



Reforma de la OMS

Oficinas de la OMS en los países: criterios para la clasificación de los países según las necesidades

Informe del Director General

En enero de 1998 se presentó al Consejo Ejecutivo un informe sobre las oficinas de la OMS en los países¹ relativo a la elaboración de criterios para el establecimiento de oficinas en los países. Dichos criterios destacaban la prioridad asignada a los países más necesitados. En el informe se proponían mecanismos apropiados para la representación y coordinación de la OMS a nivel de país, con arreglo al desarrollo económico y la situación sanitaria de los Estados Miembros, analizándose asimismo cómo podrían mejorarse las funciones, concentrando al mismo tiempo más de los escasos recursos de la OMS en los países más necesitados.

En la decisión EB101(6), el Consejo Ejecutivo, entre otras cosas, pidió al Director General que elaborara con más detalle los criterios de clasificación de los países en función de sus necesidades, de conformidad con los facilitados en la resolución EB101.R10, relativa a las asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones, y que informase de los resultados al Consejo Ejecutivo en su 102^a reunión.

INTRODUCCIÓN

1. Un objetivo de la OMS a nivel de país es, entre otras cosas, ayudar a los gobiernos que lo soliciten a fortalecer sus servicios de salud, suministrar información, consejo y ayuda en la esfera de la salud y establecer y mantener una colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales sanitarias y las agrupaciones profesionales. En el documento EB101/5 se describen diversas maneras en que pueden coordinarse las actividades de la Organización a nivel de país, que van desde una gran oficina (en un país muy necesitado) hasta la ausencia de representación (como es el caso en los países desarrollados), junto con los criterios para los distintos tipos de representación.

¹ Documento EB101/5.

2. A medida que mejore la situación sanitaria y económica, la necesidad de cooperación técnica debería cambiar, lo que también entraña un cambio en los recursos que la OMS asigna a nivel de país, así como en su representación.
3. Se han propuesto diversos mecanismos para ajustar el método actual de asignación de recursos de la OMS a nivel de país, teniendo en cuenta el tamaño de la población y utilizando como indicadores el índice de desarrollo humano y la cobertura de inmunización.
4. En el presente informe se examina la utilidad de esos criterios para la adaptación flexible de la coordinación de la OMS a nivel de país.

COMPONENTE DEMOGRÁFICO

5. La población de los Estados Miembros y Miembros Asociados de la OMS va desde 1600 habitantes (Tokelau) a 1 243 738 000 (China). Atendiendo al tamaño de su población se definieron tres categorías de países: los de menos de 300 000 habitantes (31 países); los que tienen una población de entre 300 000 y 50 millones de habitantes (146 países); y los que superan los 50 millones de habitantes (22 países).
6. Para los países con una población inferior a 300 000 habitantes, que reciben una asignación limitada con cargo al presupuesto ordinario y de los que normalmente no se dispone de índice de desarrollo humano se propone la utilización de arreglos menos costosos que las oficinas en los países, tales como oficinas de enlace u oficinas compartidas. Actualmente, esos países, salvo cinco, ya están utilizando oficinas de enlace u oficinas compartidas.
7. En los 17 países en desarrollo con una población superior a los 50 millones de habitantes (Bangladesh, Brasil, China, Egipto, Etiopía, Federación de Rusia, Filipinas, India, Indonesia, México, Nigeria, Pakistán, República Islámica del Irán, Tailandia, Turquía, Ucrania y Viet Nam), debido a la magnitud de sus problemas sanitarios, los ministerios de salud cuentan a menudo con el apoyo de la comunidad de donantes, incluidas otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, mediante una importante presencia en el campo técnico. La labor de fomentar en esos países las políticas de la OMS, proporcionar asesoramiento normativo de alto nivel a los gobiernos y a los donantes y ayudar a los gobiernos a coordinar la asistencia exterior exige una oficina en el país reforzada. Algunos de esos países también hospedan oficinas regionales de distintas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas o de bancos de desarrollo, que requieren la presencia de la OMS para asegurar que los aspectos sanitarios reciban en sus actividades la debida consideración. En algunos de esos países, las oficinas de la OMS también administran las actividades subregionales de los países vecinos más pequeños.
8. En cuanto a los demás países, que representan la mayoría de los Estados Miembros de la OMS, se examinó la idoneidad de utilizar los indicadores propuestos para la asignación de fondos del presupuesto ordinario de la OMS.

