

Ejecución del presupuesto por programas 2010-2011: informe interino

Informe de la Secretaría

1. Se ha efectuado un examen de mitad de periodo de la ejecución del presupuesto por programas 2010-2011 en toda la Organización. El proceso consiste en examinar los progresos realizados hasta el 31 de diciembre de 2010 en el logro de los resultados previstos, entre ellos, los previstos a nivel de toda la Organización, establecidos en el presupuesto por programas 2010-2011. Además, el examen de mitad de periodo se centra en los obstáculos, riesgos, factores de éxito, enseñanzas extraídas y acciones necesarias para mejorar los progresos. Asimismo, se ha examinado la ejecución presupuestaria, lo que ha permitido considerar simultáneamente la ejecución técnica y financiera.¹
2. La identificación de los riesgos, obstáculos y problemas permite a los directivos superiores diseñar las medidas correctivas necesarias. Además, el examen hace posible la reprogramación, la asignación y reasignación de recursos y la preparación del proyecto de presupuesto por programas 2012-2013 y sus planes de trabajo conexos.
3. Al igual que en bienios anteriores, el presente examen de mitad de periodo ha sido un ejercicio de autoevaluación en que las principales oficinas han indicado si los resultados previstos para cada una de ellas van camino de lograrse. Las calificaciones asignadas reflejan la medida en que los programas han alcanzado los resultados previstos y en que se han logrado los indicadores de desempeño. Las enseñanzas extraídas y las medidas que son necesarias para mejorar los progresos se han documentado a cada nivel. En el proceso se han integrado el examen entre pares y la garantía de calidad, para poder evaluar los progresos de forma precisa y coherente.
4. En enero de 2011, el Consejo Ejecutivo tomó conocimiento del documento con información actualizada sobre la ejecución del presupuesto por programas 2010-2011,² que contenía análisis y proyecciones y recogía algunas de las medidas que estaba adoptando la Secretaría en vista de la situación financiera reinante.
5. En el examen de mitad de periodo se han señalado los resultados a los que hay que dar prioridad y las esferas con riesgo de déficit de financiación. El Grupo Mundial de Políticas utilizará esa información en la decisión que tome durante la segunda mitad del bienio en respuesta a la situación financiera.

¹ Véase el documento A64/29, Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2010.

² Véase el documento EB128/2011/REC/1, acta resumida de la séptima sesión, sección 2.

PANORÁMICA DE LOS RESULTADOS PREVISTOS EN TODA LA ORGANIZACIÓN

6. En el cuadro 1 se muestran los progresos alcanzados con respecto a los resultados previstos en toda la Organización por objetivo estratégico.¹ «En curso» significa que el nivel de progresos realizados ha sido el que se preveía para el examen de mitad de periodo y que no es probable que haya cambios importantes durante el resto del bienio. En general, para que un resultado se califique de «en curso», al menos seis de las siete oficinas principales deben haber señalado que los progresos son adecuados. «En riesgo» significa que los progresos en el logro de los resultados pertinentes previstos a nivel de toda la Organización se están viendo afectados por obstáculos y riesgos que exigen la adopción de medidas correctivas. Si la contribución de dos o más de las siete oficinas principales tiene la calificación de «en riesgo», puede ponerse en cuestión el logro de esos resultados en toda la Organización. «Con problemas» supone que los progresos se están viendo gravemente afectados y que es probable que no se alcance el resultado previsto a nivel de toda la Organización.

7. En caso de que se produzca un déficit de financiación durante 2011, se protegerán los resultados previstos a nivel de toda la Organización que se consideran de máxima prioridad y actualmente están en curso, y algunos de los resultados calificados de en riesgo. Todos los resultados previstos «en riesgo» han sido examinados con miras a la adopción de medidas de seguimiento. Las actividades relacionadas con los resultados previstos a nivel de toda la Organización «con problemas» pueden ser objeto de reducciones o aplazadas hasta el bienio siguiente. Se ha prestado una atención especial a los motivos por los que los progresos no están en curso y a las medidas necesarias para reducir al mínimo el riesgo de no alcanzar plenamente los resultados previstos para finales de 2011.

8. De un total de 85 resultados previstos a nivel de toda la Organización para el bienio 2010-2011, se consideró que 59 estaban «en curso» y 26, «en riesgo». Las calificaciones relativas a los progresos varían de forma considerable de un objetivo estratégico a otro (cuadro 1); la mitad o más de los resultados previstos a nivel de toda la Organización respecto de los objetivos estratégicos 4, 10 y 11 han sido considerados «en riesgo».

Cuadro 1. Puntuación por objetivo estratégico

Objetivo estratégico		Resultados previstos a nivel de toda la Organización			
		En curso	En riesgo	Con problemas	Total
OE 1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	6	3	0	9
OE 2	Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo	4	2	0	6
OE 3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales	6	0	0	6

¹ Existe un informe detallado de los progresos alcanzados hasta el examen de mitad de periodo, por objetivo estratégico, a disposición de quien lo solicite.

Objetivo estratégico		Resultados previstos a nivel de toda la Organización			
		En curso	En riesgo	Con problemas	Total
OE 4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	3	5	0	8
OE 5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y limitar su impacto social y económico	5	2	0	7
OE 6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo	6	0	0	6
OE 7	Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	4	1	0	5
OE 8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	6	0	0	6
OE 9	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	5	1	0	6
OE 10	Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldados por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles	4	9	0	13
OE 11	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	1	2	0	3

Objetivo estratégico		Resultados previstos a nivel de toda la Organización			
		En curso	En riesgo	Con problemas	Total
OE 12	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo	4	0	0	4
OE 13	Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	5	1	0	6
Total		59	26	0	85

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

9. Las tendencias relativas a la cobertura mundial de vacunación (medidas a partir de las estimaciones sobre la administración de tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina) han seguido siendo positivas; el número de países que ha alcanzado una cobertura de inmunización de un 90% o más sigue en aumento, aunque la cobertura estimada a nivel mundial se mantiene en un 82%. Los progresos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en 2010 se caracterizan por cuatro importantes resultados: el número de casos de poliomielitis se redujo en más de un 97% en Nigeria y en más de un 94% en la India; los niveles de detección de poliovirus salvajes de tipo 3 fueron los más bajos de toda la historia del programa (84 casos en 2010 frente a 1073 en 2009), y la importación de poliovirus salvajes se interrumpió en 16 de los 19 países en que se habían detectado otra vez virus en 2009 debido a nuevos brotes o al restablecimiento de la transmisión. En 2010, la OMS publicó su primer informe sobre las enfermedades tropicales desatendidas.¹ Por otra parte, se registró y fue precalificada por la OMS una nueva vacuna contra la meningitis, desarrollada con arreglo a un modelo de alianza públicoprivada; su introducción se ha iniciado en el cinturón africano de la meningitis. También se introdujeron vacunas contra rotavirus y la meningitis A tras la realización de ensayos clínicos satisfactorios en la Región de África. Asimismo, se desarrolló un sistema simplificado de clasificación de casos de dengue mediante un estudio clínico prospectivo multicéntrico, evaluado en 18 países y adoptado y utilizado en toda la América Latina y, cada vez con mayor frecuencia, en países de Asia.

10. A lo largo de todo 2010, la Sede garantizó un apoyo constante al Comité de Emergencias hasta que la pandemia (H1N1) 2009 fue dada por concluida. Prosigue el refuerzo de las actividades de respuesta y vigilancia mundiales para todas las enfermedades transmisibles, tanto a través de las redes existentes como mediante la realización de actividades conjuntas con las regiones y los Estados Miembros. El sistema mundial de gestión de eventos ha superado el objetivo de su indicador, pues cuenta con 481 usuarios en 148 dependencias de la OMS. La Secretaría ha respondido a todas las so-

¹ *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

licitudes de asistencia de emergencia de Estados Miembros, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), con los recursos técnicos de la Sede y por medio de diversas redes de especialistas y de las instituciones de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Por ejemplo, en 2010 se adoptaron medidas en respuesta a brotes de gripe pandémica; dengue en Cabo Verde; cólera en Haití; fiebre del Valle del Rift en Sudáfrica; dengue, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y cólera en el Pakistán; meningitis y fiebre amarilla en el Camerún, el Chad, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinea, el Níger, Nigeria, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo y el Sudán, y peste en el Perú, y a casos sospechosos de fiebre hemorrágica vírica en la República Democrática del Congo y Uganda.

