

## **Ejecución del presupuesto por programas 2012-2013: informe interino**

### **Informe de la Secretaría**

1. Se realizó un examen de mitad de periodo del presupuesto por programas 2012-2013 en toda la Organización al 31 de diciembre de 2012. De esta manera se examinaron los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos y se trazó una vista panorámica de los principales aciertos, riesgos y problemas en los países y en la labor de la Secretaría. Además, el foco de interés han sido las enseñanzas extraídas y las medidas que se necesitan para estimular el progreso. Se examinó también la ejecución del presupuesto, lo que dio pie a considerar simultáneamente la ejecución programática y financiera.<sup>1</sup>
2. Los resultados obtenidos permiten que la Organización aproveche los buenos resultados, por ejemplo, ampliando determinadas iniciativas, y aplique medidas correctivas como la reprogramación y la asignación o reasignación de recursos a determinadas áreas prioritarias. El examen de mitad de periodo es una autoevaluación que permite a las oficinas principales indicar si las aportaciones que competen a cada una para lograr los resultados previstos van por buen camino, están en riesgo o tienen problemas. Las calificaciones asignadas indican la medida en que los programas han alcanzado los resultados previstos y en que se han logrado los indicadores de desempeño. En cada nivel se documentaron las enseñanzas extraídas y las medidas adoptadas. 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.
3. En el examen de mitad de periodo se reconocieron los resultados previstos a nivel de toda la Organización que deberían priorizarse y las áreas que estaban en riesgo de no cumplir las metas al terminar el bienio.

### **PANORAMA DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN**

4. Los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización se muestran desglosados por objetivos estratégicos en el cuadro 1.<sup>2</sup> «En curso» significa que el nivel de progresos realizados ha sido el que se preveía para el examen de mitad de periodo y no es

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/29, Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012.

<sup>2</sup> El informe detallado de los progresos realizados a mitad de periodo clasificados por objetivo estratégico se proporcionará a pedido expreso.

probable que haya cambios importantes en lo que resta del bienio. En general, para que un resultado se califique de «en curso», al menos seis de las siete oficinas principales deben haber informado de que los progresos son adecuados. «En riesgo» significa que los progresos en el logro de los resultados pertinentes previstos a nivel de toda la Organización se están viendo afectados por obstáculos y riesgos que exigen la adopción de medidas correctivas. Si las contribuciones de dos o más de las siete oficinas principales tienen la calificación de «en riesgo», puede ponerse en duda el logro de esos resultados en toda la Organización al concluir el bienio. «Con problemas» supone que los progresos se están viendo gravemente afectados y que probablemente no se alcance el resultado previsto a nivel de toda la Organización.

5. De un total de 80 resultados previstos a nivel de toda la Organización para el bienio 2012-2013, se consideró que 65 (81%) estaban «en curso» y 15 (19%) «en riesgo». Las cifras anteriores señalan una mejora, pues a la mitad del bienio 2010-2011 el 30% de los resultados previstos a nivel de toda la Organización se calificaron como «en riesgo».

6. Se aplicarán medidas de seguimiento a todos los resultados previstos calificados de esta manera. Se ha prestado especial atención a los motivos de que los progresos no vayan por buen camino y a las medidas necesarias para reducir al mínimo el logro pleno de los resultados previstos para el final de 2013. Las medidas técnicas y gestoriales de seguimiento consisten en la selección de los resultados prioritarios cuya financiación actual o futura será asignada o reprogramada; el reconocimiento de los resultados específicos que no se lograrán en el bienio o que tendrán que ser pospuestos; y la formulación de planes concretos para lograr la eficiencia y reducir costos. Atendiendo a la petición de los Estados Miembros, dicha información se ha incorporado al resumen de cada objetivo estratégico en la sección siguiente. Los pormenores pueden consultarse en el documento «Implementation of Programme budget 2012-2013, Mid-term review».<sup>1</sup>

7. Las cuestiones planteadas por los Estados Miembros acerca del método de evaluar el logro de los resultados previstos fueron abordadas por la Secretaría en 2012. Así, se han perfilado las definiciones de los indicadores, los puntos de partida y las metas; y se ha establecido una distinción entre «productos» (las aportaciones de la Secretaría) y «efectos» (el conjunto de productos entregables de los Estados Miembros y la Secretaría).

8. Si bien se han mejorado el examen, la definición y la vigilancia de las medidas de desempeño apropiadas, la índole de autoevaluación del examen y la necesidad de establecer una relación más clara entre el desempeño técnico y el financiero siguen planteando problemas de envergadura. Muchos de estos asuntos se han discutido con los Estados Miembros y se están abordando en el proyecto de 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.

---

<sup>1</sup> Documento HQ/PRP/13.1; se redactó únicamente en inglés y se proporcionará a quien lo solicite.

**Cuadro 1. Calificación por objetivo estratégico**

	Objetivo estratégico	Resultados previstos a nivel de toda la Organización			
		En curso	En riesgo	Con problemas	Total
OE1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	7	2	0	9
OE2	Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo	4	2	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	6	0	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	5	3	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	4	1	0	5
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	5	1	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	13	0	0	13
OE11	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	3	0	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	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	4	2	0	6
<b>Total</b>		<b>65</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>80</b>

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

9. Se realizaron progresos en la introducción de vacunas nuevas y la promoción de vacunas subutilizadas. Según los datos más recientes,<sup>1</sup> la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) fue introducida en nueve países más, la antineumocócica en 17, la antirrotavírica en tres y la vacuna contra el papilomavirus humano en otros 10 países. En 2011, cuatro de cada cinco niños (83% de un total estimado en 107 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 2011, la cobertura mundial de la vacuna antisarampionosa había alcanzado el 84%. En 2012 se realizó la primera Semana Mundial de la Inmunización, en la que participaron más de 180 países, y se adoptó el Plan de acción mundial sobre vacunas. Se recibieron los informes nacionales sobre los aspectos fundamentales del funcionamiento de los programas nacionales de vacunación, información que se recopila año tras año mediante el formulario conjunto de notificación de la OMS y el UNICEF; los datos se validaron antes de ser publicados. Se finalizaron las estimaciones de la mortalidad por sarampión en el periodo 2000-2010 y se publicaron en la revista *The Lancet*. Los 10 laboratorios regionales de referencia para el diagnóstico de las infecciones por el rotavirus aprobaron las pruebas corrientes de capacidad (evaluación externa de la calidad de los laboratorios). Se incluyeron en la evaluación externa de la calidad un total de 73 laboratorios que participan en la red de vigilancia de las enfermedades bacterianas invasoras que pueden prevenirse mediante vacunas (IB-VPD por la sigla en inglés), y 47 aprobaron la prueba (13 más que en 2011). En 2012, la vigilancia de los casos de fiebre exantemática con apoyo de laboratorio se amplió hasta abarcar 184 Estados Miembros.

10. A fines de 2012 se habían atajado todos los brotes epidémicos de poliomielitis que databan de 2011 en países exentos de la enfermedad; además, se formularon planes nacionales de emergencia en los tres países donde la poliomielitis seguía siendo endémica (Afganistán, Nigeria y Pakistán). En 2012 se notificaron en el mundo 223 casos de poliomielitis; esto representa una disminución del 66% por comparación con 2011.<sup>2</sup>

11. En 2012 siguió cobrando impulso el control de las enfermedades tropicales desatendidas; la OMS trazó una hoja de ruta para la aplicación con el fin de acelerar el trabajo para superar las repercusiones mundiales de estas enfermedades. En enero de ese año, la publicación de la Declaración de Londres sobre las Enfermedades Tropicales Desatendidas vino a reforzar la disposición de los asociados de ampliar el acceso a los medicamentos por medio de donaciones más cuantiosas de productos farmacéuticos. Se realizaron progresos en el tratamiento de la oncocercosis, la esquistosomiasis y la leishmaniasis visceral, así como en la obtención de una vacuna antimeningocócica conjugada contra el grupo A y la elaboración de los calendarios de vacunación contra los rotavirus en el cinturón africano de la meningitis. Se reforzaron los métodos de lucha antivectorial del dengue y la tripanosomiasis africana del ser humano, al mismo tiempo que se realizaron progresos en la invención de intervenciones para mejorar la prevención del dengue, las investigaciones en torno a la enfermedad de Chagas y las investigaciones generales sobre el control de los vectores. Se publicó el *Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty*, que posteriormente fue presentado en la Conferencia sobre Innovación en la Atención Sanitaria sin Fronteras, organizada por la Comisión Europea. El tema central de la obra es la innovación en el campo sanitario; se exploran en ella nuevas formas de

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Véase el documento A66/18.

---

mejorar la salud pública en los países de ingresos bajos y medianos mediante la investigación. Se pone el acento en 10 motivos para realizar investigaciones y 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».

12. Se crearon y distribuyeron instrumentos generales y especiales para apoyar a los países cuando evalúan las capacidades básicas mínimas que establece el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Se trata de protocolos de evaluación a fondo, instrumentos de evaluación de aspectos concretos (como los puntos de entrada, la capacidad de laboratorio, la comunicación de riesgos y la legislación), listas de verificación para el monitoreo y cuestionarios para los Estados Parte. La OMS apoyó la creación de sistemas de vigilancia epidemiológica y redes de laboratorios, así como el intercambio de datos de vigilancia y capacidad de laboratorio. Se apoyó igualmente el fortalecimiento de la capacidad para detectar, investigar y responder a eventos, en aspectos como la capacitación en materia de comunicación en las esferas de las repercusiones comportamentales, la reducción de riesgos y la gestión de la seguridad biológica en el laboratorio.

13. El trabajo en torno a determinadas enfermedades se centró en la gripe, el dengue, la infección por el virus del Ébola, los nuevos coronavirus, la fiebre amarilla, la fiebre chikungunya, el síndrome del cabeceo (Uganda), la hepatitis vírica, el cólera y la meningitis infecciosa. 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 292 situaciones de estas. Las iniciativas de preparación en los planos mundial y regional consistieron en hacer acopio de materiales para intervenir, trazar y perfeccionar planes de preparación específicos y generales, y emitir directrices de detección, vigilancia y respuesta. En 2012, la OMS empezó a colaborar con asociados externos para preparar estrategias que permitan atajar la resistencia a los antibióticos en la asistencia sanitaria y fomentar la vigilancia de este fenómeno. Muchos países siguen revisando sus planes de preparación para una pandemia. Adquirir las capacidades básicas mínimas que prescribe el Reglamento Sanitario Internacional (2005) sigue planteando problemas a la mayor parte de los países: 110 Estados Miembros han solicitado que el plazo de junio de 2012 se prorrogue dos años.<sup>1</sup> Con el fin de acelerar la aplicación del Reglamento, se organizaron cuatro reuniones regionales entre asociados, donantes y Estados Parte para definir las necesidades insatisfechas y crear una red de colaboración y apoyo entre los Estados Miembros y los donantes para ayudar a los países que lo necesitan a crear las capacidades básicas necesarias. Por su parte, los Estados Miembros han ejecutado estrategias regionales y aplicado el Reglamento para detectar, notificar y evaluar el riesgo de un brote. La OMS y los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (2005) han aumentado el uso del Sitio de Información sobre Eventos para compartir o consultar información sobre eventos agudos de salud pública.

