

Proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo

PANORAMA GENERAL

1. La finalidad del programa general de trabajo es sentar una visión estratégica de alto nivel de lo que debe ser el trabajo de la OMS.¹ El presente, el duodécimo de la serie, establece las prioridades y la orientación global para los seis años que se inician en enero de 2014, y es el fruto de un extenso diálogo entre la Secretaría y los Estados Miembros. Ha sido preparado como parte de un amplio programa de reforma de la OMS iniciado en 2010, y refleja los tres componentes principales de la reforma de la OMS: programas y prioridades, gobernanza y gestión. En este contexto, el programa general de trabajo establece las prioridades de liderazgo que definirán las áreas clave en las que la OMS intenta ejercer su influencia en el campo de la salud mundial y orienta la forma de trabajar en los diferentes niveles de la Secretaría y entre ellos. En segundo lugar, el programa general de trabajo fija el rumbo para lograr una gobernanza más eficaz por parte de los Estados Miembros, así como un papel directivo y coordinador más enérgico de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial. Por último, a través de una cadena de resultados claros, explica cómo se organizará la labor de la OMS durante los próximos seis años; cómo contribuye esa labor al logro de un conjunto de efectos e impactos claramente definidos; y los medios de rendición de cuentas por la OMS respecto a la manera de usar los recursos para conseguir los resultados especificados. Los tres presupuestos por programas correspondientes al periodo abarcado por el presente programa general de trabajo establecen detalladamente lo que se logrará durante cada bienio.

2. El presente proyecto de programa general de trabajo refleja las observaciones detalladas hechas en sucesivas versiones. El proceso se inició con los debates de la reunión de Estados Miembros sobre los programas y el establecimiento de prioridades celebrada en febrero de 2012 y un esbozo presentado a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, y prosiguió a través de los siguientes foros de gobernanza: los seis comités regionales celebrados en 2012; la 17.^a reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, celebrada en enero de 2013, la 132.^a reunión del Consejo ejecutivo, y una consulta posterior organizada por internet.

3. El Duodécimo Programa General de Trabajo aprovecha enseñanzas extraídas del Undécimo Programa General de Trabajo y, conforme a lo solicitado por los Estados Miembros, incorpora elementos clave del antiguo Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. En este sentido, el Undécimo Programa General de Trabajo se centraba en una agenda sanitaria destinada al mundo más que a la propia OMS, mientras que en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 el centro de atención fue la función de la OMS. El proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo pretende equilibrar esas dos orientaciones en un solo documento. Para ello combina la visión estratégica de alto nivel que vehiculaba su predecesor con un interés primordial por la forma en que el nuevo contexto en el que opera la OMS influye en las prioridades y los grandes temas de trabajo de la Organización. Segundo, el hecho de reducir de 10 a 6 años la duración del programa general de trabajo garantiza su estrecha alineación con el ciclo de planificación y presupuestación. Tercero, en este proyecto de programa general de trabajo se definen varios resultados de alto nivel, en el plano de los efectos y el impacto, y se establecen los medios para vigilar y evaluar su logro. Por último, el proyecto programa general de trabajo señala los cambios que afectan a la manera de desplegar los recursos financieros para obtener esos resultados.

¹ Según lo dispuesto en el Artículo 28 de la Constitución de la OMS.

4. El proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo se ha organizado de la siguiente manera:

En el **capítulo 1** se analiza el mudable contexto político, económico e institucional en el que trabaja la OMS. Tras una revisión de las actuales tendencias epidemiológicas y demográficas, se describe cómo inciden esos cambios en la salud de las personas, los sistemas de salud de los países y, en la última sección, en la gobernanza sanitaria y en las nuevas esperanzas depositadas en las organizaciones internacionales.

El **capítulo 2** examina las implicaciones de este análisis para la OMS, en términos de funciones y de valores, subrayando la necesidad simultánea de continuidad y cambio. En este capítulo se describen los vínculos entre ese entorno en mutación y los elementos programáticos, de gobernanza y de gestión de la reforma de la OMS. En particular, se informa más a fondo sobre la relación entre las funciones básicas y las funciones y responsabilidades de cada nivel de la Organización.

El **capítulo 3** se centra en las seis prioridades de liderazgo, que proporcionan orientación programática para los próximos seis años y reflejan el aspecto programático y de establecimiento de prioridades de la reforma. Al principio del capítulo se explica cómo se definieron esas prioridades. A continuación se examina cada prioridad, señalando su grado de ajuste al análisis del contexto que se hace en el capítulo 1, y se establecen los principales componentes de las actividades de la OMS en cada caso.

El **capítulo 4** se centra en otras dos prioridades que reflejan los aspectos de la gobernanza y la gestión de la reforma. La primera se aborda desde dos perspectivas: función de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial, incluidos los mecanismos de regulación de la Organización por los Estados Miembros, y participación de la OMS en los procesos de gobernanza en otros sectores y foros con impacto potencial en la salud. La segunda parte del capítulo versa fundamentalmente sobre la reforma de las políticas, los sistemas y las prácticas de gestión.

El **capítulo 5** describe cómo se organizarán las actividades de la OMS en cinco categorías técnicas y una de gestión. A continuación se esbozan la estructura y los elementos de la cadena de resultados, explicando la relación existente entre los productos de los que se responsabiliza la Secretaría y la forma en que contribuyen al logro de los efectos y los ocho objetivos de impacto, de lo cual son responsables conjuntamente los Estados Miembros, otros asociados y la Secretaría. Al final del capítulo se establece un nuevo marco de seguimiento y evaluación.

El **capítulo 6** describe un nuevo modelo de financiación y muestra los movimientos que experimentarán los recursos financieros entre las categorías de trabajo a lo largo de los seis años.

CAPÍTULO 1

EL CONTEXTO

Nuevas realidades políticas, económicas, sociales y medioambientales

5. La formulación del proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo ha discurrido a la luz de las enseñanzas extraídas durante el periodo del Undécimo Programa General de Trabajo, que se preparó en 2005, coincidiendo con una época de crecimiento económico mundial sostenido. Pese al sentimiento de optimismo prevaleciente por entonces, en el Undécimo Programa General de Trabajo los retos para la salud a escala mundial se describían en términos de déficit: de justicia social, de responsabilidad, de aplicación y de saber.

6. Los acontecimientos posteriores han mostrado la clarividencia de aquel análisis: a medida que avanzaba el primer decenio del siglo XXI la globalización traía consigo, en lugar de una prosperidad común, una ampliación de las inequidades sociales y un rápido agotamiento de los recursos naturales. No se trata aquí de negar los beneficios de la globalización, que ha propiciado un mejoramiento espectacular del nivel de vida de ciertos segmentos de población de muchos países. Ocurre más bien que la globalización ha venido a superponerse a problemas e inequidades que ya existían; que las políticas e instituciones actuales no han logrado asegurar el equilibrio entre las preocupaciones económicas, sociales y ambientales; y que en consecuencia, demasiado a menudo, la persecución del crecimiento económico se ha considerado un fin en sí mismo.

7. Al ir avanzando el decenio, el mundo fue testigo de la crisis financiera y económica más grave desde los años 1930. Aún no se han manifestado todos los efectos de esa catástrofe. Aun así, ya es evidente que la crisis ha acelerado el advenimiento de un nuevo orden, en el que el crecimiento es atributo de varias economías emergentes y en desarrollo y numerosos países desarrollados pugnan por mantener una frágil recuperación.

8. Al comienzo del segundo decenio del siglo, unas tres cuartas partes de las personas del mundo que viven en la extrema pobreza son habitantes de países de ingresos medianos. Muchos de esos países empiezan a depender menos de la obtención de recursos financieros en condiciones favorables, o dejan de tener derecho a obtenerlos. En consecuencia, el planteamiento de la lucha contra la pobreza que reposa en un desarrollo financiado desde el exterior está quedando rápidamente obsoleto. Existe, en cambio, la necesidad de aplicar nuevos modos de trabajo que respalden el intercambio de conocimientos y prácticas óptimas, con el apoyo de instrumentos normativos robustos, y que faciliten el diálogo entre distintos estados y entre el Estado, el sector privado y la sociedad civil.

9. Al mismo tiempo, muchas de las poblaciones más pobres del mundo seguirán dependiendo del apoyo financiero y técnico exterior. Es probable, por consiguiente, que las mayores necesidades se concentren cada vez más en los países más inestables y frágiles, a los que también irá dirigida gran parte de la financiación tradicional del desarrollo. Ello, a su vez, abre importantes interrogantes sobre cómo se financiará en el futuro el trabajo de las Naciones Unidas en otros países menos pobres.

10. El nuevo siglo también ha asistido a una transformación del poder relativo del Estado, por una parte, y de los mercados, la sociedad civil y las redes sociales de personas, por otra. No es algo nuevo que el sector privado actúe como motor del crecimiento y la innovación. Los gobiernos siguen conservando el poder de dirigir y regular, pero ahora resulta difícil imaginar que se realicen progresos significativos en cuestiones de importancia mundial como la salud, la seguridad alimentaria, la

energía sostenible o la mitigación del cambio climático sin que el sector privado desempeñe una función importante. Análogamente, en los países de ingresos bajos, los flujos de recursos procedentes de inversiones directas y remesas del extranjero superan con creces la asistencia para el desarrollo y, en el caso de las remesas, a menudo han dado muestra de más resiliencia frente a una recesión económica que la ayuda al desarrollo.

11. Puede que el cambio más espectacular sea fruto del desarrollo de las tecnologías de comunicaciones, que ha propiciado la emancipación de las personas y la sociedad civil en una medida que sencillamente no se preveía a principios del decenio. Las redes sociales han cambiado la forma de hacer negocios, las relaciones personales y los movimientos políticos y han transformado la comunicación de los riesgos. A escala mundial, aunque solo el 10% de los pobres tiene cuenta bancaria, los abonados a teléfonos móviles suman ya unos 5300 millones, lo que hace realista la perspectiva de un acceso mucho más amplio a los servicios financieros. Al mismo tiempo, el rápido aumento de la conectividad, que ha alimentado la intensificación de las comunicaciones virtuales, presenta a la vez ventajas y riesgos, no siendo uno de los menores la posible vulnerabilidad ante la perturbación de los sistemas planetarios interconectados de los que ahora depende el mundo.

12. El mundo tiene ante sí tanto problemas como oportunidades, muchos de los cuales inciden directamente en la salud mundial:

- La pertinaz recesión económica que sufren algunos países desarrollados, con la consiguiente disminución del gasto público, somete a tensiones crecientes el contrato social entre las poblaciones y sus gobiernos. La disminución del gasto público puede generar un círculo vicioso que afecte negativamente a los servicios básicos, reduzca la salud y el rendimiento escolar y eleve el paro juvenil. En el otro extremo de la escala de edades, los jubilados afrontan a veces el espectro del empobrecimiento y la mala salud a una edad avanzada.
- Para 2050, el 70% de la población mundial vivirá en ciudades. La urbanización rápida y anárquica ya es una realidad, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. La urbanización trae consigo oportunidades en el terreno de la salud, sobre todo cuando median administraciones urbanas con muchos recursos, pero también acarrea riesgos de exclusión e inequidad. La migración entre países puede ser beneficiosa para los países de origen y los de llegada, pero no está en modo alguno garantizado que ello sea así, y en su búsqueda de oportunidades económicas muchos migrantes se ven expuestos a un mayor riesgo sanitario.
- El dividendo demográfico que resulta del aumento de la población joven trabajadora ha impulsado el crecimiento económico en muchas partes del mundo. Ello ofrece a muchos países una oportunidad crucial, que sin embargo se desaprovechará si no hay un esfuerzo por aumentar los niveles de empleo juvenil. El desempleo crónico, aunado a la ausencia de derechos económicos y políticos y de alguna forma de protección social, puede desembocar en indignación y revueltas.
- El medio ambiente mundial también está sometido a presión. Ya se han cruzado algunos límites planetarios cruciales, por ejemplo respecto a la pérdida de biodiversidad, y otros se franquearán en poco tiempo. En muchas partes del mundo el cambio climático pondrá en peligro los requisitos fundamentales de la salud, en particular aire urbano limpio, agua de bebida segura y suficiente, abastecimiento asegurado de alimentos nutritivos, protección frente a fenómenos meteorológicos extremos y vivienda adecuada. La mayoría de la po-

blación y de los gobiernos acepta los argumentos científicos en favor del desarrollo sostenible. También son conscientes de que la salud contribuye a ese objetivo, se ve favorecida por políticas ambientales robustas y ofrece una de las medidas más eficaces de los progresos realizados. Sin embargo, a escala mundial y nacional se ha avanzado con decepcionante lentitud a la hora de establecer instituciones y políticas más capaces de reforzar la coherencia de las políticas sociales, ambientales y económicas.

- Ante esas dificultades, países con intereses nacionales diversos buscan soluciones a problemas comunes. Los grupos mundiales de composición restringida (como el G20) o movidos por un ideario común permiten avanzar más deprisa en cuestiones específicas, pero carecen de la legitimidad que confieren los procesos plenamente multilaterales. Análogamente, en el terreno de la salud, las alianzas, coaliciones o asociaciones organizadas en torno a temas concretos han sido decisivas para impulsar progresos más rápidos en relación con problemas como la mortalidad maternoinfantil, el VIH/sida, la tuberculosis o la malaria. Sin embargo, para llegar a acuerdos que sean justos y equitativos para todos ante problemas de extrema complejidad siguen haciendo falta negociaciones multilaterales bien gestionadas dentro de una organización cuya composición revista carácter universal.

Evolución de la agenda para la salud mundial

Actuales tendencias sanitarias y demográficas

13. Transcurrida más de una década desde que los líderes mundiales adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sus metas, se ha avanzado sustancialmente en lo referente a la reducción de la pobreza, la reducción de la mortalidad maternoinfantil, la mejora de la nutrición y la disminución de la morbilidad y la mortalidad por el VIH, la tuberculosis y la malaria. La progresión de muchos de los países que presentan las tasas más elevadas de mortalidad se ha acelerado en los últimos años, aunque subsisten grandes diferencias entre los países y dentro de ellos.

14. La malnutrición sigue siendo la causa subyacente del 35% de todas las muertes de menores de cinco años. En los países en desarrollo, el porcentaje de menores de cinco años malnutridos pasó de un 28% en 1990 a un 17% en 2011. Este ritmo de avance está próximo al que se requiere para cumplir la meta correspondiente de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

15. Entre 1990 y 2011, la mortalidad de menores de cinco disminuyó en un 41%. Aunque el ritmo de disminución de las muertes infantiles a nivel mundial se ha acelerado en la última década, desde un 1,8% anual entre 1990 y 2000 hasta un 3,2% anual entre 2000 y 2011, ello sigue siendo insuficiente para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

16. El número de muertes maternas ha disminuido de 543 000 en 1990 a las 287 000 estimadas en 2010. Sin embargo, el ritmo de disminución de la mortalidad deberá duplicarse para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Preocupa en particular el hecho de que los bebés nacidos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de muerte entre las adolescentes, y las muertes perinatales son un 50% más frecuentes entre los niños de madres menores de 20 años.

17. Las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron más de un 30% entre 2009 y 2011, lo que supone una caída más lenta que la de la mortalidad global en la niñez, y el porcentaje de defunciones

de menores de cinco años ocurridas durante el periodo neonatal aumentó de un 36% en 1990 a un 43% en 2011.

18. Alrededor de la mitad de la población mundial está expuesta al paludismo, y se calcula que en 2010 hubo unos 216 millones de casos de esta enfermedad, que desembocaron en la muerte de 655 000 personas, de las que el 86% eran menores de cinco años. Entre 2000 y 2010, la incidencia estimada de malaria se redujo en un 17% a nivel mundial. La cobertura de intervenciones como la distribución de mosquiteros tratados con insecticida o la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual ha aumentado considerablemente, pero debe mantenerse si se quiere evitar la reaparición de la enfermedad y la mortalidad.

19. El número de nuevos casos de tuberculosis ha ido disminuyendo lentamente cada año desde 2006. Se calcula que en 2011 hubo 8,7 millones de casos nuevos (de los que un 13% se dieron en personas afectadas por el VIH). La mortalidad por tuberculosis se ha reducido en un 41% desde 1990, y de aquí a 2015 se conseguirá una reducción del 50%.

20. En 2011 se registraron otros 2,5 millones de nuevas infecciones por el VIH, un 24% menos que en 2001. Al mismo tiempo, el acceso a los antirretrovíricos (actualmente hay más de 8 millones de personas sometidas a tratamiento en los países de ingresos bajos y medios) se ha traducido en un incremento global del número de personas afectadas por el VIH, pues hay menos personas que fallezcan por causas relacionadas con el sida.

21. Las enfermedades tropicales desatendidas medran en las comunidades más pobres y marginadas, causando dolor intenso, discapacidades permanentes y muertes entre millones de personas. El enfoque coordinado e integrado adoptado desde 2007 ha demostrado la viabilidad del control, la eliminación e incluso la erradicación de estas enfermedades.

22. Aunque la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable se ha cumplido, persisten las disparidades dentro de los países y entre ellos. En cuanto al saneamiento básico, sin embargo, 2500 millones de personas carecen de acceso a sistemas de saneamiento mejorados.

23. La persistente falta de medicamentos en el sector público hace que muchas personas se vean obligadas a acudir al sector privado, donde los precios pueden ser mucho más elevados. Según encuestas realizadas entre 2007 y 2011 la disponibilidad media de algunos medicamentos genéricos en los países de ingresos bajos y medios era solo del 51,8% en el sector público. Además, incluso los medicamentos genéricos más baratos tenían en el sector privado un costo medio cinco veces superior a los precios internacionales de referencia; en algunos países llegaban a ser hasta 14 veces más caros. El costo incluso de los medicamentos genéricos más baratos, puede dejar algunos tratamientos comunes fuera del alcance de los hogares de ingresos bajos. Los pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamiento a largo plazo son especialmente vulnerables a estas dificultades.

24. En casi todos los países, el porcentaje de personas mayores de 60 años está creciendo más rápido que cualquier otro grupo de edad, como consecuencia de una mayor esperanza de vida y de una disminución de las tasas de fecundidad. Al mismo tiempo, habrá más jóvenes que nunca en el grupo de edad que abarca a los adolescentes. En el periodo abarcado por el Duodécimo Programa General de Trabajo habrá más personas mayores de 60 años que niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores de todo el mundo vivirán en lo que son hoy países de ingresos bajos y medios. Aunque se puede considerar que es un logro ejemplar para las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, el envejecimiento de la población supone también un desafío para la sociedad, a la

que obliga a adaptarse para maximizar la capacidad sanitaria y funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. Por otra parte, estos cambios demográficos resaltan la importancia de centrarse en la salud no ya de grupos de edad aislados, sino a lo largo de todo el ciclo de vida.