11. Pese a la existencia de graves dificultades financieras, seis de los nueve resultados previstos a nivel de toda la Organización han sido calificados de «en curso», y los otros tres, «en riesgo». En lo que respecta a la erradicación de la poliomielitis (resultado 1.2), quedan por superar importantes obstáculos para alcanzar el objetivo a escala mundial, sobre todo en lo que se refiere a la realización de campañas de barrido de calidad, necesarias para detener la transmisión de bajo nivel en reservorios históricos. En cuanto a los sistemas de alerta y respuesta relacionados con las epidemias y las emergencias de salud pública (resultado 1.6), dos regiones informaron de que sus contribuciones estaban «en riesgo», debido a las dificultades para evaluar y desarrollar capacidades nacionales básicas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Por lo que hace a la respuesta a epidemias y emergencias de salud pública, tres regiones han calificado el resultado 1.8 de «en riesgo», al existir grandes obstáculos para alcanzar los objetivos referentes a la capacidad nacional básica especificada en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Está previsto reforzar las actividades de movilización de recursos a todos los niveles.

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

12. Los Estados Miembros siguieron haciendo progresos en cuanto a la ampliación del acceso a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado del VIH, la tuberculosis y el paludismo. La OMS contribuyó a esta labor publicando directrices normativas actualizadas, mejorando su apoyo técnico y las actividades de creación de capacidad y llevando a cabo tareas de vigilancia y evaluación. En lo que respecta al VIH, se elaboraron o actualizaron directrices, incluidas las relativas al tratamiento antirretrovírico para adultos y niños, la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, la alimentación de los lactantes y la tuberculosis asociada al VIH. Se preparó el proyecto de estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015 para someterlo al examen de los órganos deliberantes. La labor de la OMS relacionada con la tuberculosis incluyó actividades de examen y orientación sobre el uso de una nueva prueba de diagnóstico que podría revolucionar la atención y el control de la enfermedad gracias a un diagnóstico más rápido, a la reducción de la transmisión y al acceso más temprano al tratamiento, sobre todo para las personas que padecen tuberculosis polifarmacorresistente y tuberculosis asociada al VIH. El Programa Mundial sobre Malaria definió su estrategia quinquenal y publicó nuevas directrices terapéuticas que incluían una nueva e importante recomendación normativa sobre la realización de pruebas de diagnóstico universales de los presuntos casos de paludismo antes de administrar un tratamiento. En colaboración con asociados importantes, la Secretaría ayudó a los Estados Miembros a acceder a nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y otros productos y a adoptar enfoques innovadores para llegar a más personas en situación de riesgo del mundo entero. En los informes mundiales de la OMS se recogen los datos más recientes sobre la situación de las epidemias de VIH, tuberculosis y paludismo y la naturaleza, el alcance y el impacto de la respuesta aportada. La OMS preparó informes especiales sobre la tuberculosis farmacorresistente y el paludismo resistente a la artemisinina.

13. Se ha considerado que cuatro de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso» y dos, «en riesgo», a saber, los resultados 2.1 y 2.6. El primero de estos se refiere a la aplicación de las políticas de la OMS, y no solo a su desarrollo y adopción. Así pues, aunque en general la labor normativa y de formulación de políticas a nivel mundial de la Organización va por buen camino en la mayoría de las regiones, la capacidad de la OMS para respaldar la plena adopción y ejecución de las políticas está en riesgo, debido a las limitaciones de recursos y de capacidad. Por ejemplo, la adopción de las nuevas directrices de la OMS relativas al inicio más temprano del tratamiento antirretrovírico de la infección por VIH requerirá por parte de los Estados Miembros importantes esfuerzos para actualizar y aplicar sus políticas. Por lo que respecta al resultado 2.6 (nuevos conocimientos e instrumentos y estrategias de intervención), las Regiones de África y Asia Sudoriental han indicado que la falta de capacidad les está impidiendo lograr avances rápidos en la promoción de investigaciones y productos conexos.

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

14. Se elaboraron pautas basadas en datos científicos con miras a una prevención costoeficaz de los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, y los Estados Miembros de todas las regiones de la OMS han adoptado un enfoque basado en múltiples factores de riesgo con respecto a la gestión de los riesgos cardiovasculares. Asimismo, se revisaron los criterios de diagnóstico del infarto de miocardio y la diabetes, teniendo en consideración su aplicabilidad en los sistemas de salud débiles de los países con ingresos bajos y medios. Se publicó la nueva guía relativa a las intervenciones del Programa de Acción Mundial en Salud Mental sobre los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias para entornos sanitarios no especializados y un manual sobre la prevención de la violencia conyugal y sexual contra la mujer. Actualmente se están reuniendo datos sobre indicadores de la salud mental en el marco del proyecto Atlas de Salud Mental 2010. A finales de 2011 se dispondrá de cifras actualizadas sobre el número de Estados Miembros que transmiten indicadores básicos de salud mental todos los años. Se publicó un compendio de estudios de casos relativos a la atención traumatológica, para dar a conocer medios asequibles de reforzar los servicios de atención traumatológica y de emergencia. También se publicaron directrices para fortalecer los programas comunitarios de rehabilitación, que son un instrumento muy útil para la labor de respuesta a las necesidades básicas y mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad llevada a cabo por los directores de programas. La OMS, en colaboración con las comisiones regionales de las Naciones Unidas y otros asociados, preparó un plan de acción para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, en respuesta a la solicitud formulada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 64/255. Ese plan proporciona a los gobiernos nacionales y locales un documento orientativo para preparar los planes de acción para 2011-2020.

15. Pese a la escasez de recursos financieros y humanos, en 2010 se consiguieron resultados notables. En términos generales, los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización van camino de alcanzarse en las principales oficinas. Los problemas de capacidad técnica debidos a la falta de personal hacen que algunas esferas de trabajo estén en riesgo en diversas regiones. Por ejemplo, es posible que se retrasen las publicaciones que recogen datos científicos relativos a la costoeficacia y la relación costo-beneficio de las intervenciones para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, y la labor en apoyo de la formulación e inclusión de indicadores sobre la discapacidad en los sistemas nacionales de presentación de informes sanitarios e informes anuales está a la zaga. El trabajo de promoción llevado a cabo por la OMS y sus asociados sobre los temas de salud relacionados con este objetivo estratégico ha tenido un considerable impacto.

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

16. Se han registrado progresos en áreas de acción esenciales para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuarto (Reducir la mortalidad infantil) y quinto (Mejorar la salud materna), y se ha concedido especial atención a la prestación de servicios integrados y la adopción de enfoques para eliminar los obstáculos al acceso a servicios esenciales de salud reproductiva, de la madre, el niño y el adolescente. La Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en África se puso en marcha en 21 países africanos, y 16 países de la Región de África han emprendido un examen de mitad de periodo de sus hojas de ruta para la reducción de la mortalidad materna. Se proporcionó apoyo a los países de todas las regiones para ampliar los conocimientos de los dispensadores de atención de salud en cuidados del recién nacido mediante el cursillo de la OMS de capacitación sobre atención esencial al recién nacido, y las Regiones de África y el Pacífico Occidental han introducido la atención al recién nacido en el hogar. Se registraron buenos progresos en cuanto al refuerzo de la capacidad de los expertos nacionales en investigaciones operativas sobre salud reproductiva, lo que contribuye a la aplicación general de la estrategia sobre salud reproductiva. Con objeto de ampliar el acceso de los niños enfermos a la atención esencial, tres regiones han introducido e integrado la atención de los niños en la comunidad. Se ultimó un examen sistemático de la prevención de los embarazos a una edad temprana, que en 2011 dará lugar a directrices para la acción en los países. Se estableció la Red Mundial de Ciudades Adaptadas a las Personas Mayores, de la OMS y se creó un sitio SharePoint.

