estados Miembros. La OMS deberá promover una mayor inversión de los países en sus respuestas nacionales al VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo con cargo a fuentes de financiación nacionales e internacionales.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales

36. En mayo de 2013, la Asamblea de la Salud hizo suyo el Plan de Acción Mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.¹ Entre las actividades mundiales llevadas a cabo para reforzar la coherencia de las políticas y la colaboración en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles cabe mencionar la elaboración de un proyecto de mandato para un mecanismo de coordinación mundial y para el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Se organizaron talleres y seminarios de formación a nivel regional y nacional en todas las regiones de la OMS con objeto de ofrecer apoyo técnico a los Estados Miembros para la formulación y aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales, la ampliación de los programas nacionales y el fortalecimiento del compromiso político, financiero y técnico de los Estados Miembros para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Algunos países han reforzado su vigilancia de los factores de riesgo, han ampliado las intervenciones para reducir la exposición a los mismos y han adoptado un enfoque basado en la atención primaria de salud para la prevención y la gestión de las enfermedades no transmisibles.

37. El Programa de acción para superar la brecha en salud mental se está ampliando en todas las regiones, y el proyecto QualityRights de la OMS y su caja de herramientas, ideados para mejorar las condiciones y el respeto de los derechos humanos en los centros de atención de la salud mental, se están aplicando en los países. También se brindó apoyo a los Estados Miembros en la adopción de políticas, estrategias y reglamentos basados en datos probatorios en la esfera de la salud mental y el abuso de sustancias. Se publicaron varios documentos, entre ellos *Demencia: una prioridad de salud pública*.² Este informe revela que el número de personas aquejadas de demencia en todo el mundo, que actualmente se estima en 35,6 millones, se duplicará para 2030 y pasará del triple en 2050. Se describen además las repercusiones de la demencia en las personas y la sociedad, los distintos métodos nacionales para afrontar esta enfermedad, las cuestiones relativas a la prestación de cuidados y a los dispensadores de cuidados, y la manera de sensibilizar más al público y de defender a las personas que sufren demencia. En mayo de 2013, la Asamblea de la Salud adoptó el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.³

¹ Resolución WHA66.10.

² Demencia: una prioridad de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

³ Resolución WHA66.8.

38. El Comité Regional para el Pacífico Occidental, en su 63.^a reunión, adoptó la resolución WPR/RC63.R3 relativa a la prevención de la violencia y los traumatismos. A nivel mundial, también se realizaron progresos en la mejora de la seguridad vial, como se desprende del aumento del uso del cinturón de seguridad y el casco protector y la disminución de la conducción bajo los efectos del alcohol y del exceso de velocidad en varios países. Más de 100 países participaron en la segunda Semana Mundial de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, en la que se adoptaron medidas para mejorar la seguridad de los peatones. La OMS y el Gobierno de México acogieron a los principales expertos en materia de prevención de la violencia con motivo de la sexta reunión sobre los hitos de la campaña mundial de prevención de la violencia. También se organizaron varios talleres y sesiones de formación para la creación de capacidad a nivel nacional y regional sobre la atención traumatológica, la prevención de la violencia y la seguridad vial. Durante la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, la OMS y los Gobiernos del Brasil, Mozambique, Rumania y Tailandia pusieron en marcha la Alianza Mundial de la OMS para prestar atención a los heridos, una red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que abarca toda la gama de atención prehospitalaria y hospitalaria y la rehabilitación para ayudar a las personas que han sufrido un traumatismo.

39. En la resolución WHA66.9 relativa a la discapacidad, la Asamblea de la Salud hizo suyas las recomendaciones del *Informe mundial sobre la discapacidad* y, en septiembre de 2013, los Jefes de Estado y de Gobierno que asistieron a la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo se comprometieron a velar por que las personas con discapacidad pudieran participar plenamente en sus comunidades. La OMS está intensificando sus esfuerzos en el marco de estas dos iniciativas y preparó un Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021, del que tomó nota el Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión, celebrada en enero de 2014.¹ Hasta la fecha, 60 países en total han celebrado debates en materia de políticas sobre el *Informe mundial sobre la discapacidad*.² El primer Congreso Mundial sobre la Rehabilitación en la Comunidad, celebrado en Agra (India), del 26 al 28 de noviembre de 2012, congregó a 1500 expertos y profesionales para compartir las mejores prácticas y planificar los pasos siguientes en esta esfera. Durante el bienio, la OMS publicó el informe titulado *International perspectives on spinal cord injury*,³ así como un módulo de formación destinado a los profesionales que prestan servicios de silla de ruedas.

40. La Asamblea de la Salud, en su resolución WHA66.4, adoptada en mayo de 2013, hizo suyo el plan de acción titulado «Salud ocular universal: un proyecto de plan de acción mundial 2014-2019». Un total de 74 Estados Miembros informaron de que habían puesto en marcha planes nacionales integrales sobre la salud ocular y auditiva. De las nuevas estimaciones publicadas por la OMS se desprende que, en 2010, se calculaba que 285 millones de personas sufrían discapacidad visual, 39 millones de personas sufrían ceguera y 246 millones de personas tenían problemas de visión, mientras que 360 millones de personas experimentan dificultades de audición discapacitantes. Se publicaron varios documentos, por ejemplo sobre el manejo de las enfermedades oculares crónicas desde el punto de vista de la salud pública, los recursos educativos para los profesionales de la salud ocular y la promoción del cuidado del oído y de la audición a través de los servicios comunitarios de rehabilitación. Se brindó apoyo a un total de 25 centros nacionales de atención oftalmológica infantil y se crearon

¹ El proyecto de plan de acción se somete a la consideración de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud en el documento A67/16.

² Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/, consultado el 27 de marzo de 2014).

³ Organización Mundial de la Salud, Sociedad Internacional de la Médula Espinal. *International perspectives on spinal cord injury*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

10 centros nuevos. Se publicaron las actas de la reunión de la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma en 2020.

41. Con el apoyo de la Secretaría, otros 21 países están ofreciendo ayuda gratuita o semigratuita para el abandono del hábito de fumar mediante los servicios de atención primaria de salud, junto con la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Las demás actividades se detallan en el marco del objetivo estratégico 6.

42. De los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización, dos se consideraron «logrado plenamente» y cuatro «logrado parcialmente». Los resultados previstos a nivel de toda la Organización 3.1 (Promoción y apoyo para lograr un mayor compromiso político, financiero y técnico), 3.2 (Orientación y apoyo para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos) y 3.3 (Capacidad para recoger, analizar, difundir y utilizar datos) se consideraron «logrado parcialmente» debido a la falta de datos probatorios para dos indicadores de salud mental, principalmente sobre los Estados Miembros en los que la parte del presupuesto sanitario global asignada a la salud mental supera el 1% y el número de Estados Miembros de ingresos bajos y medianos con indicadores básicos de salud mental que son objeto de informes anuales. No pudo realizarse una evaluación sistemática de estos indicadores mediante la utilización del *Atlas de Salud Mental* 2011. La adopción del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA66.8 ha hecho necesaria la inclusión de nuevos indicadores para reemplazar los existentes, que han dejado de utilizarse. Los indicadores sobre el número de Estados Miembros en los que el ministerio de salud, u otra autoridad nacional equivalente, cuenta con un personal y un presupuesto específicamente dedicados a la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y el número de Estados Miembros que han adoptado una política nacional multisectorial relativa a las enfermedades crónicas no transmisibles no se lograron plenamente debido a la falta de compromiso de las instancias superiores, la escasez de recursos y otras prioridades encontradas, incluida la necesidad urgente de priorizar otras actividades en una serie de países. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 3.5 (Programas multisectoriales que abarquen a toda la población) no se logró plenamente debido a la consecución parcial del indicador relativo al número de Estados Miembros que aplican las estrategias recomendadas por la OMS para la prevención de las discapacidades auditivas y visuales. Los limitados recursos destinados a la prestación de servicios de atención oftálmica y auditiva en los países impidieron la plena consecución de este resultado.

43. La labor de promoción de la OMS ha contribuido al desarrollo de los programas mundiales sobre las enfermedades no transmisibles, los traumatismos y la violencia, la salud mental, las discapacidades y la ceguera y la sordera. Las hojas de ruta establecidas por los planes de acción mundiales en estos ámbitos contribuirán a reorientar la acción y a pasar de la promoción y la orientación normativa a la aplicación y el seguimiento del impacto. Si bien los recursos humanos y financieros siguen siendo insuficientes, tanto a nivel mundial como en los países, para abordar un programa y unos retos de esta envergadura, proseguirán los esfuerzos encaminados a aumentar gradualmente los recursos a disposición para asegurar la adopción de medidas a nivel nacional y local.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

44. Bajo el amparo de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, el impulso y el compromiso político se han mantenido con miras a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil) y 5 (Mejorar la salud materna). Aunque en los últimos decenios se han logrado avances —entre 1990 y 2010, la

tasa de mortalidad materna se redujo en un 47% y, entre 1990 y 2012, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años se redujo en un 47%— estos no han sido suficientes. En 2012, de los 6,6 millones de niños fallecidos antes de cumplir cinco años, casi tres millones eran recién nacidos fallecidos en su primer mes de vida. Un total de 287 000 mujeres fallecieron por complicaciones durante el embarazo y el parto, y los 2,6 millones de defunciones prenatales que se producen anualmente siguen siendo una tragedia silenciosa.

45. A finales de 2013, un total de 100 países habían elaborado o actualizado estrategias relativas al acceso universal a intervenciones eficaces para mejorar la salud materna, del recién nacido y del niño, y se había proporcionado apoyo técnico para formular o revisar políticas y estrategias pertinentes en los países. Además, 73 países cuentan actualmente con una política sobre el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

46. Se llevaron a cabo talleres para la creación de capacidad sobre, entre otros temas, la vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta a esta en los 75 países en los que se producen el 95% de las defunciones maternas e infantiles en el marco del proceso de aplicación de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. El movimiento Cuenta regresiva para 2015 sigue de cerca los avances con miras a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, en cuyo comité de coordinación participa la OMS, y publicó su informe de actualización de 2013.¹ Se brindó apoyo a países de todas las regiones para que revisaran o actualizaran sus planes y hojas de ruta a fin de acelerar la reducción de la mortalidad materna, del recién nacido y del niño, así como para crear capacidad en materia de planificación estratégica, incluido el análisis de los costos y del impacto. Se lograron avances en lo que respecta al fortalecimiento de la capacidad de los expertos nacionales en materia de investigación operativa. Se han preparado o actualizado directrices sobre la mejora de la calidad de la atención que reciben las madres, los recién nacidos y los niños, y estas se han difundido en los países. Se publicaron directrices normativas, en particular sobre la respuesta de salud pública a la violencia dentro de la pareja y la violencia sexual, la optimización de la fuerza de trabajo sanitaria para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, y la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

47. En el marco del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, se reforzó la capacidad para desarrollar y llevar a cabo investigaciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en un total de 29 instituciones de Estados Miembros de todas las regiones.

48. Durante el bienio, 69 países alcanzaron el objetivo de tener en funcionamiento un programa sobre el envejecimiento activo y saludable acorde con la resolución WHA58.16 relativa a la promoción de un envejecimiento activo y saludable. La Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores se amplió y pasó a incluir más de 150 ciudades y comunidades de 21 países, así como 10 programas de países afiliados.

49. Siete de los ocho resultados previstos a nivel de toda la Organización se consideran «logrado plenamente» y uno «logrado parcialmente». El resultado previsto a nivel de toda la Organización 4.1 (Intensificar los esfuerzos encaminados al logro del acceso universal a unas intervenciones eficaces) sólo se consideró «logrado parcialmente» por la consecución parcial del indicador sobre el número de Estados Miembros que han elaborado, con el apoyo de la OMS, una política destinada a lograr el acce-

¹ Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

so universal a la salud sexual y reproductiva con motivo de las limitaciones financieras y de la inadecuación de los recursos humanos para apoyar la aplicación.

50. Con el fin de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 para 2015 y después de esta fecha, la OMS deberá intensificar su labor, incluida la cooperación con asociados tales como la alianza H4+ (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial). Recientemente se han puesto en marcha numerosas iniciativas en el ámbito de la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y se precisa una continua coordinación entre los asociados para la aplicación y el seguimiento de estas iniciativas. A este respecto, es imprescindible el desarrollo de la capacidad técnica y de los recursos humanos en las oficinas de la OMS en los países. Es necesario movilizar más recursos, sobre todo para asegurar una inversión suficiente en los países en el campo de la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. La implicación de otros sectores también es primordial. La atención mundial se centra cada vez más en el envejecimiento y la salud de la población. Ahora bien, urge establecer una plataforma que reúna a expertos destacados en la materia y se encargue de asesorar a las instancias decisorias sobre las prioridades de la acción a nivel mundial, brinde orientaciones actualizadas y coordine las respuestas mundiales en materia de envejecimiento y salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5: Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico

51. Con el fin de reducir la morbilidad, la mortalidad y las discapacidades causadas por las emergencias, los Estados Miembros y la Secretaría hicieron progresos en la creación de capacidades de preparación y respuesta, así como en la coordinación de los servicios de respuesta y recuperación del sector sanitario en las emergencias humanitarias.

52. Los Estados Miembros de todas las regiones formularon y aplicaron programas de gestión de riesgos en casos de desastres y emergencias, que preveían el fortalecimiento de la resistencia y resiliencia de los servicios sanitarios, de las capacidades nacionales de respuesta ante emergencias y de las alianzas estratégicas en el sector de la salud y en otros sectores a nivel mundial, nacional y subregional. Durante el bienio, el 40% de los Estados Miembros llevaron a cabo una evaluación de los riesgos sanitarios y tomaron medidas para mejorar la seguridad en los hospitales, y el 31% realizaron un ejercicio de simulación de emergencias. Los Estados Miembros que están reforzando sus programas de gestión de riesgos en emergencias están cosechando los beneficios, como quedó patente en la respuesta al tifón Haiyan en Filipinas, gracias a la preparación nacional, que incluyó la aplicación de los protocolos de evacuación nacionales, la participación de equipos nacionales de respuesta médica, el liderazgo del grupo de acción sanitaria, la participación en los protocolos internacionales para los equipos médicos extranjeros, y la utilización de los sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades.