14. Siete de los nueve resultados previstos a nivel de toda la Organización se calificaron «en curso» y los otros dos «en riesgo». El resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.2 (erradicación de la poliomielitis) resultó perjudicado por las amenazas contra la seguridad de los equipos de vacunación en las regiones del Mediterráneo Oriental y de África. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 1.6 (capacidades básicas mínimas del Reglamento Sanitario Internacional) se vio minado por la dificultad para cumplir con esos requisitos en muchos países. Las iniciativas para mejorar la movilización de recursos se planifica en cada nivel para apoyar el logro pleno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización 1.6 (capacidades básicas mínimas) y 1.7 (detección, evaluación y respuesta a las enfermedades epidémicas y pandémicas).

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/16.

15. Por lo que toca a las vacunas, en 2013 la OMS asumirá el liderazgo, propugnará una participación política y financiera sólida y velará por la colaboración eficaz de todas las partes interesadas para sostener los resultados y lograr las metas fijadas en el Plan de acción mundial sobre vacunas.<sup>1</sup> Seguirá también detectando y abordando las restricciones a la vacunación segura y la prestación de servicios en países donde la cobertura sistemática es escasa, muchas personas no son vacunadas y hay falta de equidad. La inseguridad amenaza los adelantos en la erradicación de la poliomielitis; los recientes asesinatos de vacunadores en el Pakistán y Nigeria han generado graves problemas de inseguridad para la aplicación del programa. Para afrontar esta situación, que va en aumento, se están trazando planes de seguridad para tener acceso a cada sitio donde haya un reservorio de la enfermedad. En el ámbito internacional, el programa está acrecentando su implicación y tratando de obtener más apoyo de la Organización de Cooperación Islámica, el Banco Islámico de Desarrollo y otras instituciones islámicas en cuanto a la ayuda financiera, técnica y de comunicación para inspirar mayor confianza de las comunidades musulmanas y aumentar la aceptación del programa por estas. Se tiene planeado reiniciar un programa regional de subvenciones para la investigación de enfermedades tropicales que ayudará a crear la capacidad local en la materia y a fortalecer la capacidad regional a fin de armonizar las prioridades y fomentar la investigación centrada en metas concretas en los países. La Organización seguirá fortaleciendo la capacidad de la Secretaría para que esta cumpla plena y eficazmente las funciones que le han sido encomendadas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005). De aquí a junio de 2014, la OMS redoblará sus esfuerzos para ayudar a los países que lo necesiten a crear las capacidades básicas mínimas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005); al mismo tiempo, seguirá apoyando el mejoramiento de la detección, notificación y evaluación de eventos y vigilará el cumplimiento del Reglamento en todo el mundo. Son constantes las exigencias para que la Organización apoye de manera oportuna y específica a los países para que estos respondan a emergencias de salud pública, frente a las cuales es imprescindible contar con personal experto y un sistema mundial de avanzada. Las dificultades cada vez mayores derivadas de funcionar con pocos recursos amenazan restringir la capacidad de la OMS de responder eficazmente a estas exigencias en el futuro

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

16. En 2012, los Estados Miembros siguieron ampliando el acceso a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, la tuberculosis y el paludismo. El número de personas infectadas por el VIH que son tratadas con antirretrovíricos siguió aumentando y a fines de 2011 había alcanzado ocho millones.<sup>2</sup> Desde 1990, la tasa de mortalidad por tuberculosis ha descendido un 41%; entre 2000 y 2010, la del paludismo disminuyó más de un 25%. La aportación de la OMS para el logro del objetivo estratégico consistió en orientaciones normativas, apoyo técnico, fortalecimiento de la capacidad y seguimiento y evaluación. La Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015 se ha adaptado en todas las regiones y se ha brindado orientación sobre el uso del tratamiento con antirretrovíricos para prevenir la infección por el VIH en general y la transmisión maternoinfantil de este virus. Aspectos abordados por la OMS en las esferas normativas relacionadas con la tuberculosis: investigación y tamizaje de contactos; infección por el VIH asociada con la tuberculosis; integración de las actividades para combatir la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil; tuberculosis infantil; y bioseguridad en los laboratorios. El Programa Mundial sobre Malaria emitió recomendaciones sobre la quimioprofilaxis del paludismo frente a la transmisión de marcado carácter estacional en

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/19.

<sup>2</sup> La fecha más reciente con que se cuenta corresponde al año 2011.

---

la subregión del Sahel de África y actualizó las normas sobre el tratamiento preventivo de esta enfermedad en el embarazo y el uso de primaquina en una sola dosis.<sup>1</sup>

17. La OMS ha colaborado con sus asociados en 77 países para ampliar el acceso a nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y otros productos, como por ejemplo las pruebas para el diagnóstico rápido de la tuberculosis, incluida la forma farmacorresistente. El *Informe mundial sobre el paludismo 2012* y el *Informe mundial sobre la tuberculosis 2012* dieron a conocer los datos más recientes sobre la epidemiología de ambas enfermedades. De cara al futuro persisten los problemas de la forma de financiar los progresos imprescindibles en un ambiente donde puede haber menos apoyo de los donantes y cómo afrontar el surgimiento de la farmacorresistencia múltiple de los microorganismos que causan la tuberculosis y el paludismo. Las prioridades para 2013 son las siguientes: en la esfera de la infección por el VIH: publicación de las directrices uniformes sobre el empleo del tratamiento con antirretrovíricos y el apoyo para aplicarlas; en tuberculosis: trazado de la estrategia y las metas para después de 2015, y orientación normativa sobre la introducción de medicamentos nuevos por primera vez en 40 años; en paludismo: ejecución de la respuesta de emergencia para atajar la resistencia a la artemisinina en el programa de la subregión del Gran Mekong y mantenimiento de la cobertura con mosquiteros impregnados de insecticidas de efecto residual.

18. Cuatro de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización se calificaron como «en curso» y dos, en concreto el 2.1 (prevención, tratamiento y asistencia de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo) y el 2.6 (generación de conocimientos nuevos y creación de instrumentos de intervención y trazado de estrategias), se consideraron «en riesgo». La capacidad de la OMS para apoyar la adopción y puesta en práctica de las políticas se halla «en riesgo» por las restricciones de recursos y capacidad de los países, en especial la asignación insuficiente de recursos al diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en la Región de las Américas y la Región del Pacífico Occidental. Con respecto al resultado previsto a nivel de toda la Organización 2.6 (nuevos instrumentos y estrategias de gestión de conocimientos e intervención), la Oficina Regional para África y la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental indican que la falta de capacidad de la Secretaría y de apoyo financiero están impidiendo los progresos en la promoción de investigaciones específicas.

19. Con la finalidad de acelerar el progreso en la consecución del resultado previsto a nivel de toda la Organización 2.1, en 2013 la OMS seguirá invirtiendo en promoción, ayuda técnica y movilización de recursos contra la infección por el VIH, la tuberculosis y el paludismo. Cada vez hay más inquietud en torno a la financiación para estas tres enfermedades como resultado de las incertidumbres que afrontan el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y los donantes bilaterales. En cuanto al resultado previsto a nivel de toda la Organización 2.6, la OMS hará más hincapié en la priorización del programa de investigaciones y la colaboración con organizaciones externas que puedan apoyar la investigación.

### **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**

20. En 2012, los Estados Miembros lograron el consenso en torno al marco mundial de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles, que incluye indicadores y nueve metas mundiales de carácter voluntario. La 63.ª reunión del Comité Regional para el Pacífico Occidental adoptó la resolución WPR/RC63.R3 sobre la prevención de la violencia y los traumatismos. Se dio prioridad al apoyo a

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/21.

los países para la ampliación de los programas nacionales y para fortalecer la implicación política, económica y técnica de los Estados Miembros para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y preparar políticas, estrategias y reglamentos pertinentes. Algunos países han mejorado la vigilancia de los factores de riesgo, ampliado las intervenciones para reducir la exposición a ellos y adoptado un método de atención primaria de salud para prevenir y atender las enfermedades no transmisibles.

21. 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 apoyó a los Estados Miembros para que adoptaran normas, estrategias y reglamentos basados en datos de investigación en la esfera de la salud mental y el abuso de sustancias psicotrópicas. Se publicaron varios documentos, entre ellos *Dementia: a public health priority*. Este informe revela que, según cálculos, la cantidad de personas aquejadas de demencia en el mundo, que actualmente asciende a 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 asistencia y los cuidadores, y las formas de sensibilizar más al público y promover la causa.<sup>1</sup>

22. También se han realizado progresos en el mejoramiento de la seguridad vial, como se desprende del aumento del uso del cinturón de seguridad y el casco protector. Se impartieron varios cursos nacionales y regionales sobre fortalecimiento de la capacidad y se llevaron a cabo sesiones de capacitación sobre asistencia de los traumatismos, prevención de la violencia y seguridad vial. Hasta la fecha, 60 países han auspiciado debates en torno al *Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011*. En noviembre de 2012, el primer Congreso Mundial sobre la Rehabilitación en la Comunidad logró reunir unos 1500 expertos y profesionales para compartir las mejores prácticas y planificar los pasos siguientes en esta esfera.<sup>2</sup>

23. Con el apoyo de la Secretaría, otros dos 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.

24. Los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están en curso. Algunas actividades, como la publicación del *Global status report on road safety 2013* se retrasaron porque faltaba analizar aún más los datos.

25. La promoción de la causa por la OMS y sus asociados ha tenido repercusiones notables. En general, poco a poco la OMS está transitando el camino de la promoción y las orientaciones normativas al apoyo de la aplicación en 2013. Las actividades que no se realizarán en este año son la reunión mundial de los puntos focales de los ministerios para la prevención de la violencia y los traumatismos, y la evaluación de los sistemas de prevención y tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias psicotrópicas, pues los recursos actuales se destinarán a otras prioridades. Otras actividades, como el fortalecimiento de la implicación de los centros colaboradores de la OMS en la ejecución de proyectos de salud mental, así como la creación de una red sobre la prevención de los traumatismos infantiles, se realizarán de una manera diferente, por ejemplo, aprovechando los recursos y asociados externos.

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/10.

<sup>2</sup> Véase el documento A66/12.