17. Tres de los ocho resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso», pero cinco han sido considerados «en riesgo». Aunque el resultado 4.3 (atención materna) está relacionado con un área prioritaria, la falta de recursos ha limitado el apoyo que presta la OMS, sobre todo en la Región de África, para mejorar la calidad de la atención durante el parto y en el periodo posnatal. En lo que respecta al resultado 4.5 (mejora de la salud del niño), están «en riesgo» la aplicación de las directrices e instrumentos destinados a mejorar la salud del niño y la generación y vigilancia de información estratégica para la salud del recién nacido, el niño y el adolescente. El resultado 4.6 (salud del adolescente) se ha visto especialmente afectado por la falta de recursos para prestar un apoyo sistemático a los países, en particular en relación con los servicios de salud atentos a las necesidades de los adolescentes. En cuanto al resultado 4.7 (salud reproductiva), el suministro de productos que contribuyen al desarrollo de programas para mejorar la salud sexual y reproductiva, como guías clínicas, de gestión y de programas, se ha visto afectado por la disminución de los fondos. Aunque se han registrado progresos graduales con respecto al tema del envejecimiento (resultado 4.8), se considera que esta área estará «en riesgo» durante lo que queda de bienio, pues es probable que algunos países, sobre todo de las Regiones de África y el Pacífico Occidental, no alcancen la meta de tener en funcionamiento un programa de promoción del envejecimiento activo y saludable acorde con la resolución WHA58.16, relativa a la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

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

18. Se hicieron progresos en cuanto al desarrollo de la capacidad de los países en materia de reducción de riesgos y preparación para emergencias, entre otras cosas, con la introducción del Índice de Seguridad Hospitalaria en los países prioritarios y el inicio de la cartografía de la vulnerabilidad y la evaluación de riesgos. La gestión de las emergencias sanitarias se integró en la orientación que se proporciona a los países sobre planificación nacional de salud y en las estrategias de cooperación de los países. Se mejoraron los procedimientos operativos estándar para posibilitar una respuesta rápida por parte de la OMS. Asimismo, se reforzó la capacidad para hacer frente a un gran aumento de la

demanda y poder desplegar con mayor rapidez fondos, suministros y recursos humanos. Como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria, la OMS prestó apoyo a los Estados Miembros dirigiendo la respuesta nacional e internacional conjunta a crisis agudas, como el terremoto de Haití y las inundaciones en el Pakistán, y a las emergencias complejas en curso en el Afganistán, Benin, el Congo, Côte d'Ivoire, Guinea, Haití, Kirguistán, Liberia, el Níger, Nigeria, el Pakistán, la República Democrática del Congo, Uzbekistán y Zimbabue. Ese apoyo abarca actividades de planificación estratégica, despliegue de personal, evaluación, orientación técnica, desarrollo de planes de acción multiorganismos coordinados y suministro de material médico de emergencia. Por otra parte, se reforzaron los sistemas de vigilancia y alerta temprana de enfermedades transmisibles. Asimismo, se fortalecieron la preparación y los mecanismos de respuesta de los Estados Miembros para las emergencias sanitarias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente y se amplió la participación en las redes pertinentes de alerta temprana. Las actividades de evaluación de las necesidades y análisis de los sistemas de salud deteriorados después de desastres y conflictos se vieron favorecidas por los adelantos técnicos.

19. Cinco de los siete resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso» y dos han sido considerados «en riesgo». El resultado 5.5 (emergencias sanitarias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente) se ha calificado de «en riesgo», debido a la insuficiencia de recursos en la Región de las Américas y la Región del Mediterráneo Oriental: la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental señaló en concreto la falta de fondos para contratar al personal necesario. El logro del resultado 5.7 (respuesta a brotes epidémicos y crisis) está en riesgo en la Región de Europa, a causa de los retrasos registrados tanto en la recepción de fondos como en la contratación de coordinadores del Grupo de Acción Sanitaria; también está «en riesgo» en la Región del Mediterráneo Oriental debido al carácter abierto de las emergencias crónicas, que ha provocado la fatiga de los donantes. Cabe señalar que la Sede hizo referencia a una falta de capacidad en cuanto a los recursos humanos necesarios para responder a emergencias tecnológicas. No obstante, la Secretaría ha conseguido movilizar la adopción de medidas coordinadas en la mayoría de las crisis y ejecutar planes de acción con sus asociados en casi todas las situaciones de emergencia crónica.

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

20. La OMS proporcionó apoyo técnico para la formulación de políticas y planes de promoción de la salud en los países. A finales de 2010, 82 países estaban aplicando el método PASOS de la OMS para desarrollar sistemas de vigilancia y encuestas sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en sus grupos de población adulta. Veintiséis ciudades estaban utilizando el instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los centros urbanos; los datos y la experiencia reunidos a lo largo de la fase de prueba y el desarrollo del instrumento en varias ciudades proporcionó datos útiles para definir oportunidades cruciales para subsanar deficiencias en la esfera de la sanimetría urbana y pusieron de relieve la importancia de adoptar medidas intersectoriales en pro de la salud para afrontar las desigualdades sanitarias en las ciudades. Se han registrado importantes progresos en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco a nivel nacional, y con respecto a la aprobación de diversos instrumentos del tratado. A finales de 2010, 172 Estados Miembros se habían adherido al Convenio. Por otra parte, 13 países habían iniciado Encuestas Mundiales sobre el Tabaco y los Adultos y 160 habían concluido Encuestas Mundiales sobre el Tabaco y los Jóvenes.

21. Con motivo del Día Mundial sin Tabaco 2010, se publicó una monografía sobre la epidemia del tabaco entre las mujeres. La Secretaría colaboró de forma directa para reforzar la eficiencia y eficacia de los sistemas tributarios relacionados con el tabaco, lo que dio lugar a un aumento de los impuestos del tabaco en cinco países. En 25 países, los impuestos del tabaco representaban más del 75% del precio de los cigarrillos, y en 29 países se aprobaron leyes encaminadas a lograr entornos totalmente sin tabaco. Cuarenta y un países adoptaron avisos sanitarios gráficos en más del 30% de la superficie del paquete. La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud respaldó tanto la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (resolución WHA63.13) como una serie de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (resolución WHA63.14). También se aprobó para África una estrategia regional destinada a reducir el uso nocivo del alcohol. Se registraron progresos notables en la labor de seguimiento y vigilancia relativa al alcohol al concluir el análisis de los datos sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y las respuestas normativas referentes a todos los Estados Miembros y preparar la publicación del Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. Se continuó trabajando en los indicadores relacionados con el alcohol para la labor de vigilancia. También se desarrollaron instrumentos técnicos relacionados con la prevención de la obesidad infantil y estrategias de reducción de la sal orientadas a la población mediante una serie de reuniones técnicas y foros de intercambio de información. Se ultimó un instrumento especial para la vigilancia de las prácticas sexuales de riesgo, sus determinantes y sus consecuencias utilizando el método PASOS de la OMS.

22. En general, los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso». Sin embargo, debido a la falta de recursos financieros en toda la OMS, algunas actividades relacionadas con la promoción de la salud y la creación de capacidad en los países para aplicar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol podrían verse retrasadas o estar aplicadas solo parcialmente al final del bienio. Hay que redoblar los esfuerzos para garantizar que se apliquen en los países sistemas de vigilancia constante de las enfermedades no transmisibles y que estos sean dotados de los recursos necesarios. La Secretaría proporciona asistencia técnica a los Estados Miembros para que avancen en la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco a nivel nacional, pero es consciente de las actividades de la industria del tabaco destinadas a socavar la salud pública. Así pues, está desarrollando un recurso técnico para aumentar la capacidad para afrontar esas actividades de la industria, habida cuenta del comportamiento agresivo mostrado hacia algunos Estados Miembros, como el Uruguay.