Retos sanitarios más complejos

25. Más allá de sus aspectos epidemiológicos y demográficos, las nuevas realidades políticas, económicas, sociales y ambientales se reflejan en una agenda más compleja para la salud mundial desde el punto de vista de su impacto en las instituciones responsables de propiciar mejoras de la salud. En 2010, el gasto sanitario total ascendió a US\$ 6,45 billones, cifra que duplica con creces los US\$ 2,93 billones que se gastaron en 2000. El sector de la salud, que es uno de los mayores empleadores del mundo, ha sido decisivo para ayudar a estabilizar las economías ante las recientes convulsiones financieras. El papel de la salud en el desarrollo ha cobrado mayor relevancia. El gasto en asistencia para el desarrollo destinado a la salud ha aumentado de US\$ 10 520 millones en 2000 a US\$ 26 800 millones 10 años después.

26. En algunos países el gasto sanitario sigue estando por debajo de lo requerido para proporcionar siquiera los servicios más básicos. Por el contrario, en muchas economías desarrolladas, los costos de la atención sanitaria siguen aumentando más deprisa que el producto interior bruto, debido a la carga cada vez mayor que suponen las enfermedades no transmisibles en poblaciones que envejecen, al aumento de las expectativas del público y al creciente costo de la tecnología. En países que afrontan una recesión económica persistente, el efecto neto de todo ello es que la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud se verá amenazada. Para mantener la universalidad de la cobertura sanitaria donde ya se haya alcanzado, y para seguir progresando donde aún no esté implantada, se precisarán soluciones inteligentes: aquellas que se centran en la prevención, la detección precoz de enfermedades y el fomento de modos de vida sanos. Sin esos cambios es probable que las presiones a que están sometidas las finanzas públicas aumenten la exclusión de quienes carecen de medios económicos para acceder a la atención.

27. La creciente importancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles como causa de mortalidad no es algo nuevo, como tampoco lo es el hecho de que esas enfermedades provoquen cada vez más mortalidad y morbilidad en todos los países. Las enfermedades crónicas, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, son, con mucho, la principal causa de mortalidad mundial, pues representan el 63% de todas las defunciones. De los 36 millones de personas que murieron por enfermedades crónicas en 2008, nueve millones eran menores de 60 años, y el 90% de esas muertes prematuras ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Lo que ha cambiado ahora es que no solo los profesionales de la salud, sino también los ministerios de economía, jefes de Estado y una mayor parte de la opinión pública son cada vez más conscientes de que la falta de reacción ante tal constatación se paga con enormes consecuencias sociales y económicas. No obstante, una de las mayores dificultades para el próximo decenio estriba en pasar del dicho al hecho, adoptando medidas concretas y asignando recursos, no solo en el sector de la salud sino en el conjunto de las administraciones gubernamentales y en toda la sociedad.

28. Para hacer frente al desafío que plantean las enfermedades no transmisibles, y en particular para abordar sus determinantes sociales, ambientales y económicos mediante respuestas multisectoriales, en puntos diferentes a lo largo del ciclo de vida, es necesario un cambio del papel que desempeñan los ministerios de salud. Sin dejar de asumir su función en la prestación y financiación de los servicios de salud, tienen que convertirse también en un mediador e interlocutor más eficaz

con otros sectores del gobierno, pasando a formar parte de un sistema global de creación de bienestar, y no solo de prevención y tratamiento de enfermedades. Los ministerios necesitan por tanto capacidad suficiente para dirigir, regular y negociar con muy diversos asociados en un entorno cada vez más complejo.

29. Esa creciente complejidad conlleva la necesidad de prestar más atención a los *medios* empleados para conseguir mejores resultados sanitarios, a saber: la salud como derecho humano; la equidad en salud; unos sistemas de salud más robustos y resilientes; la salud como resultado de políticas adoptadas en una amplia gama de sectores; y la innovación y la eficiencia ante las restricciones financieras. La creciente inequidad con respecto al acceso a los servicios de salud y a los productos médicos, así como a los resultados sanitarios, dentro de los países y entre ellos, es motivo de preocupación tanto por el hecho en sí como porque puede operar como una limitación en otros aspectos del desarrollo económico y social.

30. La nueva agenda sanitaria ha de reconocer los estrechos vínculos existentes entre la salud y el desarrollo sostenible. La política sanitaria contribuye al desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza cuando las personas están protegidas contra gastos catastróficos en caso de enfermar. Y a la inversa, la salud se beneficia de las políticas que mejoran el medio. En los próximos años cada vez será más importante abordar la relación entre la salud, el cambio climático y otros factores ambientales relevantes, como la contaminación atmosférica. Por último, la medición del impacto en la salud puede promover el interés del público y los políticos por las políticas de sostenibilidad que tengan resultados más difusos o diferidos.

Una seguridad sanitaria y una acción humanitaria más eficaces

31. El decenio pasado dejó patente hasta qué punto es necesario prepararse para lo imprevisto. Hay que contar con sucesos que causarán conmoción, aun cuando sea imposible predecir su origen, ubicación o gravedad, ya sean producto de enfermedades nuevas o reemergentes, de conflictos o de catástrofes naturales.

32. Hasta hace poco, los sistemas de acción humanitaria y los que se ocupan de las emergencias de salud pública venían actuando por separado. Cada vez está más clara la necesidad de dar una respuesta holística a la gestión de riesgos en las emergencias, una respuesta que aúne prevención, atenuación de riesgos en las emergencias, preparación, vigilancia, respuesta y recuperación.

33. Por otra parte, la distinción entre el socorro y el desarrollo es artificial. La transición de la acción humanitaria a las labores de desarrollo rara vez es lineal, y la separación de programas relacionados entre sí puede ser contraproducente. Los países afectados registran mayores tasas de pobreza y hay unos pocos que aún no han alcanzado ni uno solo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para lograr mayores cotas de resiliencia y estabilidad es necesario invertir en el refuerzo de las capacidades políticas e institucionales, centrarse en la preparación mediante la gestión de riesgos en las emergencias y reconocer que el socorro humanitario y el desarrollo son profundamente interdependientes.

Nuevos desafíos de la gobernanza sanitaria

34. Los recursos que el planeta tiene a su alcance para mejorar la salud de la población pueden utilizarse de forma más justa y eficaz. Una mejor gobernanza sanitaria puede dar lugar a la creación de instrumentos que contribuyan a reducir las amenazas transnacionales para la salud (por ejemplo, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica); aplicando enfoques y estrategias comunes que permitan hacer frente a problemas mundiales, regionales o subregionales (como por ejemplo el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contrata-

ción internacional de personal de salud); y a través de la solidaridad y el impulso generados en la consecución de objetivos compartidos (como por ejemplo los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y los objetivos y metas de carácter voluntario propuestos en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles).

35. Hay varios factores que han contribuido a ampliar la agenda de la gobernanza sanitaria:

a) Múltiples voces. La gobernanza sanitaria ya no es el terreno exclusivo de los Estados nación. Las redes de la sociedad civil, determinadas organizaciones no gubernamentales de ámbito internacional y local, las agrupaciones profesionales, las fundaciones filantrópicas, las asociaciones de empresarios, los medios de comunicación, las empresas nacionales y transnacionales, y los individuos y las comunidades espontáneas y heterogéneas que han encontrado una nueva voz y un nuevo modo de ejercer su influencia gracias a las tecnologías de la información y las redes sociales, son todos actores que ejercen su influencia en la toma de decisiones que afectan a la salud.

b) Nuevos actores. El panorama institucional de la salud mundial es cada vez más complejo, y los incentivos que favorecen la creación de nuevas organizaciones, canales de financiación y sistemas de vigilancia en lugar de la reforma de los ya existentes podrían hacer que la situación empeore. Los efectos de algunos de esos cambios se advierten en la evolución de las ideas sobre el desarrollo, desde la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo hasta la Asociación de Busán para una cooperación más eficaz para el desarrollo, en la que se hace más hincapié en las alianzas y la cooperación Sur-Sur, entre otras formas de cooperación.¹

c) Problemas de mayor alcance. En muchos de los debates sobre gobernanza, la dinámica que impulsa las deliberaciones se centra en la manera de proteger la salud humana alterando lo menos posible los viajes, el comercio y el desarrollo económico. Si bien conseguir un equilibrio adecuado sigue siendo una cuestión fundamental, hay otros aspectos que intervienen en el debate, algunos de los cuales se plantean gracias al mayor uso de los instrumentos de derechos humanos, que hacen especial hincapié en la justicia y la equidad.

d) Gobernanza de la salud y gobernanza en pro de la salud. Tal y como se articula en la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2011), el enfoque de la salud basado en los determinantes sociales lleva implícitos dos conceptos bien diferenciados: el primero es la *gobernanza de la salud*, que aborda muchas de las cuestiones antes mencionadas, y esencialmente entraña una función que se ocupa de la coordinación, la dirección y la coherencia interna. El segundo concepto es la *gobernanza en pro de la salud*, que conlleva una función que se centra en la acción de sensibilización y las políticas públicas, y pretende influir en la gobernanza de otros sectores, de forma que ello tenga un efecto positivo en la salud humana.

Las organizaciones multilaterales, sometidas a una presión creciente

36. Al tiempo que se ha desacelerado el crecimiento global de la asistencia oficial para el desarrollo bruta, han disminuido las tasas de crecimiento anuales de dicha asistencia proporcionada por

¹ El texto de la Asociación para una cooperación más eficaz para el desarrollo, acordado en Busán (República de Corea) en diciembre de 2011, recoge estos cambios: «La arquitectura de la cooperación para el desarrollo es más compleja, y se caracteriza por el aumento del número de agentes estatales y no estatales, así como por la cooperación entre países que se encuentran en fases de desarrollo distintas, muchos de ellos países de ingresos medianos. Han adquirido más relieve la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular, nuevas formas de asociaciones publicoprivadas, y otras modalidades y vehículos del desarrollo, que complementan las formas de cooperación Norte-Sur».

organizaciones donantes multilaterales, que han pasado del 9% en 2008 a solo un 1% en 2011. En ese total, los fondos asignados a fines específicos están creciendo más rápidamente que otras contribuciones básicas.

37. La mayoría de los fondos multilaterales se destinan a cinco grandes grupos de organizaciones. Más del 80% del total de US\$ 54 000 millones de 2010 tuvieron por destino las instituciones europeas (el Fondo Europeo de Desarrollo y el presupuesto de la Unión Europea), la Asociación Internacional de Fomento (Banco Mundial), fondos y programas de las Naciones Unidas, el Banco Africano de Desarrollo y el Banco Asiático de Desarrollo, y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. El resto se reparte entre más de 200 organismos multilaterales, entre ellos la OMS.

38. La combinación de medidas de austeridad en los países donantes y fragmentación en el sistema multilateral se traduce en una serie de presiones, a veces antagónicas, sobre las organizaciones internacionales. En primer lugar, mientras que lo deseable es una labor de interés para todos los Estados Miembros, los donantes suelen demandar medidas más centradas en los países más pobres. En segundo lugar, aunque la ventaja comparativa de muchos organismos multilaterales radica en la elaboración de acuerdos, normas, criterios y otros bienes públicos negociados, la evaluación del desempeño realizada por organismos bilaterales, individual y colectivamente, se ha centrado más en los resultados de desarrollo tradicionales. Tercero, aunque los sistemas de gobernanza y rendición de cuentas siguen siendo específicos de cada organismo en muchas organizaciones de las Naciones Unidas, la demanda de una integración más eficaz a nivel de país ha incrementado los costos de transacción de la coordinación.

39. Estas presiones exigen que todos los organismos multilaterales definan sus respectivas ventajas comparativas, articulen claramente las prioridades, garanticen la responsabilización financiera, dispongan de sistemas que gestionen eficazmente los riesgos y, sobre todo, sean capaces de demostrar de forma convincente los resultados. En muchas organizaciones, incluida la OMS, estos motivos de preocupación están en la base de sus recientes reformas.

CAPÍTULO 2

LA OMS: VALORES, FUNCIONES Y VENTAJAS COMPARATIVAS SINGULARES

40. Desde su creación en 1948, la Organización Mundial de la Salud ha estado a la vanguardia del mejoramiento de la salud en el mundo. Como se ha visto en el capítulo 1, los problemas que afronta la salud pública han cambiado de manera profunda y, en algunos casos, con extraordinaria rapidez. El propósito general del programa de reforma de la OMS es garantizar que la Organización evoluciona al ritmo de esos cambios. En este capítulo se pasa revista a las repercusiones para la OMS de ese contexto cambiante en lo que se refiere a la necesidad de continuidad y de cambio.

Continuidad: principios y valores duraderos

41. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución (presentados en el recuadro 1).

Recuadro 1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud: principios

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

42. En un contexto de inequidades crecientes, de competencia por los escasos recursos naturales y de crisis financiera que amenaza al derecho a unas prestaciones básicas de atención de salud, sería difícil encontrar una expresión mejor de la salud como derecho fundamental, como requisito para la paz y la seguridad, y del papel fundamental de la equidad, la justicia social, la participación popular y la solidaridad mundial en las actividades de la Organización.

43. En el contexto del programa general de trabajo también es importante reafirmar los elementos esenciales del planteamiento adoptado por la OMS respecto de su función constitucional como guardián y vigilante independiente de la situación sanitaria mundial y regional.

- La combinación de su carácter intergubernamental y su estructura regionalizada confiere a la OMS una legitimidad especial para colaborar con los países y darles apoyo. En particular, el análisis que se hace en el capítulo 1 sobre los diversos aspectos de la gobernanza sanitaria apunta a la necesidad de encontrar soluciones negociadas a los problemas sanitarios comunes de ámbito internacional, en particular cuando exista interacción entre los intereses del sector de la salud y los de otros sectores (como los del comercio, la migración, la seguridad y la propiedad intelectual). Además, la capacidad de convocar y facilitar la negociación de instrumentos internacionales, vinculantes o no, distingue a la OMS de los demás agentes del sector de la salud. El compromiso con el multilateralismo continúa siendo un elemento básico de la labor de la OMS.
- Representada en unos 150 países, territorios y zonas por una oficina de la OMS, la Organización ocupa una posición excepcional para seguir siendo un proveedor de apoyo técnico a los distintos Estados Miembros, y facilitar así la intensificación de los vínculos entre los países y dentro de ellos en interés de la cooperación Sur-Sur y triangular. La OMS continuará proporcionando asistencia humanitaria, velando por que la atención a la salud de la población sea un componente capital de las actividades de mitigación de los desastres.
- En consonancia con los principios de equidad y justicia social, la OMS seguirá centrando su atención allí donde las necesidades sean mayores. Aunque la labor de la OMS revestirá siempre interés para todos los Estados Miembros, la Organización considera que la salud es elemento fundamental de la lucha contra la pobreza. En el análisis presentado en el capítulo 1 se señala que, en términos absolutos, la mayoría de las personas pobres del mundo vive en países de ingresos medianos y países emergentes. Así pues, no hay que conceder atención únicamente a los países, sino también a las poblaciones pobres dentro de ellos.
- La OMS se ha comprometido a integrar en las actividades la perspectiva de género, equidad y derechos humanos y establecerá un mecanismo de responsabilización para supervisar la eficacia del proceso de integración. La OMS se ha comprometido a poner en práctica el Plan de Acción para Todo el Sistema de las Naciones Unidas (SWAP ONU) a fin de promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en las políticas y los programas del sistema de las Naciones Unidas.
- En su labor normativa y de establecimiento de estándares, que redundará en beneficio de todos sus Estados Miembros, la OMS es y seguirá siendo una organización basada en la ciencia y la evidencia, y focalizada en la salud pública. El entorno en el que opera la OMS se está volviendo cada vez más complejo y politizado; sin embargo, la legitimidad y la autoridad técnica de la OMS residen en el estricto cumplimiento del recurso sistemático a la evidencia como fundamento de todas sus políticas. Sobre esa base se asienta también la función bási-

ca de la Organización de monitorear las tendencias sanitarias y los determinantes de la salud a escala mundial, regional y de país. Como organismo de salud pública, la OMS continúa interesándose no solo por los aspectos puramente médicos de las enfermedades, sino también por los determinantes de la mala salud y la promoción de la salud como resultado positivo de las políticas de otros sectores.

Funciones básicas y división del trabajo

44. Las seis funciones básicas que se definieron en el Undécimo Programa General de Trabajo siguen constituyendo una buena base para describir la naturaleza de la labor de la OMS. Se trata de las siguientes:

1. Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
2. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo
3. Definir normas y patrones, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
4. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico;
5. Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
6. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

45. Sin embargo, para lograr una gestión eficaz es preciso diferenciar claramente las funciones y responsabilidades entre los diferentes niveles de la Organización, no solo en términos de su funcionamiento conjunto, sino teniendo en cuenta su utilidad real. Para que tengan un mayor significado operativo, las seis funciones básicas se han de contemplar en relación con las funciones y responsabilidades de los tres niveles.

46. Se está desarrollado un análisis de esa relación en forma de una matriz que representa las seis funciones básicas en un eje y los tres niveles de la Organización en el otro eje. Definiendo las relaciones de esta manera es más fácil describir las funciones generales. Por ejemplo, en lo referente a la función básica 5 (proporcionar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional sostenible), la matriz debería mostrar cómo la oficina de país toma la iniciativa (dentro de la Secretaría) en lo tocante a la formulación y negociación de una estrategia de cooperación en los países; la gestión de la cooperación técnica; la aplicación y seguimiento de los compromisos, convenciones e instrumentos jurídicos internacionales; y la respuesta a emergencias y crisis. La función de la Oficina Regional consiste en proporcionar y coordinar el apoyo a esos procesos, y la función de la Sede es coordinar el desarrollo de orientación institucional para fomentar la estrategia de cooperación en los países y las mejores prácticas en la prestación de colaboración técnica. La Sede, en cambio, dirige la formulación de normas técnicas y estándares, mientras que el papel de las oficinas de país y regionales consiste en apoyar la adaptación cuando sea necesario y aportar parte de las evidencias en que se basan las normas, los estándares y las metodologías.

47. Ese mismo enfoque analítico se aplicará también para definir los roles y funciones a nivel programático, lo cual reviste especial importancia pues tendrá el efecto de formalizar las llamadas redes

de categorías.¹ Estas redes informales se han utilizado como un mecanismo para asegurar la participación de todos los niveles de la OMS en la preparación del proyecto de presupuesto por programas 2014-2015.

48. Por último, con un mayor grado de detalle aún, el método de la matriz se usará como modelo para definir la contribución exacta de cada nivel de la OMS en relación con la consecución de cada producto específico previsto en el presupuesto por programas.