---

**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**

26. En el ámbito político siguió aumentando el impulso para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad de los menores de cinco años) y 5 (Mejorar la salud materna).<sup>1</sup> Al amparo de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño se creó la Comisión de las Naciones Unidas sobre productos básicos de supervivencia para mujeres y niños, la cual formula recomendaciones para lograr que dichos productos tengan una mayor distribución, sean asequibles y accesibles y se utilicen correctamente. A finales de 2012, 72 países habían formulado o actualizado sus estrategias de acceso universal a intervenciones eficaces para el mejoramiento de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, y se había ofrecido ayuda técnica para preparar o revisar políticas y estrategias pertinentes en los países.<sup>2</sup> Además, 63 países cuentan ahora con una política sobre acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

27. Con la participación de más de 70 países y como parte de la aplicación de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño se celebraron seminarios de creación de capacidad sobre vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y la respuesta correspondiente, entre otros temas. La cuenta regresiva para 2015, que sigue de cerca los progresos hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, publicó su informe en 2012. La OMS actúa como comité coordinador. Países de todas las regiones recibieron ayuda para revisar y actualizar sus hojas de ruta y planes para acelerar la reducción de la mortalidad de la madre, el recién nacido y el niño, y para crear capacidad en materia de planificación estratégica, incluido el análisis de los costos y las repercusiones mediante el uso del instrumento OneHealth. Se realizaron progresos en la creación de capacidad de los expertos nacionales en investigación operativa. Se han preparado o actualizado las directrices sobre el mejoramiento de la calidad de la asistencia que se ofrece a la madre, el recién nacido y el niño, y se han distribuido en los países. Se apoyó la redacción de políticas sobre la salud de los adolescentes en 15 países, y se están buscando nuevos entornos, por ejemplo, las escuelas. El Día Mundial de la Salud de 2012 se centró en el envejecimiento saludable; la publicación de información sobre el envejecimiento mediante páginas web nuevas, hojas informativas y directrices ha despertado el interés en unos 20 países.

28. Se considera que cinco de los ocho resultados previstos a nivel de toda la Organización están en curso, pero tres se calificaron «en riesgo». El resultado previsto a nivel de toda la Organización 4.2 (fortalecimiento de la capacidad nacional de investigación) es un área prioritaria y, a pesar de las actuales deficiencias de financiación, las Oficinas Regionales para África, Europa y el Mediterráneo Oriental, además de la Sede, se han afanado por mantener los compromisos anteriores y financiar algunas investigaciones. La penuria de recursos económicos y humanos en relación con el resultado previsto a nivel de toda la Organización 4.6 (salud de los adolescentes) ha repercutido directamente en la prestación de apoyo sistemático a los países, en especial para los servicios sanitarios que saben atender bien a los adolescentes. Por lo que respecta al resultado previsto a nivel de toda la Organización 4.7 (salud reproductiva), la labor normativa de la OMS en materia de planificación familiar sigue progresando, pero otras áreas, como las infecciones de transmisión sexual, no han atraído una financiación específica de los donantes.

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/13.

<sup>2</sup> Véase el documento A66/14.

29. Con el fin de realizar progresos hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en la fecha fijada de 2015, la OMS tendrá que intensificar su trabajo conjunto con la alianza H4+ (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial). Además, en 2013 se movilizarán recursos para las áreas infrafinanciadas, como el envejecimiento saludable y las infecciones de transmisión sexual. La OMS reforzará la capacidad técnica de sus oficinas en los países y abordará la cuestión de las limitaciones de recursos económicos y humanos que entorpecen el logro de los tres resultados previstos a nivel de toda la Organización recién mencionados, en particular los programas de salud de los adolescentes, aprovechando otros recursos como los centros colaboradores y los consultores.

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

30. Se han hecho progresos en la creación de capacidades de preparación y respuesta de los Estados Miembros, la mejora de la preparación de la OMS y la coordinación de los servicios de respuesta y recuperación del sector sanitario en las emergencias humanitarias.<sup>1</sup> En relación con el resultado previsto a nivel de toda la Organización 5.1 (fortalecimiento de planes nacionales de preparación para emergencias), la Secretaría prestó apoyo a los Estados Miembros en todas las regiones para la formulación de programas de gestión de riesgos en casos de desastres y emergencias, la creación de capacidades de respuesta a emergencias y el aumento de la resistencia y resiliencia de los servicios sanitarios. El apoyo brindado abarcó las esferas siguientes: peligros radiológicos y ambientales, hospitales seguros, preparación –por ejemplo, para los Juegos Olímpicos de Londres en agosto de 2012–, gestión de emergencias urbanas en Maldivas y en Myanmar, y establecimiento de centros de operaciones de emergencia en la República Democrática Popular Lao y en Mongolia. La OMS también proporcionó material de capacitación, orientación e instrumentos para mejorar la preparación y evaluar la capacidad de gestión de riesgos, así como juegos de materiales de capacitación sobre preparación hospitalaria para evaluar las capacidades de los sistemas de salud. Con objeto de ampliar su preparación institucional, la OMS estableció el Equipo de gestión mundial de emergencias, realizó un ejercicio de simulación de emergencias en toda la Organización, elaboró el Marco de Respuesta a las Emergencias (en el que se establecen los compromisos de la OMS, así como normas de referencia para medir el desempeño y políticas para optimizar una respuesta oportuna y eficaz) y creó un mecanismo para designar equipos que se mantengan en guardia durante tres meses para atender un aumento súbito de la demanda en las emergencias.

31. En relación con el resultado previsto a nivel de toda la Organización 5.7 (operaciones y respuesta a emergencias y desastres), en el contexto de la respuesta a emergencias cada vez es más frecuente que los Estados Miembros se encarguen de coordinar las actividades de los agentes humanitarios internacionales, supervisar la prestación de servicios y brindar servicios sanitarios esenciales. La labor de la OMS se centró en prestar apoyo más oportuno y eficaz a los Estados Miembros y a los asociados en las esferas siguientes: liderazgo y coordinación del grupo de acción sanitaria y el sector de la salud, evaluación de las necesidades, planificación estratégica, boletines informativos, comunicaciones sociales, sistemas de vigilancia y alerta temprana, asistencia técnica y otros compromisos incluidos en el Marco de Respuesta a las Emergencias. Durante 2012 la OMS respondió a un total de 36 emergencias graves y 22 emergencias prolongadas en las que su desempeño fue más eficaz, en particular en la República Árabe Siria, donde su labor abarcó el despliegue de personal de emergencia, la elaboración de una estrategia para el sector de la salud, la organización de un llamamiento y el establecimiento de un equipo de apoyo de emergencia en Ammán.

---

<sup>1</sup> Véase la sección D del documento A66/27.

32. Pese a los progresos realizados, se considera que esos dos resultados previstos a nivel de toda la Organización están en riesgo. En el caso del resultado 5.1 (planes y programas nacionales de preparación para emergencias) los cambios en los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el bienio no fueron acompañados de un cambio correspondiente en las prioridades de algunas oficinas regionales, lo cual supuso un progreso más lento hacia el logro de los indicadores de evaluación de la gestión de riesgos a nivel nacional y en la realización de ejercicios de simulación de emergencias a nivel nacional y en las oficinas en los países. La reciente reestructuración y reorientación de las actividades en la Sede impidió concluir la elaboración de algunos productos normativos mundiales, entre ellos, el instrumento de evaluación de riesgos mundiales. Además, las metas de los indicadores eran muy poco realistas, si se tiene en cuenta el reciente cambio radical en las actividades de emergencia de la OMS, y los recursos humanos y financieros para el personal básico y las actividades básicas eran insuficientes para lograr dichas metas.

33. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 5.7 (operaciones y respuesta a emergencias y desastres) se considera «en riesgo» debido a la lentitud de la respuesta a la crisis en la región del Sahel en África y al desempeño deficiente de la OMS en la República Centroafricana, en Myanmar y en los países afectados directamente por la crisis en la República Árabe Siria. Esas deficiencias obedecieron al menos en parte al bajo nivel de financiación para las actividades de respuesta (US\$ 227 millones: menos del 30% de los US\$ 744 millones solicitados en los llamamientos).

34. En 2013 la OMS apoyará las actividades relacionadas con la gestión de riesgos en emergencias colaborando con países y asociados prioritarios a fin de: situar a la salud en el centro de los planes y programas intersectoriales nacionales en materia de gestión de emergencias y desastres; aumentar la autosuficiencia y resiliencia nacionales mediante centros nacionales de operaciones de emergencia, equipos para atender aumentos súbitos de la demanda, planes de respuesta y suministro de capacitación a los agentes de respuesta nacionales; y terminar de elaborar el marco mundial de gestión de riesgos en emergencias y desastres y las orientaciones conexas. A fin de reforzar el apoyo que presta a los Estados Miembros para mejorar su capacidad de respuesta a emergencia, la OMS: elaborará indicadores sanitarios para medir el impacto de las respuestas intersectoriales a emergencias humanitarias; ultimaré y aplicará la lista de verificación de la preparación en los tres niveles de la Organización; completará el manual para los equipos de apoyo de emergencia y actualizará los procedimientos operativos normalizados; establecerá en todas las oficinas principales equipos que se mantengan en guardia durante tres meses para atender un aumento súbito de la demanda en las emergencias; realizará simulaciones anuales; y llevará a cabo un seguimiento del desempeño en la respuesta a emergencias. Al mismo tiempo, la OMS establecerá las prioridades en materia de personal, actividades y selección de lugares para realizar esta labor y en función de esas prioridades asignará sus limitados recursos básicos y movilizará un mayor apoyo de donantes y asociados. Los esfuerzos se centrarán en dos indicadores, los relativos a la evaluación nacional en materia de gestión de riesgos y a la respuesta de la OMS. Durante las emergencias la OMS seguirá aplicando su marco de respuesta, promoviendo la creación de alianzas, asignando prioridad a su papel como organismo principal del grupo de acción sanitaria y normalizando y mejorando el diseño y la gestión de los proyectos, así como la presentación de informes al respecto.

**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**

35. En 2012 se preparó el marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que contiene indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria, así como orientaciones a los Estados Miembros para el fortalecimiento de la vigilancia de dichas enfermedades. Este marco de vigilancia se aplica al uso nocivo del alcohol, la dieta malsana, la

inactividad física y el consumo de tabaco, la hipertensión y la hiperglucemia, y también abarca el control de las medidas antropométricas.<sup>1</sup> En la información relativa al Objetivo Estratégico 3 se mencionan otros aspectos relacionados con la carga de las enfermedades no transmisibles, a saber, la mortalidad, la morbilidad y la capacidad de respuesta de los Estados Miembros.