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

23. Se respaldó una estrategia regional para abordar los principales determinantes de la salud en la Región de África.¹ Se proporcionó asistencia técnica a 18 países de tres regiones para llevar a cabo actividades relacionadas con los determinantes sociales de la salud y la salud orientada a la equidad. Se generaron y analizaron datos científicos sobre la realización de esas actividades en los países, que se presentarán en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, prevista para octubre de 2011. Como medida de apoyo a los Estados Miembros se preparó material de orientación sobre las repercusiones de algunos aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y sobre las repercusiones del comercio internacional y los acuerdos comerciales para la salud. Se organizaron actividades concretas de creación de capacidad sobre salud y derechos humanos

¹ Resolución AFR/RC60/R1.

para más de 10 países y algunos interesados regionales, como la Comunidad Económica de los Estados del África Occidental. También se elaboraron y difundieron instrumentos de evaluación y material de orientación sobre un enfoque de la salud basado en los derechos humanos. La OMS ha sido reconfirmada como secretaria permanente de la Cumbre Mundial de Comités Nacionales de Ética, que contribuyen a la difusión y aplicación del documento orientativo de la OMS sobre los aspectos éticos de la prevención, el cuidado y el control de la tuberculosis. La OMS desempeñó una función central en las consultas mundiales de alto nivel sobre cuestiones éticas fundamentales, como las celebradas por el Comité Interinstitucional sobre Bioética de las Naciones Unidas. El liderazgo mundial de la OMS en las esferas de la salud de la mujer y las cuestiones de género se ha visto reforzado por el diálogo sobre políticas relativas a la salud de la mujer y la reunión ministerial sobre la mujer y la salud.

24. En términos generales, están «en curso» cuatro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. El quinto, esto es, el resultado 7.3 (datos sociales y económicos relativos a la salud), se considera «en riesgo», debido a la falta de demanda de apoyo técnico por parte de los Estados Miembros. Es preciso introducir cambios en el presupuesto de manera que aumenten los fondos asignados al resultado 7.4 (derechos humanos y ética). Por otra parte, harán falta más recursos para atender a la creciente demanda de actividades en los países relacionadas con las afecciones prioritarias para la salud pública, con miras a abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria en los programas de salud pública. También serán necesarios un liderazgo y un compromiso sólidos para financiar totalmente el presupuesto destinado a cumplir el objetivo previsto 7.5 (atención a las cuestiones de género).

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

25. Prosiguió la labor normativa sobre las amenazas ambientales a la salud pública, por ejemplo, sobre los peligros químicos y de las radiaciones y sobre la calidad del agua y el aire. Se han registrado progresos notables en todas las áreas de trabajo sobre el cambio climático y la salud. Ha crecido considerablemente la atención prestada a la salud en el proceso de las Naciones Unidas relacionado con el cambio climático, y se ha creado un nuevo grupo de contacto entre delegados de países interesados, organizaciones no gubernamentales y el sistema de las Naciones Unidas. La OMS ha asumido el papel coordinador de un grupo de todas las Naciones Unidas sobre las dimensiones sociales del cambio climático. Por lo que se refiere al fortalecimiento de los sistemas de salud, se ha puesto en marcha un proyecto mundial sobre adaptación de la salud al cambio climático. Se organizaron conferencias ministeriales sobre la salud y el medio ambiente para países de África, Europa y Asia sudoriental y oriental, y las prioridades de acción se están acordando a nivel regional. La Secretaría empezó a proporcionar apoyo técnico a los países sobre la gestión de los beneficios y los riesgos para la salud derivados de los proyectos de la industria extractiva.

26. De manera general, los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están «en curso». Sin embargo, debido a las limitaciones financieras, habrá que aplazar algunas actividades relacionadas con los recursos de agua y la salud, a saber, las de evaluación del impacto en la salud y gestión ambiental. En la Región de África es probable que haya que reducir el número de países a los que se proporcionan fondos para iniciar la aplicación de la Declaración de Libreville sobre Salud y Medio Ambiente en África (en la que los países decidieron establecer una alianza estratégica en materia de salud y medio ambiente como base para la elaboración de planes de intervención conjunta).

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

27. En respuesta al mandato de la Asamblea de la Salud (resolución WHA63.23 sobre la nutrición de los lactantes y los niños pequeños), la Secretaría ha venido elaborando un plan de aplicación integral sobre el tema, con intervenciones sanitarias eficaces con impacto en la nutrición, que habrá de ser llevado a la práctica por el sector de la salud. Esas intervenciones incluyen actividades de cambio de comportamiento en las comunidades y los servicios de salud; suministro de suplementos de micronutrientes para niños, adolescentes y mujeres, y prestación de apoyo nutricional concreto y apoyo nutricional en situaciones de emergencia. El plan prevé también la promoción de intervenciones no sanitarias que repercuten en la nutrición, por ejemplo, relacionadas con la agricultura y la producción de alimentos, la protección social, el comercio, la educación, el trabajo y la información. Además, el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental ha respaldado la estrategia regional de nutrición 2010-2019,¹ y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud² ha aprobado una resolución en la que respalda la estrategia y aprueba el plan de acción para la reducción de la malnutrición crónica. También en respuesta a una solicitud de la Asamblea de la Salud (resolución WHA63.3 sobre el fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos), la Secretaría ha trabajado en la aplicación de la estrategia mundial sobre inocuidad de los alimentos, entre otras cosas, proporcionando asistencia técnica e instrumentos, promoviendo las actividades de investigación y reforzando la capacidad pertinente en los países. La Red Internacional de Autoridades en Materia de Inocuidad de los Alimentos cuenta ahora con 177 miembros. Se crearon un grupo consultivo de expertos sobre orientación en nutrición y tres subgrupos dedicados a los micronutrientes; la nutrición en el ciclo de vida y la malnutrición, y la vigilancia y evaluación de las dietas y la salud. En lo que respecta a la inocuidad de los alimentos, en 2010 se publicaron numerosos informes en que se proporciona asesoramiento científico, y el vínculo directo con el proceso de establecimiento de normas de la Comisión del Codex Alimentarius se mejoró, y se elaboraron 349 normas. La aplicación de las normas de la OMS en materia de crecimiento está avanzando, y 147 países han adoptado esas normas hasta la fecha.

28. Aunque cinco de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están en curso, puede que la Oficina Regional para África no sea capaz de proporcionar a todos los países el apoyo necesario para evaluar las necesidades y las respuestas normativas en materia de nutrición e inocuidad de los alimentos debido a la falta de recursos humanos a nivel nacional para alcanzar los resultados 9.3 y 9.6. Por la misma razón, puede que las Oficinas Regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental no sean capaces de proporcionar apoyo técnico para la elaboración de políticas y programas en materia de inocuidad de los alimentos (resultado 9.5).

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

29. El personal de 25 oficinas en los países ha recibido capacitación y preparado hojas de ruta para mejorar el apoyo prestado, de conformidad con el ciclo nacional de planificación de los países en que realizan actividades. Los progresos en la evaluación de los resultados del sistema de salud han sido notables en 26 países. Tras la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2010* sobre la cobertura universal y la financiación de los sistemas de salud, más de 61 países han solicitado y recibido

¹ Resolución EM/RC57/R.4.