53. La Secretaría suministró opciones de política y fomentó la adopción de prácticas óptimas para mejorar la seguridad en los hospitales, para reforzar las capacidades de preparación ante las emergencias (por ejemplo, en los Juegos Olímpicos de Londres en 2012), para mejorar la gestión de riesgos en las emergencias en zonas urbanas —teniendo en cuenta aspectos específicos como el grado de concentración de la infraestructura y de la población— y para establecer centros de operaciones de emergencia en numerosos países, entre ellos la República Democrática Popular Lao y Mongolia. La OMS también proporcionó materiales didácticos, orientaciones y herramientas conexas. A nivel mundial, se avanzó en la elaboración de un marco normativo para la gestión de riesgos sanitarios en emergencias, de una herramienta para evaluar las capacidades y de un índice de hospitales seguros. La OMS siguió promoviendo la salud como elemento central en las discusiones multisectoriales regionales y mundiales y los documentos sobre la gestión de riesgos en emergencias.

54. La Secretaría reformó su programa de preparación institucional con el fin de mejorar el apoyo que presta a los Estados Miembros durante las actividades de respuesta a emergencias. Entre las medidas adoptadas cabe citar: el establecimiento de un Equipo de gestión mundial de emergencias encargado de dirigir y supervisar la labor de la OMS relacionada con las emergencias; la realización de ejercicios de simulación de emergencias a nivel de toda la Organización; la elaboración del Marco de Respuesta a las Emergencias (donde figuran los compromisos de la OMS, incluidas normas para medir el desempeño y políticas para optimizar una respuesta oportuna y eficaz); y la creación y puesta a prueba de un mecanismo para el rápido despliegue de expertos en emergencias. La OMS elaboró y promovió orientaciones técnicas y herramientas para mejorar la calidad de las intervenciones sanitarias durante la respuesta a emergencias relacionadas con eventos químicos y radionucleares con efectos sobre la salud o con brotes de enfermedades contagiosas. Asimismo, se elaboraron orientaciones y herramientas adicionales relacionadas con la salud mental, la salud reproductiva, el agua y el saneamiento, y la nutrición en situaciones de emergencia.

55. Las mejoras que viene introduciendo la Secretaría en su labor relacionada con las emergencias humanitarias han redundado en una mejora de su desempeño a escala de país en apoyo de los Estados Miembros, en las esferas siguientes: liderazgo y coordinación de los grupos de acción sanitaria y el sector de la salud, dirección de las evaluaciones de las necesidades y de la planificación estratégica, publicación de boletines informativos, promoción de las comunicaciones sociales, fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y alerta temprana, y promoción de intervenciones de calidad basadas en las mejores prácticas. La OMS está reforzando su capacidad para cumplir con las obligaciones que le incumben como organismo principal del grupo sectorial de salud con el objetivo de servir, cuando sea necesario, como proveedor de última instancia de servicios de salud a las poblaciones afectadas, por ejemplo, estableciendo dispensarios móviles en la República Árabe Siria o realizando campañas de vacunación en la República Centroafricana.

56. De las 29 emergencias agudas (según la clasificación de la Secretaría de conformidad con el Marco de Respuesta a las Emergencias) que ocurrieron durante el bienio, las más problemáticas fueron las declaradas en la República Centroafricana, Malí y la República Árabe Siria. La crisis en la República Árabe Siria llevó a activar el apoyo de toda la Organización por medio de las oficinas de país de la OMS en Egipto, el Irak, Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria y Turquía. La aplicación del Marco de Respuesta a las Emergencias en ese país propició que la actuación de la OMS fuera más previsible y eficaz en lo que se refiere a las evaluaciones rápidas, la coordinación, la notificación, la vigilancia y la respuesta a las enfermedades y la actualización periódica de los planes de acción sanitaria. En Malí, la OMS dirigió un ejercicio de evaluación y cartografía de los recursos sanitarios que ha resultado esencial para el desarrollo de un plan de transición del sector de la salud dirigido por el Gobierno. En la República Centroafricana, la OMS colaboró con el Ministerio de Salud en la evaluación rápida de los servicios y ayudó en la prestación de los que eran viables en el contexto reinante.

57. En todas las regiones se lograron progresos hacia la consecución del resultado previsto a nivel de toda la Organización 5.1 (se habrán fortalecido los programas nacionales de gestión de riesgos en emergencias y la preparación de la OMS), pero el hecho de que este resultado se evaluara en general como «logrado parcialmente» se debe a que las metas de los indicadores eran ambiciosas, a que se precisaba un cambio a nivel institucional para alcanzarlas, a la labor normativa incompleta y a la escasez de personal y de recursos. La Secretaría realizó progresos sustanciales en la esfera de la preparación institucional. La OMS tuvo que realizar esfuerzos de una magnitud enorme para responder a las emergencias que se declararon durante el bienio, con inclusión de tres situaciones de emergencia de gran escala y complejidad (de Grado 3 según la clasificación de la OMS), lo que se tradujo en una reducción del tiempo y los recursos humanos disponibles para la consecución del resultado previsto a nivel de toda la Organización 5.1. También contribuyó a ello el hecho de que a nivel nacional, internacional y de la Sede se destinaron recursos limitados a esta labor.

58. También se evalúa como «logrado parcialmente» el resultado previsto a nivel de toda la Organización 5.7 (Operaciones de respuesta a las emergencias). A pesar de que se ha progresado en la institucionalización, la aplicación y el seguimiento del desempeño de la OMS según se especifica en el Marco de Respuesta a las Emergencias, aún no se ha logrado un nivel de rendimiento sistemáticamente alto en la respuesta a las emergencias de gran escala. Esto quedó evidenciado por su respuesta insuficiente a las consecuencias de salud pública de la sequía en la región del Sahel en África y los disturbios en Myanmar. En 2013, la respuesta de la OMS en la República Centroafricana, Filipinas, Sudán del Sur y la República Árabe Siria demostró que la labor de la Organización relacionada con la respuesta a las emergencias ha sufrido un cambio radical. Entre los obstáculos a un rendimiento óptimo cabe citar la inseguridad, la escasez de personal y suministros sanitarios, el aumento de los costos, las dificultades relacionadas con el transporte y la financiación insuficiente, en particular en la República Centroafricana. Además, la meta del indicador es exigente y ambiciosa, y a la OMS le faltaron los recursos humanos y financieros básicos que necesitaba para poder actuar con agilidad y rapidez y con la preparación adecuada.

59. A lo largo del bienio, las medidas adoptadas han resultado beneficiosas y se han extraído enseñanzas clave que se aplicarán en 2014-2015. El papel de la OMS en la promoción y el fomento de la salud en el contexto de la gestión de riesgos en situaciones de emergencia ha sido satisfactorio. Los Estados Miembros necesitan un marco de políticas, orientaciones conexas y herramientas para traducir en acción los conceptos relativos a la gestión de riesgos en situaciones de emergencia. Las reformas emprendidas por la OMS en ese ámbito han sido muy constructivas y se deben seguir consolidando e institucionalizando. El Equipo de gestión mundial de emergencias ha desempeñado un papel crucial en la normalización de la labor de la Organización relacionada con las emergencias y en la aplicación y el seguimiento de su desempeño de conformidad con las normas que establece el Marco de Respuesta a las Emergencias y con los procedimientos operativos estándar asociados. Sin embargo, a veces ocurre que no se toman medidas para garantizar que las competencias técnicas del personal se ajusten a la situación a la que este es asignado, o que no se invierte en el desarrollo del personal, en particular por lo que respecta al diseño, gestión y notificación de proyectos. La OMS tiene que imprimir mayor firmeza al liderazgo del Grupo de Acción Sanitaria Mundial y prestar apoyo constante a los grupos de acción sanitaria nacionales. En ese sentido, ya se han tomado medidas para aplicar las enseñanzas extraídas, por ejemplo, se ha creado una unidad del Grupo de Acción Sanitaria Mundial encargada de promover la adopción de procedimientos operativos estándar para controlar el desempeño de una manera más sistemática, y se ha diseñado un plan de desarrollo del personal.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo

60. En mayo de 2013 la Asamblea de la Salud adoptó un marco de vigilancia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que incluye un conjunto de indicadores clave y de ambiciosas metas mundiales de aplicación voluntaria. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, pese a no ser las únicas enfermedades no transmisibles que existen, constituyen para los Estados Miembros una prioridad común acordada. Estas enfermedades representan aproximadamente dos tercios de todos los casos de morbilidad, discapacidad y minusvalía, y de todas las defunciones a nivel mundial. Tienen en común cuatro factores de riesgo comportamentales principales, a saber, el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, las dietas malsanas y la inactividad física, así como factores biomédicos tales como la hipertensión, la hiper glucemia, la hiperlipidemia, el sobrepeso y la obesidad. Reconociendo las complejas y potentes fuerzas culturales, económicas, políticas y sociales que se combinan para influir en los factores de riesgo, los Estados Miembros han encargado a la Secretaría, así como a los ministerios de salud, que promue-

van la reducción de esos factores de riesgo, no sólo en el sector sanitario tradicional, sino en todos los sectores gubernamentales y en colaboración con el sector privado y la sociedad civil. En el bienio 2012-2013, la OMS tomó medidas para implicar a varias organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y a sus partes interesadas en la labor encaminada a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles seleccionadas.

61. El marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles ha dotado a la OMS de una estructura para mejorar sus esfuerzos de creación de capacidad con el fin de ayudar a los países no sólo a vigilar la magnitud de las enfermedades prioritarias y sus factores de riesgo, sino también a realizar un seguimiento y evaluación de los progresos registrados en la aplicación de determinadas medidas para frenar la epidemia de esas enfermedades. Durante el bienio, la OMS colaboró en la realización de 19 estudios basados en el método STEPwise sobre los factores de riesgo en adultos y de 13 estudios mundiales por escuelas sobre la salud de los alumnos.

62. Reconociendo la importancia de la colaboración con los gobiernos, altos funcionarios públicos y expertos de 122 Estados Miembros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y la Secretaría, así como académicos y representantes de la sociedad civil refrendaron, en la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 10 a 14 de junio de 2013), la Declaración de Helsinki sobre la incorporación de la salud a todas las políticas. A raíz de la Conferencia se han publicado numerosos artículos técnicos, entre ellos el proyecto de marco de incorporación de la salud en todas las políticas para la actuación en los países.¹ El Centro OMS para el Desarrollo Sanitario, Kobe (Japón) ha brindado un importante apoyo a 40 países para que apliquen el instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los centros urbanos (Urban HEART). La OMS también ha presentado ejemplos de prácticas óptimas para ayudar a los Estados Miembros, especialmente a aquellos que todavía no han tomado medidas, a estudiar las distintas opciones para incorporar la salud a todas las políticas.

63. Habida cuenta del compromiso de la comunidad mundial respecto de la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la Secretaría brindó apoyo a los Estados Miembros en la realización de 32 Encuestas Mundiales sobre el Tabaco y los Jóvenes y nueve Encuestas Mundiales sobre el Tabaco y los Adultos. Se publicaron directrices sobre la gestión del consumo de tabaco y el tabaquismo pasivo durante el embarazo. La OMS coordinó el seguimiento de la aplicación de determinadas medidas de reducción de la demanda de tabaco. Durante el bienio, la aplicación a nivel nacional de las disposiciones del Convenio Marco mejoró considerablemente como resultado de la cooperación de la Secretaría con los Estados Miembros. Más de 2300 millones de personas están ahora protegidas por al menos una de las medidas más económicas de reducción de la demanda. Australia fue el primer país en introducir el empaquetado sencillo. Estas acciones han provocado una nueva agresión por parte de la industria del tabaco en forma de medidas en materia de comercio e inversión. En respuesta, la Secretaría ha brindado asesoramiento técnico a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales para contrarrestar la injerencia de la industria y ha reforzado su capacidad para hacer frente a las medidas de comercio e inversión relacionadas con el control del tabaco.

64. En lo que se refiere a la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y a las estrategias y planes de acción regionales pertinentes, por lo menos 90 Estados Miembros han elaborado o revisado sus políticas nacionales o están en proceso de formularlas. La Secretaría, en colaboración con los Estados Miembros, llevó a cabo la encuesta mundial sobre el alcohol y la salud en 178 países, que abarcan el 98% de la población mundial, con el fin de recopilar información sobre el consumo de

¹ http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/130509_hiap_framework_for_country_action_draft.pdf, consultado el 27 de marzo de 2014.

alcohol, los daños relacionados con el alcohol y las respuestas en materia de políticas. Los resultados de la encuesta encauzaron los talleres regionales de creación de capacidad y las reuniones sobre la formulación y aplicación de políticas relativas al alcohol que se organizaron para funcionarios gubernamentales de más de 100 países. Estos talleres y reuniones han fortalecido la capacidad de los gobiernos para iniciar, revisar y aplicar con mayor eficacia en los países las políticas y estrategias relativas al alcohol. En colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la OMS proporcionó apoyo técnico a 64 países en el tratamiento y la atención de la drogodependencia, con el objetivo de reducir la carga de salud pública asociada al consumo de alcohol y de drogas. Se han elaborado directrices sobre la identificación y gestión del uso de sustancias y de los trastornos derivados del consumo de sustancias durante el embarazo. Se siguieron desarrollando y actualizando sendos sistemas mundiales de información sobre el alcohol y la salud y sobre los recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos derivados del consumo de sustancias, así como sus versiones regionales, y ambos sistemas se integraron en el Observatorio de la salud mundial.

65. Durante el bienio se lograron avances en las esferas de la prevención de la obesidad infantil, la reducción del consumo de sal/sodio entre la población y la promoción de la actividad física. Entre las medidas concretas figuraron la creación de capacidad multisectorial para apoyar a los Estados Miembros en el establecimiento de prioridades respecto de las políticas sobre la obesidad infantil, la comercialización de los alimentos para niños y la promoción de la actividad física.