36. Al final de 2012, 53 Estados Miembros habían comunicado que estaban preparando una política nacional escrita sobre el alcohol y 39 habían informado de que estaban revisando sus políticas encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol. En febrero del mismo año la OMS copatrocinó la Conferencia mundial sobre políticas relativas al alcohol, cuyo lema fue «De la estrategia mundial sobre el alcohol a la acción nacional y local». La encuesta mundial de la OMS sobre el alcohol y la salud se llevó a cabo en colaboración con los Estados Miembros y se recogieron datos sobre consumo de alcohol, daños relacionados con el alcohol y respuestas normativas de 178 países que representaban el 98% de la población mundial. El análisis de los datos se inició en 2012 y concluirá en 2013. Los resultados se presentarán en la próxima actualización del *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. Dos sistemas mundiales de información y sus versiones regionales se perfeccionaron, actualizaron e integraron en el Observatorio Mundial de la Salud: el sistema mundial de información sobre alcohol y salud y el sistema mundial de información sobre recursos para la prevención y el tratamiento de trastornos derivados del consumo de sustancias.<sup>2</sup>

37. Se siguieron haciendo progresos considerables en la aplicación técnica del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que ya cuenta con 176 Estados Partes. La OMS trabaja con todos los Estados Miembros para aplicar medidas eficaces y eficientes encaminadas a reducir el consumo de tabaco. De los 194 Estados Miembros de la OMS, 51 (que solo representan el 7% de la población mundial) aún no cuentan con estimaciones fiables acerca del consumo de tabaco. En 29 países los impuestos sobre el tabaco representan más del 75% del precio de una cajetilla; en 42 países la legislación prohíbe el consumo de tabaco en todos los lugares públicos; en 30 países los avisos sanitarios gráficos abarcan al menos el 50% de la superficie de la cajetilla y en 62 países al menos el 30% de esa superficie.

38. Durante la primera mitad del bienio se hicieron progresos en las esferas de la prevención de la obesidad infantil, la reducción del consumo de sal/sodio en 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 en las políticas sobre obesidad infantil, la comercialización de los alimentos para niños y la promoción de la actividad física. La labor de creación de capacidad se llevó a cabo en los planos regional y nacional en las Regiones de las Américas, de África, de Europa y del Pacífico Occidental, mediante talleres en los que participaron representantes de ministerios competentes, como los de agricultura, deportes y recreación, y educación.

39. 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 celebración de la cumbre sobre planificación familiar en 2012, cuyo objetivo fue atender las necesidades en materia de anticoncepción en los países con mayor insuficiencia de recursos y promover un comportamiento sexual más seguro.

40. En general, cuatro de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están en curso y dos –6.5 (dietas malsanas e inactividad física) y 6.6 (nuevos conocimientos e instrumentos y estrategias de intervención)– están en riesgo. La Oficina Regional para las Américas y la Sede informaron

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/8.

<sup>2</sup> Véase la sección B del documento A66/27.

de que el resultado relacionado con los indicadores de la adopción por los Estados Miembros de estrategias y planes sobre dietas malsanas y actividad física está en riesgo debido a la falta de compromiso político en algunos países. En el caso del resultado 6.6, su logro está en riesgo debido al lento progreso registrado en las Regiones de Asia Sudoriental y de Europa imputable a un cambio en el establecimiento de prioridades y la limitación de los recursos financieros, respectivamente.

41. Las prioridades para 2013 consisten en la plena aplicación tanto del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2020 como del marco mundial de vigilancia. Las actividades de lucha contra los cuatro factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles –consumo de alcohol, dietas malsanas, inactividad física y consumo de tabaco– se centrarán en la aplicación de medidas específicas en el plano nacional para reducir esos factores y en colaborar con agentes multisectoriales (de todo el gobierno) y múltiples partes interesadas (de organizaciones no gubernamentales).

**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**

42. 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 la que la Asamblea Mundial de la Salud hizo suya 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. Según datos de mayo de 2012, en 84 estrategias de cooperación en los países se solicitó apoyo técnico para aplicar un enfoque de «la salud en todas las políticas».<sup>1</sup> La demanda actual sobrepasa la capacidad de respuesta de la Secretaría. La creciente percepción entre los Estados Miembros de los riesgos que entraña la falta de consideración de cuestiones éticas de relevancia mundial crea expectativas que no se corresponden con las asignaciones presupuestarias y los recursos actuales. El seguimiento de los datos desglosados sobre inequidades sanitarias también tropieza con obstáculos tanto dentro de los países como entre los países.

43. En Chile, Costa Rica, Hungría, la India, México, Noruega y la República Islámica del Irán, entre otros países, se formularon estrategias nacionales para abordar los determinantes sociales de la salud y las inequidades sanitarias. En las consultas nacionales sobre la agenda para el desarrollo después de 2015 esos determinantes se señalan claramente como principal nexo entre el sector de la salud y los otros sectores.

44. En los debates sobre la reforma de la OMS los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud se incluyeron entre las seis prioridades de liderazgo para el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. El Comité Regional para Europa, en su 62.<sup>a</sup> reunión, adoptó el Marco normativo en materia de salud para 2020. El objetivo de este marco es mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones y reducir las inequidades sanitarias.

45. En la esfera de la ética, 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 contiene información sobre más de 220 000 ensayos. En 2012, 90 comités nacionales de ética participaron en la novena Cumbre Mundial de Comi-

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/15.

tés Nacionales de Ética, en la que se abordaron diversas cuestiones de ética, entre ellas las relacionadas con la investigación avanzada y con los bancos y transplantes de órganos, tejidos y células.

46. Se están adoptando medidas para incorporar una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en los tres niveles de la Organización y, sobre la base de las redes ya existentes, se ha establecido una red mundial de coordinadores en esa materia que abarca las seis regiones de la OMS.<sup>1</sup>

47. Cuatro de los cinco resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso» y uno –el resultado 7.3 (datos sociales y económicos relativos a la salud)– está «en riesgo» porque la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y la Oficina Regional para Asia Sudoriental informaron de que tropezaban con dificultades para generar, desglosar, analizar y traducir datos. Sin embargo, mediante un esfuerzo concertado sería posible publicar durante el bienio los cuatro informes de país adicionales, con inclusión de datos desglosados y de análisis sobre la equidad sanitaria.

48. La Secretaría está estudiando medios para colaborar con asociados multilaterales y bilaterales a fin de satisfacer la demanda de apoyo para la creación de capacidad en 2013 y años sucesivos.

**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**

49. Han proseguido las actividades mundiales y regionales encaminadas a abordar los determinantes ambientales y ocupacionales de la salud, así como la labor normativa sobre amenazas ambientales para la salud pública. Los países y las organizaciones internacionales, incluida la OMS, hacen amplio uso de los datos relativos a la carga de morbilidad mundial para apoyar las políticas y el establecimiento de prioridades a fin de mejorar la salud adoptando medidas específicas. Las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativas a la salud y el saneamiento se han alcanzado: desde 1990 más de 2000 millones de personas han accedido a fuentes de agua potable mejoradas. La cuarta edición de las *Guías para la calidad del agua potable* de la OMS sigue siendo un punto de referencia internacional para la elaboración de políticas y reglamentos. Una encuesta realizada en 2011 indicó que el 73% de los 42 Estados Miembros que respondieron utilizaban dichas guías. Según otra encuesta, de 2012, el 72% de los 46 países que respondieron, en su mayoría del África subsahariana, tenían políticas nacionales sobre tratamiento y almacenamiento seguro de agua doméstica.<sup>2</sup>

50. La OMS se ha convertido en un asociado de las nuevas iniciativas mundiales en materia de acceso a la energía, contaminantes atmosféricos de corto plazo y cocinas limpias. La Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos, celebrada en septiembre de 2012, adoptó la estrategia para fortalecer la participación del sector de la salud en la aplicación del Enfoque Estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional, preparada por la OMS.

51. El plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores (resolución WHA60.26) se ha seguido aplicando en todo el mundo con el apoyo de la Red mundial OMS de Centros Colaboradores en materia de salud ocupacional.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Véase la sección K del documento A66/27.

<sup>2</sup> Véase la sección I del documento A66/27.

<sup>3</sup> Véase la sección J del documento A66/27.

52. Después del accidente nuclear de Fukushima, registrado en marzo de 2011, la OMS puso en marcha una evaluación oficial de los riesgos sanitarios para examinar las consecuencias de dicho accidente, empezando por una estimación preliminar de la dosis recibida por la población general, que se publicó en mayo de 2012. La OMS participó en diversas actividades de ONU-Energía y en la iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas sobre Energía Sostenible para Todos. La Organización prestó apoyo técnico a los países para llevar a cabo intervenciones encaminadas a abordar cuestiones sanitarias relacionadas con la calidad del aire; también les prestó apoyo para la adaptación al cambio climático, con especial hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de salud.

53. Los seis resultados previstos para 2012-2013 a nivel de toda la Organización están «en curso». Sin embargo, más del 40% de los países (el porcentaje es mayor en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental) han señalado que no podrán crear las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con los productos químicos. A fin de prestar el apoyo necesario para la creación de capacidad, en 2013 se ampliará la búsqueda de fuentes de financiación adicionales. De hecho, desde octubre de 2012 las limitaciones financieras han impedido que la OMS proporcione un funcionario a la secretaría del Enfoque Estratégico para la Gestión de los Productos Químicos a Nivel Internacional. Durante el resto del bienio la OMS reforzará su labor encaminada a incorporar nuevos asociados sobre el terreno, por ejemplo, mediante la alianza mundial OMS-PNUMA para eliminar las pinturas con plomo, la realización de actividades para apoyar la aplicación del Convenio de Minamata sobre el mercurio y el establecimiento de una red de la OMS sobre evaluación de los riesgos químicos.

54. En 2013 solo se dispone de recursos limitados para la reunión de datos sobre la carga de morbilidad en la esfera de la salud pública y el medio ambiente, de manera que se buscarán nuevas fuentes de financiación para facilitar la actualización de las cifras. En respuesta a la creciente demanda de apoyo técnico de los países, la OMS seguirá diseñando actividades relacionadas con el acceso a la energía, los contaminantes atmosféricos de plazo corto y las cocinas limpias. También seguirá buscando fuentes que aporten los recursos financieros necesarios.

### **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**

55. La OMS calcula que cada año las enfermedades diarreicas transmitidas por los alimentos o el agua causan en conjunto la muerte de unos 2,2 millones de personas, de las cuales 1,9 millones son niños. En la Región de África la contaminación de alimentos complementarios y del agua provoca cada año hasta cinco episodios de diarrea por niño. La contaminación de los alimentos también agrava la carga de las enfermedades no transmisibles, en particular el cáncer y las cardiopatías, y puede afectar asimismo a la salud reproductiva y al sistema inmunitario.