Reforma de la OMS: respuesta estratégica a la evolución del entorno

49. En el siglo XXI hemos sido testigos de toda una serie de compromisos, oportunidades, innovaciones, éxitos, reveses y sorpresas sin precedentes en la historia de la salud pública. Igual de excepcional ha sido el aumento de la vulnerabilidad de la salud a las nuevas amenazas derivadas del aumento radical de la interdependencia entre las naciones y las esferas normativas. Los elementos impulsores de esos cambios son poderosos y prácticamente universales, y todo parece indicar que en los próximos años seguirán teniendo una influencia determinante en la salud. Su efecto se suma al de las presiones de que son objeto las organizaciones internacionales según lo explicado al final del capítulo 1.

Alineación de los recursos financieros con las prioridades

50. La OMS sigue desempeñando un papel fundamental como principal autoridad técnica en materia de salud a nivel mundial. Al mismo tiempo, la Organización se ha visto superada por la cantidad de compromisos contraídos y la excesiva ampliación de su ámbito de actividades y ha sentido la necesidad de emprender una reforma. En particular, las prioridades establecidas no parecían basarse en criterios suficientemente selectivos y carecían de la debida focalización estratégica. Además, la mayoría de los analistas sugiere ahora que la crisis financiera tendrá consecuencias a largo plazo, y no solo en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) que aportan a la OMS una gran parte de las contribuciones de carácter voluntario. Por lo tanto, es evidente que la Organización tiene que dar una respuesta estratégica a una realidad nueva, a más largo plazo, caracterizada por las restricciones financieras, y no limitarse a gestionar una crisis a corto plazo. Para la visión de una OMS reformada es esencial contar con una financiación sostenible y previsible, ajustada a un conjunto de prioridades cuidadosamente definidas, acordadas por los Estados Miembros. El proceso de establecimiento de prioridades por el que se ha configurado el conjunto de prioridades estratégicas de alto nivel se examina más a fondo en el próximo capítulo.

Gobernanza sanitaria eficaz

51. En el análisis del capítulo 1 también se apunta a la necesidad de que la OMS desempeñe un papel más eficaz en la gobernanza sanitaria. Como expresión práctica de la función prevista en la Constitución de actuar como «autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional», la gobernanza sanitaria tiene varios componentes. Abarca el papel aglutinador de la OMS a nivel multilateral, por el que esta reúne a los países para negociar convenios, reglamentaciones, resoluciones y estrategias técnicas, y el apoyo a su aplicación en los países. En respuesta a la reciente proliferación de organismos, canales de financiación y sistemas de presentación de informes, abarca también la función de aportar una coherencia y una coordinación mayores al sistema sanitario mundial. Por

¹ Las seis categorías son las acordadas por los Estados Miembros en 2012. Su contenido programático se analiza más detenidamente en el capítulo 5.

último, engloba el papel de los Estados Miembros de la OMS como gobernadores y «accionistas» de la Organización.

52. En la visión global de la reforma de la OMS, la gobernanza sanitaria es una función mundial crítica que implica a todos los niveles de la Organización: en la sede, a través de la labor de los órganos deliberantes y la interacción con otros agentes mundiales; a nivel regional, en las relaciones con los órganos económicos y políticos regionales y en la búsqueda de respuestas a cuestiones transfronterizas de ámbito regional, subregional y local; y, a nivel nacional, con la ayuda prestada a los gobiernos en sus esfuerzos por reformar y robustecer sus sistemas de salud y alinear los recursos financieros internos e internacionales con las prioridades de salud nacionales. En el capítulo 4 del programa general de trabajo se examina de nuevo la cuestión de la gobernanza sanitaria.

Búsqueda de la excelencia institucional

53. Los elementos de la gestión de la reforma de la OMS responden a la necesidad de que la Organización sea más flexible y ágil y capaz de responder a las necesidades sanitarias mundiales en constante evolución. La visión que ha guiado la reforma ha consistido en reemplazar estructuras de gestión y organizativas obsoletas y en crear una organización más eficaz, eficiente, receptiva, objetiva, transparente y responsable.

54. Desde el punto de vista estructural, el objetivo es ampliar el apoyo prestado a los países por medio de oficinas reforzadas, responsables y dotadas de recursos suficientes en los países en que es necesaria una presencia física. En cuanto a aquellos en que esa presencia no es necesaria, seguirán recibiendo apoyo de la sede y las oficinas regionales y subregionales. En segundo lugar, con la reforma se ha tratado de definir funciones y responsabilidades claras para los tres grandes niveles de la OMS, promoviendo las sinergias y la alineación en torno a cuestiones normativas y estratégicas comunes en toda la Organización, por un lado, y una clara división de las tareas unida a la rendición de cuentas en cuanto a recursos y resultados, por otro.

55. Para cuando comience el periodo abarcado por el nuevo programa general de trabajo se habrán introducido ya muchas de las reformas previstas de los sistemas de gestión de la OMS. Entre ellas figuran las relacionadas con los recursos humanos, la planificación y presupuestación basada en los resultados, los controles financieros, la gestión de los riesgos, la evaluación y las comunicaciones. No obstante, la aplicación de estas reformas en toda la Organización para lograr mejoras permanentes del desempeño seguirá siendo una prioridad durante el periodo del programa general de trabajo, como se indica en la segunda parte del capítulo 4.

CAPÍTULO 3

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

56. En una reunión de los Estados Miembros celebrada a comienzos de 2012 se convino en usar los siguientes criterios para establecer las prioridades de la OMS en el periodo 2014-2019 abarcado por el Duodécimo Programa General de Trabajo.

- La situación sanitaria del momento, en particular las tendencias y los cambios demográficos y epidemiológicos, y los problemas sanitarios urgentes, emergentes y desatendidos, teniendo en cuenta la carga de morbilidad mundial, regional y/o en los países.
- Las necesidades de apoyo de la OMS que tienen los distintos países, según lo establecido, si es el caso, en las correspondientes estrategias de cooperación en los países, así como en los planes nacionales de salud y desarrollo.
- Los instrumentos acordados a nivel internacional con implicaciones o efectos en la salud, por ejemplo declaraciones y acuerdos, así como resoluciones, decisiones y otros documentos adoptados por los órganos deliberantes de la OMS a nivel mundial y regional.
- La existencia de intervenciones basadas en pruebas y costoeficaces, y las posibilidades de utilizar los conocimientos, la ciencia y la tecnología al alcance para mejorar la salud.
- La ventaja comparativa de la OMS, en particular:
 - a) su capacidad para generar datos probatorios en respuesta a los problemas sanitarios existentes y emergentes;
 - b) sus posibilidades de contribuir a la creación de capacidades;
 - c) su capacidad para responder a las necesidades cambiantes en función de una evaluación continua del desempeño;
 - d) las posibilidades de que la colaboración con otros sectores, organizaciones y partes interesadas tenga un impacto significativo en la salud.

Prioridades de liderazgo

57. Los criterios acordados a principios de 2012 fueron el punto de partida para establecer las seis prioridades de liderazgo propuestas más adelante. El primer paso del proceso consistió en examinar el contexto en que está trabajando la OMS según lo expuesto en el capítulo 1 a la luz de dichos criterios, centrando especialmente la atención en la ventaja comparativa de la OMS.

58. Las prioridades de liderazgo imprimen primacía y dirección a la labor de la OMS. Están vinculadas a la función de la Organización en la gobernanza sanitaria, poniendo de relieve las áreas en las que más necesario es el liderazgo normativo y técnico en el ámbito de la salud mundial. Son las áreas en las que la OMS intentará trazar las líneas generales del debate mundial, para propiciar la participación de los países y orientar la forma de trabajar de la Organización, integrando los esfuerzos desplegados entre los distintos niveles de la OMS y dentro de cada uno de ellos.

59. Estas prioridades no reflejan la estructura más formal de la cadena de resultados, dado que han sido seleccionadas como áreas en las que el liderazgo de la OMS es la principal preocupación. Al igual que las prioridades definidas por un nuevo gobierno nacional, señalan problemas y temas que destacan en el conjunto de las actividades de la OMS.

60. La cadena de resultados será el principal instrumento para monitorear y evaluar el desempeño de la OMS. También se evaluará la eficacia de la OMS en la aplicación de las prioridades de liderazgo. En el capítulo 5 se examina el marco de monitoreo y evaluación de la OMS y sus vínculos con la cadena de resultados y el marco organizativo de la labor de la OMS en el presupuesto por programas. En las secciones que siguen a continuación se analizan las opciones que se plantean sobre las distintas prioridades de liderazgo.

Recuadro 2

Prioridades de liderazgo 2014-2019

Avanzar hacia la cobertura sanitaria universal: ayudar a los países a mantener o ampliar el acceso a servicios de salud esenciales y protección económica y promover la cobertura sanitaria universal como concepto unificador de la salud mundial.

Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud - abordar los problemas que quedan por resolver y los que se presenten en el futuro: acelerar la consecución de los actuales Objetivos relacionados con la salud para 2015 y después de ese año. En esta prioridad se incluye concluir la erradicación de la poliomielitis y algunas enfermedades tropicales desatendidas.

Abordar el reto que plantean las enfermedades no transmisibles y la salud mental, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.

Aplicar las disposiciones del **Reglamento Sanitario Internacional:** velar por que todos los países cumplan los requisitos en materia de capacidad indicados en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Aumentar el acceso a **productos médicos** esenciales, de buena calidad y asequibles (medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y otras tecnologías sanitarias).

Abordar los **determinantes sociales, económicos y ambientales** de la salud como medio para reducir las inequidades sanitarias entre los países y dentro de ellos.

61. En el resto de este capítulo se examinan las seis prioridades de liderazgo. En consonancia con el cometido general del programa general de trabajo, se trata aquí de justificar su elección como prioridades y de proporcionar una visión y un sentido de orientación a la propia OMS durante los próximos seis años.

Avanzar hacia la cobertura sanitaria universal

62. La cobertura sanitaria universal es una de las ideas más poderosas en el campo de la salud pública. Combina dos elementos fundamentales: el acceso a los servicios (de promoción, preven-

ción, tratamiento y rehabilitación, incluidos los que abordan los determinantes de la salud) necesarios para lograr una buena salud y una protección financiera que prevenga la mala salud que conduce a la pobreza. Por consiguiente, se trata de una robusta noción unificadora que puede orientar la salud y el desarrollo e impulsar la equidad sanitaria durante los próximos años. Es un terreno en el que el liderazgo de la OMS, técnico y político, será crucial para avanzar.

63. La cobertura sanitaria universal se concibe no como un conjunto mínimo de servicios, sino como proceso activo de realización progresiva por el que los países amplían gradualmente el acceso a servicios curativos y preventivos y protegen a un número creciente de personas del riesgo de sufrir consecuencias económicas catastróficas cuando enferman.

64. Garantizar que todas las personas puedan disfrutar de unos servicios de salud integrales y de alta calidad gracias a la cobertura sanitaria universal y el acceso a la misma es una manera de lograr mejores resultados sanitarios. Es también un objetivo deseable, que las personas valoran por sí mismo, por la seguridad que representa de que tienen acceso a un sistema de salud capaz de prevenir y tratar las enfermedades de forma eficaz y económica en el mismo hogar, en la comunidad, y con sistemas de derivación a dispensarios y hospitales cuando sea necesario. Tal objetivo debería tratar de lograr que 100 millones de personas no caigan en la pobreza cada año debido al costo de los servicios de salud que necesiten (como ocurre hoy día). La cobertura sanitaria universal es importante para reducir la pobreza y promover una sociedad estable y segura. La declaración de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20)¹ ha puesto aún más de relieve la relación entre la cobertura sanitaria universal y los pilares sociales, medioambientales y económicos del desarrollo sostenible.

65. La cobertura sanitaria universal es un proceso dinámico. No se trata de proporcionar un paquete mínimo sino de avanzar en varios frentes: el abanico de servicios de que dispone la población; la proporción del costo de esos servicios que está cubierta; y la proporción de la población que está cubierta. Pocos países alcanzan esa noción ideal, pero todos, ricos y pobres, pueden progresar. Por consiguiente, la cobertura sanitaria universal incumbe a todos los países y puede ser un objetivo universal.

66. Es este un punto de importancia crítica para definir una nueva generación de objetivos para el desarrollo. La cobertura sanitaria universal está fuertemente vinculada con el desarrollo sostenible; ofrece un modo de mantener los logros y proteger las inversiones del conjunto actual de Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud después de 2015; y da cabida por igual a lo que interese a las enfermedades transmisibles y a las no transmisibles. Para que una cobertura sanitaria universal sea satisfactoria tiene que proporcionar a la población todos los servicios que precisa, también los relativos a las enfermedades no transmisibles, la salud mental, las enfermedades infecciosas y la salud reproductiva.

67. Como prioridad de liderazgo para los próximos seis años, la cobertura sanitaria universal expresa en la práctica la preocupación de la OMS por la equidad y la justicia social y contribuye a reforzar los vínculos entre la salud, la protección social y la política económica. En la práctica, la OMS se centrará en dar respuesta a la gran cantidad de demandas formuladas por los países de todas las partes del mundo que solicitan asesoramiento práctico sobre el modo de llevar adelante esta agenda

¹ «Reconocemos también la importancia de la cobertura sanitaria universal para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles. Nos comprometemos a reforzar los sistemas de salud para proporcionar una cobertura universal equitativa. Pedimos que todos los agentes pertinentes participen en una acción multisectorial coordinada a fin de atender urgentemente las necesidades de salud de la población mundial.» Véase el anexo de la resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, párrafo 139.

en sus contextos nacionales específicos. Asimismo, la cobertura sanitaria universal proporcionará un centro de atención claro para las actividades de la OMS referentes al fortalecimiento de los sistemas de salud.

68. La OMS se centrará en la integración de los servicios de salud, en respuesta a las aspiraciones de que los servicios se centren más en las personas, aumente la eficiencia y se aprovechen mejor los fondos, y de que, en términos generales, se haga menos hincapié en los programas categóricos y centrados en las enfermedades. La OMS responderá a la necesidad de propiciar la integración a todo lo largo del proceso asistencial, sin solución de continuidad desde la atención primaria hasta el tratamiento de los casos agudos y la rehabilitación. La mejora de la vinculación entre la atención médica, social y a largo plazo rinde importantes beneficios en favor de la atención de las enfermedades no transmisibles, la salud materna y en la niñez y la salud de la población de edad.

69. Elemento esencial de la ampliación de la cobertura sanitaria universal, la OMS seguirá obteniendo, analizando y utilizando datos sanitarios, y fortaleciendo los sistemas de información nacionales, condición previa para adoptar decisiones sobre inversiones y para mejorar la eficiencia y la rendición de cuentas. Se prestará atención especial al establecimiento de sistemas de registro civil en los países que aún carezcan de ellos. De modo similar, la escasez grave, la combinación inadecuada de competencias y la distribución geográfica desigual del personal de salud suponen importantes obstáculos a la consecución de la cobertura sanitaria universal y de mejores resultados sanitarios. Seguirá siendo prioritario ocuparse de la promoción, el análisis y las estrategias para mejorar las condiciones de trabajo, la capacitación y la remuneración del personal de salud.

70. Por último, la cobertura sanitaria universal brinda un foco de atención y unos resultados deseables para la labor de la OMS en lo que se refiere a las políticas, estrategias y planes nacionales de salud. Sobre la base de los trabajos de la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+), la OMS utilizará su ventaja comparativa como coordinadora y facilitadora a escala de país para lograr la participación de todos los agentes principales en el fortalecimiento de los sistemas y la política sanitaria. Ello supone un alejamiento fundamental respecto de los proyectos de sistemas de salud fragmentarios y de pequeña escala y, por el contrario, viene a asegurar que todos los elementos constitutivos de los sistemas de salud, incluidos los recursos humanos y la financiación de los sistemas de salud, se integren en una estrategia general coherente. Además, la OMS prestará apoyo a las autoridades nacionales que traten de asegurar que las contribuciones de los asociados externos, así como los recursos de procedencia nacional, se corresponden con los objetivos nacionales definidos. El diálogo, en el que participarán cada vez más actores del sector privado, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales, se ampliará a otros sectores para velar por que se aborden los determinantes sociales más importantes.

Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: agenda pendiente y retos futuros

71. Más de 10 años después de que los dirigentes del mundo adoptaran los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sus metas se han realizado importantes progresos en la reducción de la mortalidad materna y en la niñez, la mejora de la nutrición, la reducción de la morbilidad y la mortalidad debidas a la infección por el VIH, la tuberculosis y el paludismo, y en el aumento del acceso al agua salubre y al saneamiento. En años recientes, los progresos se han acelerado en los países donde se registran las tasas de mortalidad más altas. Se está cerca de erradicar la poliomielitis, una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en la infancia.

72. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, y después de 2015 habrá que intensificar la actuación colectiva y ampliar los planteamientos que han dado buenos resultados, para conservar los logros adquiridos hasta la fecha y velar por que su consecución se distribuya más equitativamente entre los países, las poblaciones y los programas. En efecto, no será hasta cierto tiempo después de 2015 cuando se puedan evaluar plenamente los logros alcanzados respecto del conjunto actual de objetivos. Por consiguiente, es necesario seguir velando por que se avance hacia la consecución de los objetivos actuales, respaldar los esfuerzos nacionales con actividades de promoción para mantener el compromiso político y el apoyo financiero requeridos y, como elemento principal, mantener los niveles de inversión en los sistemas nacionales e internacionales para realizar el seguimiento de los recursos y los resultados.

73. La agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es una prioridad de liderazgo para la OMS por varias razones. En el momento en que se inicia el debate sobre la próxima generación de objetivos, desde las consultas preliminares ha quedado clara la importancia vital de que se extraigan enseñanzas de las experiencias adquiridas con los objetivos actuales. En 2012 comenzó un vigoroso debate sobre la próxima generación de objetivos para después de 2015, que no finalizará antes de los primeros años de este programa de trabajo. Sin embargo, los países, de todos los niveles de ingresos, han insistido en que el debate sobre los nuevos objetivos no debe menoscabar los esfuerzos que se están desplegando ahora mismo.

74. En segundo lugar, las actividades relativas a los objetivos constituyen uno de los modos principales en que la OMS contribuye a la lucha contra la pobreza y a favor de un mundo más equitativo. Por esa razón, la eliminación o la erradicación de una selección de enfermedades tropicales desatendidas figura dentro de esta prioridad, pues suponen una causa principal de discapacidad y de pérdida de productividad para algunas de las poblaciones más desfavorecidas del mundo.¹

75. En tercer lugar, la agenda asociada a los Objetivos de Desarrollo del Milenio integra las actividades emprendidas en toda la Organización, reuniendo bajo una única prioridad varios aspectos de la labor de la OMS, en particular la necesidad de construir sistemas de salud robustos e instituciones sanitarias eficaces, no por el mero hecho de que lo sean sino por ser este un modo de lograr resultados sanitarios sostenibles y equitativos.