² Resolución CD.50.R11.

apoyo técnico de la Secretaría, pero la demanda continúa superando la oferta. La OMS y sus asociados, como la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, han puesto en marcha iniciativas e inversiones en 41 países que viven una crisis de los recursos humanos para la salud. Esas iniciativas nacionales refuerzan la planificación y la formulación de políticas en materia de recursos humanos para la salud, entre otras cosas, con datos, estrategias de retención, alianzas intersectoriales y actividades de capacitación de gestores más adecuados. Los observatorios de la OMS han reforzado su capacidad para supervisar la situación y las tendencias sanitarias en relación con temas de salud pública de suma prioridad. Todas las regiones siguieron colaborando con los Estados Miembros para garantizar el cumplimiento de la recomendación de asignar como mínimo el 2% de los presupuestos de salud a la investigación. La Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación (HINARI) está registrando progresos a medida que se desarrolla y llega a más instituciones del mundo entero. La mayoría de los países (40 de un total de 105) que se benefician de la HINARI se encuentran en la Región de África. La encuesta mundial de 2009 sobre la ciber salud se concluyó con la participación de 114 Estados Miembros, y los resultados de la misma se publicaron en diciembre de 2010. Actualmente se está terminando un modelo sanitario unificado para evaluar el costo y el impacto de la ampliación de las intervenciones de salud. Asimismo, se ultimaron unos 40 instrumentos revisados para las Directrices de la OMS sobre higiene de las manos, y 12 000 hospitales de 123 países se inscribieron en el programa de higiene de las manos. Por otra parte, se puso en práctica la Alianza Africana en pro de la Seguridad de los Pacientes en seis países de la Región de África y se elaboró la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.

30. Cuatro de los 13 resultados previstos a nivel de toda la Organización están en curso y nueve se han calificado de «en riesgo». En general se han conseguido los objetivos relacionados con cada uno de esos resultados, pero la demanda de datos científicos sobre prácticas óptimas y de asistencia técnica por parte de los países, a raíz de su mayor toma de conciencia sobre la importancia vital de los sistemas de salud, ha crecido a un ritmo mucho mayor que las inversiones necesarias para atenderla. Además, la falta de recursos y el carácter imprevisible de estos y las consecuencias que ello tiene para el personal de la Secretaría en la Sede, las regiones y los países, ya sobrecargados de trabajo, han contribuido a que se considere que nueve de los resultados previstos están «en riesgo». Por lo que respecta a los resultados 10.1 (prestación de servicios de salud), 10.2 (gobernanza y liderazgo) y 10.3 (coordinación de mecanismos), la colaboración con los países es laboriosa y requiere un trabajo meticuloso y una coordinación hábil con diversos actores a nivel nacional. En concreto, es necesario prestar mucha atención a la planificación y las estrategias nacionales y a los mecanismos de financiación para conseguir una mayor eficacia de la ayuda. La demanda de asistencia técnica de la OMS sobrepasa la ayuda que la Organización puede proporcionar. Asimismo, no se sabe si se podrá mantener la función básica de coordinación de las investigaciones de los sistemas de salud (resultado previsto a nivel de toda la Organización 10.6) hasta el final del bienio, debido a la falta de recursos financieros y a otras limitaciones de la capacidad. También es posible que no se logren los objetivos del indicador 10.6.2 (asignación del 2% del presupuesto sanitario a la investigación), ya que el control del presupuesto sanitario está en manos de los países y la Secretaría puede no tener mucha influencia a ese respecto. La falta de fondos para promover el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (resultado 10.8) puede hacer peligrar la difusión y aplicación del Código a nivel nacional. En lo que respecta al resultado 10.9, aunque 21 de los 57 países con crisis de los recursos humanos para la salud han elaborado planes pertinentes, la falta de inversiones sostenibles en ellos, unida a una disminución de la capacidad de la Secretaría para proporcionar asistencia técnica para una planificación nacional indispensable, impedirá que se atenúen esas crisis. Por otra parte, si bien parece que a nivel mundial el resultado 10.10 (financiación de los sistemas de salud) está en curso en cuanto a los países que reciben apoyo, la Región de África, la Región de las Américas y la Región del Mediterráneo Oriental han indicado que las dificultades financieras y la limitada capacidad para responder a la creciente demanda, desencadenada en parte por el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, pueden impedir que alcancen sus objetivos. Los resultados 10.11 (cálculo de las consecuen-

cias económicas de las enfermedades) y 10.12 (formulación de políticas de financiación sanitaria) solo se podrían lograr parcialmente, debido a las limitaciones financieras y a la incapacidad de la Secretaría de hacer frente a la creciente demanda.

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

31. El procedimiento de precalificación de vacunas se revisó en 2010. Los organismos nacionales de reglamentación de 13 países fueron evaluados y los 12 países de la Red mundial para la vigilancia posterior a la comercialización de vacunas recientemente precalificadas recibieron apoyo financiero y técnico para fortalecer su capacidad de vigilancia de la seguridad de las vacunas utilizadas en sus programas de inmunización. Por otra parte, se concluyó una evaluación de la estructura y el funcionamiento del organismo de reglamentación en 26 países de África. En estos momentos, la OMS, el Banco Mundial y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria están preparando conjuntamente perfiles normalizados de países para el sector farmacéutico en 73 países de ingresos bajos y medios. Más del 85% de los tratamientos antirretrovíricos y de los tratamientos combinados con artemisinina adquiridos por los grandes organismos de financiación proceden de fuentes precalificadas, y menos de un 3% de ellos no reúne las normas de calidad exigidas. Se ha publicado el Formulario Modelo de la OMS de 2010, que abarca todos los medicamentos esenciales recogidos en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales, que se utiliza en los formularios de los países. El Primer Foro Mundial de la OMS sobre Dispositivos Médicos reunió a interesados directos para que intercambiaran información sobre recursos, directrices, instrumentos, estrategias, políticas y prácticas más adecuadas de que disponían en relación con los dispositivos médicos, y para determinar las necesidades futuras. Ya está plenamente operacional el Programa de Precalificación de Medios de Diagnóstico y se ha precalificado el primer producto de diagnóstico.

32. Uno de los tres resultados previstos a nivel de toda la Organización está en curso, y dos han sido considerados «en riesgo». Los resultados previstos 11.2 (normas, patrones y directrices internacionales) y 11.3 (orientaciones de política basadas en datos probatorios) están en riesgo, porque las normas mundiales de calidad para vacunas, medicamentos y tecnologías esenciales y los programas normativos, como el programa de seguridad de los medicamentos y farmacovigilancia, así como el trabajo de la OMS de lucha contra los productos médicos falsificados,¹ y la labor sobre las normas de calidad relativas a la sangre y los productos sanguíneos, se están llevando a cabo con una capacidad reducida y adolecen de falta de financiación. La promoción del uso racional de los medicamentos y la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos es también una esfera de actividad muy afectada por la insuficiencia de fondos, pese a sus potenciales beneficios médicos y económicos y a la reciente adopción por parte de la Asamblea de la Salud de resoluciones sobre la cuestión.²

¹ Con el término «falsificados» se hace referencia a los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación.

² Resoluciones WHA58.27 y WHA60.16.

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

33. La celebración de reuniones periódicas del Grupo Mundial de Políticas reforzó la coherencia organizacional. Se organizaron debates sobre el futuro de la financiación de la OMS en consulta con los Estados Miembros y posteriormente se elaboraron propuestas para desarrollar un programa de reforma de la OMS. Además de organizar las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS, la Secretaría prestó apoyo al Grupo de Trabajo de Composición Abierta de Estados Miembros sobre Preparación para una Gripe Pandémica, a la consulta con los Estados Miembros sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, al grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación, y a las reuniones del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional.

34. Gracias a las estrategias renovadas de cooperación con los países, la colaboración técnica de la OMS en los países de todas las regiones se ha ido ajustando cada vez más a las estrategias y prioridades nacionales. A nivel regional, se celebraron periódicamente consultas estratégicas y sobre políticas entre los directores regionales y los jefes de las oficinas en los países, lo que contribuyó a reforzar aún más la coherencia normativa entre los tres niveles de la Organización. Se seleccionó a jefes de las oficinas de la OMS en los países a partir de una lista mundial de candidatos idóneos, elaborada mediante un proceso de selección por concurso. El intercambio de experiencias sobre armonización y alineamiento y aplicación de los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo se vio facilitado por las oficinas regionales, que hicieron posible el aprendizaje entre pares de los distintos equipos en los países.