66. Se organizaron talleres de creación de capacidad multisectorial en 17 países sobre la prevención de la obesidad infantil a escala poblacional. Se brindó asistencia técnica a Fiji, Hungría y México en relación con las medidas fiscales para reducir el consumo de alimentos con un alto contenido de grasa total, azúcar y sal, y a Malta en relación con la promoción de la actividad física. La Red Europea para limitar la presión de la comercialización en los niños ha seguido trabajando con la Secretaría para ayudar a los Estados Miembros en la aplicación de las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, y varios Estados Miembros de la Región de Europa han instaurado reglamentos para limitar la promoción de alimentos ricos en grasas, azúcar y sal dirigida a los niños. Se prestó asistencia técnica en la elaboración de estrategias para reducir la ingesta de sal entre la población, así como en el establecimiento de metas en relación con la reformulación de los productos. Varios países latinoamericanos también han recurrido al conjunto de herramientas de la OMS para elaborar sus estrategias nacionales destinadas a reducir el consumo de sal. La Secretaría ha publicado en francés, inglés y ruso las herramientas orientadas a la prevención de la obesidad infantil a escala poblacional. La OMS convocó una reunión de grupos de expertos técnicos sobre las estrategias de salud pública en materia de reducción de sal y suplementos de yodo a fin de demostrar que las dos estrategias pueden coexistir y que pueden crearse sinergias entre ellas.

67. La labor de creación de capacidad se llevó a cabo en los planos regional y nacional, en todas las regiones de la OMS, mediante talleres en los que participaron representantes de los ministerios competentes, como los de agricultura, deportes y recreación, y educación. La aprobación por la Asamblea de la Salud de las metas mundiales de aplicación voluntaria en relación con la obesidad, la inactividad física y la reducción de sal¹ contribuirá a intensificar las actividades de promoción de los ministerios de salud con miras a aumentar la sensibilización con respecto a estos factores de riesgo.

68. Se reforzó la capacidad de los países para utilizar instrumentos y sistemas de reunión de datos, incluso sobre comportamiento sexual. La OMS trabajó con sus asociados para apoyar la cumbre sobre planificación familiar que se celebró en Londres en 2012, cuyo objetivo fue atender las necesidades en materia de anticoncepción en los países con mayor insuficiencia de recursos y promover un compor-

¹ Resolución WHA66.10, anexo, apéndice 2.

tamiento sexual más seguro. La Secretaría brindó apoyo a cinco países de la Región de África para fortalecer sus sistemas de información sanitaria en relación con la medición de indicadores clave de la salud sexual y reproductiva y del comportamiento sexual y reproductivo. Asimismo, apoyó la mejora de los programas de educación sexual en la Región de Europa, y la integración de la educación sobre salud sexual en los programas de salud de los adolescentes en la Región de Asia Sudoriental.

69. En total, cuatro de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron como «logrado plenamente» y dos, concretamente, «sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo» y «dietas malsanas e inactividad física», como «logrado parcialmente». Aunque el número de encuestas a jóvenes en el marco del primer resultado previsto se ajustó a las previsiones, el número de encuestas a adultos fue ligeramente inferior al previsto. Pese a la mejora con respecto al punto de partida, el costo y la complejidad de realizar encuestas nacionales de la población adulta hicieron que no se cumplieran las expectativas previstas. Se avanzó un tanto en la consecución del segundo resultado previsto logrado parcialmente, pero parece ser que en algunas regiones sigue habiendo una falta de compromiso político y de recursos humanos y financieros.

70. Trabajar con diferentes sectores y países fue complicado en términos del tiempo necesario para la comunicación y la coordinación entre los distintos asociados, y de la capacidad limitada, sobre todo cuando faltaba un liderazgo firme. Algunas regiones lograron superar esos obstáculos mediante actividades continuas de creación de capacidad, teniendo en cuenta las dificultades intersectoriales y entre unidades, y a través de consultas regionales periódicas y de la comunicación con las partes interesadas. La aportación de datos probatorios y de ejemplos de cambios normativos positivos también ayudó a fortalecer las actividades de colaboración. Algunas regiones usaron métodos novedosos, como la orientación personalizada a distancia y los servicios profesionales de traducción simultánea para superar las barreras geográficas y lingüísticas que pudieran surgir en los talleres.

71. Las metas e indicadores acordados a nivel mundial para las enfermedades no transmisibles y el marco de vigilancia mundial están ayudando a estimular la acción a nivel de país, y la mejora de la capacidad de respuesta y el establecimiento de prioridades están contribuyendo a fortalecer la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. La disponibilidad de herramientas y métodos consolidados, que se pueden adaptar fácilmente a los contextos de los países, tales como el método STEPS y los estudios mundiales por escuelas sobre la salud de los alumnos, contribuyen a reforzar la vigilancia de los factores de riesgo a nivel de país. Entre las medidas adoptadas para superar obstáculos tales como la inestabilidad política en los países, la limitación de los recursos y la capacidad y las prioridades concurrentes, cabe citar las siguientes: celebración de talleres regionales sobre estudios de planificación y análisis de datos; aprovechamiento del apoyo que prestan los centros colaboradores; celebración de reuniones regionales y a nivel de país para destacar la importancia de la vigilancia de los factores de riesgo; y contacto continuo y directo con el personal radicado en los países.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7: Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

72. Tanto la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en octubre de 2011, como la posterior adopción de la resolución WHA65.8 en mayo de 2012, en la que la Asamblea de la Salud refrendó su documento final, la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, propiciaron un mayor interés por dichos determinantes en el programa político y un incremento de la demanda de apoyo técnico por los Estados Miembros. El análisis realizado por la Secretaría en marzo de 2013 reveló que 105 estrategias de cooperación con los países in-

cluían solicitudes de apoyo técnico para abordar los determinantes sociales de la salud o para aplicar el enfoque relativo a la «incorporación de la salud a todas las políticas».

73. En su 62.^a reunión, el Comité Regional para Europa adoptó el marco de políticas europeo «Salud 2020» destinado a facilitar la adopción de medidas por los gobiernos y la sociedad en pro de la salud y el bienestar. Los objetivos de Salud 2020 se han integrado en todos los programas de la Región de Europa y se proporciona apoyo a los países a través de ese marco. Tras la celebración de consultas en otras regiones, el marco regional sobre la incorporación de la salud a todas las políticas en la Región de Asia Sudoriental y la Declaración de Posición sobre la incorporación de la salud a todas las políticas de la Región de África fueron aprobados por los Directores Regionales respectivos. El informe regional de África sobre la aplicación de la salud en todas las políticas se basa en estudios realizados en 21 países de la Región de África. En colaboración con el Centro OMS para el Desarrollo Sanitario, Kobe (Japón), las oficinas regionales intensificaron la incorporación de los determinantes sociales de la salud y las cuestiones relativas a la equidad sanitaria en las zonas urbanas mediante el instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los centros urbanos (Urban HEART).¹ En la Región de las Américas, la iniciativa Rostros, Voces y Lugares, puesta en marcha en 18 países, sigue trabajando con las comunidades más vulnerables con el apoyo de redes de municipios.

74. En la esfera de la ética, se elaboraron normas aplicables a los mecanismos y orientaciones relativas a la ética de las investigaciones sobre ensayos de vacunas con placebo. Se ha ampliado el Registro de ensayos clínicos de la UE, reconocido como el principal registro de ensayos clínicos de la OMS, y actualmente la base de datos de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos de la OMS contiene información sobre más de 220 000 ensayos. En 2012, los representantes de 38 comités nacionales de ética participaron en la novena Cumbre Mundial de Comités Nacionales de Ética (Cartago, Túnez, 26 y 27 de septiembre de 2012), donde se abordaron cuestiones como la investigación avanzada, los bancos biológicos y el trasplante de órganos, tejidos y células. Se han impartido talleres de formación a delegados de programas nacionales de tuberculosis de más de 15 Estados Miembros sobre la incorporación de la ética y los valores y principios de derechos humanos en el tratamiento de la tuberculosis y de la tuberculosis multirresistente. La secretaría del Comité de la OMS de examen de los aspectos éticos de las investigaciones apoyó el examen y la aprobación de más de 200 proyectos de investigación que se llevaron a cabo con el apoyo técnico y/o financiero de la OMS.

75. Los esfuerzos de la Secretaría también se centraron en la incorporación de las cuestiones de género, la equidad y las consideraciones de derechos humanos en todos los procesos de toma de decisiones en los tres niveles de la Organización. Se elaboró un proyecto de documento de estrategia sexenal que prevé un mecanismo de rendición de cuentas institucional para determinar el camino a seguir y medir los progresos.

76. Los cinco resultados previstos a nivel de toda la Organización se lograron gracias a la mayor atención política que los Estados Miembros dedicaron a los determinantes sociales y económicos de la salud, a la acción conjunta que se llevó a cabo a nivel de toda la Organización en relación con la incorporación de las cuestiones de género, la equidad y los derechos humanos, y a las iniciativas estratégicas que se pusieron en marcha en numerosas regiones para apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de una respuesta integral.

77. Los factores que resultan decisivos para lograr resultados a nivel de los países son los siguientes: generar un compromiso político a través de la promoción; propiciar el intercambio de experien-

¹ En los Emiratos Árabes Unidos, Fiji, la India, Indonesia, Irlanda, Jordania, el Líbano, Nepal, Sri Lanka, Tailandia y Turquía.

cias entre los países; proporcionar apoyo a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales de acción sobre los determinantes sociales de la salud; acopiar datos probatorios en torno a las inequidades y la respuesta sanitarias; fortalecer los vínculos entre los sistemas de salud y los determinantes sociales de la salud; y fomentar la participación de los programas de salud prioritarios sobre los determinantes sociales de la salud. Un marco global de políticas y estrategias proporciona el impulso necesario para el cambio, al aportar legitimidad y centrarse en los valores y en los enfoques que resultan eficaces.

78. Los progresos que realizaron tanto la Secretaría como los Estados Miembros en la incorporación de las cuestiones de género, la equidad y los derechos humanos se basaron necesariamente en un compromiso al más alto nivel, unas orientaciones claras y un mecanismo de rendición de cuentas. La Secretaría ha trabajado en torno a estos tres elementos con un enfoque adaptable y progresivo, empezando por dos países, y tiene previsto ampliar el número de países en el próximo bienio.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

79. Este objetivo estratégico abarca los esfuerzos mundiales y regionales destinados a abordar los determinantes ambientales y ocupacionales de la salud, que representan una cuarta parte de la carga mundial de morbilidad. El suministro de agua potable y servicios de saneamiento e higiene seguros sigue siendo un desafío importante en la mayoría de las regiones. En 2012 nuevos datos probatorios revelaron que la contaminación atmosférica se ha convertido en uno de los principales factores de riesgo ambientales, ya que causa cerca de 7 millones de muertes prematuras al año.¹ Otros retos en materia de salud ambiental y ocupacional son la gestión racional de los productos químicos, la salud en el lugar de trabajo, el cambio climático y, en algunos casos, la radiación.

80. Se han elaborado directrices sobre la evaluación económica de las intervenciones en materia de agua y saneamiento, que abarcan: los planes de salubridad del agua en relación con los abastecimientos de las comunidades pequeñas; la evaluación rápida de la calidad del agua potable; el seguimiento y la evaluación de las iniciativas para el tratamiento y el almacenamiento seguro del agua doméstica; y la gestión de los desechos de la atención sanitaria. Se elaboraron directrices sobre la calidad del aire de interiores y la quema de combustible en los hogares y se ensayó la puesta en práctica de recomendaciones a nivel de los países.

81. Las principales evaluaciones de la calidad del agua potable se centraron en los productos farmacéuticos y otros productos químicos. En el ámbito de la seguridad química, se publicó una evaluación de riesgos actualizada de los insecticidas para la desinsectación de aeronaves, así como una evaluación de riesgos del cromo (VI), una sustancia química que plantea problemas de salud pública. En 2013 se llevó a cabo una evaluación de los riesgos sanitarios como seguimiento del accidente nuclear de Fukushima, en base a una estimación preliminar de la dosis de radiación realizada en 2012. Se publicaron nuevos datos y modelos para estimar la carga de morbilidad asociada a la contaminación del aire en interiores, que se utilizaron para las estimaciones mundiales de la carga de morbilidad. En ellos la contaminación del aire se señalaba como uno de los problemas de salud pública más importantes de nuestra era. Un nuevo análisis reveló que había grandes desigualdades entre los establecimientos de

¹ Alrededor de 3,5 millones de muertes se atribuyen a la exposición a la contaminación del aire de interiores y 3,2 millones a la contaminación atmosférica.

atención de salud de los países en desarrollo por lo que respecta al acceso a la energía,¹ lo que llevó a incluir esta cuestión en los debates mundiales sobre la energía.

82. La OMS continuó apoyando las iniciativas de los países sobre la salud ambiental y ocupacional en diversos contextos, como los hogares, las ciudades, las escuelas, los establecimientos de atención de salud y los lugares de trabajo. El lugar de trabajo fue uno de los contextos en que se documentaron los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA60.26 sobre la salud de los trabajadores: plan de acción mundial.²

83. Las actividades tuvieron por objetivo el reforzamiento de los sistemas de gestión de los riesgos ambientales y ocupacionales para la salud, y las estrategias se centraron en el aumento de la capacidad de los centros de toxicología nacionales y regionales, examinándose las opciones para ampliar la prestación de los servicios de salud ocupacional recurriendo a la atención primaria de salud. Se prestó apoyo a las actividades de planificación de la salubridad del agua en más de 16 Estados Miembros del conjunto de las regiones de la OMS así como a las actividades conexas de creación de capacidad. Para aumentar las actividades mundiales de evaluación de los riesgos de origen químico, en 2013 se presentó una nueva red de instituciones. Aumentaron a escala mundial, regional y en los países las actuaciones intersectoriales sobre determinantes ambientales de la salud, en particular en materia de salud de los trabajadores (donde la atención se centró en la eliminación de las enfermedades relacionadas con el amianto) y manejo seguro de los productos químicos, así como en sectores concretos tales como los del transporte, la energía y las industrias extractivas. Una parte importante del apoyo prestado por la OMS se dirigió a crear capacidad en los Estados Miembros para el uso de las evaluaciones del impacto sanitario, un instrumento esencial en la incorporación de la salud a todas las políticas.