76. En la configuración de la visión del próximo sexenio también aparecen prioridades concretas entre las actividades que llevará a cabo la OMS, en particular, la ultimación de la erradicación del poliovirus salvaje y el establecimiento de todo lo necesario para la fase final de la erradicación de la poliomielitis. A medida que las actividades en materia de VIH y sida vayan dejando de ser una respuesta de emergencia para convertirse en un modelo de prestación de servicios sostenible a largo plazo, la OMS se centrará en la elaboración de regímenes terapéuticos simplificados. En lo referente a la tuberculosis, la mejora del acceso a los tratamientos de primera línea en todos los países con alta carga de morbilidad seguirá siendo un aspecto decisivo para prevenir el aumento de la farmacorresistencia. En lo que se refiere al paludismo, el tamaño del mapa está disminuyendo pero es más difícil acceder a las poblaciones más expuestas y se va encareciendo la prestación de los servicios. Cada vez serán más importantes los tratamientos basados en un diagnóstico rápido y de alta calidad. Además, la OMS se habrá adelantado a los acontecimientos al proporcionar asesoramiento normativo cuando se disponga de una vacuna eficaz. Las vacunas son el instrumento más costoeficaz de que disponemos para reducir la mortalidad entre los niños (y cada vez más también entre los adultos). La agenda del

¹ Las prioridades concretas se exponen en la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades no transmisibles (*Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases: a roadmap for implementation*). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (documento WHO/HTM/NTD/2012.1).

programa general de trabajo, en consonancia con el Decenio de las Vacunas, se centrará en particular en velar por que la vacunación sirva de puerta de entrada para otros servicios de salud pública.

77. Los esfuerzos desplegados para reducir la mortalidad materna, del niño y del recién nacido serán un elemento fundamental para promover la salud y el bienestar a lo largo de todo el ciclo de vida, desde la concepción hasta la vejez. Como prioridades concretas cabe citar la planificación familiar, el desarrollo del niño en la primera infancia, la salud de los adolescentes y las 24 horas en torno al nacimiento (control del parto, administración de oxitocina después del parto; reanimación del recién nacido y comienzo temprano de la lactancia natural).

78. Una de las lecciones extraídas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es que la forma en que se definen los objetivos mundiales influye en el modo en que el mundo concibe el desarrollo. En consecuencia, los objetivos configuran las agendas políticas e influyen en las transferencias de recursos. Por esas razones, la OMS otorgará una prioridad especial a asegurar que la salud ocupe el lugar que le corresponde en la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015. En el debate entran en juego muchos aspectos distintos, pero pocos son quienes discrepan de que la salud contribuye directamente a la lucha contra la pobreza, se beneficia de la mejora de las políticas medioambientales y ofrece un modo robusto de medir los progresos realizados en los tres pilares del desarrollo sostenible. El reto consiste en elaborar una descripción que corresponda a una agenda sanitaria más amplia (en particular en relación con las enfermedades no transmisibles y los sistemas de salud) y evite la competencia entre distintos intereses sectoriales.

Hacer frente al reto de las enfermedades no transmisibles y la salud mental, la violencia, y los traumatismos y discapacidades

79. La justificación de esta prioridad de liderazgo es cada vez más obvia en lo que se refiere a la magnitud del problema, la demanda de liderazgo de la OMS por parte de los países y la existencia de un mandato claro convenido a escala internacional.

80. La creciente carga de enfermedades no transmisibles, incluidas la discapacidad, la violencia y los traumatismos, tendrá consecuencias sanitarias devastadoras para las personas, las familias y las comunidades y amenaza con desbordar los sistemas de salud. Citada como uno de los mayores riesgos mundiales de índole general por el Foro Económico Mundial, la inacción ante las enfermedades no transmisibles a corto plazo provocará inexorablemente inmensas pérdidas acumulativas de producción. Las consecuencias financieras para los sistemas de salud se corresponderán con el impacto económico general. En algunos países, el tratamiento de la diabetes puede consumir por sí solo hasta el 15% del presupuesto de atención de salud. Sin embargo, las sumas del orden de los US\$ 11 000 millones que se invierten ahora en intervenciones costoeficaces pueden prevenir daños futuros a las economías por valor de US\$ 47 billones para 2030. En breve, las medidas adoptadas ahora pueden demostrar hasta qué punto la mejora de la salud puede contribuir significativamente a la lucha contra la pobreza y a favor del desarrollo económico.

81. Cada año, más de cinco millones de personas mueren como consecuencia de actos de violencia y de traumatismos no intencionales. Una cuarta parte de esas muertes se deben a suicidios u homicidios, y otra cuarta parte a los accidentes de tránsito. La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. Otras causas de defunción importantes son las caídas, los ahogamientos, las quemaduras y las intoxicaciones.

82. Hay más de 1000 millones de personas con discapacidad en el mundo, lo que equivale al 15% de la población mundial. La prevalencia de la discapacidad está aumentando a causa del envejeci-

miento de la población y del aumento mundial de las enfermedades crónicas. En todo el mundo, las personas con discapacidad han de hacer frente a grandes barreras, tienen peor salud, y con frecuencia no reciben la atención médica que necesitan.

83. La expansión de las actividades en materia de enfermedades no transmisibles forma parte de la agenda del mundo entero. En los países de ingresos bajos y medianos, la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y de las afecciones de la salud mental aumenta no solo entre las personas mayores, un grupo cada vez más numeroso, sino también entre las que se encuentran en la edad más productiva. La tendencia destaca particularmente en África, donde se prevé que la carga de morbilidad debida a las enfermedades no transmisibles supere a la de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales en su conjunto, y que aquellas se conviertan en la causa más frecuente de defunción para 2030.

84. Durante los próximos seis años, la OMS se centrará principalmente en combatir las cuatro enfermedades no transmisibles principales¹ y sus factores de riesgo más importantes.² Los planteamientos que corresponden a los Estados Miembros, otros asociados y la Secretaría de la OMS se exponen en el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2013-2020.

85. En el marco de este plan, la prioridad de la OMS es pasar de la promoción a la acción multisectorial durante los próximos seis años. La mejora del control se centrará en la prevención, pero el apoyo técnico también pondrá de relieve el diagnóstico precoz de las enfermedades, la mejora del acceso a más productos farmacéuticos asequibles, la reducción del sufrimiento de quienes viven con enfermedades crónicas, el desarrollo de productos nuevos y tecnologías adecuadas para su utilización en entornos de recursos limitados y la simplificación de los regímenes terapéuticos que se proporcionan en el marco de la atención primaria de salud.

86. En lo que se refiere a la salud mental, la Secretaría se centrará en la información y la vigilancia, ampliando la base de datos probatorios relativos a las intervenciones de salud mental; apoyando a los Estados Miembros en la elaboración de políticas, estrategias e instrumentos jurídicos, centrándose en particular en la protección de los derechos; desarrollando e integrando los servicios de salud mental en el marco de la atención primaria, y proporcionando apoyo mental y psicosocial en las emergencias humanitarias.

87. En relación con la violencia y los traumatismos no intencionales, la Secretaría se centrará en ampliar la base de evidencias para su prevención, y en ampliar el apoyo a los Estados Miembros en lo referente a la vigilancia de estos problemas y las respuestas a ellos, así como al desarrollo de capacidades; las políticas y la planificación; la promoción; la programación de la prevención y la prestación de servicios, incluida atención traumatológica. En materia de discapacidad, la OMS expandirá sus actividades para mejorar los datos sobre las discapacidades, fortalecer los sistemas de salud para que faciliten tecnologías de rehabilitación y ayuda, y potenciar la rehabilitación de base comunitaria, en consonancia con el plan de acción de toda la OMS en materia de discapacidad, con la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad.

88. Sin embargo, es bien cierto que la realización de progresos respecto de todas las afecciones no transmisibles no puede depender exclusivamente del sector de la salud. Sí es el caso de muchas

¹ Enfermedades cardiovasculares, cáncer, neumopatías crónicas y diabetes.

² Consumo de tabaco, dietas malsanas, inactividad física y uso nocivo del alcohol.

afecciones sanitarias, pero el análisis de las causas y los determinantes de las enfermedades no transmisibles apunta a un espectro amplio y multiestratificado de determinantes interrelacionados, que van desde la exposición medioambiental a toxinas dañinas, hasta el régimen alimentario, el consumo de tabaco, la ingesta excesiva de sal y de alcohol y unos modos de vida cada vez más sedentarios. A su vez, estos determinantes están vinculados a los ingresos, la vivienda, el empleo, los transportes, las políticas agropecuarias y de educación, que por su parte están influidos por las características del comercio internacional, las finanzas, la publicidad, la cultura y las comunicaciones.

89. Es posible identificar potenciadores normativos respecto de cada uno de esos factores por separado, pero orquestar una respuesta coherente del conjunto de la sociedad sigue siendo uno de los mayores problemas de la acción sanitaria mundial y, por consiguiente, una de las prioridades de liderazgo de la OMS. Para tener éxito hará falta aplicar medidas de forma coordinada y multisectorial, a escala mundial, regional, nacional y local.

90. El cometido de la OMS queda bien ilustrado en las peticiones formuladas por los Estados Miembros en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en 2011: elaborar un marco mundial de vigilancia integral y recomendaciones para un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria; articular opciones normativas para reforzar y facilitar la acción multisectorial, también recurriendo a asociaciones eficaces; y desempeñar una función directiva y de coordinación en el fomento de la acción mundial en relación con la labor de los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas.

91. La labor de la OMS en esta esfera, que se asentará en gran medida en sus competencias normativas y de creación de capacidad, se vincula estrechamente con las actividades relativas a los determinantes sociales, en particular en relación con la nutrición (véase *infra*) y, lo que quizás sea más importante, es un ejemplo perfecto del cometido creciente de la OMS en la gobernanza sanitaria, en todos los niveles de la Organización.

Aplicación de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

92. La OMS ha asumido una función de liderazgo para establecer los sistemas que debe emplear la humanidad para defenderse de las conmociones que causa el mundo microbiano.

93. La naturaleza de esas conmociones es cada vez más variada, sobre todo en el campo de las zoonosis (la interfase entre el ser humano y los animales está hoy en el origen del 75% de las nuevas enfermedades). La protección sigue dependiendo de los sistemas y programas que obtienen información en tiempo real acerca de las enfermedades emergentes y epidemiógenas, contrastan los rumores, lanzan alertas tempranas y organizan respuestas internacionales inmediatas destinadas a contener las amenazas en su origen. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) es el instrumento jurídico clave necesario para lograr la seguridad colectiva. De todos modos, en el informe correspondiente a 2011 del Comité de Examen acerca del Reglamento en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 se llega a la conclusión de que el mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave o a cualquier otra emergencia de salud pública que sea igualmente mundial, sostenida y amenazadora.

94. El Reglamento Sanitario Internacional (2005), y otros elementos tales como el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, se centran en las amenazas para la salud pública. Sin embargo, las repercusiones de la prioridad que se otorgue a la aplicación de sus disposiciones serán amplias. Este planteamiento es coherente con la tendencia señalada en el capítulo 1 a favor de que la gestión de los riesgos en las emergencias sea más holística e integre la prevención, la reducción de los riesgos en

las emergencias, la preparación, la vigilancia, la respuesta y la recuperación, y, de ese modo, reduzca la mortalidad, la morbilidad y el desmoronamiento de las estructuras sociales y el impacto económico que pueden causar las epidemias, las catástrofes naturales, los conflictos y las emergencias medioambientales y relacionadas con los alimentos.

95. La prioridad otorgada a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se ve respaldada también por la constatación de que los países y las comunidades que invierten en la reducción de los riesgos, la preparación y el manejo de las emergencias son más resilientes a otros desastres y tienden a responder de forma más eficaz, independientemente de la causa de la amenaza. Sin embargo, sigue habiendo grandes y preocupantes diferencias entre los Estados Miembros en cuanto a su capacidad de preparación y respuesta ante las amenazas agudas y a más largo plazo.

96. A efectos prácticos, la Secretaría proporcionará a los países el apoyo necesario para que establezcan las capacidades básicas que se les exige en el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) antes de que venza el plazo de 2016, y que se refieren a los aspectos siguientes: legislación, política y financiación nacionales; coordinación y comunicación del Centro Nacional de Enlace; vigilancia; respuesta; preparación; comunicación de riesgos; recursos humanos; y laboratorio. La OMS prestará apoyo a las actividades nacionales y la notificación de los progresos realizados. Además, la OMS reforzará sus propios sistemas y redes para asegurar que la respuesta a las futuras emergencias de salud pública sean rápidas y estén bien coordinadas. En particular ello consistirá en seguir desarrollando y manteniendo la integridad de los sistemas de orientación normativa y de gestión de la información y las comunicaciones a escala mundial, regional y de país necesarios para detectar, verificar, evaluar y coordinar la respuesta a los eventos graves de salud pública, cuando y donde se registren.

Aumento del acceso a productos médicos esenciales, de gran calidad, eficaces y asequibles

97. Las nuevas tecnologías son muy prometedoras: podrían mejorar la eficacia de los profesionales de la salud y la eficiencia de los servicios de salud, y aumentar la sensibilidad de la población hacia los riesgos y los recursos que pueden influir en su salud. La realización de progresos para atender muchas de las necesidades sanitarias más acuciantes del mundo exige que se disponga de nuevos medicamentos, vacunas y productos de diagnóstico. Al mismo tiempo, la creciente demanda de los productos más nuevos y mejores puede contribuir a disparar los costos. El valor de la tecnología sanitaria no se puede juzgar aislándola del sistema de salud en que se utiliza. Los historiales médicos electrónicos pueden mejorar la calidad de la atención, con las salvaguardias adecuadas que aseguren la confidencialidad. Los adelantos científicos, el comportamiento ético y la reglamentación tienen que ir de la mano para asegurar que el desarrollo tecnológico atiende de forma ética las necesidades sanitarias de los pobres.

98. La equidad de la salud pública depende particularmente del acceso a unas tecnologías médicas de gran calidad y asequibles: medicamentos, vacunas, medios diagnósticos y otros procedimientos y sistemas. Por consiguiente, aumentar el acceso a esos productos es una prioridad estratégica durante el periodo de vigencia del Duodécimo Programa General de Trabajo.

99. Unos precios más asequibles alivian los presupuestos de salud en general, pero sobre todo en los países en desarrollo, donde son demasiadas las personas que tienen que pagar los gastos médicos de su bolsillo. El acceso a unos medicamentos asequibles es aún más importante si tenemos en cuenta la carga creciente de enfermedades no transmisibles, ya que puede que los tratamientos se necesiten de por vida. Además, la disponibilidad de medicamentos esenciales en las fases tempranas de la enfermedad puede prevenir consecuencias, y costos, más graves más adelante.

100. La mejora del acceso a los productos médicos es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. Mejorar la eficiencia y reducir el despilfarro son componentes importantes de las políticas de financiación de la salud. Asimismo, las estrategias para mejorar el acceso se tienen que vincular con la garantía de la seguridad y la calidad de todos los productos médicos, incluidas las actividades realizadas en el sector de la salud y otros sectores para prevenir que siga aumentando la resistencia a los antimicrobianos.

101. En la práctica, la OMS seguirá promoviendo la adquisición y prescripción racionales, que favorecen un mayor uso de genéricos en detrimento de las marcas de origen. Continuará su actividad normativa referente a la nomenclatura, prácticas adecuadas de fabricación, establecimiento de patrones biológicos, especificación de productos y selección de medicamentos esenciales, medios de diagnóstico y otras tecnologías sanitarias. Promoverá la investigación y desarrollo de los productos médicos que necesitan los países de ingresos bajos y seguirá aplicando la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Seguirá apoyando las negociaciones tendientes a establecer mecanismos de prevención y control de los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación.

102. Otras actividades se referirán a la innovación, para lograr tecnologías sanitarias asequibles de uso en salud de la madre y el niño así como todas las que precisan las personas de edad y quienes viven con enfermedades crónicas con el fin de respaldar su independencia y para que superen la discapacidad. Un tema transversal puede ser la atención prestada a la creación de las condiciones necesarias para aumentar la autorresponsabilidad, especialmente en los países de la Región de África. Cuando la producción local ofrece posibilidades reales de aumentar el acceso y la asequibilidad, la OMS prestará apoyo a la transferencia de tecnología. Ya existen redes regionales de investigación, desarrollo e innovación. Por consiguiente, en muchos países lo que falta es una capacidad adecuada de reglamentación nacional. Un elemento principal de esta prioridad será establecer entes nacionales de reglamentación, y darles respaldo, para reducir progresivamente el recurso a los programas de precalificación mundial para facilitar la entrada en el mercado de los fabricantes del mundo en desarrollo.

La actuación sobre los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud, un medio para reducir las inequidades sanitarias entre los países y dentro de ellos

103. Las actividades sobre los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud no son novedad en la OMS. Sus orígenes se pueden remontar hasta la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de la salud. Del mismo modo, la decisión de la OMS de controlar el tabaco por conducto del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ilustra un planteamiento que afronta uno de los determinantes de mortalidad y discapacidad más letales, y no meramente sus consecuencias biomédicas. Las actividades sobre los determinantes sociales han recibido una atención y un impulso renovados como consecuencia de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, celebrada en septiembre de 2011, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Río de Janeiro en octubre de 2011.¹

¹ En la Declaración Política emanada de la Conferencia Mundial se determinan cinco áreas de acción en las que se pide a la OMS que preste apoyo a los Estados Miembros en lo siguiente: 1) la mejora de la gobernanza en pro de la salud y el desarrollo; 2) la participación en la formulación y aplicación de las políticas; 3) la reorientación del sector de la salud con miras a promover la salud y reducir las inequidades sanitarias; 4) el fortalecimiento de la gobernanza y la coordinación; 5) la vigilancia de los progresos realizados y el refuerzo de la rendición de cuentas.

104. Los determinantes sociales de la salud constituyen un *planteamiento* y un modo de reflexionar sobre la salud que requiere el reconocimiento explícito de una amplia gama de determinantes sociales, económicos y de otra índole que están asociados con la mala salud y con la inequidad de los resultados sanitarios. Su finalidad es mejorar los resultados sanitarios y aumentar la esperanza de vida sana. Por consiguiente, la aplicación amplia de este planteamiento, en consonancia con el título del proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo y una diversidad de ámbitos de actividad del conjunto de la OMS, es una prioridad estratégica por derecho propio para los próximos seis años.