56. La 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud respaldó un plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, en el que se establece un claro conjunto de prioridades para la acción de las Secretarías, los Estados Miembros y los actores del desarrollo. En este plan se determinan seis prioridades mundiales en materia de nutrición que deberán satisfacerse de aquí hasta 2025 y que pueden resumirse así: reducir el retraso del crecimiento y la emaciación en los menores de cinco años y frenar la epidemia de sobrepeso en la niñez; reducir la anemia en las mujeres en edad fecunda y la insuficiencia ponderal de los niños al nacer; e incrementar la lactancia natural exclusiva.<sup>1</sup> El Comité

---

<sup>1</sup> Véase el documento WHA65/2012/REC/1, resolución WHA65.6 y anexo 2.

Regional para el Pacífico Occidental, en su 63.<sup>a</sup> reunión, examinó los medios más idóneos para acelerar el proceso hacia el logro de las metas mundiales en materia de nutrición en esa Región, incluso mediante la formulación de planes de acción en los países.

57. La importancia de una dieta saludable también se recalca en el nuevo plan de acción sobre las enfermedades no transmisibles que examinará la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Se ha preparado un proyecto de plan de acción sobre nutrición 2013-2020 para la Región de Europa. Muchos países han actualizado sus estrategias y planes de acción nacionales en esa materia para abordar los problemas de la desnutrición y el sobrepeso. Se han elaborado nuevas directrices sobre suplementación con vitaminas y minerales y lucha contra la malnutrición. Con el asesoramiento científico de la FAO y la OMS, la Comisión del Codex Alimentarius elaboró más de 400 normas internacionales sobre inocuidad de los alimentos, así como orientaciones, que proporcionan la base del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias.

58. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS se aplican en más de 115 países (incluidos los cinco que los adoptaron en 2012). En la Región de África se pusieron en marcha iniciativas para reforzar la vigilancia nutricional en 11 países y para ampliar las intervenciones destinadas a las mujeres y los niños. En la Región de Europa se amplió la iniciativa sobre vigilancia de la obesidad infantil y se estableció una alianza con la Comisión Europea para crear un sistema de información sobre nutrición, actividad física y obesidad. Varias regiones han afrontado los riesgos nutricionales que pueden causar enfermedades no transmisibles: esto abarcó la reducción de la ingesta de sal y de grasas en la Región del Mediterráneo Oriental y la mejora de las comidas escolares, el control de la comercialización de alimentos y la reducción de la ingesta de sal en la Región de Europa. Cinco países de la Región de las Américas vigilan la observancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, y México ya cuenta con una política sobre lactancia natural. Los Estados Miembros han seguido recibiendo apoyo para revisar su legislación en materia de inocuidad de los alimentos y crear y mantener capacidad para afrontar eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos, conforme a lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) ya abarca 178 Estados Miembros. Diferentes agrupaciones y grupos de interés regionales están estableciendo vínculos con Estados Miembros para intercambiar, mediante una plataforma basada en la web, información sobre mejores prácticas y problemas.

59. Los hábitos de alimentación mundiales se han desplazado hacia un mayor consumo insalubre de grasas saturadas, sales y azúcares, mientras que la inseguridad alimentaria sigue afectando a una gran parte de la población mundial debido a la volatilidad de los precios y a diversos factores ambientales. La creciente carga de enfermedades relacionadas con la nutrición y la inocuidad de los alimentos, incluida la aparición simultánea de la desnutrición y el sobrepeso en muchos países, ha atraído la atención a nivel mundial. Sin embargo, no siempre se han asignado los recursos necesarios. Cinco de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso» y uno, el resultado 9.5 (prevención y control de las enfermedades de transmisión alimentaria y de los peligros alimentarios) está «en riesgo». Las Oficinas Regionales para África y para las Américas indicaron que tal vez no podrían prestar apoyo técnico para la elaboración de políticas y programas sobre inocuidad de los alimentos.

60. Durante la segunda mitad del bienio, la OMS se centrará en el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño prestando apoyo a los Estados Miembros en el establecimiento de programas para reducir el retraso del crecimiento, la emaciación y la anemia en las mujeres, así como la prevalencia del sobrepeso en los niños, que ha alcanzado dimensiones epidémicas. Además, la OMS reforzará los sistemas nacionales en materia de inocuidad de los alimentos mediante normas mundiales armonizadas y una mayor colaboración intersectorial.



---

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

61. Este objetivo estratégico se refiere a las limitaciones con que tropiezan los países para alcanzar la cobertura sanitaria universal, por ejemplo: las repercusiones de la recesión económica general en las finanzas de los países, la falta de inversiones en infraestructura sanitaria y la fragmentación de la esfera de la salud pública mundial entre muchos participantes, cuya acción no siempre está alineada con las prioridades concretas de los países. La labor de la OMS se centra en el suministro de apoyo a los países para abordar cuestiones relacionadas con lo siguiente: disponibilidad, calidad y reglamentación de los servicios sanitarios; disponibilidad, distribución, calidad y desempeño del personal de salud; información e investigación para una adopción de decisiones oportunas basadas en pruebas científicas, con inclusión de la ciber salud; estrategias de financiación de la salud con miras a la cobertura sanitaria universal; gobernanza y reglamentación en todo el sector de la salud; diálogo sobre políticas en torno a los planes y las estrategias nacionales de salud para reunir todos los componentes; y coordinación de los donantes en el contexto de la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+). En 2012 se revisaron o actualizaron las estrategias y los planes nacionales de salud en 43 países y se hizo un esfuerzo importante para prestar apoyo a los países en todo el sistema de salud. Un total de 31 países establecieron mecanismos de coordinación de donantes para reforzar dichos planes y estrategias; 29 países actualizaron sus marcos legislativos y reglamentarios; 80 países recibieron apoyo técnico y normativo para la financiación de la salud en el contexto de la cobertura sanitaria universal; 43 países hicieron progresos en la aplicación de modelos de prestación de servicios basados en el concepto de atención primaria de salud; 55 países mejoraron la cobertura, oportunidad y calidad de sus sistemas de información sanitaria, como demuestran las mejoras en la presentación de informes sobre datos sanitarios y en los perfiles estadísticos de los países; y 56 países elaboraron marcos de rendición de cuentas y hojas de ruta en cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud materno infantil.

62. Se han hecho progresos en la capacitación y retención de personal sanitario, así como en la solución de los problemas relacionados con la distribución y combinación de competencias de dicho personal. En 22 países de todas las regiones aumentó la dotación de personal sanitario y 32 de los 52 países que facilitaron información empezaron a aplicar el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Sin embargo, es preciso impulsar aún más la adopción del Código mediante su incorporación en plataformas de información, como los observatorios regionales y nacionales del personal sanitario.<sup>1</sup> Los países están ampliando su uso de tecnologías de la información y las comunicaciones en los sistemas de salud, con particular hincapié en diferentes aspectos de la ciber salud, como los historiales médicos electrónicos, la telemedicina, y el aprendizaje electrónico. Algunos países hicieron progresos fundamentales en salud mediante telefonía móvil, telemedicina y uso de internet con fines sanitarios. En 2012 se lanzó un portal de conocimientos donde se enumeran 80 países que han elaborado políticas, estrategias y marcos de reglamentación en materia de ciber salud, así como estrategias de gestión de los conocimientos. El acceso a literatura biomédica y sanitaria mediante la Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación (HINARI) se ha ampliado y abarca a 41 países africanos. Se ha firmado un acuerdo con un editor asociado para el acceso en línea a más de 12 000 libros desde los países que cuentan con un programa HINARI. Se completó la segunda encuesta mundial de ciber salud, en la que participaron 114 países, y se publicaron seis informes. La OMS y la UIT completaron y lanzaron conjuntamente un juego de instrumentos sobre estra-

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/25.

tegrías en ciber salud. Se estableció el Foro sobre normalización y compatibilidad de datos sanitarios y la alianza publicoprivada HINARI se prorrogó hasta 2020.<sup>1</sup>

63. Todos los resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso». En 2013 la Secretaría responderá a la creciente demanda de apoyo técnico y normativo por los Estados Miembros, en parte propiciada por la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2010* y el impulso que este supuso para la búsqueda de la cobertura sanitaria universal. Ha aumentado la financiación para fines específicos, principalmente para el 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 y rendición de cuentas sobre la salud materno infantil, con inclusión de la labor sobre sistemas de información, los acuerdos con los países y el seguimiento de los gastos. Sin embargo, la OMS está revisando algunos elementos de este objetivo estratégico para los que existen problemas de financiación, por ejemplo, el relativo a la seguridad del paciente.

64. En 2013 se prestará más atención a las investigaciones centradas en la seguridad del paciente, así como a los programas de pequeños subsidios y a la primera y la segunda actividad mundial de la OMS encaminada a promover la seguridad del paciente. En la Sede se han reorganizado todos los componentes de los sistemas de salud para modificar las prioridades en 2013 y mejorar la costoeficacia.

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

65. Casi la mitad de los gastos de los Estados Miembros corresponden a productos médicos y, sin embargo, cada día mueren personas por falta de acceso a productos básicos para la salud de calidad garantizada debido a la imposibilidad de pagar su precio elevado, a la falta de protección social, a la gestión ineficiente de los suministros y a la deficiencia de los sistemas de reglamentación y control del cumplimiento. En muchos países las capacidades de investigación y desarrollo e innovación son limitadas, lo cual dificulta aún más la lucha contra las enfermedades. La OMS coordina las actividades encaminadas a reforzar la financiación y coordinación de la investigación y desarrollo para satisfacer las necesidades sanitarias de los países en desarrollo. La OMS está estudiando la propuesta que el Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo formuló en 2012 de crear un observatorio para mejorar la vigilancia y el análisis de la información sobre investigación y desarrollo en materia de salud.

66. La mejora del acceso a los medicamentos y productos médicos esenciales asequibles y de calidad garantizada es un requisito previo para lograr la cobertura sanitaria universal, que se considera cada vez más como un elemento esencial para mejorar la atención de salud y un objetivo unificador para el desarrollo de los sistemas de salud. La OMS sigue prestando apoyo a los países para la elaboración o actualización de políticas sobre medicamentos y otros productos médicos y para su adaptación a las prioridades y los contextos nacionales, teniendo en cuenta las tendencias mundiales en materia de políticas e investigaciones. Próximamente se publicarán directrices sobre mejora de las políticas nacionales de fijación de precios de los medicamentos a lo largo de la cadena de suministro y el Formulario Modelo de la OMS –la guía autorizada para el uso eficaz de los medicamentos incluidos en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales– ya está disponible como aplicación para teléfonos móviles y se ha descargado en más de 50 países. Asimismo, cada vez hay más interés a nivel regional en la selección y el uso de los medicamentos basados en pruebas científicas y cada año la base de datos del programa de la OMS sobre seguridad de los medicamentos recibe más de ocho millones de notificaciones sobre reacciones adversas a los medicamentos. Un total de 130 países han adop-

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/26.

tado perfiles del sector farmacéutico y en unos 20 países ya pueden apreciarse las repercusiones de la ingente labor que lleva a cabo la OMS para mejorar la transparencia en materia de medicamentos y promover la buena gobernanza. El Comité de Expertos en Farmacodependencia se reunió para examinar diversas sustancias con miras a su posible inclusión en las listas de los tratados sobre fiscalización internacional de drogas, una función esencial encomendada a la OMS en dichos tratados. Por falta de fondos, el Comité no había podido reunirse desde hacía seis años.