84. Se reforzó la gobernanza regional en materia de salud ambiental y ocupacional recurriendo, entre otras cosas, al equipo europeo de medio ambiente y salud y al consejo ministerial europeo de medio ambiente y salud, establecidos tras la Declaración de Parma sobre Medio Ambiente y Salud, la alianza estratégica en materia de salud y medio ambiente, establecida en el contexto de la Declaración de Libreville sobre Salud y Medio Ambiente en África, y como consecuencia de las diversas actividades respaldadas por los grupos técnicos que trabajan en foros regionales de medio ambiente y salud en las Regiones del Pacífico Occidental y de Asia Sudoriental. Asimismo, en la Región del Mediterráneo Oriental se estableció un nuevo foro ministerial conjunto sobre salud y medio ambiente.

85. La OMS subrayó el lugar que ocupa la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 proporcionando ejemplos de los indicadores sanitarios que se utilizan para el seguimiento de los logros en materia de energía, cuestiones urbanas, agua, agricultura, empleo y preparación para casos de desastre, que están siendo considerados por los Estados Miembros.³ De resultados de estas actividades y del respaldo prestado por la Asamblea de la Salud a la necesidad de integrar la salud a la vez como meta y como prerrequisito para el desarrollo sostenible,⁴ las cuestiones sanitarias ocuparon un lugar destacado en los debates mundiales sobre desarrollo sostenible, entre otras en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) en 2012 y en el documento final, «*El futuro que queremos*».

¹Adair-Rohani H, Zukora K, Bonjour S, Wilburn S, Kuesel AC, Hebert R et al. Limited electricity access in health facilities of sub-Saharan Africa: a systematic review of data on electricity access, sources, and reliability. *Glob Health Sci Pract* 2013;1(2):249-261. (<http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00037>, consultado el 27 de marzo de 2014).

² Véase la sección J del documento A66/27.

³ *Measuring health gains from sustainable development*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

⁴ Resolución WHA66.11 sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015.

86. La OMS afirmó su liderazgo en varias importantes alianzas en pro del desarrollo sostenible, en particular la iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas sobre Energía Sostenible para Todos (en la que ahora se prevén metas para el acceso a energías limpias en el hogar y los centros de atención de salud), la Coalición Clima y Aire Limpio, la Alianza Mundial para Estufas Limpias, y la Alianza Mundial OMS/PNUMA para Eliminar el Uso del Plomo en la Pintura. Asimismo, la OMS siguió asegurando la presencia adecuada de las cuestiones sanitarias en los acuerdos multilaterales sobre medio ambiente y los convenios internacionales sobre productos químicos, por ejemplo respaldando la estrategia de participación del sector de la salud en favor del Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (adoptado en 2012) y en el contexto del Convenio de Minamata sobre el Mercurio (adoptado por la Conferencia de Plenipotenciarios celebrada en octubre de 2013).¹

87. Se proporcionó apoyo técnico a 124 Estados Miembros en la preparación de planes para adaptar los sistemas de salud al cambio climático, y a 22 en la aplicación de proyectos de adaptación a gran escala. La Secretaría ha realizado aportaciones a las alianzas que mantiene con el PNUMA, la OMM, el UNDP y el Instituto de las Naciones Unidas para la Formación Profesional y la Investigación, promoviendo los beneficios sanitarios de las actuaciones encaminadas a reducir los contaminantes climáticos y la aplicación de información climática a favor de la salud y programando la adaptación al cambio climático, así como el componente sanitario en las negociaciones sobre el clima. Ha publicado importantes informes sobre cartografía climática y su vinculación con la salud, evaluación de la vulnerabilidad sanitaria y opciones de adaptación, sobre las dimensiones económicas y de género de la adaptación sanitaria, y sobre inclusión de la salud en las negociaciones sobre cambio climático, pérdida de biodiversidad y desertificación.

88. Los seis resultados previstos para 2012-2013 a nivel de toda la Organización se han «logrado plenamente». En el caso de las metas de los indicadores de país, el resultado ha sido consecuencia del alineamiento de las corrientes de trabajo para facilitar la consecución de múltiples objetivos de proyecto en el marco de un número menor de proyectos, y del aprovechamiento del apoyo directo proporcionado por las oficinas regionales, la Sede y asociados tales como los centros colaboradores de la OMS a la ejecución de las actividades en los países.

89. Las actividades desarrolladas en materia de determinantes ambientales y ocupacionales de la salud en determinados sectores tales como los de la energía, el agua y las industrias extractivas ha proporcionado información útil sobre el modo de aplicar un planteamiento que integre la salud en todas las políticas. Por ejemplo, nunca se destacará suficientemente la importancia de participar en procesos intergubernamentales tales como los foros regionales sobre medio ambiente y salud, en los que están representadas las instancias decisoras de diferentes sectores. A menudo, durante esos procesos se formalizan actuaciones intersectoriales y los compromisos conexos y con ello se asegura la sostenibilidad de los esfuerzos y los recursos dedicados a introducir mejoras.

90. El seguimiento y la notificación de las tendencias y los progresos realizados en materia de determinantes ambientales y ocupacionales de la salud es una contribución básica de la OMS en la esfera de la salud y el medio ambiente, en particular en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los posibles objetivos del desarrollo sostenible para después de 2015. Una comunicación y coordinación eficaz entre los tres niveles de la Organización es esencial para el logro de los resultados,

¹ En su 134.ª reunión, el Consejo Ejecutivo de la OMS adoptó la resolución EB134.R5, sobre las repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata, en la que se recomienda que la Asamblea de la Salud acoja con satisfacción la adopción del Convenio por los Estados.

en particular en los países con escasa capacidad técnica. Si se producen solapamientos entre esferas distintas, la alineación de las corrientes de trabajo en la medida de lo posible puede facilitar la continuidad de las actividades cuando los recursos son insuficientes.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9: Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

91. En 2012, la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA65.6, sobre el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, que incluye seis metas mundiales de nutrición respaldadas por la comunidad mundial. Un objetivo clave para el bienio 2012-2013 ha sido prestar apoyo a los países en la disminución de los niveles de retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso en la infancia, insuficiencia ponderal al nacer y anemia en mujeres de edad fecunda, así como aumentar la lactancia materna exclusiva.

92. Se ha ampliado la provisión de orientaciones sobre programas de nutrición eficaces y asesoramiento científico sobre nutrición y salud para abarcar a varios micronutrientes, la malnutrición aguda y las enfermedades transmisibles y no transmisibles. En colaboración con el UNICEF y el Banco Mundial, se han actualizado anualmente las estimaciones mundiales de crecimiento infantil y de malnutrición, que en la actualidad se utilizan para medir los progresos realizados hacia la consecución de las metas mundiales. Se ha preparado un marco mundial de seguimiento de la nutrición, que será examinado por los Estados Miembros en 2014, y se ha establecido un sistema de seguimiento mundial de las políticas y las actuaciones.

93. Las iniciativas mundiales, tales como la Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición o el Pacto mundial de nutrición para el crecimiento, promueven las metas mundiales. En la Región de África, 32 países se han sumado al movimiento SUN, que entraña el compromiso de que el entorno normativo respalde la nutrición y la administración pública y los agentes se concierten con el fin de ampliar las medidas en materia de nutrición. El Comité Regional para el Pacífico Occidental, en su 63.^a reunión, respaldó un conjunto de medidas clave encaminadas a la consecución de las metas mundiales, y el Comité Regional para Europa pidió a la Directora Regional que elabore un nuevo plan de acción sobre nutrición para 2014-2020.

94. Se proporcionó apoyo técnico a los Estados Miembros para aumentar la prevención y el control de la anemia, tratar la malnutrición aguda y reducir el contenido de sal y ácidos grasos saturados y de tipo *trans* en los alimentos, así como para aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna tanto en situaciones estables como en situaciones inestables.

95. En lo que se refiere a la inocuidad de los alimentos, la Secretaría elaboró un plan estratégico en materia de inocuidad de los alimentos para 2013-2022 que, basado en la resolución WHA63.3, fue respaldado por tres estrategias regionales.¹ La Comisión del Codex Alimentarius adoptó nuevas normas alimentarias y revisó otras sobre la base del asesoramiento científico proporcionado por la OMS y la FAO, y el Fondo Fiduciario del Codex siguió apoyando activamente la ampliación y el reforzamiento de la participación de los países en desarrollo y en transición en las reuniones del Codex. La ampliación de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) a escala mundial y regional facilitó la aceleración y la mejora de la coordinación de la notificación de los brotes

¹ Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos: plan estratégico sobre inocuidad de los alimentos, incluidas las zoonosis de transmisión alimentaria 2013-2022. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

epidémicos de enfermedades de transmisión alimentaria, así como la respuesta a los brotes. Se presentó una nueva plataforma mundial de datos e información sobre inocuidad de los alimentos (FOSCOLLAB) para respaldar la adopción de decisiones basada en datos probatorios facilitando el acceso a datos múltiples y de índole diversa. Asimismo, la OMS ha contribuido a la evaluación inicial de la dosis y a la primera evaluación del riesgo para la salud en lo que se refiere a la inocuidad de los alimentos después del accidente nuclear de Fukushima.

96. Se reforzaron los sistemas y la capacidad nacional de laboratorio para realizar análisis alimentarios e investigar las enfermedades de transmisión alimentaria, recurriendo, por ejemplo, a la Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria; se registraron progresos en la promoción de la inocuidad de los alimentos y la educación en esa esfera por medio de las Cinco claves para la inocuidad de los alimentos, y se publicó un documento de orientación sobre la vigilancia integrada de la resistencia a los antimicrobianos.¹

97. Los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización se consideraron «logrado plenamente». El aumento del interés de los Estados Miembros por la nutrición y la inocuidad de los alimentos contribuyó en gran medida a ese logro.

98. El liderazgo y la labor normativa de la OMS, junto con su capacidad para lograr la participación de múltiples agentes en la ampliación de las medidas adoptadas, han propiciado eficazmente el progreso de la nutrición a escala mundial. Las enseñanzas extraídas de las pruebas realizadas con un instrumento de evaluación de las necesidades en materia de nutrición contribuirán a determinar las deficiencias de la respuesta que se dé a las necesidades futuras de los países.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10: Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles

99. El objetivo estratégico se refiere a las medidas que pueden adoptar los países para reforzar sus sistemas de salud en términos generales en su empeño por acercarse a la cobertura sanitaria universal. Abarca las cuestiones relativas a la cantidad de personal de salud, su distribución y motivación; el mejor modo de asegurar la financiación de los sistemas de salud y que el uso de los servicios de salud resulte asequible para la población que los necesita; la información y las investigaciones necesarias para formular políticas basadas en datos probatorios, incluidas la ciberseguridad y las tecnologías sanitarias móviles; el mejoramiento de la variedad y la calidad de los servicios de salud disponibles; y la gobernanza y la reglamentación en el conjunto del sector de la salud. El diálogo normativo sobre los planes y las estrategias sanitarias nacionales, y su aplicación y examen, vincula a la totalidad de los elementos integrantes. En algunos países también es esencial coordinar y armonizar a los donantes, a menudo por conducto de la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+).

100. Durante el bienio 2012-2013, los Estados Miembros trataron de reforzar todas las ramas de sus sistemas de salud. Un total de 95 países examinaron o actualizaron sus estrategias y planes nacionales de salud y 60 establecieron o reforzaron los mecanismos de coordinación de los donantes para asegurar el alineamiento con los planes nacionales. Se avanzó en la mejora de la prestación de servicios: 90 países pusieron en marcha iniciativas relativas a la calidad de la atención encaminadas a mejorar la seguridad y la integración de los servicios de salud y velar por que se centren en el paciente. Un total

¹ Integrated surveillance of antimicrobial resistance: guidance from a WHO advisory group. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/agisar_guidance/en/, consultado el 27 de marzo de 2014).

de 89 países recibieron apoyo técnico y normativo para modificar o examinar sus sistemas de financiación de la salud y 59 mejoraron la calidad de los sistemas de información sanitaria, aumentando la disponibilidad de datos sanitarios en la adopción de decisiones y la atención prestada al reforzamiento de los sistemas de registro civil y estadística demográfica. Unos 56 países elaboraron marcos de rendición de cuentas y hojas de ruta en seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño.

101. Muchos países avanzaron en la reducción de la grave escasez de personal de salud y mejoraron su distribución y motivación y en la combinación de sus aptitudes. La dotación de personal sanitario aumentó en 32 países de todas las regiones (de los 57 que registran crisis de personal de salud), y 37 de los 56 países que facilitaron información empezaron a aplicar el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Los países siguieron ampliando el uso que hacen de la información sanitaria y de las tecnologías de comunicación, incluido el recurso a diferentes aspectos de la ciber salud tales como los historiales médicos electrónicos, la telemedicina y el aprendizaje electrónico.

102. Se registraron avances importantes en la esfera de las aplicaciones sanitarias para teléfonos móviles, telemedicina y el uso de internet con fines sanitarios. En 2012 la Secretaría presentó un portal de conocimientos donde se facilita el acceso a información sobre políticas, estrategias y marcos de reglamentación en materia de ciber salud, así como a estrategias de gestión de los conocimientos elaboradas en 85 países. Se ha ampliado el acceso a literatura biomédica y sanitaria por conducto de la Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación (HINARI): en 116 países, 41 de ellos de la Región de África, se dispone ahora de más de 7000 revistas. Se ha firmado un acuerdo con un editor asociado para el acceso en línea a más de 18 000 libros desde los países que cuentan con un programa HINARI. La condición de alianza públicoprivada de la Iniciativa se ha prolongado hasta 2020. En 2013, 114 países participaron en la segunda encuesta mundial sobre ciber salud y 65 lo hicieron en una encuesta sobre ciber salud y salud de la madre y el niño.