105. Esta prioridad tiene varias repercusiones prácticas. Se trata de la necesidad de crear capacidad e instrumentos para asegurar la coherencia normativa con el fin de integrar el planteamiento de los determinantes sociales en la Secretaría y los Estados Miembros. Además, en una amplia diversidad de actividades técnicas se afrontarán los determinantes de la salud y se promoverá la equidad. Se abarcan aquí desde las actividades sobre sistemas sociales de protección de la salud hasta la preparación ante desastres, establecimiento de patrones en relación con las amenazas medioambientales, cambio climático, políticas de energía y transporte, inocuidad de los alimentos, nutrición, acceso a agua potable y saneamiento, y otras muchas. Además, gran parte de las actividades relativas a las enfermedades no transmisibles se basa en el concepto de que la salud, y la disminución de la exposición a factores de riesgo y determinantes clave, es un resultado de las políticas que se aplican en otros sectores y es una expresión concreta del planteamiento que el conjunto del gobierno o el conjunto de la sociedad adoptan respecto de la salud. Del mismo modo, algunos productos tienen como objetivo aumentar la equidad en el acceso y los efectos, en particular en relación con el desarrollo en la primera infancia, la organización de los servicios de atención sanitaria y la obtención y difusión de datos sanitarios. En cada parte del presupuesto por programas se indicarán de forma destacada los productos que hacen frente a los determinantes sociales y de otra índole, para poner de relieve el ámbito que abarcan.

106. En el planteamiento de la salud basado en los determinantes sociales, articulado en la Declaración Política de Río, está implícita la necesidad de que mejore la gobernanza de la salud, dentro de los gobiernos nacionales así como en relación con el número cada vez mayor de agentes que participan en el sector de la salud. Es lo que suele denominarse gobernanza sanitaria. Del mismo modo, el planteamiento basado en los determinantes sociales promueve la gobernanza en otros sectores de un modo tal que afecta positivamente a la salud del ser humano, lo que suele denominarse gobernanza para la salud. Esta última perspectiva queda bien ilustrada en el planteamiento sobre las enfermedades no transmisibles que abarca al conjunto de la sociedad, así como en una declaración realizada en 2010 por los ministros de relaciones exteriores de los siete países que participaron en la iniciativa de Política Exterior y Salud Mundial:¹ «*Las esferas de la política exterior tales como la construcción de la seguridad y la paz, la respuesta humanitaria, el desarrollo social y económico, los derechos humanos y el comercio influyen fuertemente en los resultados sanitarios*». ² En el siguiente capítulo se habla más detenidamente de la gobernanza sanitaria.

¹ Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia.

² Declaración Ministerial de Oslo (2007).

CAPÍTULO 4

GOBERNANZA Y GESTIÓN

107. En el presente capítulo se abordan dos prioridades vinculadas con dos de los tres componentes de la reforma de la OMS.

Reforzar la función de gobernanza de la OMS: Mayor coherencia en el ámbito de la salud mundial, dentro del cual la OMS desempeñe un papel de coordinación y dirección que permita a toda una serie de agentes contribuir de manera más eficaz a la salud de todos los pueblos.

Reformar las políticas, sistemas y prácticas de gestión: Una organización que aspire a la excelencia; que sea eficaz, eficiente, receptiva, objetiva, transparente y responsable.

La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial

108. En el capítulo 1 se señalaron algunos de los retos que se plantean en relación con la gobernanza de la acción sanitaria mundial. En resumen:

- cada vez hay más cuestiones relacionadas con la salud sobre las que es preciso lograr acuerdos basados en negociaciones cuidadosas que permitan equilibrar los aspectos técnicos y políticos;
- la mayor diversidad de agentes que participan en la acción sanitaria mundial supone un reto para la OMS como órgano rector y coordinador en esa materia;
- y cada vez hay más interés en velar por que la gobernanza en otros sectores y en distintos ámbitos normativos permita evitar medidas perjudiciales para la acción sanitaria e, idealmente, tenga un impacto positivo en esta.

109. Con respecto a este último punto, en la sección sobre los determinantes sociales se hizo una distinción entre la gobernanza sanitaria, que es principalmente una función de coordinación, orientación y coherencia interna, y la gobernanza en otros sectores en interés de la salud, que es una función de promoción que incorpora el enfoque de todo el gobierno y toda la sociedad para mejorar la salud. Son dos funciones que la OMS debe desempeñar. Por último, es importante reconocer que la función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial no se ejerce únicamente en la Sede, sino cada vez más también a nivel regional y en los países.

110. Las reformas abordan la gobernanza de la acción sanitaria tanto desde la perspectiva de los órganos deliberantes de la OMS y del papel de esta en la coordinación entre los diversos agentes que participan en el ámbito de la salud como su función en la gobernanza de la acción sanitaria.

Reforma de los órganos deliberantes

111. Los objetivos de las reformas de los órganos deliberantes se basan en el reconocimiento de que, si bien la gobernanza de la OMS que han ejercido los Estados Miembros ha dado buenos resultados en el pasado, el cambio de contexto, las nuevas demandas y el aumento del número de agentes que intervienen en la acción sanitaria mundial obligan a modificar el modo de gobierno de la pro-

pia Organización. Con respecto a la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y los comités regionales, el objetivo de la reforma consiste en fomentar un enfoque más estratégico y disciplinado del establecimiento de prioridades, mejorar la supervisión estratégica de los aspectos programáticos y financieros de la Organización, armonizar y alinear los procesos de gobernanza en toda la Organización y mejorar la eficiencia y la capacidad de inclusión en aras del consenso intergubernamental mediante el fortalecimiento de los métodos de trabajo de los órganos deliberantes.

112. En lo que se refiere al Consejo Ejecutivo, las reformas se centrarán en el fortalecimiento de sus funciones tanto ejecutivas y de supervisión como estratégicas y en la racionalización de sus métodos de trabajo. En el caso de la Asamblea de la Salud, el fortalecimiento de su función estratégica contribuirá a velar por que las resoluciones favorezcan la mejora del establecimiento de prioridades. La labor de los comités regionales se vinculará más estrechamente con la gobernanza mundial de la OMS, en particular con los trabajos del Consejo Ejecutivo, y en el conjunto de las regiones se uniformizarán las prácticas óptimas. Para complementar estos cambios, la Secretaría mejorará su apoyo a las funciones de gobernanza de la OMS, incluso poniendo al corriente a los nuevos miembros y presentando documentos de una calidad aún mayor, y más puntualmente.

113. Una consecuencia del aumento del interés político por la salud y el reconocimiento de la conexión de la salud con otras muchas esferas de las políticas sociales y económicas es la creciente demanda de procesos intergubernamentales, y no puramente técnicos, para lograr acuerdos duraderos y abarcadores. En el proyecto de programa general de trabajo se prevé que probablemente esa demanda no disminuya. En consecuencia, la OMS establecerá las capacidades necesarias para preparar las reuniones, poner al corriente a los participantes y gestionar esos procesos con la mayor eficacia posible.

114. Otra cuestión vinculada con la reforma de los órganos deliberantes se refiere a la presentación de informes de países. Para que la toma de decisiones tanto nacional como mundial se apoye en una base evidencial más sólida, la OMS racionalizará y reforzará la presentación de informes de países sobre datos, legislación y políticas en materia de salud, así como sobre la aplicación de las resoluciones de la Asamblea de la Salud, mejorando la utilización de la moderna tecnología de la información con el fin de reunir y difundir esta información.

Alianzas acogidas

115. Como primer paso para ampliar la función de supervisión de los órganos deliberantes de la OMS, en 2013 se acordó que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo velaría por que los arreglos relativos a las alianzas acogidas por la Organización se examinaran periódicamente caso por caso. Ese examen debía abarcar las contribuciones de dichas alianzas para mejorar los resultados sanitarios, así como la eficacia de sus interacciones con la OMS. Posteriormente, el Comité debía formular las recomendaciones necesarias al Consejo, para lo cual se incluiría un punto permanente en el orden del día de las reuniones del Consejo.

Agentes no estatales

116. Otro elemento de la reforma se refiere al compromiso de la OMS con una amplia variedad de agentes no estatales, que abarca desde organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y alianzas hasta fundaciones, instituciones académicas y entidades del sector privado, las cuales influyen, de diferentes maneras, en la acción sanitaria mundial. Su función rectora en materia de orientación y coordinación entraña lógicamente la necesidad de comprometerse con estas

entidades. Pero, si bien son evidentes los beneficios que puede reportar una red de relaciones más amplia, también existen riesgos importantes que han de evitarse, en particular para salvaguardar la función normativa de la OMS frente a cualquier tipo de intereses creados. Cuando se preparó el programa general de trabajo aún no había concluido la elaboración de los principios y las prácticas que regirán la relación con los diferentes tipos de agentes no estatales, y que han de basarse, además, en el reconocimiento de que la interacción con estos agentes tiene finalidades diferentes en los distintos contextos. La idea es que esos principios, procedimientos y mecanismos de supervisión se establezcan lo antes posible durante el sexenio.

Fortalecimiento de la función de la OMS en la gobernanza para la salud

117. En la práctica, la función de la OMS en la gobernanza para la salud se expresa de múltiples maneras, entre ellas desde dos perspectivas diferentes que revisten importancia para el programa general de trabajo: posicionar y promover la salud en una variedad de procesos mundiales, regionales y nacionales, y consolidar la vinculación entre la función de la OMS en la gobernanza y las seis prioridades de liderazgo.

Posicionamiento y promoción de la salud

118. La OMS se centrará en la promoción del interés por la salud en diversos foros intergubernamentales (de política exterior, negociaciones sobre comercio, derechos humanos, acuerdos sobre cambio climático, entre otros) cuya ocupación principal no es la salud pero cuyas decisiones pueden repercutir en los resultados sanitarios. La función de la OMS en esas interacciones consistirá en utilizar datos probatorios y ejercer su influencia para velar por que se obtengan resultados sanitarios más positivos. Además, la OMS seguirá promoviendo la importancia de la salud en la respuesta humanitaria de las Naciones Unidas por conducto del Comité Permanente entre Organismos, en la Asamblea General de las Naciones Unidas y en el Consejo Económico y Social, la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación y otros órganos, tales como el G8 y el G20. La aplicación de estos enfoques requiere una labor de alto nivel gubernamental para llegar incluso a los ministros de relaciones exteriores y de hacienda y a los jefes de estado y de gobierno.

119. *La agenda para el desarrollo después de 2015:* La formulación de la nueva generación de objetivos mundiales tendrá una gran influencia en las prioridades y la financiación del desarrollo en los años venideros. Garantizar que la salud ocupe una posición preeminente y que su función esté claramente articulada constituye un importante reto para la gobernanza de la acción sanitaria y una prioridad para la OMS. El contexto en el que se están llevando a cabo las negociaciones es fluido y complejo, y en el compiten los muchos intereses sectoriales que tratan de estar representados. El proceso de consulta en curso requiere que la Organización esté alineada a todos los niveles y que sea coherente en los mensajes que envía y en su interacción con los Estados Miembros y otras partes interesadas.

120. *Salud y desarrollo sostenible:* Los preparativos de la Conferencia Río+20, celebrada en junio de 2012, ilustraron otro aspecto de la labor de la OMS en materia de gobernanza: la importancia de generar sinergias eficaces entre la Secretaría, los Estados Miembros y otras partes interesadas a la hora de promover los intereses sanitarios. En el primer proyecto de documento final de Río+20 la salud solo se mencionó de pasada. Por consiguiente, la Secretaría de la OMS en la Sede y en las regiones trabajó con los Estados Miembros en Ginebra y Nueva York, así como con grupos de organizaciones no gubernamentales, con el fin de elaborar argumentos convincentes sobre el papel de la salud, los cuales finalmente fueron utilizados por los negociadores de Río. En el texto final se men-

cionan prácticamente todos los problemas que preocupan a la OMS.¹ En el seguimiento de los resultados de Río+20, la salud constituye un vínculo importante entre el proceso de formulación de los objetivos de desarrollo sostenible y el programa para el desarrollo después de 2015. Además, la colaboración con otros sectores –energía sostenible, agua y saneamiento, cambio climático y adaptación a sus efectos, seguridad alimentaria y nutrición– está poniendo de manifiesto la utilidad de los indicadores sanitarios para evaluar los progresos con respecto a las tres dimensiones del desarrollo sostenible.

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

122. *Cooperación al desarrollo después de Busán:* Como se mencionó en el capítulo 1, la Alianza de Busán para la Cooperación Eficaz al Desarrollo, formada después de la reunión sobre desarrollo celebrada en la República de Corea en noviembre de 2011, considera que el marco basado en la «ayuda» ha dado paso a un consenso internacional más amplio y participativo que hace hincapié en la creación de alianzas para la cooperación, en particular en las relaciones Sur-Sur y triangulares. En el contexto de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de acción de Accra, la OMS ha velado por que la salud desempeñase un papel rector e indicador. A través de iniciativas como la Alianza Sanitaria Internacional y Armonización para la Salud en África, ha demostrado que, pese a la gran diversidad de agentes, es posible mejorar la coordinación de las actividades relacionadas con las estrategias nacionales de salud. Estos planteamientos se extienden más allá de las Naciones Unidas para englobar a organismos bilaterales de desarrollo, bancos de desarrollo y organizaciones no gubernamentales, y pueden generar mejoras tanto con respecto a la eficacia como a los resultados sanitarios. A medida que se vaya plasmando la alianza después de Busán, la OMS desempeñará un papel activo para demostrar la vinculación entre la mejora de la gobernanza de la acción sanitaria y la obtención de resultados con arreglo a unas modalidades que pueden servir de ejemplo para otros sectores.

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

123. *Salud e integración económica regional*: En todo el mundo se observa una tendencia cada vez mayor a la integración regional y subregional. Si bien muchas de esas instituciones tienden a centrarse primordialmente en el desarrollo económico, también tienen capacidad para influir en la política sanitaria y social. La Unión Europea, por ejemplo, coordina algunos aspectos de política exterior cuyo alcance la convierte en uno de los principales participantes en la acción sanitaria mundial. Es probable que otros organismos regionales sigan pronto ese camino. La OMS debe desempeñar un papel cada vez más importante en la creación de redes de relaciones con bancos de desarrollo regionales, agrupaciones políticas regionales y subregionales y las comisiones económicas de las Naciones Unidas. Los bancos de desarrollo y las comisiones económicas tienen la ventaja particular de ser capaces de reunir a los ministros de salud y de hacienda.

Gobernanza sanitaria y prioridades de liderazgo de la OMS

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

125. Como se señaló en el capítulo 3, la labor en materia de enfermedades no transmisibles ilustra la importancia de la influencia de otros sectores y, por ende, de la gobernanza en pro de la salud. Asimismo, en los resultados sanitarios relativos a las enfermedades no transmisibles influye una gran variedad de determinantes sociales, económicos y ambientales, que están interrelacionados y operan en diferentes niveles. Como se ha mencionado antes, aunque sería posible definir instrumentos normativos para cada uno de esos factores, la elaboración de una respuesta coordinada entre distintas sociedades sigue siendo uno de los mayores problemas con que se enfrenta la gobernanza de la acción sanitaria mundial.

126. La cobertura sanitaria universal es importante desde el punto de vista de la gobernanza de la salud en dos aspectos. En primer lugar, a nivel nacional representa un objetivo importante para todos los países que procuran fortalecer o reformar sus sistemas de salud. En segundo lugar, en el debate acerca de la manera de lograr que la salud ocupe un lugar destacado en la agenda para el desarrollo después de 2015, ofrece la posibilidad de convertirse en un objetivo unificador que, a la vez que promueve la equidad y los derechos, tiene en cuenta el interés por concluir la labor emprendida con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y reconoce la necesidad de combatir las enfermedades no transmisibles y otras causas de la mala salud.

127. Hay otras dos prioridades de liderazgo que ponen de relieve otro aspecto de la función de la OMS en la gobernanza sanitaria: el hecho de que la negociación de instrumentos internacionales

¹ Fidler, D. *The Challenges of Global Health Governance*, Consejo de Relaciones Exteriores, mayo de 2010.

ha de estar vinculada con la creación de capacidad de aplicación en los países. Esto es particularmente cierto en el caso del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El Reglamento constituye el instrumento jurídico fundamental necesario para garantizar la seguridad sanitaria colectiva, pero su eficacia depende de que los países dispongan de los medios necesarios para detectar, notificar y combatir cualquier amenaza nueva o emergente para la salud pública de importancia internacional.

128. Asimismo, los esfuerzos desplegados con el fin de aumentar el acceso a productos médicos se han visto influidos por varios acuerdos internacionales, como la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública (y su incorporación al Acuerdo sobre los ADPIC), y la posterior Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Se están elaborando otros procesos de gobernanza relacionados con los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación. Ahora bien, al igual que ocurre con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la plena eficacia de las decisiones en materia de gobernanza dependerá de la creación o el fortalecimiento de las instituciones nacionales y regionales necesarias para aplicar las decisiones y de que los acuerdos se pongan en práctica.

Creación de capacidad de gobernanza

129. Una característica común a todos los aspectos de la gobernanza es la necesidad de crear capacidad en todos los niveles de la Organización para aumentar su eficacia en la gestión de estas cuestiones. Por una parte, la Secretaría debe reforzar su propia capacidad y, por otra, prestar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten.

130. Para la Secretaría, las medidas encaminadas a aumentar la capacidad abarcarán el fomento de una comprensión más precisa de la función de la OMS tanto en la Organización como en el sistema internacional más amplio, a fin de que el personal técnico y de gestión pueda entender mejor las repercusiones que tienen en su labor las cuestiones relacionadas con la gobernanza. Concretamente, la capacitación en diplomacia sanitaria, que ya se imparte obligatoriamente a los representantes de la OMS, se extenderá a otras partes de la Organización. Esta capacitación debe abarcar el uso de instrumentos de otras disciplinas, como las relaciones internacionales y las ciencias políticas, para mejorar el análisis de los sistemas complejos y la determinación de las partes interesadas.

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

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

Reforma de las políticas, los sistemas y las prácticas de gestión

133. La reforma de la gestión en la OMS consta de muchos elementos, varios de los cuales se pondrán en práctica antes de que comience el periodo de vigencia del programa general de trabajo. En esta sección del documento se destacan, por consiguiente, las prioridades de la agenda general de gestión que tendrán una importancia decisiva en la configuración del desempeño de la OMS durante los seis años de vigencia del programa de trabajo.

Alineamiento institucional: Sede y oficinas regionales, subregionales y en los países

134. El desempeño se ve afectado por las relaciones entre los diferentes niveles de la OMS. Se distinguen en él dos elementos fundamentales, ambos de importancia decisiva. En primer lugar, para formular políticas y estrategias y adoptar posiciones acerca de asuntos relacionados con la acción sanitaria mundial es preciso fomentar las sinergias y alinear las actividades. Asimismo, tiene que haber uniformidad en la aplicación de la reglamentación relativa a los recursos humanos y las cuestiones financieras, así como en los procedimientos administrativos y de presentación de informes. A este respecto, en todas sus partes la OMS ha de funcionar como una organización única. Sin embargo, la diferenciación y la división del trabajo son fundamentales cuando se trata de definir las tareas, las actividades y los resultados concretos. Sin esa diferenciación, es imposible definir con claridad las responsabilidades de la gestión o establecer un marco de rendición de cuentas eficaz.