67. El mecanismo de los Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación celebró su primera reunión en noviembre de 2012 y la OMS desempeñó las funciones de secretaria.<sup>1</sup> La OMS también impulsa la colaboración entre los órganos de reglamentación y la armonización de las normas reglamentarias entre las distintas regiones y coordina la reglamentación de los medicamentos basados en plantas. Próximamente se lanzará un plan estratégico de los órganos nacionales de reglamentación sobre las vacunas para apoyar a los países en el fortalecimiento de su capacidad de reglamentación en materia de vacunas (calificada como funcional en 35 países). En 2012 la OMS precalificó 9 medios de diagnóstico, 6 vacunas, 47 medicamentos, 21 ingredientes farmacéuticos activos y 4 laboratorios de control de calidad. También elaboró 34 normas escritas y físicas sobre medicamentos, con inclusión de 18 nuevos textos y monografías mundiales para incorporarlos a la Farmacopea Internacional, y 10 nuevas normas de referencia químicas internacionales. Se publicaron 6 nuevas directrices sobre garantía de calidad adoptadas por el Comité de Expertos en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas de la OMS. El Comité de Expertos en Patrones Biológicos elaboró 19 materiales biológicos de referencia internacional de referencia, nuevos o de sustitución, y 6 normas escritas nuevas o de sustitución normas escritas para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de las vacunas. Además, se propusieron 163 denominaciones comunes internacionales y se recomendaron otras 115.

68. La OMS organizó la primera reunión mundial sobre mejora del acceso a productos sanguíneos seguros y reducción del desperdicio de plasma humano. Se lanzaron dos instrumentos para mejorar la trazabilidad, vigilancia y supervisión en el trasplante de órganos: un proyecto titulado *Standardization of organ nomenclature globally* y la base de datos *Notifylibrary*. Bajo la dirección de la Red Mundial OMS en pro de la Seguridad de las Inyecciones se hicieron progresos en la mejora de la seguridad de las inyecciones: gracias a una reducción del número de inyecciones y de la reutilización de los dispositivos de inyección, el número de inyecciones inseguras disminuyó el 88% entre 2000 y 2010.<sup>2</sup>

69. Los tres resultados previstos a nivel de toda la Organización están en curso. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental intensificará su labor para avanzar en la realización de los resultados previstos 11.1 (política sobre productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales) y 11.3 (uso de productos médicos y tecnologías sanitarias). Las limitaciones financieras debidas a la asignación de fondos para actividades específicas y la actual inestabilidad política en la mayoría de los países de la Región han frenado los progresos e impedido los cambios necesarios que se preveía efectuar durante el primer año del bienio. La labor encaminada a mejorar la disponibilidad de productos médicos de calidad garantizada e impulsar la investigación y desarrollo repercute directamente en el logro de los otros efectos sanitarios estratégicos de la OMS y, por consiguiente, se mantendrá la colaboración con las actividades relacionadas con los otros objetivos estratégicos.

---

<sup>1</sup> Véase el documento A/MSM/1/4.

<sup>2</sup> Datos disponibles más recientes.

70. En 2013 se asignará prioridad a reforzar la promoción a escala mundial para el desempeño de las funciones básicas y la colaboración con los países; reforzar la colaboración con los órganos de reglamentación para el acceso a productos médicos seguros, de alta calidad y bien reglamentados; y perfeccionar los programas de precalificación. También se asignará prioridad a mejorar el acceso a los productos médicos con miras a la cobertura; movilizar recursos para financiar la labor de la OMS en materia de medicamentos, normas de calidad para la sangre y los productos sanguíneos y trasplante de células, tejidos y órganos; promover la selección y la utilización racionales de los medicamentos basadas en la evaluación de las tecnologías sanitarias; y luchar contra la resistencia a los antimicrobianos. Además, la OMS seguirá facilitando los debates de los Estados Miembros y llevando a cabo un seguimiento de su labor relacionada tanto con los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación como con las cuestiones abordadas en el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo.<sup>1</sup>

**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**

71. En 2012 continuaron los trabajos relativos al programa, la gobernanza y la reforma de la gestión. El programa de establecimiento de prioridades para la salud mundial correspondiente al periodo 2014-2019 obedeció a un proceso dirigido por los Estados Miembros que tuvo lugar en febrero de 2012, en cuyo marco se logró un consenso en torno a esferas esenciales de la labor de la OMS. Se realizaron nuevos progresos en lo concerniente a la reforma de la gobernanza, y los Estados Miembros aprobaron el mandato revisado del Comité de Programa, Presupuesto y Administración.<sup>2</sup> También se aprobaron los criterios de armonización de los procedimientos para el nombramiento y la selección de los directores regionales. Prosiguieron los trabajos relativos al fortalecimiento de los procesos decisivos estratégicos de los órganos deliberantes y la colaboración efectiva con los asociados y otras partes interesadas. En diciembre de 2012, la reunión extraordinaria del Comité de Programa, Presupuesto y Administración examinó la futura financiación de la OMS.<sup>3</sup> La Asamblea Mundial de la Salud adoptó la política de evaluación descrita en la resolución WHA64.2 y, en ese contexto, se completó la primera etapa de la evaluación independiente de la gobernanza interna, y se informó al respecto.<sup>4</sup>

72. El Grupo Mundial de Políticas<sup>5</sup> continuó orientando la gobernanza interna de la Organización. Las oficinas regionales promovieron el compromiso y la participación activa de los Estados Miembros en la preparación de reuniones de los comités regionales y otras reuniones de alto nivel. Prosiguió la labor relativa a alianzas estratégicas, con miras a fortalecer la colaboración con diversos asociados, entre ellos algunos acogidos por la OMS o, entre otros, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI, la Unión Europea y organizaciones y organismos de las Naciones Unidas.

---

<sup>1</sup> Véase el documento A66/23.

<sup>2</sup> Resolución EB131.R2.

<sup>3</sup> Véase el documento EB132/3.

<sup>4</sup> Documento A65/5 Add.2.

<sup>5</sup> El Grupo Mundial de Políticas está integrado por la Directora General, el Director General Adjunto y los seis directores regionales.

73. Los trabajos concernientes a comunicaciones estratégicas continuaron con la primera encuesta mundial sobre la percepción de las partes interesadas. Las recomendaciones de la encuesta orientarán la estrategia de comunicaciones, facilitarán una colaboración más estrecha entre las oficinas y determinarán las bases de referencia y las metas para evaluar los progresos en el futuro. Las comunicaciones estratégicas se fortalecieron más aún mediante el desarrollo de sitios web multilingües y la publicación oportuna de noticias y productos de información. En las regiones se realizaron progresos en lo relativo al suministro de bibliografía sanitaria y el mejoramiento del acceso en línea a recursos de información actualizados. Se impartieron sesiones de capacitación destinadas a fortalecer las capacidades del personal de las oficinas regionales y en los países en materia de comunicaciones.

74. La introducción de un proceso de selección competitivo y una lista global de jefes de oficinas de la OMS en los países, territorios y áreas ha reforzado el proceso de contratación. La calidad de las estrategias de cooperación en los países ha mejorado progresivamente y su utilización se ha incrementado. El análisis global de las estrategias de cooperación en los países realizado en 2012 reveló que un mayor número de oficinas de la OMS estaban utilizando estrategias de planificación, promoción y movilización de recursos: el 90% en 2012, en comparación con el 80% en 2010. En el grupo de países BRICS, a saber, el Brasil, China, la Federación de Rusia, la India y Sudáfrica, se introdujeron enfoques innovadores para crear una red de oficinas de la OMS en los países, con el fin de dar una respuesta eficaz y respaldar la aplicación de recomendaciones formuladas por los ministerios nacionales de salud. La red birregional del Mekong, integrada por los jefes de las oficinas de la OMS en los países de la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental, celebró reuniones periódicas; la más reciente tuvo lugar en Myanmar, en febrero de 2012, y contó con la asistencia de representantes de Camboya, China, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam. Las oficinas en los países también desempeñaron un papel activo en el equipo de las Naciones Unidas en el país. Según el informe de 2012 sobre el estudio de la presencia en los países, la OMS presidió o copresidió el grupo temático sobre salud del equipo de las Naciones Unidas en el país en el 90% de los 116 países, territorios y áreas. El mismo informe señala que aproximadamente dos terceras partes de los documentos del programa del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo incluyen actualmente la salud como un efecto específico.

75. Los cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización están indicados como «en curso». El seguimiento regular de la situación técnica y financiera de los centros regionales y presupuestarios asegurará la utilización óptima de los fondos. Se están buscando recursos adicionales para el objetivo estratégico, debido, principalmente a los costos adicionales derivados de las numerosas actividades y los procesos intergubernamentales relacionados con la aplicación del programa de reforma.

76. En 2013 será preciso redoblar los esfuerzos para supervisar, gestionar y utilizar los recursos disponibles. Mediante la plena aplicación de las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección se prestará el apoyo necesario para centrar la atención en los países. A fin de asegurar que el nuevo marco institucional de estrategias de cooperación en los países se instaure y se aplique en su totalidad, las regiones examinarán y renovarán sistemática y oportunamente sus estrategias de cooperación en los países y promoverán su utilización.

**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**

77. En 2012 se intensificaron los trabajos sobre diversos aspectos de la reforma de la OMS, entre ellos la programación, los recursos humanos y el financiamiento, con miras a incluir propuestas de futuro financiamiento, y un marco de gestión basada en los resultados revisado que inspiró la elaboración del proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el proyecto de presu-

puestos por programas para el ejercicio 2014-2015. En la política de recursos humanos se introdujeron cambios destinados a proporcionar mayor flexibilidad en la gestión del personal de la OMS.