103. Nueve de los 13 resultados previstos a nivel de toda la Organización se consideraron «logrado plenamente» y cuatro «logrado parcialmente». El resultado previsto a nivel de toda la Organización 10.5 (Mejoras en materia de conocimientos y pruebas científicas para la adopción de decisiones sanitarias) se ha logrado parcialmente dada la escasa capacidad a escala de país de fortalecer el análisis de datos sobre la base de políticas, estrategias o planes sanitarios nacionales robustos. Entre los obstáculos a la consecución del resultado previsto a nivel de toda la Organización 10.6 (Investigaciones sanitarias nacionales para el desarrollo de los sistemas de salud) han figurado la falta de investigadores, la debilidad de las instituciones de investigación y el carácter desfavorable de la cultura de investigación. En lo que se refiere al resultado previsto a nivel de toda la Organización 10.7 (Elaboración y aplicación de políticas y estrategias en materia de gestión de los conocimientos y ciber salud), la mayoría de los países no disponían de estrategias de gestión de los conocimientos y la ciber salud seguía dependiendo del impulso de proyectos de pequeño tamaño o proyectos piloto. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 10.8 (Reforzamiento de la información y la base de conocimientos sobre personal sanitario) se ha logrado solo parcialmente debido a que la meta del indicador relativo al número de Estados Miembros que han notificado dos o más centros nacionales de datos sobre recursos humanos para la salud en los últimos cinco años, mencionados en el Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria, no se ha logrado plenamente. El método utilizado para medir el indicador ofrece a los países la posibilidad de realizar la notificación con un margen variable de cinco años. En algunos países cuya notificación fue positiva al principio del periodo de cinco años, la notificación fue negativa al final del periodo, con lo que el número total de países se redujo de 127 a 122.

104. A lo largo del bienio, la Secretaría ha tenido que responder a un número creciente de solicitudes de apoyo técnico y normativo de los Estados Miembros para reforzar los sistemas de salud con el fin

de aproximarse a la cobertura sanitaria universal. Las demandas de apoyo han procedido tanto de países de ingresos bajos que además de la agenda pendiente de los Objetivos de Desarrollo afrontan la carga adicional impuesta por las enfermedades no transmisibles, la salud mental y los traumatismos, como de países de ingresos altos que tratan de proteger la salud y el gasto sanitario frente a los efectos prolongados de la crisis financiera. En una serie de países ha aumentado la financiación con fines específicos, principalmente la destinada al desarrollo del diálogo sobre políticas relacionado con estrategias y planes de salud, la financiación de la cobertura sanitaria universal y las actividades de seguimiento asociadas con la Comisión de información de las Naciones Unidas y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil. Otros elementos del objetivo estratégico tales como la prestación de servicios y la seguridad del paciente, el seguimiento de los recursos y la determinación de sus costos, el fortalecimiento de los sistemas de información, y las investigaciones y la gestión de los conocimientos, no estuvieron tan bien financiados.

105. La fragmentación de los sistemas de salud sigue siendo un problema importante en muchos países, y para crear sistemas robustos, capaces de prestar la necesaria variedad de servicios de salud a lo largo de toda la vida y que aúnen la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos se requerirá un planteamiento concertado. Se trata de problemas que exigen la colaboración activa entre los programas de salud prioritarios y el despliegue de esfuerzos más amplios para fortalecer los sistemas de salud. Asimismo, el avance hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal precisa de una interacción frecuente entre los ministerios de salud, los de finanzas y los dirigentes políticos. Por otra parte, faltan expertos a escala mundial y de país en algunas esferas del fortalecimiento de los sistemas de salud, lo que limita la capacidad de los países para realizar progresos, así como la de la OMS para atender a las necesidades de los países. Por consiguiente, durante el bienio la Organización se ha centrado en las actividades de creación de capacidad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11: Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias

106. Casi la mitad del gasto total en salud de los Estados Miembros corresponde a productos médicos, y hasta un 90% de la población de los países en desarrollo adquiere los productos sanitarios mediante pagos directos. Los elevados precios, la imposibilidad de pagar, la falta de protección social, la mala gestión de los suministros y los deficientes sistemas de reglamentación y cumplimiento de normas relacionados con los medicamentos esenciales y las tecnologías sanitarias son los principales factores que obstaculizan el acceso universal a la atención de salud. Mejorar el acceso a los medicamentos esenciales y las tecnologías sanitarias es indispensable para lograr la cobertura sanitaria universal y alcanzar los objetivos internacionales relacionados con los programas inconclusos sobre salud maternoinfantil y enfermedades transmisibles previstos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También es fundamental para hacer frente a la creciente carga de las enfermedades no transmisibles y al rápido envejecimiento de la población mundial.

107. Sobre la base de las solicitudes de apoyo de los Estados Miembros para aplicar las disposiciones de las resoluciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud y otras estrategias sanitarias mundiales, la Secretaría sigue colaborando estrechamente con ministerios de salud y otros ministerios, instituciones académicas, instituciones de investigación y científicas, asociaciones profesionales, el sector privado y organizaciones nacionales de la sociedad civil, y aprovecha para ello su red de equipos de apoyo interpaíses, centros colabores de la OMS, funcionarios nacionales del cuadro orgánico y expertos locales e internacionales. La OMS continúa preparando información y, hasta la fecha, ha elaborado el perfil del sector farmacéutico de 165 países para ofrecer orientación a los formuladores de políticas a nivel nacional e internacional. Dos veces al año, la OMS organiza una semana de sesiones de información técnica para asesores y asociados de países anglo y francoparlantes.

108. El sólido y creciente compromiso político de los países hacia el desarrollo de políticas, estrategias y planes nacionales de salud se ha traducido en un esfuerzo más sistemático por imprimir coherencia a unos sistemas fragmentados. La OMS ha prestado asistencia técnica a más de 99 países para preparar, revisar y aplicar políticas y planes nacionales sobre medicamentos o para desarrollar componentes concretos de los sistemas de salud. Se han presentado ya las directrices de la OMS para el establecimiento de políticas de precios de los productos farmacéuticos en los países¹ y la Estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023,² y la OMS ha iniciado la labor para definir y analizar la situación y las tendencias de las evaluaciones de la tecnología sanitaria en los Estados Miembros y los métodos utilizados para ello. A finales de 2013 el programa de la OMS de buena gobernanza de las prácticas farmacéuticas se aplicaba ya en 44 países (y así sigue siendo), y cada vez se refuerzan más sus aspectos relativos a la rendición de cuentas y la transparencia. El Segundo Foro Mundial de la OMS sobre Dispositivos Médicos se celebró en 2013; actualmente se está proporcionando formación a profesionales sanitarios en los países en relación con los 18 módulos de la primera serie técnica de la OMS sobre dispositivos médicos. En 2013 se celebró el décimo Día Mundial del Donante de Sangre. Aunque se han registrado avances en el acceso a sangre segura gracias a la realización de pruebas a los donantes y a las transfusiones de sangre no contaminada, la escasa capacidad para aplicar sistemas de hemovigilancia continúa suponiendo un grave problema en numerosos Estados Miembros.

109. La OMS sigue coordinando la aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual y está respaldando el desarrollo de la capacidad de los países para elaborar productos médicos a nivel local. En 2012, la OMS publicó, en colaboración con la OMPI y la OMC, un importante estudio sobre la promoción del acceso a tecnologías y la innovación en medicina.³ En relación con la labor del grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo, la OMS adoptó un plan de trabajo estratégico y celebró consultas con interesados directos para identificar proyectos de demostración de la eficacia de la innovación. Además, en la versión actualizada de 2013 del informe sobre los medicamentos prioritarios para Europa y el mundo⁴ se señalaron las deficiencias observadas en la investigación farmacéutica y las prioridades en ese ámbito para 2014-2020.

110. Es necesario prestar atención urgentemente al tema del uso racional de los medicamentos, que abarca la resistencia a los antimicrobianos. En abril de 2013, el Comité de Expertos de la OMS en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales adoptó la 18.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales⁵ y la 4.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales⁶ que, junto con el *Formulario Modelo de la OMS*, ofrecen orientación a los países en materia de selección y uso racionales de los medicamentos. El interés por la selección y el uso racionales de los productos médicos es cada vez mayor en todas las regiones; en la cumbre de ministros de salud que se celebró sobre los beneficios del uso responsable de los medicamentos y el establecimiento de políticas en pro de una atención sanitaria mejor y más costoeficaz («*The benefits of responsible use of medicines: setting poli-*

¹ *WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

² Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

³ *Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade*. Ginebra, Organización Mundial del Comercio, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y Organización Mundial de la Salud, 2013.

⁴ Kaplan W, Wirtz V, Mantel A, Stolk P, Duthey B, Laing R. *Priority medicines for Europe and the world: update 2013 report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

⁵ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1 (consultado el 28 de marzo de 2014).

⁶ http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/4th_EMLc_FINAL_web_8Jul13.pdf (consultado el 28 de marzo de 2014).

cies for better and cost-effective healthcare») (Amsterdam, Países Bajos, 3 de octubre de 2012) se consideraron las grandes oportunidades desaprovechadas por la forma en que se utilizan los medicamentos. En lo que respecta a la estrategia de la OMS sobre la mejora de los medicamentos de uso pediátrico, ha permitido lograr avances en cuanto a la disponibilidad de medicamentos de uso pediátrico en presentaciones farmacéuticas que agraden a los niños y en dosis correctas, y se están facilitando ahora a los países y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas diversos instrumentos, entre otros, medios para definir prioridades con respecto a medicamentos y dispositivos médicos de salud materno-infantil y orientación sobre vías de reglamentación de los medicamentos pediátricos. La OMS ha proporcionado liderazgo técnico para la formulación de las 13 recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños y su aplicación en ocho países pioneros. Habida cuenta del aumento de las enfermedades no transmisibles y del rápido envejecimiento de la población, es necesario mejorar el acceso a los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor. El Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia se reunió en 2012 para considerar la posible inclusión de algunas sustancias en las listas de sustancias sujetas a control en virtud de los tratados internacionales de fiscalización de drogas. Por otra parte, la OMS ha publicado directrices sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños,¹ y se están preparando otros dos conjuntos de directrices sobre el tratamiento del dolor persistente y agudo en adultos.

111. La calidad de los productos médicos es uno de los aspectos fundamentales de la atención de salud, y su impacto en el acceso y en los costos es enorme. La OMS ha ayudado a 125 países a establecer planes nacionales y desarrollar su capacidad para reforzar la supervisión reglamentaria de las vacunas, la inmunización, los equipos médicos y algunas sustancias biológicas. Durante el bienio, la OMS organizó dos reuniones internacionales sobre farmacopeas mundiales para estudiar y reseñar medidas destinadas a favorecer la convergencia de las normas de calidad, y recientemente se ha puesto en marcha una iniciativa para desarrollar un instrumento unificado para la evaluación de medicamentos, productos diagnósticos, dispositivos y vacunas destinado a las autoridades reguladoras nacionales. En 2013, los tres programas de la OMS de precalificación de productos diagnósticos, medicamentos y vacunas se fusionaron en uno solo. La OMS ha garantizado la disponibilidad de otros 110 medicamentos prioritarios precalificados para el tratamiento del VIH/sida, la malaria y la tuberculosis y para la promoción de la salud reproductiva; asimismo, ha precalificado 43 principios farmacéuticos activos, siete laboratorios de control de la calidad, 16 vacunas, 17 productos diagnósticos y un dispositivo médico. Asimismo, se han definido otras 21 nuevas sustancias químicas de referencia internacional y 11 preparaciones de referencia, que se han proporcionado como patrones físicos con respecto a los cuales los laboratorios nacionales de control de la calidad pueden analizar medicamentos, y el Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas aprobó 50 especificaciones generales, monografías y textos generales y los publicó para su inclusión en la farmacopea internacional. El Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos aprobó otras nueve normas escritas y ocho preparaciones de referencia para vacunas y productos bioterapéuticos. El programa de la OMS sobre denominaciones comunes internacionales dio nombres genéricos a otros 293 medicamentos, con lo que el total asciende a 8900. Las dos primeras reuniones del mecanismo de los Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación, celebradas en 2012 y 2013, demostraron la determinación de la comunidad internacional de afrontar el desafío cada vez mayor que plantean esos productos. El sistema de alerta temprana establecido recientemente para informar sobre ellos hará posible una notificación estructurada y sistemática de los casos observados y permitirá realizar una evaluación más precisa del alcance de ese tipo de productos y el daño que causan. Otros siete países se sumaron al Programa Internacio-

¹ Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

nal OMS de Vigilancia Farmacéutica, el cual, a través de su red de centros de farmacovigilancia, controla la seguridad de la utilización de los medicamentos. La Iniciativa Mundial para la Seguridad de las Vacunas, establecida en 2012, garantiza la aplicación del Plan Mundial para la Seguridad de las Vacunas, que es el plan estratégico de la OMS destinado a desarrollar la capacidad de los países para vigilar la seguridad de las vacunas.

112. De los tres resultados previstos a nivel de toda la Organización, uno se ha «logrado plenamente» y dos se han «logrado parcialmente». La inestabilidad política, la vinculación de los fondos disponibles a fines muy concretos, la elevada tasa de rotación de los funcionarios gubernamentales y la insuficiente financiación de los sistemas de salud son los principales motivos de los malos resultados de algunas actividades, que afectaron a la calificación general correspondiente al resultado previsto a nivel de toda la Organización. Además, la importante falta de recursos, en particular para actividades normativas destinadas a mejorar el acceso a productos médicos, tiene una repercusión negativa en el alcance y la eficacia de las intervenciones de la Organización.

113. Existe una clara relación entre un compromiso más sólido hacia el logro de la cobertura sanitaria universal y el creciente reconocimiento por parte de los Estados Miembros de la importancia de que los sistemas relacionados con los medicamentos y las tecnologías sanitarias funcionen de manera eficiente. Cada vez se crean más redes regionales y procesos de trabajo interpaíses para compartir información y experiencias y abordar temas concretos. Las iniciativas de colaboración y la designación de puntos focales nacionales y asesores en los países han hecho que las intervenciones sean sostenibles y más eficaces, como demuestran los notables logros registrados en varias regiones en que asesores en medicamentos y tecnologías sanitarias con dedicación completa permitieron a la Secretaría atender a las solicitudes de los países y proporcionar asesoramiento y apoyo técnicos. La integración de los sistemas de salud debe utilizarse como planteamiento común para los programas relacionados con enfermedades específicas y los programas verticales, a fin de mejorar la integración de los servicios.