135. Distintos elementos de la reforma se ocupan de esos dos aspectos del alineamiento. Para lograr un liderazgo y una gobernanza sanitarias eficaces es imprescindible que todas las partes de la OMS se atengan al mismo guión, ya se trate de la reforma de las Naciones Unidas, la definición de nuevos objetivos para el desarrollo, la elaboración de estrategias para mejorar el acceso a los medicamentos u otras cuestiones. Por el contrario, los medios para reforzar y especificar con claridad la diferenciación y la división del trabajo en cada nivel de la OMS son los nuevos sistemas de planificación, presupuestación y asignación de recursos (según se explica en el capítulo 2).

Refuerzo del desempeño en los países

136. El liderazgo de la OMS en los países es un componente particularmente importante del programa de reforma. Por consiguiente, este componente abarca los servicios normativos, de gestión, de desarrollo del personal y de administración que potencian la eficacia de las oficinas de la OMS en los países, zonas y territorios, y que, de una manera más general, configuran la cooperación de la OMS con los países donde esta no tiene presencia física. En la práctica, ello entraña actualizar periódicamente los procesos y los instrumentos necesarios para elaborar estrategias de colaboración en los países y, en particular, centrarse mucho más en los distintos aspectos de la colaboración, para que en el futuro desempeñen una función más importante en el establecimiento de prioridades. En todos los casos, la estrategia de cooperación en el país tiene que alinearse estrechamente con las políticas, estrategias y planes nacionales de salud y, cuando corresponda, sus elementos clave se deben incorporar en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo.¹

137. Más allá de la estrategia de cooperación en los países, es preciso facilitar el flujo de información tanto hacia las oficinas en los países como desde ellas y entre ellas, proporcionando al mismo tiempo las orientaciones técnicas que sean necesarias y manteniendo informadas a todas las oficinas

¹ También se elaborarán estrategias de cooperación en algunos países donde la OMS carece de oficina.

en los países acerca de las novedades registradas a nivel de toda la Organización. El incremento de la conectividad a fin de potenciar la autonomía de las oficinas en los países que tratan de acceder a conocimientos y recursos tanto de las distintas partes de la OMS como de otras fuentes es un aspecto esencial del enfoque que la Organización adoptará para fomentar la eficacia de su presencia en los países en el futuro.

138. El liderazgo en los países requiere coherencia entre las necesidades de los países, las prioridades de la OMS (indicadas en la estrategia de cooperación con el país) y la dotación de personal, la combinación de aptitudes y la clasificación de la oficina en el país. Por último, para fortalecer la capacidad de liderazgo de la OMS en los países es preciso contar con servicios de desarrollo del personal que respondan a las necesidades de sus oficinas en los países (en particular en materia de diplomacia sanitaria, como ya se ha señalado), reforzar los procesos de selección de los jefes de las oficinas y establecer listas de posibles candidatos para esos puestos.

Comunicaciones estratégicas y gestión de los conocimientos

139. El acceso a datos actualizados, el asesoramiento técnico y el conocimiento de los países seguirá siendo fundamental para generar y mantener la competencia profesional del personal de la OMS en todos los niveles de la Organización. Los medios para asegurar ese acceso y difundir y manejar información pertinente para los profesionales cambian rápidamente. Una estrategia moderna de gestión de los conocimientos se centrará en un uso costoeficaz de tecnologías gracias a las cuales el personal pueda crear, adquirir, almacenar, recuperar, utilizar y compartir conocimientos pertinentes para sus actividades profesionales. Como ya se ha señalado, se trata de un factor esencial para garantizar la eficacia de la presencia en los países.

140. La gestión de los conocimientos también abarca las políticas y los sistemas necesarios para coordinar las relaciones de la OMS con los centros colaboradores, los cuadros y comités de expertos, para la comunicación con los Estados Miembros y las notificaciones que estos le envían, y para garantizar la calidad y la accesibilidad de los materiales que publica la Organización.

141. La salud es una cuestión de interés público y político en todo el mundo. La complejidad creciente del panorama institucional, la incorporación de nuevos agentes que influyen en la adopción de decisiones relativas a la salud, la cobertura permanente de los medios de comunicación y la creciente demanda de los donantes, los políticos y el público en general de que se muestre con claridad el impacto de la labor de la OMS requieren una labor de comunicación ágil, eficaz y bien coordinada. Los elementos esenciales de la estrategia de comunicación consisten en garantizar un servicio capaz de responder a grandes aumentos de la demanda en casos de emergencia, en aplicar un enfoque más proactivo en la colaboración con el personal y los medios de comunicación para explicar la función de la OMS y el impacto de su labor, y en evaluar periódicamente la percepción de la OMS por el público y las partes interesadas.

Rendición de cuentas, gestión de los riesgos y transparencia

142. Uno de los objetivos esenciales de la reforma de la OMS es lograr una gestión y evaluación de los riesgos más eficaz e integral. Para conseguir ese objetivo, este componente abarca una variedad de servicios fundamentales. Esos servicios se basan en un registro de riesgos que comprende todos los aspectos de la gestión de riesgos, con procesos establecidos para velar por que se actualice periódicamente y se presenten a la consideración del personal directivo superior de la OMS informes sobre observancia y sobre mitigación de riesgos. Para lograr que el sistema de gestión de los riesgos

funcione eficazmente se reforzarán los servicios de auditoría interna y supervisión y se creará una nueva Oficina de Ética, cuya labor se centrará en la observancia de las normas éticas de conducta del personal velando por la aplicación de las normas de trabajo más estrictas (en particular en relación con los conflictos de intereses y la divulgación de información financiera). La gestión de los riesgos en la Secretaría está respaldada por el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión que, además, se encarga de vincular los servicios de supervisión interna con los órganos deliberantes de la OMS, por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración. Por último, este aspecto de la reforma abarca tanto una función de supervisión de la evaluación como la promoción de su integración en todos los niveles de la OMS y la facilitación de los estudios de evaluación independientes.

CAPÍTULO 5

ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJOS, MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS Y VIGILANCIA DEL DESEMPEÑO

143. En el presente capítulo se establece el marco que se aplicará para organizar la labor de la OMS durante el periodo de vigencia del programa general de trabajo. Se explica con cierto detalle la cadena de resultados y la teoría del cambio en que se basa. Se señalan todos los impactos y efectos resultantes de la labor de la OMS y se complementa la información suministrada en el capítulo 3 sobre la relación entre la cadena de resultados formal y las prioridades de liderazgo. Por último, se describe el nuevo método de vigilancia y evaluación que se aplicará para evaluar los diferentes aspectos del desempeño de la OMS.

Organización: categorías de trabajo y áreas programáticas

144. En una reunión celebrada en febrero de 2012, los Estados Miembros acordaron que la labor de la OMS se organizaría en función de un número limitado de categorías de trabajo. Cinco de esas categorías son programáticas y clasifican las distintas actividades técnicas de la Organización, mientras que la sexta abarca todos los servicios corporativos. Dichas categorías se definieron como sigue:

- **Enfermedades transmisibles:** reducir la carga de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas.
- **Enfermedades no transmisibles:** reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, incluidas las cardiopatías, el cáncer, las neumopatías, la diabetes y los trastornos mentales, así como la discapacidad y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de todos los factores de riesgo de dichas enfermedades.
- **Promover la salud a lo largo del ciclo de vida:** reducir la morbilidad y la mortalidad y mejorar la salud durante el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la niñez y la adolescencia; mejorar la salud sexual y reproductiva, y promover un envejecimiento en actividad y sano, teniendo en cuenta la necesidad de abordar los determinantes de la salud y las metas de desarrollo acordadas a escala mundial, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.
- **Sistemas de salud:** respaldar el fortalecimiento de los sistemas de salud, concediendo especial atención a la prestación de servicios integrados; la financiación para lograr la cobertura sanitaria universal; el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud; los sistemas de información sanitaria; el fomento de la transferencia de tecnologías; la promoción del acceso a productos médicos asequibles, de buena calidad, seguros y eficaces, y la promoción de la investigación sobre los sistemas de salud.
- **Preparación, vigilancia y respuesta:** apoyar la preparación, la vigilancia y la respuesta eficaz a los brotes epidémicos y a las emergencias agudas de salud pública, así como la gestión eficaz de los aspectos de los desastres humanitarios relacionados con la salud para contribuir a mantener la seguridad sanitaria.

- **Servicios corporativos/funciones instrumentales:** asegurar el liderazgo institucional y los servicios corporativos necesarios para mantener la integridad y el funcionamiento eficaz de la Organización.

145. Las categorías –tanto las cinco de carácter técnico como la de servicios corporativos– se dividen en áreas programáticas que constituyen el marco organizador del presupuesto por programas.

146. Las áreas programáticas técnicas se determinaron mediante un proceso iterativo de establecimiento de prioridades que se llevó a cabo en diferentes niveles. Según lo indicado en el capítulo 3, los criterios se utilizaron colectivamente con miras al establecimiento de las prioridades de liderazgo de la OMS. Además, la aplicación de los criterios para el establecimiento de prioridades a las cinco categorías de trabajo –haciendo hincapié en las necesidades de los distintos países y en la situación sanitaria del momento– en las cinco categorías de trabajo también sirvió de base para elaborar el marco programático que se describe en el proyecto de presupuesto por programas. De esta manera, gracias a la aplicación de dichos criterios en cada categoría fue posible reducir el conjunto de las tareas que la OMS podría realizar centrándose en las que efectivamente ha de realizar.

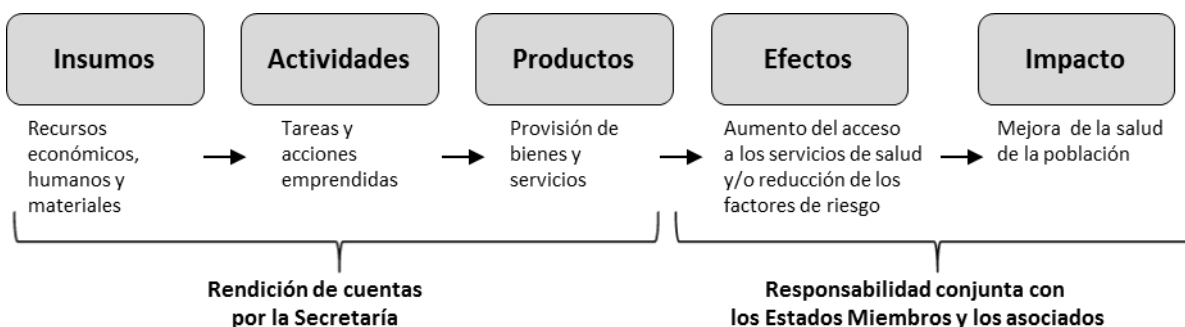
147. Por último, la aplicación de esos criterios, con su especial hincapié en la existencia de intervenciones basadas en datos probatorios y de instrumentos acordados internacionalmente, así como en la ventaja comparativa de la OMS, influyó en la definición del interés prioritario y la orientación de la OMS en las distintas áreas programáticas. Los productos descritos en el proyecto de presupuesto por programas son la expresión de ese interés prioritario y orientación. El objetivo consistirá en mantener la coherencia en la manera de organizar los trabajos a fin de poder efectuar comparaciones entre los tres bienios de vigencia del programa general de trabajo.

Cadena de resultados y teoría del cambio: de cómo la OMS propicia cambios importantes

Cadena de resultados

148. Antes de describir en detalle el impacto y los efectos de la labor de la OMS es útil examinar brevemente la cadena de resultados en su totalidad. Los elementos básicos de la cadena de resultados se exponen en la figura siguiente.

Figura: El marco de la cadena de resultados



Productos

149. En cada una de las 30 áreas programáticas establecidas en el presupuesto por programas hay productos definidos. Los productos indican la labor que la Secretaría tendrá la responsabilidad de realizar durante el bienio en cuestión y el éxito se medirá mediante indicadores de producto que vincula las actividades de la Secretaría con los efectos que han de lograrse. Según se señaló en la sección del capítulo 2 relativa a las funciones básicas y la división del trabajo, en el presupuesto por programas también se determinará la contribución de cada nivel de la Organización con respecto a cada producto. Cada presupuesto por programas detallará los recursos necesarios para que se entreguen los productos de cada área programática.

Efectos

150. En el siguiente eslabón de la cadena, los productos generan efectos, que representan los cambios que tienen lugar en los países y a los cuales se prevé que contribuya la labor de la Secretaría. Para medir los progresos hacia la consecución de cada efecto se tiene en cuenta la modificación lograda en las políticas, las capacidades institucionales, la reducción de los factores de riesgo y los niveles de cobertura de los servicios o del acceso a estos.

151. Cada área programática establecida en el presupuesto por programas está asociada con un efecto específico. El logro de este efecto depende de algunos factores que escapan al control de la OMS (p.ej., la estabilidad política y económica de los países y la financiación de los presupuestos nacionales). Sin embargo, en la cadena de resultados existen vínculos importantes que están *dentro* del ámbito de influencia de la OMS. Por ejemplo, los efectos resultantes de la labor en materia de determinantes sociales, género, equidad y derechos humanos (p. ej., reducción del estigma y aumento del acceso equitativo a la atención), combinados con los efectos en la categoría de los sistemas de salud (p. ej., políticas en materia de recursos humanos y financieros, acceso a los medicamentos, etc.), contribuyen a lograr que los dos productos específicos relacionados con el VIH generen el efecto y el impacto correspondientes a esta área programática.

152. Los productos de cada área programática contribuyen al logro de un único efecto en dicha área. Algunos productos también influyen en otras áreas programáticas, ya sea en la misma categoría de trabajo o bien en distintas categorías. Por ejemplo, los productos relacionados con las enfermedades prevenibles mediante vacunación contribuyen a ampliar la cobertura de vacunación en las poblaciones de difícil acceso. Por otra parte, habida cuenta del creciente interés en el uso de vacunas para la prevención de enfermedades que hasta ahora se consideraban no transmisibles, los productos correspondientes a estas áreas programáticas también contribuirán al logro de efectos e impactos relacionados con las enfermedades no transmisibles.

Impactos

153. En el nivel más alto de la cadena de resultados, los efectos contribuyen al impacto general de la Organización, especialmente los cambios sostenibles en la salud de la población a los que contribuyen la Secretaría y los países. En el anexo se exponen los ocho objetivos de impacto a los que contribuyen esos efectos y, por consiguiente, los productos de la OMS. Las relaciones entre efectos e impactos no es biunívoca: un efecto puede tener más de un impacto, del mismo modo que un impacto puede ser el resultado de más de un efecto. Por ejemplo, el logro de una reducción de la mortalidad infantil depende al menos de los efectos conseguidos en cinco áreas programáticas (VIH, tu-

berculosis, paludismo, enfermedades prevenibles mediante vacunación, nutrición, y salud reproductiva, materna, neonatal e infantil), respaldados, según se indicó anteriormente, por productos relacionados con los determinantes sociales y los sistemas de salud.

154. En el anexo se describen todos los elementos relacionados con los efectos (indicadores, puntos de partida y metas) y los impactos que contribuyen a generar los productos de las OMS en la cadena de resultados.¹

Resultados de la labor de la OMS: generar cambios

155. Al examinar de qué manera la labor de la OMS genera cambios es conveniente ir más allá de la representación visual de la cadena de resultados, explicando también –mediante descripciones– cómo se combinan los productos para generar efectos y cómo estos, a su vez, se combinan de diferentes maneras para generar impactos. Además, esas descripciones de lo que podría llamarse «teoría integral del cambio de la OMS» permiten indicar los supuestos y los riesgos que influyen en los resultados.

156. Este análisis, que puede denominarse «teoría integral del cambio» de la OMS, ya se ha ejemplificado en relación con algunos efectos y con el objetivo de impacto en el área de la mortalidad infantil. En la mayoría de los casos existe una relación bastante lineal entre la labor más normativa que se lleva a cabo en la Sede, el apoyo prestado a los países por las oficinas regionales y en los países y el logro de resultados sobre el terreno. Sin embargo, esta perspectiva es incompleta, porque no toma en cuenta algunos elementos muy importantes para explicar de qué manera una organización normativa y multilateral como la OMS es capaz de propiciar cambios importantes. En los párrafos siguientes se procura incorporar elementos adicionales a la teoría del cambio, en particular con respecto a la función normativa de la OMS.

157. El impacto de las directrices sobre el tratamiento del sida puede contemplarse de forma lineal simple o en su contexto de influencia más complejo. En la cadena de resultados descrita anteriormente, la combinación de las nuevas directrices con el apoyo prestado a los países amplía el acceso al tratamiento. Ahora bien, si la atención solo se centra en la situación de los países existe el riesgo de pasar por alto otros efectos igualmente importantes. Por ejemplo, las nuevas directrices terapéuticas influyen en las políticas de financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como en las de otros asociados para el desarrollo. Al influir en la política de tratamiento se influye en las adquisiciones, la producción y, por consiguiente, los precios de los tratamientos. En la teoría del cambio se debe tener en cuenta que estos «efectos de red» amplían la principal vía por la que las directrices influyen en la salud.

158. Otro ejemplo procede de la labor en materia de precalificación de medicamentos, vacunas y medios de diagnóstico: una función normativa destinada a aumentar la incorporación de fabricantes en el mercado –sobre todo de países en desarrollo– y la consiguiente reducción de los precios. La precalificación tiene un impacto importante en la industria de los medicamentos genéricos, sobre todo en la India. El resultado ha sido una reducción de los precios, lo cual ha contribuido a aumentar los presupuestos de ayuda y ampliar el acceso al tratamiento, en particular en África. Una teoría del cambio más completa podría ir más allá e incorporar otros efectos, incluido el impacto en la incipiente industria farmacéutica de África y el aumento de la capacidad de los organismos nacionales de reglamentación.

¹ Es posible que los efectos deban revisarse para tener en cuenta los resultados de futuros debates de los órganos deliberantes de la OMS, por ejemplo, acerca de la agenda para el desarrollo después de 2015.

159. La influencia de la labor normativa en los mercados puede ser positiva o negativa. La advertencia de la OMS ante la difusión de la venta de estuches de diagnóstico de la tuberculosis ineficaces basados en pruebas de ELISA condujo a la prohibición de su fabricación, venta y utilización en la India, que es el principal mercado mundial de estos productos. Posteriormente, se adoptaron decisiones similares en otros países, por ejemplo, en Camboya. En cambio, dos años después de que la OMS publicara la orientación normativa en la que aprobaba el estuche de diagnóstico rápido basado en el ensayo XPERT MTB/RIF para detectar la tuberculosis y la resistencia a la rifampicina en los adultos, esa técnica se había introducido en 73 países.