78. Se cumplieron los plazos para la presentación de los informes financieros obligatorios y se completó la introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS). Se realizaron mejoras para garantizar que las medidas de control interno que rigen las actividades relacionadas con viajes del personal, finanzas y adquisiciones fueran eficaces, y que los funcionarios tomaran conocimiento de ellas. A ese respecto, en 2013 continuarán los trabajos de comunicación y capacitación en materia de procedimientos operativos normalizados y aplicación de medidas de control interno. La transferencia de algunas funciones al Centro Mundial de Servicios situado en Kuala Lumpur ha generado mayor eficiencia en relación con los costos en las funciones administrativas de la Secretaría; otras actividades, entre ellas las concernientes a adquisiciones, jubilaciones y procesamiento de consignaciones, se han consolidado en el Centro Mundial de Servicios. En la Sede, esas eficiencias se han conseguido mediante una mayor atención a las fuentes de suministros (por ejemplo, en lo relativo a seguridad y administración de edificios) y la reestructuración de la gestión y la administración, que también tuvo lugar en las regiones. En 2012, la actualización técnica del sistema mundial de gestión se llevó a cabo según lo planeado, lo que permitió mantener como fecha de aplicación el 1 de mayo de 2013. La Secretaría adoptará medidas orientadas a identificar futuras oportunidades para adaptar el Sistema Mundial de Gestión, a fin de satisfacer cualquier nueva demanda. Además, se están poniendo en marcha una serie de iniciativas mundiales relativas a tecnología de la información, orientadas a reducir la duplicación de trabajos y mejorar la seguridad y la productividad de la Organización y su personal y, en particular, promover una sinergia global (una estación de trabajo de gestión normalizada), comunicaciones unificadas, un único sistema mundial de correo electrónico, un cortafuegos de gestión normalizada en todas las oficinas y un software centralizado para la gestión de las existencias.

79. En 2012, un creciente número de situaciones de emergencia en algunos países, especialmente en la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental, plantearon desafíos operacionales. El financiamiento limitado, los reducidos niveles de personal y las deficiencias administrativas en algunas oficinas en los países también obstaculizaron los trabajos correspondientes a este objetivo estratégico.

80. Cuatro de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso» y dos se encuentran «en riesgo». El indicador 13.2.2 del resultado previsto a nivel de toda la Organización (cuantía de las contribuciones voluntarias clasificadas como totalmente flexibles y sumamente flexibles) se clasificó como «en riesgo» al final de 2012. Por consiguiente, es esencial que las contribuciones voluntarias básicas se sigan registrando claramente como tales. No obstante, el deterioro económico en algunos países y las deliberaciones sobre la reforma de la OMS, especialmente en lo relativo al futuro financiamiento de la Organización, influyeron en la suma total. La Secretaría examinará el estado de la cuenta de contribuciones voluntarias después de la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental expresó su preocupación por las repercusiones de la limitación de recursos y las situaciones de emergencia en la infraestructura de tecnología de la información en algunos países de la Región. En consecuencia, el resultado previsto a nivel de toda la Organización 13.2 (gestión de recursos de la OMS) y el resultado previsto a nivel de toda la Organización 13.4 (sistemas y tecnología de la información para la OMS) están clasificados como «en riesgo».

81. En 2013 se seguirá haciendo hincapié en iniciativas relacionadas con el componente de gestión del programa de reforma de la OMS, a saber, la gestión basada en los resultados y la rendición de cuentas, la institucionalización del marco de gestión de riesgos corporativos, el financiamiento de la Organización, y las políticas y gestión de los recursos humanos. El presupuesto por programas para el ejercicio 2014-2015 introducirá una nueva categoría de resultados. El diálogo sobre financiamiento con los Estados Miembros y los contribuyentes, si lo aprueba la Asamblea Mundial de la Salud, mejorará la gestión del déficit de financiamiento y asegurará la armonización de los recursos con las necesidades presupues-

tarias. Con respecto a los recursos humanos, las medidas se centrarán en incrementar la flexibilidad y la movilidad del personal, mejorar el marco de gestión del desempeño de la OMS y fortalecer el desarrollo profesional del personal mediante un sistema global de gestión del aprendizaje en línea.

## **PANORAMA DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA AL FINAL DE 2012**

82. En mayo de 2011 la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó un presupuesto por programas de US\$ 3959 millones para el ejercicio 2012-2013, lo que supone una reducción de un 13% respecto del nivel del ejercicio 2010-2011.

83. El examen de mitad de periodo confirma el carácter realista del presupuesto por programas para el ejercicio 2012-2013, que se ha basado en proyecciones de ingresos y gastos para ese periodo financiero. En general, se espera que este presupuesto por programas se financie totalmente, si bien el financiamiento en la OMS sigue siendo desigual debido a la elevada proporción de fondos asignados para fines determinados. A fin de mitigar esas desigualdades en lo que queda del bienio, la Secretaría ha adoptado medidas que incluyen el establecimiento del Equipo de tareas para la movilización de recursos y la adopción de una política de gestión de recursos, prevista para 2013.

84. El presupuesto por programas para el ejercicio 2012-2013 está actualmente por debajo de su nivel de ejecución debido a que las medidas de ahorro introducidas en el bienio 2010-2011 se han mantenido en el bienio en curso (incluida la reducción de gastos por concepto de sueldos como consecuencia de la disminución del número de funcionarios, así como de los ahorros logrados por aumento de la eficiencia), y los gestores han sido más conservadores en los gastos, en vista de las actuales circunstancias financieras. Además, es habitual que la tasa de ejecución se acelere en el segundo año del bienio.

85. Los siguientes cuadros y figuras muestran de qué manera se ha ejecutado el presupuesto por programas para el ejercicio 2012-2013 hasta el 31 de diciembre de 2012, con un desglose por objetivo estratégico, segmento presupuestario y oficina principal.

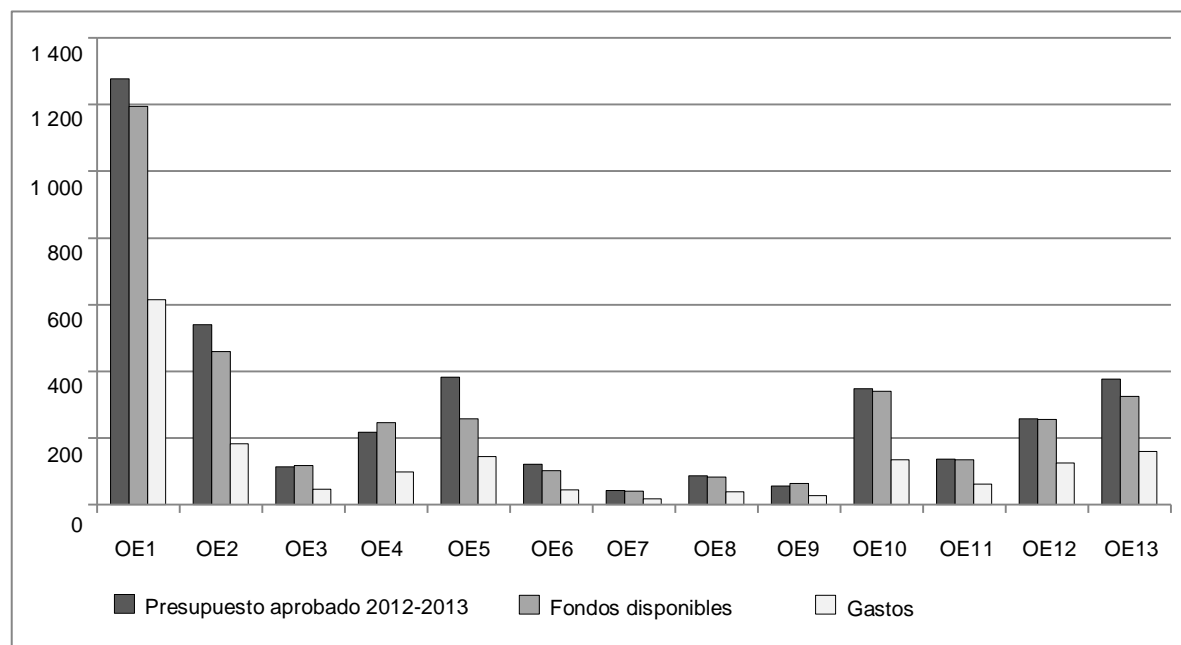
**Cuadro 2. Ejecución financiera desglosada por objetivo estratégico  
(en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2012)**

Objetivo estratégico	Presupuesto aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
OE1	1 278	74	1 120	1 194	93	614	48	51
OE2	540	41	419	460	85	182	34	39
OE3	114	43	74	117	103	47	42	40
OE4	218	53	193	246	113	98	45	40
OE5	382	16	242	258	68	144	38	56
OE6	122	34	67	101	83	45	37	44
OE7	43	20	21	41	96	17	39	41
OE8	87	30	53	83	95	39	45	47
OE9	55	21	42	63	114	27	49	43
OE10	348	139	202	341	98	135	39	40
OE11	137	29	105	134	98	62	45	46
OE12	258	198	58	256	99	124	48	49
OE13 <sup>a</sup>	377	201	124	325	86	160	42	49
Aún sin distribuir entre los objetivos estratégicos		16	193	209				
<b>Total</b>	<b>3 959</b>	<b>915</b>	<b>2 913</b>	<b>3 828</b>	<b>97</b>	<b>1 694</b>	<b>43</b>	<b>44</b>

<sup>a</sup> Además de la suma aprobada del presupuesto por programas, indicada para el objetivo estratégico 13 en el cuadro 2, otros US\$ 138 millones de gastos conexos se financian mediante un mecanismo separado de recuperación de costos, en el marco del objetivo estratégico 13*bis* (véase el anexo 1, Proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 2012-2013, desarrollado con más detalle en el documento «Implementation of Programme budget 2012-2013, Mid-term review» (documento HQ/PRP/13.1), disponible a petición y solo en inglés). Esos costos se incluyen en el cuadro 2 en relación con todos los objetivos estratégicos que contribuyen al financiamiento mediante la tasa por puesto ocupado, percibida para recuperar gastos de servicios administrativos imputables directamente a los trabajos relativos a esos objetivos estratégicos.



**Figura 1. Ejecución financiera desglosada por objetivo estratégico (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2012)**



86. El presupuesto por programas de la OMS aprobado para el ejercicio 2012-2013 asciende a US\$ 3959 millones. Al final del 2012 los fondos disponibles<sup>1</sup> distribuidos para la ejecución durante el bienio totalizaban US\$ 3828 millones, compuestos por fondos arrastrados del ejercicio financiero 2010-2011, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias. En 2012 se ejecutó un total de US\$ 1694 millones (43% del presupuesto aprobado).<sup>2</sup>

87. Los objetivos estratégicos 2, 5 y 6 no están tan bien financiados como algunos otros, pero el financiamiento de algunos objetivos estratégicos excede del presupuesto por programas aprobado (objetivos estratégicos 3, 4 y 9). En el caso del objetivo estratégico 3, esto se explica por un aumento del financiamiento recibido para las enfermedades no transmisibles, que representan una prioridad estratégica de la Organización. En el segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración del objetivo estratégico 4 se incluyen fondos adicionales para salud reproductiva y salud materna. En el marco del objetivo estratégico 9, los fondos disponibles incluyen financiamiento adicional para la Comisión del Codex Alimentarius.