114. La capacidad de reglamentación de los productos médicos varía de una región a otra, y los Estados Miembros necesitan todavía bastante asistencia técnica para cumplir los requisitos internacionales. En el marco del programa de precalificación de la OMS se llevan a cabo numerosas actividades de fomento de la capacidad de reglamentación; sin embargo, los recursos humanos y los fondos de que dispone la OMS actualmente no son suficientes, y se necesitarán nuevas estrategias para lograr mejoras importantes y duraderas en los mecanismos de reglamentación. También habrá que redoblar los esfuerzos para ampliar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias y promover el uso racional de estos, y para garantizar que las iniciativas destinadas a mejorar el acceso a los productos médicos en todos los programas relativos a enfermedades concretas y programas verticales se coordinen en torno a un enfoque común. El fomento del uso racional de los medicamentos para combatir la resistencia a los antimicrobianos, la contención de los costos de los productos médicos y la evaluación de las tecnologías sanitarias son otras tantas de las prioridades emergentes que incidirán en el rendimiento de las inversiones mundiales en salud. No existen programas regionales amplios de garantía de la calidad de los laboratorios, y muchos Estados Miembros a menudo adolecen también de escasez de sangre.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12: Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015

115. En el bienio 2012-2013 se lograron avances en las áreas programática, de la gestión y de la gobernanza de la reforma de la OMS con respecto a los objetivos de mejorar los resultados sanitarios,

lograr una mayor coherencia en el ámbito de la salud mundial y fomentar la excelencia institucional. Las reformas programáticas se caracterizaron por la definición de prioridades de la Organización por los Estados Miembros, que sirvieron de base para elaborar el presupuesto por programas 2014-2015 y el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, aprobado por la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.¹ En el Duodécimo Programa General de Trabajo se establecen seis prioridades de liderazgo que delimitan y orientan las tareas de la OMS, al poner de relieve las áreas en que más se necesitan la labor de promoción y el liderazgo técnico de la OMS en el ámbito de la salud mundial y guiar la forma de trabajar de la Organización, que consiste en integrar las actividades en los tres niveles de la OMS y entre ellos, así como en toda la Organización.

116. Las reformas de la gobernanza avanzaron a un ritmo más lento, pero se han registrado progresos con respecto a la mejora de los papeles y las funciones de los órganos deliberantes. Entre esos progresos cabe citar el fortalecimiento de la función de supervisión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo, el aumento de la eficiencia de los órganos deliberantes gracias a una mejor gestión del tiempo y a la distribución electrónica de los documentos, la armonización de los procedimientos de los comités regionales y la alineación de los programas de los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud. Las sesiones informativas periódicas permitieron a los Estados Miembros influir y participar de manera más eficaz en la adopción de decisiones en las reuniones de los órganos deliberantes. La gobernanza interna se vio reforzada por la celebración de reuniones periódicas del Grupo Mundial de Políticas (integrado por la Directora General, el Director General Adjunto y los Directores Regionales) y otras reuniones de redes de personal directivo.

117. Se definieron los principales elementos de un nuevo marco para la colaboración con agentes no estatales mediante un proceso en el que participaron múltiples interesados y que incluyó consultas con los Estados Miembros y los agentes no estatales, una consulta pública en la web y varios debates en reuniones de los órganos deliberantes.² Sin embargo, todavía no se han formulado ni acordado las políticas detalladas relativas a ese nuevo marco.

118. En 2013, el Consejo Ejecutivo examinó un informe sobre las disposiciones de la OMS para la acogida de alianzas en pro de la salud y propuestas para armonizar las actividades de la Organización con las de las alianzas acogidas.³ En él se indicaban los principales hechos relacionados con las alianzas y se resumían las relaciones de acogida. En respuesta a la solicitud formulada por el Consejo Ejecutivo en su decisión EB132(10), la Secretaría preparó un documento para el Comité de Programa, Presupuesto y Administración sobre una propuesta de procedimiento para los exámenes que este realiza de las alianzas acogidas.⁴ En 2014 está previsto estudiar las posibles modalidades para garantizar la recuperación plena y transparente de los costos relacionados con las alianzas acogidas y aplicarlos a esas alianzas según sea oportuno. Varias alianzas acogidas han realizado evaluaciones independientes de las actividades y el desempeño de sus programas, bajo los auspicios de sus respectivas juntas ejecutivas. Se ha establecido un grupo de trabajo, integrado por personal de las secretarías de las alianzas y de la OMS, que se encargará de formular directrices internas para coordinar las actividades regionales y en los países de las alianzas acogidas con las de los programas de la OMS. Esas directrices permiti-

¹ Resolución WHA66.1.

² Véanse los documentos EB130/5 Add.4, A65/5, EB132/5 Add.2, EB133/16 y, por ejemplo, EB133/2013/REC/1, (actas resumidas de la 133.^a reunión del Consejo Ejecutivo, sesiones segunda (sección 5) y tercera (sección 1)).

³ Véase el documento EB132/5 Add.1.

⁴ Véanse los documentos EBPBAC19/8 y EB134/3, de los que tomó nota el Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión (acta resumida de la sexta sesión, documento EB134/2014/REC/2).

rán fundamentar mejor la colaboración de la OMS. La Red de Sanimetría se disolvió en mayo de 2013.

119. En cuanto a la gestión, algunas de las reformas previstas alcanzaron la fase de aplicación, mientras que otras seguían en la fase de análisis normativo. Por lo que respecta a los mecanismos de financiación de la OMS, se han logrado importantes avances y las reuniones del diálogo sobre financiación celebradas en 2013 resultaron decisivas para la orientación hacia una mayor previsibilidad, flexibilidad, alineación y transparencia de los recursos de la OMS. Los progresos relacionados con las reformas de la gestión en las áreas de los recursos humanos, la financiación y la rendición de cuentas se consignan en relación con el objetivo estratégico 13.

120. Se han logrado algunos progresos en lo que respecta a lograr una mayor alineación de la labor de la OMS a nivel nacional con las necesidades de los países, gracias a la revisión de las estrategias de cooperación. Las estrategias se están examinando ahora para ajustarlas a las prioridades de liderazgo del Programa General de Trabajo y la cadena de resultados revisada de la OMS. Una red de oficinas del grupo de países BRICS (Brasil, Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica) ha colaborado eficazmente para promover un intercambio activo de conocimientos y experiencias entre las oficinas en los países de todas las regiones. En el marco del proceso de fortalecimiento de la actuación de la OMS a nivel nacional se ha prestado apoyo a los Jefes de las Oficinas de la OMS para que participen activamente en los equipos de las Naciones Unidas en los países. Se proporcionó información actualizada y orientación sobre procedimientos operativos normalizados, la estrategia «Unidos en la acción», las modalidades de financiación del sistema de coordinadores residentes de las Naciones Unidas y el fortalecimiento del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En 104 de los 116 países, territorios y zonas en que la OMS está presente, las oficinas sobre el terreno ejercieron la presidencia o copresidencia del grupo temático sobre salud. En 2013 se celebró la séptima reunión mundial de Jefes de las Oficinas de la OMS, a la que asistieron la Directora General y los Directores Regionales y en la que se destacó la necesidad permanente de reforzar la presencia de la OMS en los países y respaldar los programas nacionales.

121. Tras la adopción de la política de evaluación, establecida en virtud de la resolución WHA64.2 sobre la reforma de la OMS, la atención se focalizó en llevar a la práctica la política a través de la función central de evaluación y de la Red Mundial de Evaluación, cuyo cometido es promover la evaluación como medio para mejorar el funcionamiento de los programas y la rendición de cuentas por los resultados y la aplicación de la evaluación como práctica en toda la OMS, y crear la capacidad oportuna cuando sea necesario. Un importante producto fue la preparación de un manual de prácticas de evaluación, que ofrece orientación paso por paso sobre las distintas funciones y responsabilidades en el ámbito de la evaluación, la utilización de instrumentos y métodos armonizados y mecanismos conexos de control de la calidad.¹ También se ha introducido una infraestructura mejorada para informar sobre los productos de las evaluaciones con objeto de promover el intercambio de información y la aplicación de las lecciones aprendidas en la planificación basada en pruebas. Se ha elaborado un primer plan de trabajo de evaluación a nivel de toda la Organización para 2014-2015, que se presentó al Consejo Ejecutivo en enero de 2014² y del que este tomó nota.

122. Después de más de diez años, en 2012-2013 se volvió a integrar el Departamento de Comunicaciones en la Oficina del Director General, lo cual es señal de la adopción de un nuevo enfoque con respecto a las comunicaciones que refleja las tendencias mundiales. Entre las ventajas de un enfoque

¹ *WHO Evaluation Practice Handbook*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

² Véanse los documentos EB134/38 y EB134/2014/REC/2 (acta resumida de la décima sesión, sección 2).

centralizado figuran la mejora de la coordinación de las tareas del equipo de comunicaciones y la disponibilidad de la capacidad necesaria para responder a un aumento súbito de la demanda de comunicaciones a nivel nacional, regional y en la Sede. A ese respecto cabe citar el desarrollo de la primera red de comunicaciones de emergencia de la OMS, que permitirá capacitar a expertos en comunicaciones para su despliegue rápido en emergencias de salud pública, a fin de prestar apoyo en materia de comunicaciones en los países y las regiones. La mitad de las personas que recibieron capacitación en 2013 fueron desplegadas con éxito en situaciones de emergencia. El nuevo Departamento de Comunicaciones ha favorecido una relación de trabajo más dinámica y colaborativa con los medios de difusión que cubren los temas de salud pública mediante becas para esos medios, la creación de consejos de redacción y otras oportunidades educativas y de establecimiento de redes para prestar apoyo a los periodistas y alentarlos a que traten los temas de salud con mayor rigor. También desempeñó un papel fundamental en la creación del primer equipo de medios de comunicación social de la Organización. El número de «seguidores» ha aumentado de forma exponencial, lo que demuestra claramente el interés público en que la OMS juegue un papel más destacado en la transmisión de información sanitaria. En enero de 2012, la cuenta de Twitter tenía 311 000 seguidores y a finales de 2013 esa cifra había crecido a un millón. También se utilizan Facebook, Google+, YouTube e Instagram como instrumentos para llegar a nuevos públicos. La clave para que una campaña de comunicación sea eficaz es saber lo que quieren las personas y compartir con ellas información que les resulte útil. En el sitio web de la OMS se han incorporado nuevos instrumentos para recabar opiniones, que pueden resultar útiles y pertinentes para ajustar y adaptar la información y los mensajes a las necesidades del público, con miras a potenciar el impacto, la oportunidad y la utilidad de esa información y esos mensajes en los seis idiomas oficiales. La primera encuesta de percepción, llevada a cabo en 2013, aportó información adicional sobre las necesidades de los interesados directos y servirá de referencia para medir futuros progresos.

123. Los cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización han recibido la calificación de «logrado plenamente». En términos generales se han hecho progresos en las tres grandes áreas de liderazgo en el ámbito de la salud mundial, que son complementarias: mejora de la gobernanza; la coherencia y la rendición de cuentas; apoyo de la OMS a los Estados Miembros, presencia en ellos y colaboración con ellos, y función de la OMS para que la salud sea considerada un tema de importancia mundial y regional.

124. La consecución de los cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización marca la conclusión de una importante fase en el proceso de reforma de la Secretaría. Se han registrado avances progresivos en la reforma de la gobernanza, los programas y la gestión. En 2014-2015 se impulsará la labor relacionada con la reforma con la adopción de un enfoque más estratégico. La atención se centrará en la mejora del desempeño de los países, con ayuda de un marco estratégico revisado de cooperación con los países, ajustado a las necesidades y prioridades nacionales. Asimismo, se reforzará aún más la capacidad de las oficinas en los países para atender eficazmente a las prioridades de liderazgo de la OMS y obtener y proporcionar apoyo y asesoramiento técnico y en materia de políticas.

125. Es preciso seguir trabajando para fortalecer aún más la función de gobernanza de la OMS, desarrollar la capacidad de gobernanza y profundizar la reforma de las políticas, sistemas y prácticas de gestión. Aunque se ha elaborado un nuevo marco de evaluación y establecido un Departamento de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética, hay que consolidar los esfuerzos destinados a construir una Organización más coherente y responsable. En 2014-2015 habrá que prestar más atención a alinear mejor la labor de los tres niveles de la Organización mediante mecanismos de coordinación de los programas y estrategias de comunicación eficientes y eficaces, a fin de mejorar la actuación de la OMS en los países. En el plano nacional, hay que armonizar las estrategias de cooperación con los planes y las estrategias de salud de los distintos países, así como con los procesos del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Las siguientes medidas consistirán en establecer un nuevo modelo para financiar la

labor de la OMS y en ajustar las prioridades acordadas por sus órganos deliberantes con fondos suficientes y conseguir los recursos necesarios para la introducción de posibles cambios. Se ha reconocido que habrá que seguir trabajando en la movilización de recursos, sobre todo para determinar la mejor forma de utilizar los tres niveles de la Organización. Con la adopción de un nuevo marco basado en los resultados, ya se pueden realizar evaluaciones más sistemáticas y objetivas de los progresos hechos en relación con distintas categorías y áreas programáticas que contribuyen al logro de resultados y a la alineación de la obtención de productos con el uso de los recursos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 13: Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz

126. Los servicios de apoyo administrativo y de gestión permiten a la Organización desempeñar su mandato. Durante el bienio 2012-2013, la atención se centró principalmente en los diversos elementos de la reforma de la OMS, especialmente en las áreas programáticas y de gestión.

127. Un hecho destacado del bienio ha sido la elaboración del nuevo marco de gestión basada en los resultados, en consonancia con la reforma de la OMS y en consulta con los Estados Miembros. En el marco se presenta una cadena de resultados clara y se definen los productos entregables en los tres niveles de la Organización, prestando especial atención a las prioridades establecidas en las estrategias de cooperación en los países. La visión de la Organización, recogida en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, y el alcance de las actividades previstas en el presupuesto por programas 2014-2015 se reflejan también en el nuevo marco.

128. A ese respecto, la aprobación del presupuesto por programas 2014-2015 en su totalidad y el proceso del diálogo sobre financiación para financiar el presupuesto constituyen logros clave relacionados con el pilar de la reforma de la OMS relativo a la gestión.

129. Por otra parte, la Secretaría está examinando los presupuestos para los objetivos estratégicos 12 y 13, así como los costos reales, para garantizar una financiación adecuada de los gastos de gestión y administrativos. El examen abarca los arreglos de financiación existentes, como el de los gastos de apoyo a programas y la tasa por puesto ocupado, así como posibles métodos alternativos de recuperación de costos. En enero de 2014 se presentó una propuesta a ese respecto al Comité de Programa, Presupuesto y Administración en su 19.^a reunión. En el documento A67/10 se somete a la consideración de la Asamblea de la Salud una versión revisada de la propuesta.