160. Una parte considerable de la labor normativa de la OMS deriva de acuerdos negociados y de otros instrumentos jurídicos acordados entre todos sus Estados Miembros. La capacidad de convocar y ayudar a negociar esos acuerdos forma parte de la razón de ser de la OMS y debe tenerse en cuenta cuando se trata de explicar cómo consigue obtener resultados. Por ejemplo, un organismo puramente técnico se habría limitado a asesorar a los países sobre las medidas que podrían tomar para restringir el uso del tabaco. En cambio, la OMS optó por ayudar a los Estados Miembros a negociar un tratado: el Convenio Marco para el Control del Tabaco. No todos los países han ratificado este tratado y no todos los que lo han ratificado han aplicado plenamente sus disposiciones. Sin embargo, su mera existencia legitima la decisión de los que desean hacerlo con el respaldo de un instrumento acordado internacionalmente.¹

161. En el caso de la gripe pandémica, el enfoque tradicional para evaluar el impacto consistiría en determinar la vinculación entre las orientaciones técnicas de la OMS y la elaboración de planes de preparación en los países. Este enfoque es útil, pero no tiene en cuenta todos los aspectos. Como la OMS no es solo un organismo técnico, ha podido reunir a los Estados Miembros y a una variedad de otros asociados para formular el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Este instrumento, acordado tras cuatro años de intensa negociación, ilustra otro aspecto del cambio. A largo plazo, la eficacia del Marco se comprobará cuando surja una nueva pandemia y se vea qué ocurre en cuanto al intercambio de muestras de virus y al acceso más equitativo a las vacunas y los medicamentos. Mientras tanto, la sola existencia del Marco ya es valiosa de por sí: ayuda a la preparación para futuros brotes de gripe pandémica velando por que los países y los fabricantes contribuyan a los esfuerzos nacionales y se comprometan a crear reservas de vacunas y antivirales.

162. Muchas de estas observaciones también se aplican al Reglamento Sanitario Internacional (2005). Una dimensión del impacto del Reglamento es su efecto estimulador de las capacidades que se necesitan en los distintos países. Pero hay otra, y es que el Reglamento aporta un sistema basado en normas para orientar la acción si se produce un brote epidémico o una emergencia, hecho que tiene un valor en sí mismo. Al igual que en el caso del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el Reglamento Sanitario Internacional es un amplio conjunto de normas mundiales sobre protección sanitaria respaldadas por evaluaciones de riesgos rigurosas y por pruebas científicas. Ese régimen garantiza un mayor grado de coherencia y complementariedad con otras normas del derecho internacional, en particular en materia de comercio, seguridad internacional y derechos humanos.

¹ Además, el hecho de que los Estados hayan aceptado obligaciones internacionales sobre el control del tabaco para proteger la salud pública influye en la interpretación y aplicación de sus obligaciones en otras esferas del derecho internacional, en particular la relativa al comercio y la propiedad intelectual, y por lo tanto es posible que tenga una influencia considerable en los litigios que puedan plantearse en ese ámbito. A este respecto, las funciones normativas de la OMS tienen un efecto demostrable que trasciende los límites de la salud pública.

163. A finales de 2012 y principios de 2013 se ha podido apreciar la importancia de otro aspecto de la labor normativa: la elaboración de un marco de vigilancia, la definición de indicadores y el establecimiento de metas mundiales de aplicación voluntaria para el control y la prevención de las enfermedades no transmisibles. No se trataba de una mera actividad técnica, porque también estaban en juego muchos otros intereses políticos y comerciales. Una prueba simple de la eficacia podría obtenerse seleccionando un número de países y determinando en un plazo razonable si han adoptado o medido los indicadores acordados. Sin embargo, desde el punto de vista de la teoría del cambio habría que tener en cuenta otra dimensión: que el valor añadido de la OMS en este proceso resulta también del hecho de que ahora el mundo dispone de un instrumento para ejercer una vigilancia colectiva de los progresos en la lucha contra una amenaza social, económica y política para todos los países que de otro modo no habría sido posible.

Medición del desempeño: un marco de vigilancia y evaluación

Utilización de la cadena de resultados para vigilar el desempeño

164. La cadena de resultados es el principal instrumento que se utilizará para evaluar el desempeño de la OMS. Las preguntas que se plantean en la evaluación son: ¿en cada bienio la Secretaría utilizó los recursos asignados para proporcionar los productos definidos en el presupuesto por programas? y ¿a consecuencia de ello, ha habido progresos mensurables en relación con los efectos e impactos acordados que contribuye a generar la labor de la OMS?

165. La demostración de la manera en que la labor de la OMS contribuye a generar efectos e impactos sanitarios, o influye en ellos, es fundamental para evaluar la eficacia de esa labor y transmitir el valor de la contribución de la OMS al logro de una mejora general de la salud. La OMS no solo informará sobre los efectos, sino que también evaluará y explicará la vinculación entre su contribución y el logro de esos efectos sanitarios. La OMS utilizará métodos y mecanismos existentes, en especial sistemas nacionales, exámenes existentes de programas y sistemas, y armonizará sus actividades con las de otros asociados, a fin de evaluar el logro de los efectos e impactos.

166. El logro de impactos y efectos depende claramente de la colaboración con los países y otros asociados. Este aspecto se define claramente en el programa general de trabajo. Si bien no pueden atribuirse exclusivamente a la OMS, esos resultados guardan estrecha relación con su labor, se logran utilizando recursos de la Organización a fin de movilizar recursos de otras fuentes, y deben tenerse en cuenta para juzgar el desempeño de la Organización en su conjunto.

167. Para cada uno de los efectos de la labor de la OMS se han definido indicadores (puntos de partida y metas) que abarcan, en la medida de lo posible, los seis años de vigencia del programa general de trabajo. En los casos en que ya existían, se han seleccionado indicadores adoptados por acuerdo internacional. Por ejemplo, en el área programática relativa a las enfermedades no transmisibles, los indicadores y las metas (disminución del uso del tabaco y la ingesta de sal, aumento de la actividad física y reducción del consumo de alcohol) proceden directamente del marco de vigilancia mundial y del conjunto de metas voluntarias acordados internacionalmente.

168. Las actividades de la OMS se combinan para generar los ocho objetivos de impacto sanitario descritos en el anexo. Los indicadores correspondientes a estos objetivos de impacto se seleccionaron entre los que se habían acordado internacionalmente, salvo en los casos de los indicadores de los impactos relacionados con la prevención de la muerte y de la discapacidad causadas por desastres y

brotos epidémicos y de la reducción de las inequidades sanitarias, cuyos indicadores fueron elaborados por la OMS.

169. La utilización de objetivos acordados internacionalmente presenta la desventaja de que el plazo para alcanzarlos no coincide exactamente con el periodo de vigencia del programa general de trabajo y ello requiere algunos ajustes del marco de seguimiento. Por ejemplo, el seguimiento de los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio proseguirá después de 2015 porque se considera que para entonces muchos países aún no habrán alcanzado las metas establecidas. La OMS examinará la necesidad de adaptar el marco de seguimiento a la luz de lo que se acuerde acerca de la nueva generación de objetivos de desarrollo. En cambio, el plazo acordado en el caso del objetivo relativo a las enfermedades no transmisibles se extiende hasta 2025. En este caso, el marco de seguimiento mostrará si los países están o no en camino de alcanzar el objetivo final.

Evaluación de los progresos realizados en el logro de las prioridades de liderazgo y de reforma

170. Las seis prioridades programáticas de liderazgo indicadas en el capítulo 3 enfocan y guían la labor de la OMS. Según se explicó en el capítulo 4, estas prioridades están vinculadas con la función de la Organización en la gobernanza de la acción sanitaria y hacen hincapié en las áreas de la salud mundial donde su liderazgo técnico y promocional es más necesario.

171. En teoría, los distintos componentes de las prioridades programáticas de liderazgo pueden determinarse en la cadena de resultados. En este sentido, la prioridad de liderazgo relativa a los Objetivos de Desarrollo del Milenio se mide en función de los objetivos de efecto correspondientes a la mortalidad de menores de cinco años y de madres y a las reducciones en el número de defunciones por sida, tuberculosis y paludismo. Sin embargo, en la evaluación también hay que tener en cuenta la finalidad general de estas prioridades desde el punto de vista programático y como esferas clave para demostrar el liderazgo de la OMS e integrar las actividades en toda la Organización.

172. En el caso de las dos prioridades analizadas en el capítulo 4 –gobernanza y reforma de la gestión– debe aplicarse un enfoque similar. En el plan de aplicación de la reforma se definen resultados de alto nivel para cada una de estas prioridades:

- *Reforzar la función de gobernanza de la OMS:* Una mayor coherencia en el ámbito de la salud mundial, dentro del cual la OMS desempeñará un papel de coordinación y orientación a fin de favorecer la participación más eficaz de una variedad de agentes para mejorar la salud de todos los pueblos.
- *Reformar las políticas, los sistemas y las prácticas de gestión:* Una organización que aspire a la excelencia; que sea eficaz, eficiente, receptiva, objetiva, transparente y responsable.

173. En el plan de aplicación de la reforma se definen productos más detallados relativos a la gobernanza y la reforma de la gestión (que, además, aparecen como indicadores de efecto en la categoría 6 del presupuesto por programas). Los efectos de alto nivel relativos a la gobernanza y la reforma de la gestión también se evaluarán mediante encuestas periódicas sobre la percepción de las partes interesadas.

Marco de rendición de cuentas: vigilancia y evaluación

174. La vigilancia se basará en una evaluación sistemática de los progresos realizados hacia el logro de resultados, centrada en el suministro de los productos y el uso de los recursos financieros. Tras el primer año del bienio se efectuará un examen a mitad de periodo y al final de bienio se realizará una evaluación integral de la ejecución del presupuesto por programas. Esta evaluación integral abarcará un examen de los progresos realizados hacia el logro de las metas del programa general de trabajo relacionadas con los efectos y se determinará en qué medida la labor de la OMS ha contribuido a esos progresos y la Organización ha ayudado a movilizar la contribución de otros asociados.

175. Hasta ahora la vigilancia en ambos casos se ha basado fundamentalmente en informes presentados por los propios agentes. En el futuro se procurará conseguir un mayor grado de objetividad recurriendo, cuando proceda, a expertos independientes. Para vigilar los progresos se utilizarán los informes de los países acerca de los progresos realizados hacia el logro de los efectos e impactos acordados internacionalmente. También se aplicarán los métodos más cualitativos ya mencionados en relación con las prioridades de liderazgo y de reforma.

176. Las prioridades que han de evaluarse más a fondo serán acordadas por el grupo de gestión de la evaluación con los Estados Miembros en el contexto de la nueva política de evaluación, y podrán centrarse en áreas programáticas, temas intersectoriales o prioridades de liderazgo. Con arreglo a la política de evaluación, en cada evaluación se procurará garantizar la objetividad, recurriendo a expertos independientes cuando sea necesario.

177. Para que el marco de rendición de cuentas sea útil es fundamental que los resultados de vigilancia y evaluación se utilicen para adoptar medidas correctoras del desempeño deficiente, o para orientar la ampliación estratégica de las actividades con el fin de obtener resultados y aportar experiencias instructivas que guíen el próximo ciclo de planificación.

CAPÍTULO 6

RECURSOS FINANCIEROS

178. Tras indicar lo que la OMS logrará en el periodo del programa general de trabajo, en la sección final se describen los recursos necesarios para producir estos resultados.

Un nuevo modelo de financiación

179. Se adoptará un nuevo método para financiar la labor de la OMS, con arreglo al cual las prioridades convenidas por los órganos deliberantes se alinearán con los fondos disponibles para su financiación; gracias a este método aumentará la previsibilidad y estabilidad de dicha financiación, lo cual facilitará una planificación más realista basada en los resultados, una gestión eficaz de los recursos y un mejoramiento de la transparencia y la rendición de cuentas.

180. Para alcanzar estos dos objetivos es indispensable superar varias limitaciones. En primer lugar, hay una falta de alineación entre el presupuesto por programas de la OMS y los fondos disponibles para financiarlo, lo que en parte se debe a la dependencia de contribuciones voluntarias destinadas a fines muy específicos. En segundo lugar, este tipo de financiación puede resultar imprevisible. En tercer lugar, hay una vulnerabilidad que resulta de depender de un grupo muy reducido de donantes. En cuarto lugar, hay elevados costos de transacción y una cierta falta de transparencia resultantes de los métodos actuales de movilización y gestión de los recursos. Por último, los fondos no destinados a fines específicos, necesarios para subsanar déficits y responder a las circunstancias cambiantes, son limitados. A raíz de la adopción de un nuevo modelo de financiación, tanto la Secretaría como los Estados Miembros deberán efectuar cambios normativos y prácticos. Dicho modelo se basa en un nuevo método de estimación, movilización y asignación de los recursos. En cada nuevo bienio, los costos de los productos se calcularán con creciente precisión utilizando una serie de valores de referencia para determinar los costos unitarios adecuados. A este respecto, el bienio 2014-2015 será un periodo de transición. Posteriormente, la clara diferenciación de las responsabilidades en el presupuesto permitirá que la asignación de recursos entre los distintos niveles de la OMS se base más en las funciones y responsabilidades para el suministro de los productos que en fórmulas de asignación fijas. Conforme vaya avanzando la transición, la movilización de recursos se basará en un presupuesto con costos totalmente determinados.

181. Con respecto a las fuentes de financiación, los presupuestos de la OMS se seguirán financiando mediante una combinación de contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, aportadas estas últimas por Estados y por donantes no estatales. El nuevo modelo de financiación propiciará una mayor alineación de los recursos con el presupuesto por programas y un mayor grado de previsibilidad y flexibilidad de los recursos. Una base de Estados donantes más amplia y diversificada y la posibilidad de aprovechar nuevas fuentes de financiación no estatales pueden reducir la vulnerabilidad.

182. El nuevo método también abarca un nuevo proceso más transparente que adopta la forma de un diálogo de financiación orientado a lograr un presupuesto plenamente financiado y más previsible. Este método se basa en el principio de que el acuerdo sobre las prioridades y los programas es prerrogativa exclusiva de los Estados Miembros. El proceso comienza con las reuniones de los comités regionales y concluye con la Asamblea Mundial de la Salud, que precede a la ejecución del presupuesto. En la Asamblea los Estados Miembros aprueban el presupuesto por programas en su totalidad. Ello representa un cambio importante con respecto a la práctica actual, que consiste en aprobar solo la parte del presupuesto financiada mediante las contribuciones señaladas. Este cambio

implica un mayor grado de responsabilidad no solo por el contenido programático del presupuesto, sino también en lo referente a la alineación de los recursos con el presupuesto por programas. Luego, tras la aprobación de los programas y prioridades, comienza un proceso estructurado y transparente con los Estados Miembros y otros donantes. La información sobre los progresos realizados en la financiación de todas las partes del presupuesto se expone de la forma más transparente posible utilizando la tecnología de la web, indicando lo que ha financiado cada cual y el grado de especificación y/o flexibilidad. Este diálogo finaliza antes del comienzo del ejercicio. Posteriormente, cualquier déficit de financiación pendiente es objeto de una movilización focalizada de recursos que se coordina a nivel de toda la Organización.

183. Los órganos deliberantes de la OMS examinan los progresos en la financiación del presupuesto durante el periodo presupuestario.

Evolución de la financiación durante 2014-2019

184. El programa general de trabajo prevé una dotación financiera prácticamente constante durante el conjunto del periodo abarcado por el programa general de trabajo, del orden de US\$ 12 000 millones. Esta dotación global se distribuye más o menos por igual entre los tres bienios, lo que significa que se dispondrá de unos US\$ 4000 millones por bienio.

185. Por otra parte, la propia evolución de la agenda sanitaria y de las prioridades estratégicas durante los próximos años obligará a modificar la distribución de los recursos en la OMS. En este sentido, los incrementos de algunas partidas del presupuesto tendrán que ir acompañados de una disminución de otras partidas. Debido al alto porcentaje de especialistas entre el personal, la reorientación hacia las nuevas prioridades definidas será necesariamente gradual y acumulativa. Por último, la planificación de los recursos humanos tendrá que hacerse con la misma perspectiva a largo plazo que el propio programa general de trabajo, a fin de conseguir durante el periodo de seis años un equilibrio adecuado entre los recursos para personal y los recursos para actividades.