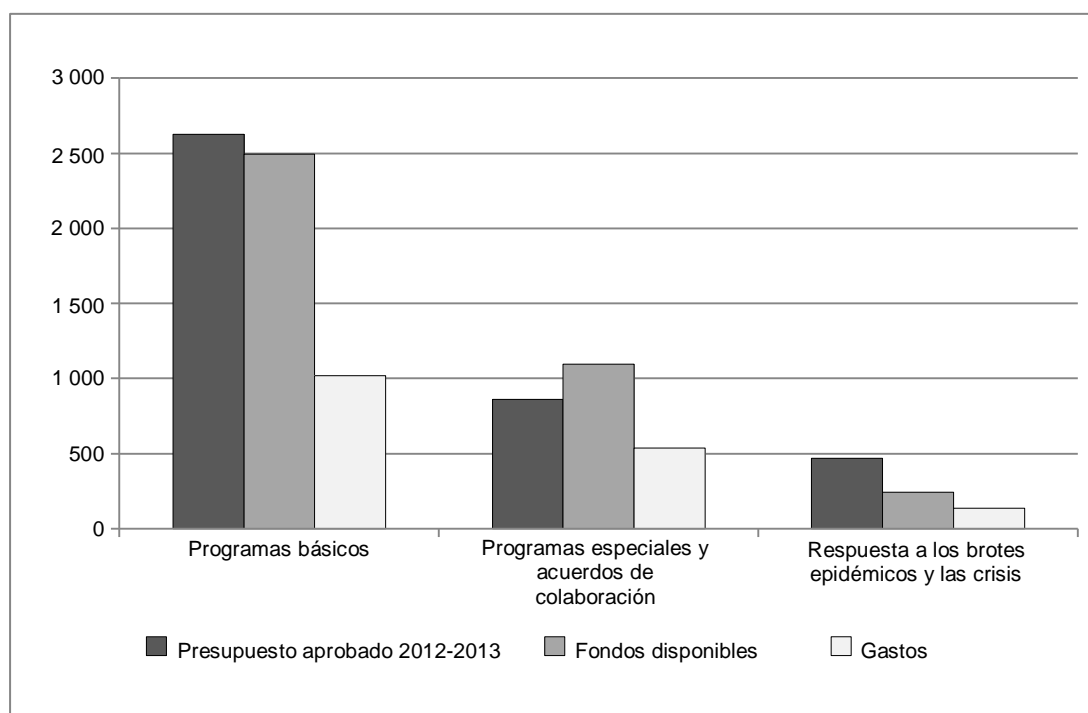
<sup>1</sup> Los fondos disponibles se componen de US\$ 915 millones (24% de los fondos disponibles) procedentes de las contribuciones señaladas (sin incluir las retenciones para imprevistos en caso de impago de las contribuciones) y US\$ 500 millones (13% de los fondos disponibles) correspondientes a las sumas arrastradas del ejercicio económico 2010-2011; el resto procede de las contribuciones voluntarias. Esto difiere del ingreso de operación notificado en el informe financiero comprobado correspondiente a 2012, en el que se reflejan únicamente los ingresos registrados para 2012.

<sup>2</sup> Ejecución: esta cifra corresponde a gastos relacionados con resultados incluidos en el presupuesto por programas para el ejercicio 2012-2013, y no incluye US\$ 125 millones por concepto de gastos realizados en este periodo financiero pero relacionado con resultados del presupuesto por programas para el ejercicio 2010-2011.

**Cuadro 3. Ejecución financiera desglosada por segmento presupuestario (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2012)**

Segmento	Presupuesto aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Programas básicos	2 627	910	1 582	2 492	95	1 017	39	41
Programas especiales y acuerdos de colaboración	863	4	1 090	1 094	126	539	62	49
Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis	469	1	241	242	51	138	29	57
<b>Total</b>	<b>3 959</b>	<b>915</b>	<b>2913</b>	<b>3 828</b>	<b>97</b>	<b>1 694</b>	<b>43</b>	<b>44</b>

**Figura 2. Ejecución financiera desglosada por segmento presupuestario (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2012)**



88. El presupuesto por programas de la OMS para el ejercicio 2012-2013 asciende a US\$ 3959 millones, de los cuales US\$ 2627 millones corresponden a programas básicos (66% del presupuesto por programas aprobado), US\$ 863 millones a programas especiales y acuerdos de colaboración (22% del presupuesto por programas) y US\$ 469 millones a actividades de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis (12% del presupuesto por programas).

89. La distribución de los fondos disponibles<sup>1</sup> es la siguiente: programas básicos, US\$ 2492 millones (95% del presupuesto por programas para los programas básicos); programas especiales y acuerdos de colaboración, US\$ 1094 millones (126% del presupuesto por programas para programas especiales y acuerdos de colaboración); y respuesta a los brotes epidémicos y las crisis (51% del presupuesto aprobado para actividades de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis).

90. El segmento correspondiente a programas básicos afronta actualmente un déficit financiero de US\$ 135 millones respecto del presupuesto por programas aprobado. En cambio, al 31 de diciembre de 2012 el nivel de financiamiento para el segmento de programas especiales y acuerdos de colaboración excedía en US\$ 231 millones el presupuesto por programas aprobado. El aumento de fondos disponibles con respecto al presupuesto original para programas especiales y acuerdos de colaboración sigue guardando relación, principalmente, con las actividades de erradicación de la poliomielitis.

91. Las actividades correspondientes al segmento de actividades de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis se rigen por graves acontecimientos externos. Generalmente, las necesidades de recursos son significativas y difíciles de predecir, por lo que la elaboración de un presupuesto para este segmento es un proceso incierto. Las necesidades para el bienio 2012-2013 se han estimado en US\$ 469 millones. El financiamiento actual asciende a US\$ 242 millones.

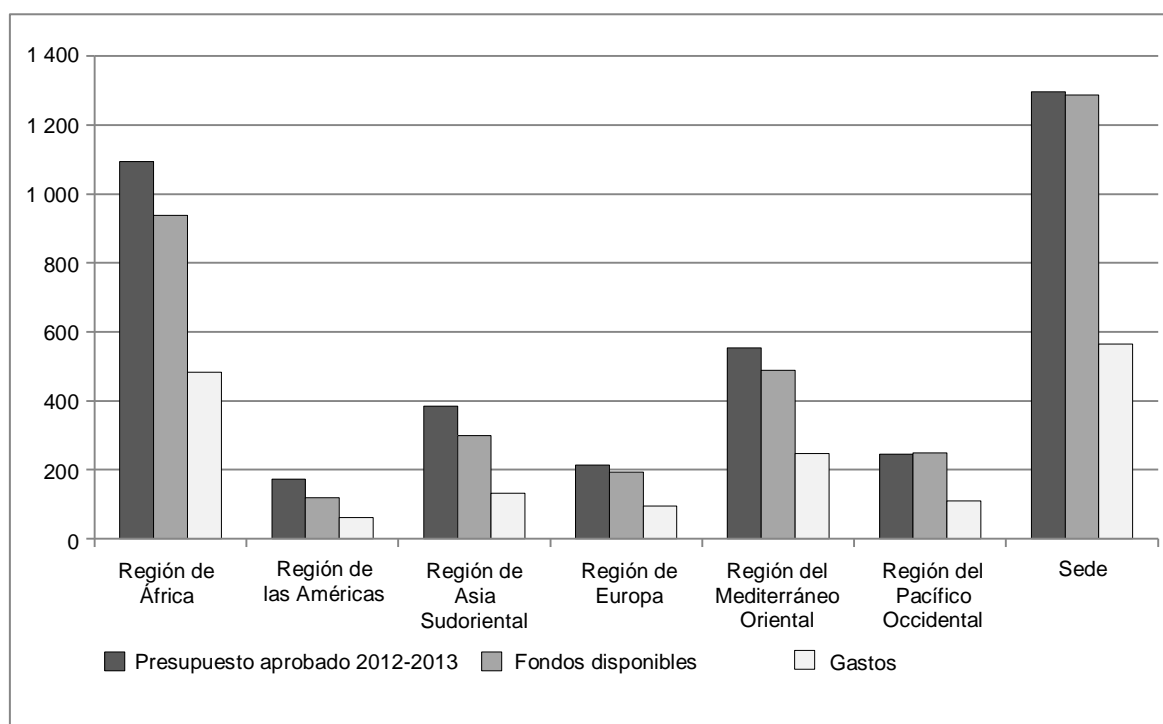
92. Los gastos representan el 39% del presupuesto por programas aprobado para los programas básicos, el 62% para los programas especiales y los acuerdos de colaboración, y el 29% para las actividades de respuesta a los brotes epidémicos y las crisis.

**Cuadro 4. Ejecución financiera desglosada por oficina principal (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2012)**

Lugar	Presupuesto aprobado 2012-2013	Fondos disponibles			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Región de África	1 093	203	735	938	86	483	44	51
Región de las Américas	173	78	41	119	69	61	35	51
Región de Asia Sudoriental	384	97	202	299	78	132	34	44
Región de Europa	213	57	137	194	91	95	45	49
Región del Mediterráneo Oriental	554	86	402	488	88	248	45	51
Región del Pacífico Occidental	246	74	175	249	101	110	45	44
Sede	1 296	304	983	1 287	99	565	44	44
Aún sin distribuir entre las oficinas principales		16	238	254				
<b>Total</b>	<b>3 959</b>	<b>915</b>	<b>2 913</b>	<b>3 828</b>	<b>97</b>	<b>1 694</b>	<b>43</b>	<b>44</b>

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

**Figura 3. Ejecución financiera desglosada por región  
(en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2012)**



93. Entre las diferentes oficinas, la proporción de los fondos disponibles con respecto al presupuesto aprobado varía entre el 69% en la Oficina Regional para las Américas y el 101% en la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. La elevada disponibilidad de fondos en algunas oficinas principales se debe, en parte, a la gran proporción de fondos para programas especiales y acuerdos de colaboración, incluidas las actividades de erradicación de la poliomielitis, especialmente en la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental. Ello refleja, asimismo, cierto grado de éxito en los empeños de la Organización orientados a asegurar una distribución de los recursos disponibles más oportuna y basada en las necesidades, en consonancia con un presupuesto por programas para el ejercicio 2012-2013 más realista.

## INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

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

= = =