130. Otro de los logros fue la plena aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, proceso que se ultimó en 2012. Los Auditores Externos certificaron en 2013 que la OMS aplicaba plenamente las Normas, lo que elevó la calidad de los informes financieros y la transparencia en la Organización.

131. Otra iniciativa de reforma encaminada a aumentar la rendición de cuentas y mejorar los controles internos, algunos de cuyos componentes se finalizaron en 2012-2013, fue la elaboración de un conjunto mundial de procedimientos operativos normalizados y nuevos instrumentos de seguimiento, entre ellos el tablero de mandos para la gestión. El nuevo marco de control interno se completó a finales de 2013 y ya se está aplicando. Incluye la nueva definición de funciones y responsabilidades de gestión en toda la Organización y una rendición de cuentas reforzada respecto de la delegación de autoridad. La Dependencia Común de Inspección efectuó un examen especial de la gestión, administración

y descentralización de la OMS¹ como parte de la labor que están realizando los Estados Miembros y la Secretaría para reformar aspectos fundamentales de las operaciones de la Organización.

132. En la esfera de la gestión de los recursos humanos, se ha elaborado y presentado a los Estados Miembros una nueva estrategia basada en tres pilares (atraer a profesionales competentes, retener al personal más competente y crear un entorno de trabajo propicio) y cuatro principios transversales (equilibrio entre los sexos, diversidad, colaboración y rendición de cuentas).

133. Se ideó un método para armonizar las tecnologías de la información y la comunicación a escala mundial y se pusieron en marcha varias iniciativas en materia de servicios compartidos. El acceso a datos administrativos de mejor calidad por conducto del Sistema Mundial de Gestión ha mejorado la transparencia en la labor de la Organización. El sistema fue objeto de una actualización técnica en 2013 y se está emprendiendo una iniciativa de transformación para mejorar sus prestaciones a lo largo de los dos próximos bienios. Se elaboró una nueva estrategia sobre tecnología de la información que ha sido positivamente acogida por los Estados Miembros.

134. Uno de los grandes logros en relación con el objetivo estratégico 13 fue el ahorro de costos al tiempo que se mantenían los niveles y la calidad de los servicios y se alcanzaban los objetivos pertinentes. En conjunto, la OMS efectuó gastos por valor de US\$ 481 millones respecto del objetivo estratégico 13 en 2012-2013, frente a US\$ 540 millones en 2010-2011. Aunque en algunos casos la reducción se debió a la reasignación de costos a otros objetivos estratégicos, se estima que se lograron ahorros permanentes por valor de US\$ 40 millones de resultados de la deslocalización, la contratación externa y la reorganización de tareas. Se consiguieron ahorros en todos los niveles de la Organización, aunque en la Sede la proporción fue ligeramente mayor.

135. De los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización, dos se consideran «logrado plenamente» y cuatro «logrado parcialmente». El resultado previsto a nivel de toda la Organización 13.2 (Prácticas financieras sólidas y gestión eficaz de los recursos financieros) se consideró «logrado parcialmente» porque no se alcanzó el monto previsto de US\$ 400 millones en concepto de contribuciones voluntarias clasificadas como totalmente flexibles o sumamente flexibles. En 2012-2013 solo se registraron US\$ 264 millones, pues los contribuyentes se han mantenido a la espera de que el nuevo modelo de financiación propuesto esté más claro, en particular la función del diálogo sobre financiación. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 13.3 (Políticas y prácticas de recursos humanos) se consideró «logrado parcialmente»; en lo sucesivo, esta esfera se beneficiará de la nueva estrategia de recursos humanos y las iniciativas en materia de movilidad y gestión del desempeño. A pesar de la mejora respecto del valor de referencia de enero de 2012 (del 85% en 2012 al 90% al final de 2013), el indicador 13.5.1 relativo a la proporción de servicios prestados por el Centro Mundial de Servicios, según los criterios consignados en los acuerdos sobre el nivel de los servicios, no se logró plenamente a causa de los retrasos en el ámbito de las transacciones de recursos humanos. Por consiguiente, el resultado previsto a nivel de toda la Organización 13.5 (Servicios de apoyo gerencial y administrativo) se clasificó como «logrado parcialmente». Las cuestiones de financiación vinculadas con el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles influyeron en el logro del indicador 13.6.2 sobre el nivel de financiación y ejecución del Plan de Mejoras bienal y fueron responsables de que el resultado previsto a nivel de toda la Organización 13.6 (Entorno laboral propicio para el bienestar y la seguridad del personal en todos los lugares de destino) se considerase «logrado parcialmente». Aunque ha mejorado la observancia de las normas mínimas operativas de seguridad de las Naciones Unidas, especialmente en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental, el grado de logro del indicador 13.6.1 se fijó en el 85%, en lugar del 95% previsto.

¹ Documento JIU/REP/2012/6.

136. El principal centro de atención de las funciones instrumentales de la Organización seguirán siendo las iniciativas relacionadas con el componente de gestión del programa de reforma de la OMS. Así pues, proseguirán los trabajos en materia de rendición de cuentas y controles internos, asignación estratégica de recursos, financiación (incluidos los costos de gestión y los costos administrativos), las políticas y la gestión de recursos humanos, y la transformación del Sistema Mundial de Gestión. Para aplicar con éxito el marco de control interno en los tres niveles de la Organización será indispensable impartir formación sobre medidas de control interno. El marco contará con el complemento del nuevo marco de rendición de cuentas, el procedimiento de delegación de funciones revisado y el fortalecimiento del enfoque de la gestión de riesgos.

137. En la esfera de los recursos humanos, la OMS seguirá aplicando la estrategia revisada con el fin de constituir una fuerza de trabajo que cubra las necesidades de personal de la Organización según lo requieran las circunstancias. La movilidad y la gestión del desempeño serán dos componentes indispensables de las actividades de aplicación, al igual que el nuevo programa de perfeccionamiento del personal directivo y la implantación a escala mundial del sistema de gestión del aprendizaje.

138. Será preciso elaborar una estrategia a largo plazo para el funcionamiento futuro del Centro Mundial de Servicios y un modelo de gobernanza revisado, con el fin de conseguir nuevos ahorros y mejoras de los servicios en toda la OMS. Ello podría incluir la revisión y optimización de los principales procesos integrales, nuevas inversiones en el Centro Mundial de Servicios mediante nuevas transferencias de tareas y la consolidación de las actividades administrativas auxiliares, especialmente con el fin de eliminar la duplicación y la falta de eficiencia, y aprovechar el Sistema Mundial de Gestión para proporcionar nuevas funciones clave con fines concretos, mejorar la presentación de informes y reducir la tramitación manual.

PANORAMA GENERAL DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA

139. En mayo de 2011, la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA64.3, la resolución de apertura de créditos para el ejercicio 2012-2013, y tomó nota del presupuesto efectivo total de US\$ 3959 millones, presentado en tres segmentos: programas básicos (US\$ 2627 millones); programas especiales y acuerdos de colaboración (US\$ 863 millones), y respuesta a los brotes epidémicos y las crisis (US\$ 469 millones), que se financiaría con cargo a las contribuciones señaladas, contribuciones voluntarias y fondos arrastrados del ejercicio financiero 2010-2011.

140. Al final del ejercicio 2012-2013, los fondos disponibles para todos los segmentos del presupuesto, incluidas las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, ascendía a US\$ 4210 millones y comprendía: fondos recibidos en 2010-2011 y previstos para 2012-2013 por valor de US\$ 1000 millones; fondos previstos y arrastrados de 2010-2011 por valor de US\$ 500 millones, y nuevos fondos recibidos para 2012-2013 por valor de US\$ 2710 millones, que incluyen US\$ 916 millones en concepto de contribuciones señaladas y US\$ 1794 millones en concepto de nuevas contribuciones voluntarias para el bienio. De los fondos disponibles, US\$ 1170 millones (28%) estaban compuestos por contribuciones señaladas y otros fondos flexibles, mientras que US\$ 3040 millones (72%) eran fondos asignados a fines específicos.

141. El total correspondiente a la ejecución¹ fue de US\$ 3914 millones, es decir, el 99% del presupuesto aprobado, lo que confirma el carácter realista del presupuesto por programas 2012-2013, basado en las proyecciones de ingresos y gastos respecto de ese periodo financiero. Aunque el nivel de financiación

¹ Ejecución: esta cifra representa solamente el gasto y los fondos comprometidos relacionados con resultados incluidos en el presupuesto por programas 2012-2013.

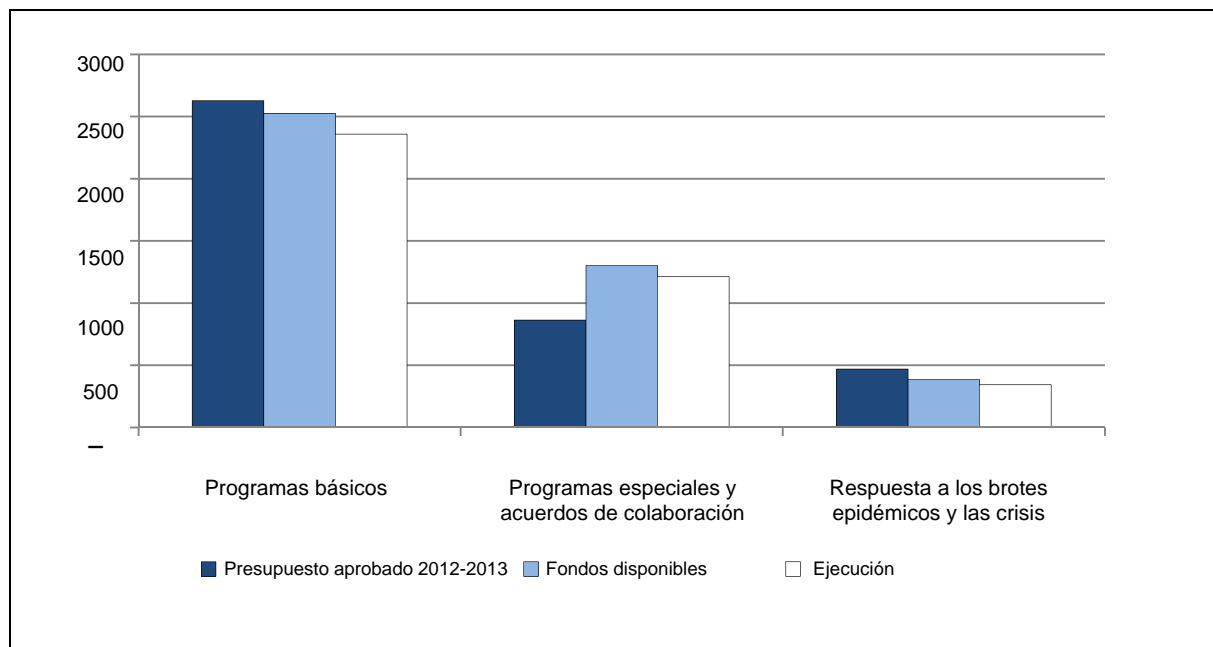
del presupuesto total fue adecuado, los fondos no se distribuyeron uniformemente entre todos los segmentos presupuestarios, lo que influyó en los niveles de ejecución por oficina principal, objetivo estratégico y segmento presupuestario y puso de relieve los problemas a que da lugar el alto nivel de fondos asignados a fines específicos y las deficiencias de la financiación flexible.

142. Los cuadros y figuras que se presentan a continuación muestran de qué manera se ha ejecutado el presupuesto por programas 2012-2013 con un desglose por segmento presupuestario, objetivo estratégico y oficina principal.

**Cuadro 2. Ejecución financiera desglosada por segmento presupuestario
(en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)**

Segmento	Presupuesto aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución	Ejecución como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Programas básicos	2 627	913	1 611	2 524	96	2 359	90	93
Programas especiales y acuerdos de colaboración	863	2	1 300	1 302	151	1 212	140	93
Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis	469	1	383	384	82	343	73	89
Total	3 959	916	3 294	4 210	106	3 914	99	93

**Figura 1. Ejecución financiera desglosada por segmento presupuestario
(en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)**



143. En 2012-2013, la OMS mantuvo el seguimiento de la financiación y la ejecución financiera atendiendo a los tres segmentos presupuestarios; los cuadros que se incluyen en el presente documento ofrecen un análisis de gestión del presupuesto desde esa perspectiva. Los tres segmentos presupuestarios ofrecen un punto de mira sumamente útil para examinar el presupuesto y en particular para comprender las razones de que distintas áreas del presupuesto aprobado cuenten con distintos niveles de financiación.

144. El cuadro 2 y la figura 1 muestran la ejecución financiera desglosada por segmento presupuestario. Los fondos disponibles¹ para el segmento de programas básicos fueron de US\$ 2524 millones (96% del presupuesto aprobado); para el segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración, US\$ 1302 millones (151% del presupuesto aprobado), y para el segmento de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis US\$ 384 millones (82% del presupuesto aprobado).

145. El segmento de programas básicos tuvo una financiación ligeramente inferior respecto del presupuesto por programas aprobado, con una diferencia de US\$ 103 millones. En cambio, la cuantía destinada al segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración excedió del presupuesto por programas aprobado en US\$ 439 millones. El aumento de financiación por encima del presupuesto aprobado para el segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración siguió debiéndose principalmente a la labor en materia de erradicación de la poliomielitis, inscrita en el objetivo estratégico 1.

146. Las actividades incluidas en el segmento de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis y la financiación correspondiente dependen principalmente de las emergencias y los brotes que, por su naturaleza misma, son impredecibles. Las necesidades de recursos suelen ser considerables y difíciles de

¹ La división de los recursos disponibles entre programas básicos de la OMS y otros segmentos se basa en información de gestión y se debe entender como una estimación muy aproximada.

prever, lo que hace que la elaboración de presupuestos en este segmento sea un proceso incierto. Las necesidades para el ejercicio 2012-2013 se calcularon en US\$ 469 millones. La cuantía real acabó siendo de US\$ 384 millones, de los cuales el 89%, o US\$ 343 millones, habían sido utilizados antes del 31 de diciembre de 2013.