35. La labor relacionada con los mecanismos mundiales en pro de la salud y el desarrollo dio lugar a la aprobación por parte de la Asamblea de la Salud de la política relativa a la participación de la OMS en alianzas en pro de la salud y a los acuerdos de acogida (resolución WHA63.10), y al respaldo por parte del Grupo Mundial de Políticas del marco normativo de la OMS sobre la participación del sector privado. Las oficinas regionales participaron activamente en un grupo de apoyo entre pares, en el contexto del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el equipo de directores regionales de las Naciones Unidas, con el fin de proporcionar apoyo técnico a los equipos de las Naciones Unidas en los países para el proceso de preparación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Se prepararon versiones multilingües de las principales publicaciones y se mejoró el contenido multilingüe de los sitios web de todas las oficinas principales. Se mantuvo el acceso de todo el personal de la OMS a la literatura científica y técnica.

36. Los cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización se consideraron «en curso». La vigilancia periódica de la situación técnica y financiera a nivel regional y de cada centro presupuestario garantizará el uso óptimo de los fondos. Este objetivo estratégico es objeto de una enorme presión financiera, debido sobre todo al elevado costo de los numerosos procesos intergubernamentales.

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

37. En 2010, la Secretaría concluyó la introducción del Sistema Mundial de Gestión en todas las oficinas, salvo en la Región de las Américas, que ha decidido no aplicarlo. El Sistema está facilitando una mayor coherencia en la prestación de servicios, más transparencia y un mejor sistema de presenta-

ción de informes en toda la Organización, por ejemplo, de los informes de gestión financiera y análisis de los ingresos. Esta mejora se señaló en un dictamen de auditoría sin reservas sobre el primer estado financiero bienal elaborado en el entorno del nuevo sistema. Durante 2010 se preparó el proyecto de presupuesto por programas 2012-2013, que fue examinado en los comités regionales (y por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración en enero de 2011). La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del informe sobre la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2008-2009, con su valoración mejorada de los indicadores, y la evaluación interina del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 se llevó a cabo con la participación de los Estados Miembros.¹ El Grupo Mundial de Políticas respaldó una estrategia mundial de movilización de recursos.

38. La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud definió y aprobó mecanismos de financiación para el plan de mejoras y requisitos en materia de seguridad (resoluciones WHA63.6 y WHA63.7). La Secretaría respaldó la labor del nuevo Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión. Entre otros logros importantes cabe citar la aplicación de un mecanismo de recuperación de gastos mediante una tasa por puesto ocupado, la elaboración de una lista mundial para la selección de jefes de oficinas de la OMS, con propuestas para el establecimiento de nuevas listas mundiales para otros puestos genéricos, y la institucionalización del marco de gestión de riesgos corporativos en la Sede en el ámbito de la administración general y el inicio de su ampliación a las regiones.

39. Cinco de los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización están en curso. Solo el resultado 13.5 (servicios de apoyo gerencial y administrativo) está considerado «en riesgo». La interacción y la coordinación entre el Centro Mundial de Servicios y las oficinas regionales y de los países han mejorado gracias a una comunicación más clara y a la solución conjunta de problemas. No obstante, continúa habiendo dificultades en algunas esferas relacionadas con los servicios, debido a una combinación de deficiencias sistémicas y de procedimiento, y prosigue la labor a los tres niveles de la Organización para mejorar el nivel de los servicios y la funcionalidad de los procesos administrativos de principio a fin, y al mismo tiempo conservar un marco de control adecuado.

PANORÁMICA DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA A FINALES DE 2010

40. En enero de 2010, el Consejo Ejecutivo tomó nota de los problemas inmediatos de financiación con que se enfrentaba la OMS, sobre todo debido al posible déficit entre los ingresos y los gastos proyectados y a la disminución prevista de los ingresos por concepto de contribuciones voluntarias, que se calcula será de entre un 10% y un 15%.

41. El examen de mitad de periodo muestra que algunos objetivos estratégicos y oficinas principales están relativamente bien financiados, mientras que otros adolecen de importantes déficits. Si se redistribuyeran los recursos disponibles, sería posible un mayor ajuste con el presupuesto por programas, pero la OMS se ve muy condicionada por las características concretas de la financiación disponible y la desigualdad de su distribución entre los distintos segmentos del presupuesto; estos dos elementos limitan su flexibilidad para reasignar fondos entre objetivos estratégicos u oficinas principales.

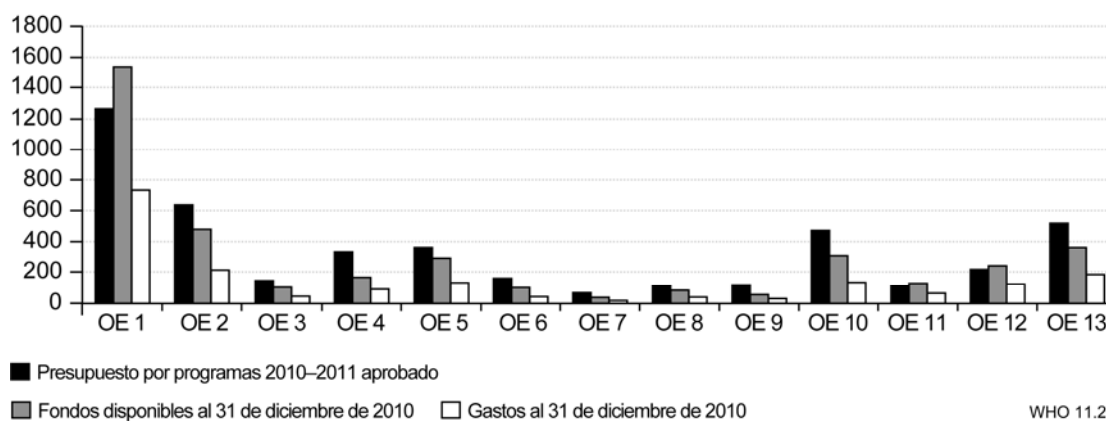
42. En los cuadros que figuran a continuación se muestra la manera en que se ha ejecutado el presupuesto por programas 2010-2011 a 31 de diciembre de 2010, por objetivo estratégico, segmento presupuestario y oficina principal.

¹ Documento A64/6.

**Cuadro 2. Ejecución financiera por objetivo estratégico
(en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2010)**

Objetivo estratégico	Presupuesto 2010-2011 aprobado	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2010			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2010	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
OE 1	1 268	73	1 462	1 535	121	737	58	48
OE 2	634	40	440	480	76	217	34	45
OE 3	146	37	61	98	67	40	28	41
OE 4	333	46	124	170	51	88	27	52
OE 5	364	15	276	291	80	136	37	47
OE 6	162	31	64	95	59	44	27	47
OE 7	63	15	20	35	56	16	25	45
OE 8	114	30	55	85	74	37	33	44
OE 9	120	18	39	58	48	27	23	48
OE 10	474	124	183	307	65	136	29	44
OE 11	115	26	99	125	109	65	56	52
OE 12	223	190	55	246	110	129	58	52
OE 13 ^a	524	279	85	364	69	189	36	52
Todavía no distribuidos a los objetivos estratégicos			29	29				
Total	4 540	925	2 993	3 918	86	1 862	41	48

^a Además de la cifra del presupuesto aprobado mostrada para el objetivo estratégico 13 en el cuadro 2, otros US\$ 58 millones correspondientes a gastos conexos se financian mediante un mecanismo independiente de recuperación de gastos en relación con el objetivo estratégico 13bis (véase el cuadro sinóptico 6, Proyecto de presupuesto por programas 2010-2011, y la información más detallada recogida en el documento «Ejecución del presupuesto por programas 2010-2011: examen de mitad de periodo» (documento WHO/PRP/11.1), disponible solo en inglés y que se facilitará a quien lo solicite). Esos gastos están incluidos en el cuadro 2 en relación con todos los objetivos estratégicos, que contribuyen a su financiación mediante la tasa por puesto ocupado para recuperar los gastos de los servicios administrativos directamente atribuibles al trabajo relacionado con esos objetivos estratégicos.