Transferencias de recursos en un presupuesto estable

186. En lo que respecta a la categoría 1, enfermedades transmisibles, la OMS seguirá elaborando normas y criterios mundiales, directrices terapéuticas simplificadas, tecnologías de prevención, pruebas diagnósticas, plataformas de suministro de vacunas y quimioterapia preventiva. También facilitará la formulación y evaluación de políticas, estrategias y planes, para lo cual colaborará con los Estados Miembros, los asociados y las comunidades, incluida la sociedad civil, a fin de formular y aplicar políticas mundiales, estrategias regionales y nacionales, planes con indicación de costos, y marcos de vigilancia y evaluación. Para apoyar esta labor, se integrarán los sistemas de información con miras a mejorar la toma de decisiones basada en datos probatorios y se vigilará la situación mundial, regional y de los países recopilando información, analizándola, haciendo proyecciones de la carga de morbilidad, presentando informes y efectuando las certificaciones que sean necesarias. **Habida cuenta del enfoque focalizado y estratégico que adoptará la OMS con respecto a la categoría 1 durante el periodo de vigencia de este programa general de trabajo, así como de los progresos previstos para los próximos años, se estima que, aun con una reducción de los recursos destinados a esta categoría, la OMS podrá lograr sus objetivos hasta 2019.**

187. La creciente carga de enfermedades no transmisibles amenaza con desbordar los sistemas de salud. Esa carga está inextricablemente ligada a la pobreza y al estancamiento del desarrollo macroeconómico y de los hogares, que fomenta las desigualdades entre países y poblaciones. La OMS pro-

porcionará el apoyo técnico necesario para promover la aplicación generalizada de conjuntos de intervenciones de política costoeficaces basadas en datos probatorios. Dichas intervenciones permitirán tratar a las personas con enfermedades no transmisibles, proteger a las que tengan más riesgo de padecerlas, y reducir el riesgo en las poblaciones. La finalidad es reforzar la capacidad de los gobiernos para: formular metas nacionales; establecer y aplicar programas y planes nacionales multisectoriales en el sector de la salud y en otros sectores, con la participación de todos los departamentos gubernamentales y de la sociedad civil; proporcionar directrices y normas para la gestión de las enfermedades no transmisibles; ofrecer servicios de detección precoz y tratamiento en unos sistemas de salud reforzados e intensificar los esfuerzos para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales necesarios; y evaluar los resultados utilizando diversos instrumentos aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud. **Se prevé que durante el periodo de vigencia del Duodécimo Programa General de Trabajo habrá que hacer más hincapié en la categoría 2 y dedicarle más recursos a fin de capacitar a la OMS para prestar suficiente apoyo a los países en su lucha contra esta epidemia emergente.**

188. En lo que atañe a la categoría 3, la OMS proporcionará políticas integradas y conjuntos de intervenciones que fomentarán las sinergias entre las intervenciones de salud sexual y reproductiva y salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente y otros programas de salud pública. La OMS elaborará normas, criterios e instrumentos para ampliar el acceso equitativo a unos servicios asistenciales de calidad dentro de un marco de respeto de los derechos y de las consideraciones de género. Asimismo, la OMS apoyará la obtención y síntesis de pruebas científicas, incluidos estudios específicos tanto sobre la manera de realizar las intervenciones para lograr la máxima cobertura de la población como sobre nuevas tecnologías que permitan mejorar la eficacia y el alcance de las intervenciones; el fortalecimiento de la capacidad de investigación de los países de ingresos bajos; así como la epidemiología, la vigilancia y la rendición de cuentas, en particular la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas, la mejora del examen, la vigilancia y la respuesta en el área de la mortalidad materna, y la vigilancia de la calidad de la atención sanitaria. La OMS desempeñará además una función de liderazgo en materia de envejecimiento en actividad y sano, fomentando la sensibilización acerca de la importancia de los cambios demográficos, la acumulación de riesgos y vulnerabilidades a lo largo de la vida, y ampliando los conocimientos sobre las respuestas basadas en datos probatorios. **A fin de proporcionar ese apoyo estratégico a los países en relación con las áreas programáticas de la categoría 3, se prevé que durante el periodo de vigencia del Duodécimo Programa General de Trabajo se requerirá un aumento moderado de los recursos.**

189. En lo que respecta a la categoría 4, la OMS proporcionará a los Estados Miembros y a la comunidad sanitaria mundial normas, criterios y opciones de política basadas en datos probatorios y, cuando sea necesario, también les prestará apoyo técnico y normativo. Además facilitará el intercambio de experiencias y resultados de investigación entre los países para que puedan aprender unos de otros en su avance hacia la cobertura sanitaria universal. Esta labor se realizará mediante fórmulas que respalden las reformas orientadas a garantizar el acceso universal a servicios centrados en las personas y una protección equitativa frente a riesgos financieros, y potenciando las actividades de mejora del desempeño de los sistemas de salud y de la capacidad para regular y dirigir el sector sanitario. Los esfuerzos encaminados a mejorar el acceso a los medicamentos y los productos médicos y tecnologías sanitarias se intensificarán, al tiempo que se centrarán cada vez más en crear las condiciones necesarias para una mayor autosuficiencia. El establecimiento de organismos de reglamentación y el apoyo a los ya existentes es también una prioridad capital de la OMS como parte de las futuras actividades en esta categoría. **A este respecto, se prevé que durante el periodo de vigencia del Duodécimo Programa General de Trabajo se requerirá un aumento de los recursos para esta categoría a fin de ayudar a los países a reforzar el acceso a los servicios y la asequibilidad de estos, conforme a los principios de la atención primaria de salud.**

190. En lo que respecta a la categoría 5, la OMS ayudará a los Estados Miembros a desarrollar y mantener las capacidades requeridas en las áreas definidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la coordinación intersectorial de la salud. La OMS seguirá generando datos probatorios sobre la dinámica de los riesgos para la salud y el impacto de las actividades de respuesta, y manteniéndose informada sobre cualquier novedad que repercuta en la salud, por ejemplo, los efectos del cambio climático y las nuevas tecnologías. La Organización respaldará la mejora de las políticas nacionales de detección y reducción de los riesgos para la salud humana, así como de las capacidades de prevención, preparación, respuesta y pronta recuperación. También prestará apoyo directo a todo país que lo solicite, otorgando prioridad a los más vulnerables a las situaciones de emergencia y con escasa o nula capacidad para gestionar los riesgos y articular una respuesta. La OMS ayudará a los Estados Miembros, por conducto de sus ministerios de salud, a formular programas nacionales integrados de gestión de los riesgos en emergencias sanitarias, mediante consultas técnicas, talleres, evaluaciones de expertos y directrices. **El apoyo estratégico de la OMS a los países en esta categoría durante el periodo de vigencia de este programa general de trabajo se considera viable manteniendo hasta 2019 el nivel de los recursos asignados a tal efecto.**

191. La categoría 6, relativa al liderazgo y a los servicios corporativos necesarios para garantizar la integridad y la eficiencia de la OMS, ayuda a alcanzar los objetivos en las otras cinco categorías y a afrontar los desafíos señalados en los componentes de gobernanza y gestión de la reforma de la OMS. Esta categoría comprende las funciones de liderazgo que permiten a la OMS desempeñar un papel más eficaz en la gobernanza sanitaria mundial, la creación de alianzas y la movilización de recursos tanto científicos como financieros para mejorar la salud de las poblaciones. Incluye también la supervisión del proceso de reforma y el fomento de la sinergia y la coherencia en toda la Organización. Abarca diversos servicios esenciales que favorecen la integridad de la Organización, la creación de un entorno de trabajo propicio y la gestión de las actividades en los países, las oficinas regionales y la Sede. **Se prevé que la inversión inicial en la reforma de la OMS se traducirá en eficiencias de costos y economías, de tal modo que durante el periodo de vigencia del Duodécimo Programa General de Trabajo la necesidad de recursos en esta categoría irá disminuyendo.**

ANEXO

| Objetivo de impacto | Indicador de impacto | Meta de impacto |
|---|--|---|
| Reducir la mortalidad de los menores de 5 años | Tasa de mortalidad de los menores de 5 años | Reducción de 2/3 para 2015, en comparación con los valores de 1990 |
| Reducir la mortalidad materna | Tasa de mortalidad materna | Reducción del 75% para 2015, en comparación con los valores de 1990 |
| Reducir el número de muertes por sida, tuberculosis y paludismo | Número de muertes por sida, tuberculosis y paludismo | Reducción del número de muertes por sida en un 25% para 2015, en comparación con los valores de 2009 (es decir, 1425 millones) |
| | | Reducción del número de muertes por tuberculosis en un 50% para 2015, en comparación con los valores de 1990 |
| | | Reducción del número de muertes por paludismo en un 75% para 2015, en comparación con los valores de 2000 |
| Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles | Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles | Reducción en un 25%, para 2015, de la probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en el grupo de 30 a 70 años de edad |
| Erradicar la poliomielitis | Erradicación de la poliomielitis | Erradicación de la poliomielitis completada a finales de 2014 |
| Erradicar la dracunculosis | Erradicación de la dracunculosis | Erradicación de la dracunculosis completada para 2015 |
| Prevenir las muertes, enfermedades y discapacidades generadas por las emergencias | Porcentaje de grandes emergencias agudas en las que tasa cruda de mortalidad vuelve a los valores basales aceptados en un plazo de 3 meses | 70% de las emergencias |
| Reducir la diferencia de mortalidad de los menores de 5 años entre los entornos rurales y urbanos | Reducción de la diferencia de mortalidad de los menores de 5 años entre los entornos rurales y urbanos | Reducción en un 25% en 2015-2020 de la diferencia absoluta de mortalidad de los menores de 5 años entre los entornos rurales y urbanos |

| Categoría | Área programática | Efecto | Indicador de efecto | Punto de partida | Meta |
|-----------|--|---|---|---------------------|----------------------|
| 1 | VIH/sida | Ampliación del acceso a intervenciones fundamentales para personas infectadas por el VIH | Número de nuevas infecciones pediátricas (0-5 años) por el VIH | 330 000 (2011) | < 43 000 (2015) |
| | | | Número de infectados por el VIH en tratamiento con antirretrovíricos | 8 millones (2011) | 15 millones (2015) |
| | | | Porcentaje de embarazadas VIH+ a las que se proporcionan antirretrovíricos (con fines profilácticos o terapéuticos) para reducir la transmisión materno-infantil durante el embarazo y el parto | 57% (2011) | 90% (2015) |
| | | | Número acumulado de circuncisiones masculinas médicas voluntarias realizadas en 14 países prioritarios | 1,4 millones (2011) | 20,8 millones (2016) |
| | Tuberculosis | Aumento del número de pacientes con tuberculosis tratados con éxito | Número acumulado de pacientes con tuberculosis tratados con éxito en programas que han adoptado la estrategia recomendada por la OMS desde 1995 | 51 millones (2011) | 70 millones (2015) |
| | | | Número anual de pacientes con tuberculosis presunta o definitivamente multirresistente (incluidos los casos resistentes a la rifampicina) sometidos en el mundo a tratamiento contra la tuberculosis multirresistente | 55 597 (2011) | 270 000 (para 2015) |
| | Paludismo | Ampliación del acceso al tratamiento antipalúdico de primera línea para los casos confirmados de paludismo | Porcentaje de casos confirmados de paludismo que reciben en el sector público tratamiento antipalúdico de primera línea de conformidad con la política nacional | 50% (2011) | 70% (2015) |
| | Enfermedades tropicales desatendidas | Ampliación y mantenimiento del acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades tropicales desatendidas | Número de Estados Miembros con certificación de erradicación de la dracunculosis | 183 (2014) | 194 (2019) |
| | | | Número de Estados Miembros que han alcanzado la cobertura recomendada de la población en riesgo de filariasis linfática, esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo con quimioprofilaxis antelmíntica periódica | 25 (2012) | 100 (2020) |
| | Enfermedades prevenibles mediante vacunación | Aumento de la cobertura vacunal de las poblaciones y comunidades de difícil acceso | Cobertura mundial media con tres dosis de vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina | 83% (2011) | ≥ 90% (2015) |
| | | | Regiones de la OMS en las que se ha logrado eliminar el sarampión | 1 (2011) | 4 (2015) |
| | | | Proporción de los 75 «países de la cuenta regresiva» que han introducido vacunas contra los neumococos, los rotavirus o los PVH y al mismo tiempo han ampliado las intervenciones para controlar la neumonía, la diarrea o el cáncer cervicouterino | 0% | 50% |

| Categoría | Área programática | Efecto | Indicador de efecto | Punto de partida | Meta |
|------------------------------------|--|--|--|-----------------------------|---------------------------------------|
| 2 | Enfermedades no transmisibles (4 enfermedades y 4 factores de riesgo) | Ampliación del acceso a intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo | Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%, según proceda, en el contexto nacional | – | Reducción del 10% para 2025 |
| | | | Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más | – | Reducción del 30% para 2025 |
| | | | Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10% | – | Reducción del 10% para 2025 |
| | | | Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o limitación de la prevalencia de hipertensión en función de las circunstancias del país | – | Reducción relativa del 25% para 2025 |
| | | | Detención del aumento de la diabetes y la obesidad | – | Por determinar |
| | | | Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares | – | Cobertura del 50%, como mínimo (2025) |
| | | | Reducción relativa en un 30% de la ingesta diaria media de sal/sodio de la población, medida por la ingesta poblacional diaria media, de sal (cloruro sódico), normalizada por edades, en gramos, en personas de 18 años o más | – | Reducción del 30% para 2025 |
| | | | 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados | – | Cobertura del 80%, como mínimo (2025) |
| Salud mental y abuso de sustancias | Ampliación del acceso a servicios para los trastornos mentales y por consumo de sustancias | Proporción de personas con trastornos mentales graves (psicosis; trastorno afectivo bipolar; depresión moderada a grave) que utilizan los servicios correspondientes | Por determinar (elaborándose) | Aumento del 20% para 2020 | |
| | | Tasa anual de suicidios por 100 000 habitantes | Por determinar (elaborándose) | Reducción del 10% para 2020 | |
| Violencia y lesiones | Reducción de los factores de riesgo de violencia y lesiones, con especial atención a la seguridad vial, las lesiones de los niños y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes | Indicador(es) mundial(es) de la reducción de los factores de riesgo que repercuten en la seguridad vial por definir en el marco del Decenio de Acción para la Seguridad Vial (2011-2020) | – | – | |
| Discapacidades y rehabilitación | Ampliación del acceso a servicios para las personas con discapacidad | Indicador(es) mundial(es) de la ampliación del acceso a los servicios para personas discapacitadas por definir en el marco del plan de acción mundial sobre discapacidad | – | – | |

| Categoría | Área programática | Efecto | Indicador de efecto | Punto de partida | Meta |
|-----------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | Nutrición | Reducción de los factores de riesgo nutricionales | Número de menores de 5 años con retraso del crecimiento | 165 millones (2011) | 102 millones (2025) |
| | | | Proporción de mujeres en edad fecunda (15–49 años) con anemia | 30% (2015) | 15% (2025) |
| 3 | Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente | Ampliación del acceso a intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente | Número de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos de planificación familiar en los 69 países más pobres | 260 millones | 320 millones (2015) |
| | | | Asistente cualificada al parto (porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal sanitario competente) | 69% (2011) | 75% (2015) |
| | | | Atención posnatal para madres y recién nacidos (porcentaje de madres y recién nacidos que reciben atención posnatal durante los dos días siguientes al parto) | 46% (2010) | 60% (2015) |
| | | | Lactancia materna exclusiva durante seis meses (porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna) | 37% (2011) | 40% (2015) |
| | | | Terapia antibiótica por neumonía (porcentaje de niños de 0 a 59 meses con presunta neumonía que reciben antibióticos) | 47% | 60% (2015) |
| | | | Tasa de natalidad entre las adolescentes (por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años) | 50 por 1000 niñas (2009) | 45 por 1000 niñas (2015) |
| | Envejecimiento y salud | Aumento de la proporción de personas de edad que pueden llevar una vida independiente | Indicador(es) mundial(es) por definir en el contexto de un marco mundial sobre envejecimiento y salud que se elaborará para diciembre de 2014 | – | – |
| | Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos | Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en las políticas y los programas de la Secretaría y los países | Existencia de procesos de evaluación para asegurar la incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en los programas de la Secretaría | No | Sí |
| | Determinantes sociales de la salud | Mayor coordinación intersectorial de las políticas para abordar los determinantes sociales de la salud | Tasa neta de matriculación en la escuela primaria (Meta 2A de los ODM) | 90% (2008) | 100% (2015) |
| | | | Número de habitantes de barrios marginales que han mejorado considerablemente sus condiciones de vida (Meta 7D de los ODM) | No procede | 100 millones (2020) |
| | Salud y medio ambiente | Reducción de las amenazas medioambientales para la salud | Proporción de la población sin acceso a fuentes de agua potable mejoradas | 11% (2010) | 9% (2015) |
| | | | Proporción de la población sin acceso a sistemas de saneamiento mejorados | 37% (2010) | 25% (2015) |

| Categoría | Área programática | Efecto | Indicador de efecto | Punto de partida | Meta |
|---|---|---|--|------------------|------------|
| | | | Proporción de la población que depende principalmente de combustibles sólidos para cocinar | 41% (2010) | 38% (2015) |
| 4 | Políticas, estrategias y planes nacionales de salud | Todos los países cuentan con políticas, estrategias y planes nacionales de salud de carácter integral actualizados en los últimos 5 años | Número de países que tienen una estrategia nacional integral del sector de la salud con objetivos y metas actualizados en los últimos 5 años | 115 (2013) | 135 (2015) |
| | Servicios de salud integrados y centrados en la persona | Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona | Número de países que aplican estrategias de servicios integrados | 50 (2014) | 65 (2015) |
| | | | Proporción de países que padecen una escasez crítica de personal sanitario | 30% (2006) | 20% (2014) |
| | Acceso a los medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa | Mejor acceso y uso más racional de medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad | Disponibilidad de medicamentos indicadores en los sectores público y privado | 48% (2011) | 80% (2015) |
| Información y datos científicos sobre los sistemas de salud | Todos los países cuentan con sistemas de registro civil y de estadísticas demográficas que funcionan bien | Número de países que notifican las causas de defunción de conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión | 108 (2013) | 112 (2015) | |
| 5 | Capacidad de alerta y respuesta | Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la alerta y respuesta a todo tipo de peligros | Número de países que poseen y mantienen las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) | 80 (2013) | 195 (2016) |
| | Enfermedades epidémicas y pandémicas | Aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes | Porcentaje de países que han implantado una estrategia nacional que aborda la resiliencia y la preparación para epidemias y pandemias relevantes | 40% (2011) | 50% (2015) |
| | Gestión del riesgo en las emergencias y de las crisis | Los países tienen la capacidad para gestionar los riesgos de salud pública vinculados con las emergencias | Porcentaje de países con capacidad mínima para gestionar los riesgos de salud pública vinculados con las emergencias | No procede | 80% (2019) |

| Categoría | Área programática | Efecto | Indicador de efecto | Punto de partida | Meta |
|-----------|--|--|--|---|---|
| | Inocuidad de los alimentos | Todos los países están debidamente preparados para prevenir y mitigar los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos | Número de países que han implantado buenos mecanismos para prevenir o mitigar los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos | 116/194 (2013) | 136/194 (2015) |
| | Erradicación de la poliomielitis | No hay en el mundo casos de parálisis por poliovirus de tipo 2 salvaje o vacunal | Número de países que han notificado en los 12 meses anteriores casos de parálisis por cualquier poliovirus de tipo 2 salvaje o vacunal | 8 (2012) | 0 (2019) |
| | Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis | Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública | Porcentaje de países que demostraron dar una respuesta apropiada a una emergencia relacionada con cualquier peligro consistente en una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud en un plazo de 5 días | No procede | 100% |
| 6 | Liderazgo y gobernanza | Mayor coherencia en el ámbito de la salud mundial, dentro del cual la OMS tomará la iniciativa a fin de favorecer la participación activa y eficaz de un gran número de actores para mejorar la salud de todos los pueblos | Nivel de satisfacción de las partes interesadas con respecto a la función rectora de la OMS en materia de salud mundial | Alto (basado en la clasificación compuesta de la Encuesta entre las partes interesadas (noviembre de 2012)) | Al menos alta (basada en la Encuesta entre las partes interesadas (2015)) |
| | Rendición de cuentas, transparencia y gestión de riesgos | La OMS opera de manera responsable y transparente, y cuenta con marcos de gestión de riesgo y evaluación que funcionan correctamente | Proporción de riesgos institucionales para los que se han aprobado y establecido planes de respuesta | No procede | 100% (2015) |
| | Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes | Coherencia entre la financiación, la asignación de recursos y las prioridades y necesidades sanitarias de los Estados Miembros en un marco de gestión basada en los resultados | Alineación de los ingresos y los gastos con el presupuesto por programas aprobado, por categoría y oficina principal | Alineación parcial | 100% alineado |
| | Gestión y administración | Implantación de una gestión y una administración eficaces y eficientes en toda la Organización | Nivel de desempeño en la gestión y la administración de la OMS | Adecuado | Alto (2015) |
| | Comunicaciones estratégicas | Mejor comprensión de la labor de la OMS por las partes interesadas y el gran público | Porcentaje de Estados Miembros y representantes de otras partes interesadas que evalúan la eficacia y el desempeño de la OMS como excelentes o satisfactorios | 77% (2013) | 85% (2015) |