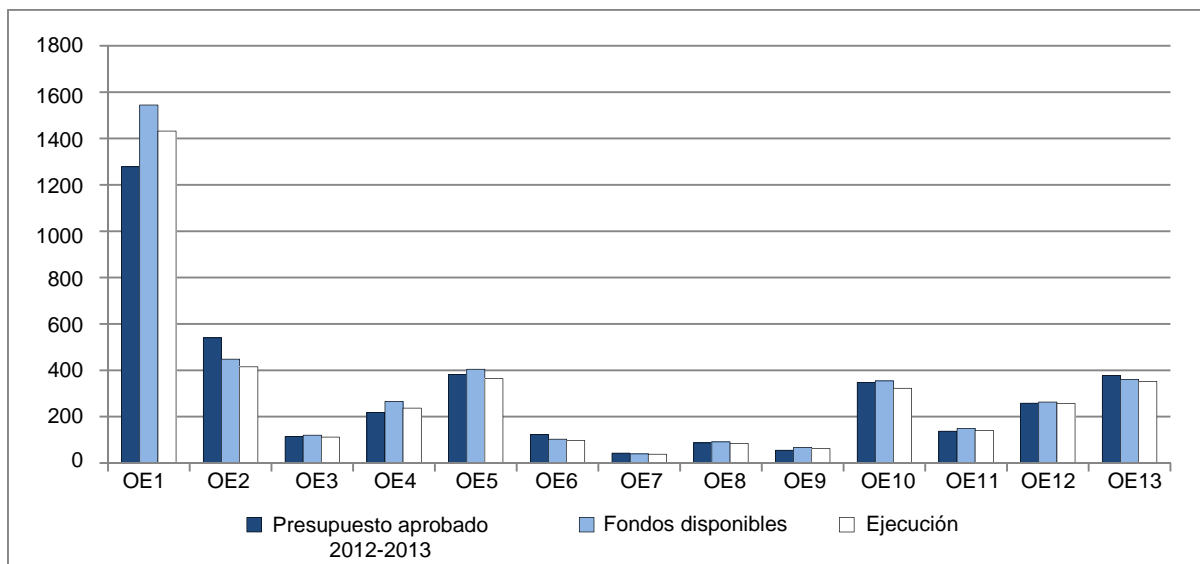
147. La ejecución del presupuesto por programas aprobado fue del 90% para los programas básicos, el 140% para los programas especiales y acuerdos de colaboración y el 73% para la respuesta a los brotes epidémicos y las crisis.

**Cuadro 3. Ejecución financiera desglosada por objetivo estratégico, todos los segmentos
(en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)**

Objetivo estratégico	Presupuesto por programas aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución	Ejecución como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
OE1	1 278	75	1 470	1 545	121	1 432	112	93
OE2	540	43	405	448	83	415	77	93
OE3	114	44	76	120	105	112	98	94
OE4	218	54	212	266	122	237	109	89
OE5	382	18	387	405	106	364	95	90
OE6	122	35	68	103	84	97	79	94
OE7	43	21	19	40	92	38	89	97
OE8	87	30	61	91	105	85	98	94
OE9	55	21	46	67	122	62	113	92
OE10	348	142	212	354	102	322	93	91
OE11	137	30	119	149	109	141	103	95
OE12	258	198	65	263	102	257	100	98
OE13 ^a	377	205	156	361	96	352	93	98
Total	3 959	916	3 294	4 210	106	3 914	99	93

^a Además de la suma aprobada del presupuesto por programas indicada en relación con el objetivo estratégico 13 en el cuadro 3, se financiaron otros US\$ 138 millones en concepto de gastos conexos mediante un mecanismo separado de recuperación de costos en relación con el objetivo estratégico 13bis (véase el presupuesto por programas 2012-2013, anexo 1). Esos costos se incluyen en el cuadro 3 en relación con todos los objetivos estratégicos, que contribuyen a la financiación mediante la tasa por puesto ocupado, percibida para recuperar gastos de servicios administrativos imputables directamente a los trabajos relativos a todos los objetivos estratégicos.

Figura 2. Ejecución financiera desglosada por objetivo estratégico, todos los segmentos (en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)



148. El cuadro 3 y la figura 2 muestran la ejecución financiera desglosada por objetivo estratégico. La financiación de todos los objetivos estratégicos excede del presupuesto por programas aprobado, a excepción de los objetivos estratégicos 2, 6, 7 y 13. En el caso del objetivo estratégico 1, el exceso de financiación se explica por el aumento de los fondos recibidos para el segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración, en particular para las actividades relacionadas con la erradicación de la poliomielitis. Los objetivos estratégicos 4 y 9 también estuvieron debidamente financiados en relación con el presupuesto, que experimentó una reducción mayor de la habitual en comparación con el ejercicio anterior. Esos dos objetivos estratégicos también recibieron fondos adicionales en el segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración, a saber para la investigación en reproducción humana en el marco del objetivo estratégico 4 y para la Comisión del Codex Alimentarius en el objetivo estratégico 9.

**Cuadro 4. Ejecución financiera desglosada por objetivo estratégico,
segmento de programas básicos
(en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)**

Objetivo estratégico	Presupuesto por programas aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución	Ejecución como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
OE1	446	75	361	436	98	397	89	91
OE2	446	43	299	342	77	316	71	92
OE3	114	44	76	120	105	112	98	93
OE4	186	52	161	213	114	191	103	90
OE5	65	17	36	53	83	51	78	96
OE6	111	35	58	93	84	88	79	95
OE7	42	21	19	40	93	38	90	95
OE8	87	30	61	91	105	86	99	95
OE9	51	21	42	63	123	58	114	92
OE10	322	142	191	333	103	303	94	91
OE11	122	30	87	117	96	110	90	94
OE12	258	198	65	263	102	257	100	98
OE13 ^a	377	205	155	360	96	352	93	98
Total	2 627	913	1 611	2 524	96	2 359	90	93

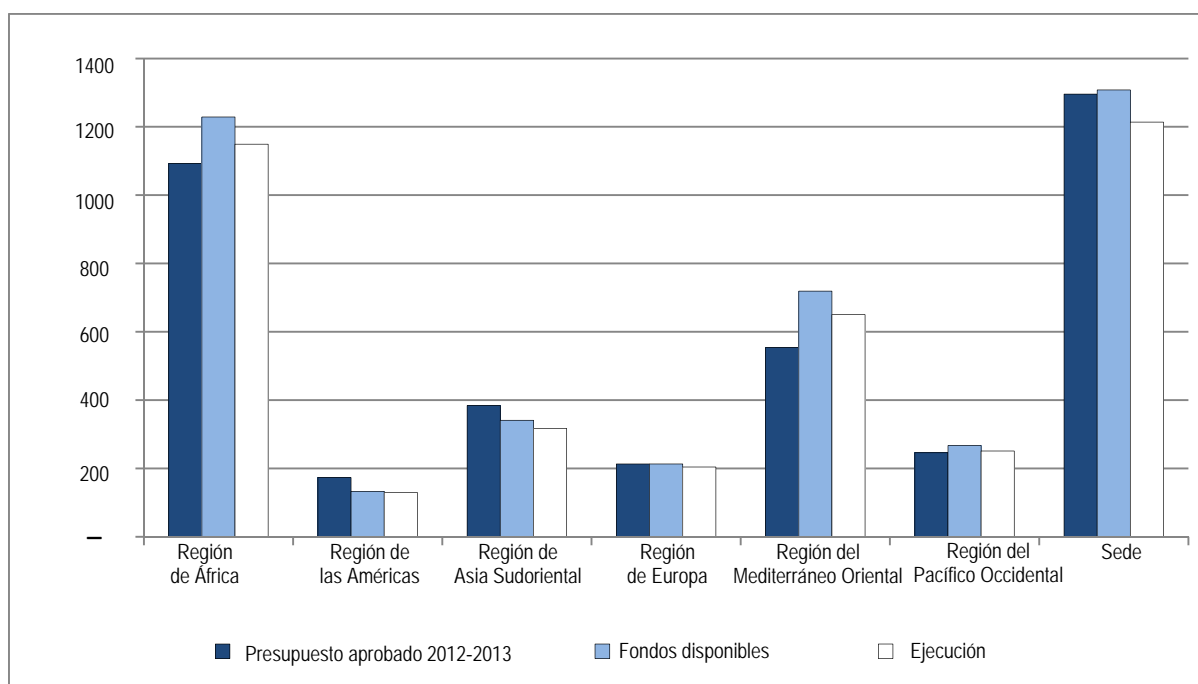
^a Además de la suma aprobada del presupuesto por programas indicada en relación con el objetivo estratégico 13 en el cuadro 3, se financiaron otros US\$ 138 millones en concepto de gastos conexos mediante un mecanismo separado de recuperación de costos en relación con el objetivo estratégico 13bis (véase el presupuesto por programas 2012-2013, anexo 1). Esos costos se incluyen en el cuadro 3 en relación con todos los objetivos estratégicos, que contribuyen a la financiación mediante la tasa por puesto ocupado, percibida para recuperar gastos de servicios administrativos imputables directamente a los trabajos relativos a todos los objetivos estratégicos.

149. El cuadro 4 muestra el segmento de programas básicos del presupuesto por programas, desglosado por objetivo estratégico a 31 de diciembre de 2013. La financiación disponible para todos los objetivos estratégicos fue, en término medio, del 96%. La financiación de objetivos estratégicos varió entre el 77% correspondiente al objetivo estratégico 2 y el 123% correspondiente al objetivo estratégico 9. La tasa media de ejecución del segmento de programas básicos respecto del presupuesto por programas fue del 90% para todos los objetivos estratégicos. Las tasas de ejecución variaron entre el 71% del objetivo estratégico 2 y el 114% del objetivo estratégico 9; esas variaciones se pueden atribuir fundamentalmente al efecto del desajuste permanente con respecto a los fondos disponibles.

**Cuadro 5. Ejecución financiera desglosada por oficina principal, todos los segmentos
(en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)**

Lugar	Presupuesto por programas aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución	Ejecución como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Región de África	1 093	204	1 025	1 229	112	1 149	105	93
Región de las Américas	173	80	53	133	77	129	75	97
Región de Asia Sudoriental	384	99	242	341	89	317	82	93
Región de Europa	213	60	153	213	100	204	95	95
Región del Mediterráneo Oriental	554	88	631	719	130	650	117	90
Región del Pacífico Occidental	246	76	191	267	109	251	102	94
Sede	1 296	309	999	1 308	101	1 214	94	93
Total	3 959	916	3 294	4 210	106	3 914	99	93

**Figura 3. Ejecución financiera desglosada por oficina principal
(en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)**



150. El cuadro 5 y la figura 3 muestran la ejecución financiera desglosada por oficina principal. Por oficinas, los fondos disponibles respecto del presupuesto aprobado variaron entre el 77% correspondiente a la Oficina Regional para las Américas y el 130% correspondiente a la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental; la ejecución estuvo entre el 90% y el 97% de los recursos disponibles. La gran disponibilidad de fondos en algunas de las oficinas principales se explica en parte por la elevada proporción de fondos destinados al segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración, incluida la erradicación de la poliomielitis, especialmente en las regiones de África y del Mediterráneo

Oriental. También refleja en cierta medida el éxito de los esfuerzos de la Organización en la reforma de la gestión de los recursos, que comenzaron durante 2012-2013.

Cuadro 6. Ejecución financiera desglosada por oficina principal, programas básicos (en millones de US\$, a 31 de diciembre de 2013)

Lugar	Presupuesto por programas aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución	Ejecución como porcentaje del presupuesto aprobado	Ejecución como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Región de África	641	204	339	543	85	504	79	93
Región de las Américas	161	80	39	119	74	116	72	97
Región de Asia Sudoriental	279	98	128	226	81	211	76	93
Región de Europa	192	60	132	192	100	184	96	96
Región del Mediterráneo Oriental	232	88	172	260	112	234	101	90
Región del Pacífico Occidental	222	76	175	251	113	237	107	95
Sede	900	307	626	933	104	873	97	94
Total	2 627	913	1 611	2 524	96	2 359	90	93

151. En el cuadro 6 se muestran los programas básicos desglosados por oficina principal. En promedio, el nivel de financiación disponible para todas las oficinas fue del 96%, con variaciones comprendidas entre el 74% correspondiente a la Oficina Regional para las Américas y el 113% correspondiente a la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. La tasa media de ejecución respecto del presupuesto por programas en relación con el segmento de programas básicos fue del 90% para el conjunto de las oficinas. Las tasas de ejecución variaron entre el 72% de la Región de las Américas y el 107% de la Región del Pacífico Occidental; la variación puede atribuirse principalmente a la disponibilidad de fondos.

152. El análisis pone de manifiesto lo siguiente:

- se logra la financiación plena del presupuesto por programas 2012-2013;
- se confirma el carácter realista del presupuesto general para 2012-2013, que se ajustó en gran medida tanto a los fondos disponibles como a las previsiones de gastos;
- se acelera la ejecución general de actividades durante el segundo año del bienio;
- el nivel de ejecución respecto de los fondos disponibles del presupuesto por programas 2012-2013 es ligeramente inferior a lo previsto, lo que puede explicarse por lo siguiente:
 - el mantenimiento durante el ejercicio en curso de las medidas de ahorro introducidas en 2010-2011, que ha llevado a una nueva reducción del gasto en concepto de sueldos;
 - los ahorros adicionales generados por otras medidas de aumento de la eficiencia, particularmente en la Sede, y
 - la moderación en el gasto por parte de los administradores en la actual situación financiera;

- se logra casi plenamente la financiación del segmento de programas básicos y la ejecución correspondiente y una sobrefinanciación del segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración y la ejecución correspondiente, al tiempo que se atienden casi por completo las necesidades de financiación en el segmento de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis;
- se mantiene la moderación en el gasto en un entorno de prudencia financiera, y
- se observa la necesidad de aprovechar, aumentar y acelerar las mejoras en el ajuste de los recursos con el fin de lograr plenamente los resultados programáticos aprobados que han solicitado los Estados Miembros.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

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

= = =