LOS CRITERIOS DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO Y DE LA INMUNIZACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DE OFICINAS DE LA OMS EN LOS PAÍSES CON UNA POBLACIÓN DE ENTRE 300 000 Y 50 MILLONES DE HABITANTES

9. El índice de desarrollo humano es un índice compuesto correlacionado estrechamente con otros indicadores sanitarios tales como la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad de lactantes y la tasa de mortalidad de menores de cinco años. Sin embargo, dicho índice tiende a dar más importancia al desarrollo socioeconómico y suele responder lentamente a los cambios que se producen en los servicios de salud. De ahí que una mejora rápida de éstos pueda no traducirse necesariamente en un cambio igualmente rápido del índice.
10. La cobertura de inmunización con la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos es el único índice ampliamente disponible que refleja el rendimiento de los servicios de salud. Al tener una

correlación relativamente baja con el índice de desarrollo humano, su utilización ofrece ventajas como índice complementario. Sin embargo, la cobertura de inmunización debería utilizarse con cautela como índice sustitutivo del rendimiento de los servicios de salud, ya que puede variar rápidamente, por ejemplo después de una campaña de inmunización intensiva. Además, como los países están reduciendo rápidamente la diferencia entre la cobertura de inmunización ideal y la efectiva, se necesitan otros indicadores ampliamente disponibles del rendimiento de los servicios de salud.

ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA A LOS PAÍSES Y OTROS INDICADORES

11. Como el presente informe se escribió mientras se estaba revisando el modelo de asignación presupuestaria, no se pudo utilizar el monto probable de las asignaciones de la OMS a los países como criterio para determinar el grado de representación a nivel de país. Sin embargo, dicho monto, así como el importe de los fondos extrapresupuestarios y otras contribuciones administradas por la OMS a nivel de país, constituyen claramente un factor importante a la hora de determinar el tamaño de la oficina y el número y tipo de personal.

12. Para ulteriores ajustes debe utilizarse información más cualitativa, por ejemplo sobre la exposición a las emergencias, la equidad, la capacidad para ejecutar programas y actividades, así como la necesidad de coordinación con otros organismos que, por ejemplo, tienen grandes oficinas en los países o regionales, y programas subregionales (interpaíses) o interregionales.

AGRUPACIÓN PROPUESTA DE LOS ESTADOS MIEMBROS CON UNA POBLACIÓN DE ENTRE 300 000 Y 50 MILLONES DE HABITANTES

13. El índice de desarrollo humano (IDH) y la cobertura de inmunización, ya propuestos como indicadores para la asignación de recursos a nivel de país, podrían utilizarse para agrupar a los Estados Miembros según su situación económica y sanitaria y el rendimiento de sus servicios de salud, especialmente en la inmensa mayoría de los países con una población de entre 300 000 y 50 millones de habitantes. En el cuadro figuran las gamas de indicadores propuestas para las cuatro categorías de países que se establecen en el documento EB101/5.

MÁRGEN DE INDICADORES PROPUESTO PARA CLASIFICAR A LOS PAÍSES CON UNA POBLACIÓN DE ENTRE 300 000 Y 50 MILLONES DE HABITANTES

Países	Índice de desarrollo humano	Cobertura de inmunización (%)	Nivel propuesto de representación de la OMS
Grupo 1	0,000-0,699	y <60	Oficina reforzada
Grupo 2	0,000-0,699	ó <60	Pequeña oficina
Grupo 3	0,700-0,899	y 60-80	Oficina de enlace
Grupo 4	>0,900	y >80	Punto focal a nivel nacional apoyado por las autoridades nacionales

14. Cabe subrayar que esos márgenes deben aplicarse con flexibilidad y sólo como orientación a la hora de determinar los grupos de países. Los indicadores ayudarán a definir un marco de evaluación común para todas las regiones de la OMS. Habrá que establecer un calendario fijo para reevaluar la situación, así como directrices que estimulen el uso de otros mecanismos para la coordinación a nivel de país.

15. El tamaño y la composición precisas de la presencia de la OMS en el país deberán decidirla conjuntamente el gobierno y la OMS, teniendo en cuenta, además de los mencionados criterios, las prioridades sanitarias nacionales y las prioridades de la OMS, la capacidad del sistema de salud del país y los objetivos de la cooperación bilateral y multilateral.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

16. El Consejo podrá, si lo estima oportuno, recomendar lo siguiente:

- 1) que los Directores Regionales determinen, en consulta con los países, si el tipo de representación de la OMS en cada país es apropiado, teniendo en cuenta el índice de desarrollo humano y la cobertura de inmunización como indicadores, sin excluir la posibilidad de modificar la representación en algunos países;
- 2) que los Directores Regionales informen al Director General sobre los progresos realizados en la reevaluación y redefinición de la representación de la OMS, con arreglo a las necesidades y situaciones específicas de los países;
- 3) que el Director General elabore directrices para que los Estados Miembros, de acuerdo con su capacidad nacional, asuman una mayor responsabilidad en la coordinación con la Organización.

= = =