WHO 11.24

43. El presupuesto por programas 2010-2011 aprobado de la OMS es de US\$ 4540 millones. Al final de 2010, los fondos disponibles¹ distribuidos para su empleo en el bienio se cifraban en US\$ 3918 millones y se componían de cantidades arrastradas del ejercicio económico 2008-2009, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias. En total el presupuesto ejecutado ascendía a US\$ 1862 millones (41% del presupuesto aprobado).²

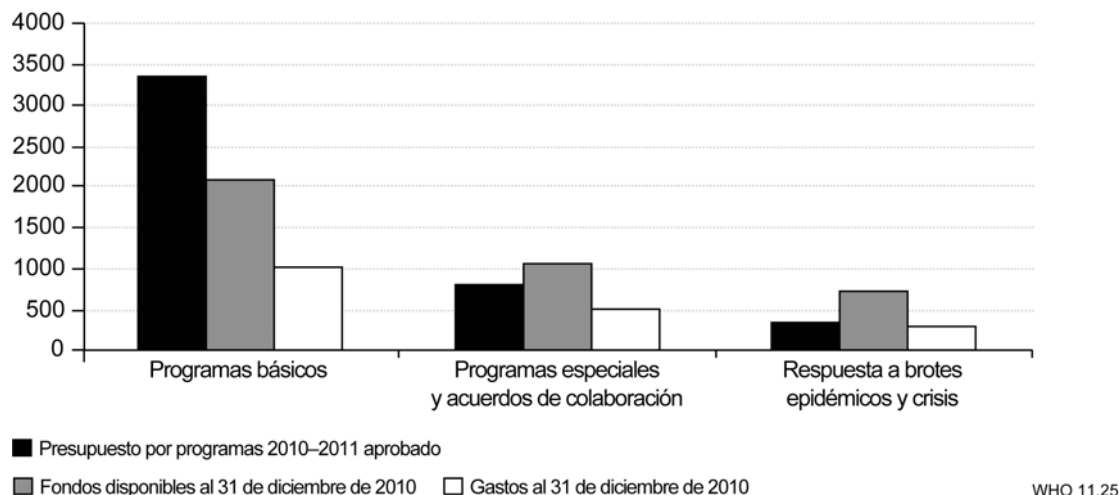
44. Los objetivos estratégicos 4, 6, 7 y 9 son actualmente los que cuentan con menos recursos, mientras que la financiación disponible para algunos objetivos estratégicos supera la cuantía prevista en el presupuesto por programas aprobado. Por ejemplo, en lo que respecta al objetivo estratégico 1, la financiación disponible incluye contribuciones en especie, en forma de vacunas, a la respuesta de la Organización a la pandemia (H1N1) 2009, así como fondos para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

**Cuadro 3. Ejecución financiera por segmento del presupuesto
(en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2010)**

Segmento	Presupuesto 2010-2011 aprobado	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2010			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2010	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Programas básicos	3 368	918	1 191	2 109	63	1 035	31	49
Programas especiales y acuerdos de colaboración	822	6	1 066	1 072	130	517	63	48
Respuesta a brotes epidémicos y crisis	350	1	737	738	211	309	88	42
Total	4 540	925	2 993	3 918	86	1 862	41	48

¹ Los fondos disponibles se componen de US\$ 925 millones (24% de los fondos disponibles) procedentes de las contribuciones señaladas (sin incluir las retenciones para imprevistos en caso de impago de las contribuciones) y US\$ 1377 millones (35% de los fondos disponibles) correspondientes a las sumas arrastradas del ejercicio económico 2008-2009; el resto procede de las contribuciones voluntarias. Esto difiere del ingreso de operación presentado en el informe financiero no comprobado correspondiente a 2010, en el que se reflejan únicamente los ingresos registrados para 2010.

² Esta cantidad se refiere a los gastos, y no incluye US\$ 138 millones correspondientes a compromisos (fondos comprometidos) relacionados con bienes y servicios que no se habían suministrado al 31 de diciembre de 2010 y no se reconocen como gastos para fines de contabilidad.



WHO 11.25

45. El presupuesto por programas 2010-2011 aprobado de la OMS, que asciende a US\$ 4540 millones, se compone de US\$ 3368 millones (74% del presupuesto por programas aprobado) para programas básicos; US\$ 822 millones (18% del presupuesto por programas) para programas especiales y acuerdos de colaboración, y US\$ 350 millones (8% del presupuesto por programas) para la respuesta a brotes epidémicos y crisis.

46. Los fondos disponibles¹ son los siguientes: programas básicos, US\$ 2109 millones (63% del presupuesto por programas para programas básicos); programas especiales y acuerdos de colaboración, US\$ 1072 millones (130% del presupuesto por programas para programas especiales y acuerdos de colaboración), y respuesta a brotes epidémicos y crisis, US\$ 738 millones (211% del presupuesto aprobado para la respuesta a brotes epidémicos y crisis).

47. Los segmentos de programas especiales y acuerdos de colaboración y respuesta a brotes epidémicos y crisis presentan un nivel de financiación que supera ya el presupuesto aprobado, pero el correspondiente a los programas básicos se ve afectado actualmente por un déficit de financiación de US\$ 1259 millones entre la cifra reflejada en el presupuesto por programas y los fondos disponibles al 31 de diciembre de 2010. La tendencia a la disminución de los ingresos durante el bienio está aumentando el riesgo de un déficit de financiación sustancial a finales de 2011. Además de disponer de los fondos necesarios para el bienio 2010-2011, es preciso poder arrastrar una cantidad suficiente como saldo inicial para sufragar las operaciones al comienzo del bienio 2012-2013. Actualmente, se calcula que habría que arrastrar como mínimo US\$ 1000 millones al final del bienio 2010-2011 para atender esa necesidad.

48. El nivel de fondos para programas especiales y acuerdos de colaboración es superior al previsto en el presupuesto aprobado (130% del presupuesto por programas 2010-2011 aprobado). El incremento de los fondos disponibles con respecto al presupuesto original se debe sobre todo al trabajo relacionado con la erradicación de la poliomielitis. El gasto total correspondiente a este segmento asciende a US\$ 517 millones (63% del presupuesto aprobado y 48% de los fondos disponibles).

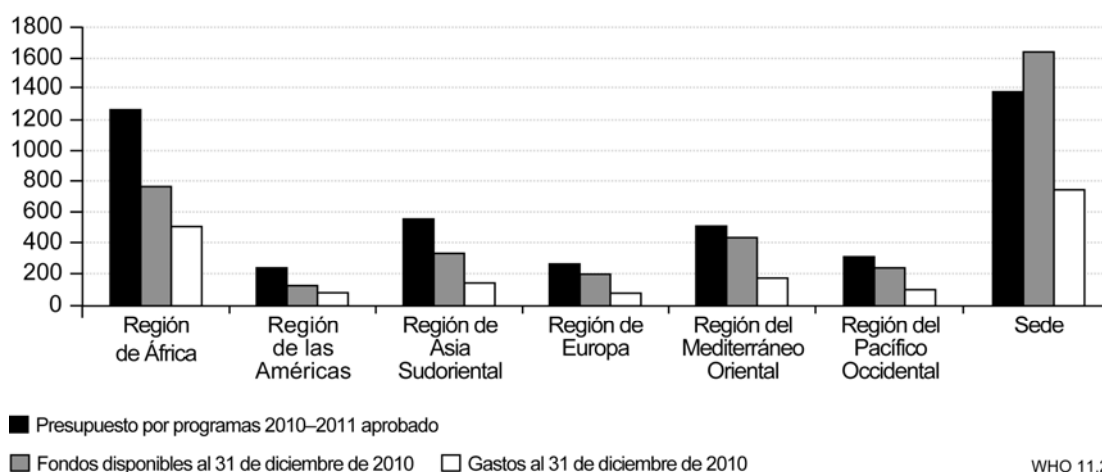
¹ La división de los recursos disponibles en programas básicos de la OMS y demás segmentos se basa en información de gestión y es aproximada.

49. El segmento de respuesta a brotes epidémicos y crisis también registró un incremento, alcanzando los recursos disponibles la cantidad de US\$ 738 millones (211% del presupuesto aprobado). Este incremento obedece en gran medida a la respuesta aportada por la OMS a la pandemia (H1N1) 2009 y al aumento de las funciones operacionales en situaciones de emergencia y crisis humanitarias.

50. Los gastos representan un 31% del presupuesto aprobado para programas básicos; un 63% del presupuesto aprobado para programas especiales y acuerdos de colaboración, y un 88% del presupuesto aprobado para respuesta a brotes epidémicos y crisis.

**Cuadro 4. Ejecución financiera por oficina principal
(en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2010)**

Lugar	Presupuesto 2010-2011 aprobado	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2010			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2010	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Región de África	1 263	205	561	766	61	516	41	67
Región de las Américas	256	79	55	134	52	83	32	62
Región de Asia Sudoriental	545	100	245	345	63	139	25	40
Región de Europa	262	61	132	193	74	90	34	47
Región del Mediterráneo Oriental	515	89	350	439	85	175	34	40
Región del Pacífico Occidental	310	77	164	241	78	113	36	47
Sede	1 389	314	1 334	1 648	119	747	54	45
Sin distribuir aún a las oficinas principales			153	153				
Total	4 540	925	2 993	3 918	86	1 862	41	48



WHO 11.26

51. En la mayoría de las oficinas, los fondos disponibles¹ representan más del 50% del presupuesto por programas aprobado, y los gastos se acercan al 50% de los recursos disponibles. El hecho de que haya gran disponibilidad de fondos en algunas oficinas principales, sobre todo en las Oficinas Regionales para el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental y la Sede, se debe a la gran proporción de fondos correspondiente a los objetivos estratégicos 1 y 5. En ambos casos, se aportaron fondos para programas especiales y acuerdos de colaboración, por ejemplo, para la erradicación de la poliomielitis, y para la respuesta a brotes epidémicos y crisis, como las inundaciones en el Pakistán.

AJUSTE PROGRAMÁTICO Y PRESUPUESTARIO SOBRE LA BASE DEL EXAMEN DE MITAD DE PERIODO

52. Habida cuenta de la actual situación de inseguridad financiera, un equipo de tareas organizado por el Grupo Mundial de Políticas² ha señalado las áreas programáticas, en todos los niveles de la Organización, que padecen los mayores déficits de fondos y en las que quizá haya que reducir las actividades, integrarlas en diversos programas o abandonarlas por completo. Las medidas de seguimiento técnicas y gerenciales y las decisiones adecuadas que se han definido para hacer frente a los riesgos o los obstáculos son:

- identificación de los resultados prioritarios a los que se asignarán o redistribuirán fondos existentes o futuros con objeto de reajustar los recursos y de prestar especial atención a actividades clave;
- identificación de planes concretos para aumentar la eficiencia y reducir gastos;
- identificación de resultados concretos que no se lograrán por falta de recursos financieros y que, por tanto, se abandonarán o aplazarán.

Identificación de los resultados prioritarios

53. Los principios programáticos definidos por el equipo de tareas organizado por el Grupo Mundial de Políticas que se tuvieron en cuenta para determinar las prioridades son:

- garantizar que la OMS aprovecha al máximo su ventaja comparativa en la esfera de la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, centrándose en el trabajo normativo, la coordinación y prestación de apoyo técnico concreto, las actividades de vigilancia y evaluación y la promoción de alianzas; otros asociados están mejor capacitados para prestar apoyo directo a los Estados Miembros para la ejecución de actividades;
- dar prioridad a la labor normativa y de promoción relacionada con las enfermedades y afecciones transmisibles mediante la asignación idónea de los fondos disponibles a los objetivos estratégicos 3 (enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales) y 6 (factores de riesgo para la salud), a fin de res-

¹ En los fondos disponibles por oficina principal no se han incluido US\$ 153 millones correspondientes a fondos que estaban disponibles para objetivos estratégicos, pero no se habían distribuido a las oficinas principales al 31 de diciembre de 2010.

² El Grupo Mundial de Políticas está integrado por la Directora General, el Director General Adjunto y los seis Directores Regionales.

paldar el logro de resultados clave a nivel de toda la Organización previstos en relación con estos dos objetivos estratégicos;

- proseguir los esfuerzos para mantener las actividades relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuarto (Reducir la mortalidad infantil) y quinto (Mejorar la salud materna), en particular en las esferas en que la Organización goza de ventajas relativas;
- conceder prioridad al apoyo al desarrollo normativo en la esfera del fortalecimiento de los sistemas de salud trabajando en estrecha colaboración con los ministerios de salud y proporcionando orientación y asistencia;
- reducir la participación directa de la OMS en las actividades relacionadas con los determinantes sociales de la salud y la salud ambiental y, en cambio, luchar por generalizar las funciones pertinentes;
- proteger las funciones relacionadas con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular aquellas sobre las que se ha encomendado un mandato claro y con respecto a las cuales los Estados Miembros tienen grandes expectativas, como las de creación de capacidad para actividades de preparación y respuesta;
- respetar y proteger las funciones de coordinación del Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias de la OMS, habida cuenta de su función de liderazgo en esta esfera, y adoptar un enfoque intersectorial con respecto a las funciones esenciales de vigilancia y supervisión de la situación y las tendencias de la salud.

Identificación de planes concretos para aumentar la eficiencia y reducir gastos

54. El equipo de tareas organizado por el Grupo Mundial de Políticas elaboró planes concretos para aumentar la eficiencia y reducir gastos; se trata de:

- limitar el aumento del número de funcionarios;
- introducir cambios estructurales, como eliminar el grupo orgánico Alianzas de la Sede, centrar la atención en los países y la reforma de las Naciones Unidas, cerrar las oficinas de la OMS en el Banco Mundial y en Washington D. C., fusionar departamentos en la Sede y en las regiones, y devolver varios centros regionales al gobierno anfitrión correspondiente;
- racionalizar los gastos de viaje: reducir el número de reuniones en el exterior y la necesidad de viajar en general, aumentando el número de teleconferencias y reuniones virtuales, programando reuniones consecutivas y limitando los viajes del personal a los estrictamente necesarios;
- reducir los gastos de impresión limitando la publicación en versión impresa a las publicaciones que tengan suma prioridad, y publicando el soporte electrónico cuando sea posible;
- encargar trabajo a entidades externas y seleccionar cuidadosamente a los contratistas;
- trabajar en coordinación más estrecha con los asociados para utilizar de forma eficiente los recursos humanos compartidos;

- reducir el número de acuerdos para la realización de tareas aprovechando al máximo los conocimientos del personal disponible;
- considerar la posibilidad de utilizar en mayor medida los Centros Colaboradores de la OMS para alcanzar los resultados previstos;
- establecer metas e indicadores claros e inequívocos para medir la eficiencia en las diferentes etapas del ciclo de ejecución del presupuesto bienal.

Identificación de resultados concretos que se han de abandonar o aplazar

55. Para cada objetivo estratégico, se identificaron resultados y actividades que no se lograrán o realizarán o cuyo número se habrá reducido a finales del bienio, debido a las dificultades financieras.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

56. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe.

= = =