



Programas de la OMS 2000-2001

Informe de la Secretaría

1. El presente informe fue sometido al Consejo Ejecutivo en su 110ª reunión. A petición de varios miembros se ha incluido el tema en el orden del día de la 111ª reunión para que el Consejo Ejecutivo pueda examinar de nuevo la evaluación.
2. En el bienio 2000-2001 se registraron cambios significativos en el proceso de gestión general; éstos han influido en la manera en que la OMS planifica, ejecuta, sigue de cerca y evalúa su trabajo. En el presente informe se resumen las actividades más destacadas del bienio y se examinan algunos desafíos para el futuro. Se ha ultimado un informe más detallado sobre los logros, los factores posibilitadores o limitadores y las enseñanzas aprendidas.¹

ANTECEDENTES

3. El trabajo de preparación del presupuesto por programas para 2000-2001 estaba muy adelantado cuando la Directora General asumió sus funciones, en julio de 1998. Los proyectos de presupuesto por programas ya se habían redactado para que se presentaran en las reuniones de los comités regionales. Consciente de que la presupuestación es un instrumento poderoso para introducir cambios y un proceso de renovación a nivel de toda la Organización, la Directora General procedió a modificar dicho proceso.
4. Las actividades de la Organización se agruparon en nueve temas amplios. La Sede y algunas oficinas regionales se reorganizaron para reflejar las prioridades estratégicas. Los temas pasaron a ser sendas secciones de la Resolución de Apertura de Créditos, lo que permitió establecer relaciones estrechas entre la estrategia, la estructura orgánica, el presupuesto y la contabilidad.
5. Las funciones de gestión y de apoyo administrativo se racionalizaron con objeto de optimizar los recursos disponibles para la aplicación de los programas y mejorar la capacidad de respuesta de los procesos administrativos a las necesidades de los programas. Se hicieron economías de unos US\$ 50 millones por aumento de la eficiencia en lo siguiente: gastos de viaje, adquisiciones, becas, visitas de estudio y publicaciones. Esos fondos se reasignaron luego a cinco áreas prioritarias, a saber: paludismo, tuberculosis, VIH/SIDA, salud mental y fortalecimiento de los sistemas de salud.

¹ Implementation of the Programme budget 2000-2001: contributions from WHO regions and headquarters. Documento PME2002/2, disponible a petición de los interesados que lo soliciten.

6. Con miras a promover una cultura basada en resultados, se revisaron los resultados previstos en el proyecto de presupuesto por programas para que reflejaran únicamente intervenciones de la Secretaría, lo que ha permitido distinguir los intereses viables de la OMS de los de los Estados Miembros. Se introdujo un conjunto mínimo común de datos para que hubiera coherencia en materia de notificación en toda la Organización.

7. Se estableció un marco para la evaluación a nivel de toda la Organización. En 2000-2001 se realizaron dos evaluaciones externas en ese marco y los resultados de las mismas se comunicaron al Comité de Desarrollo del Programa, del Consejo Ejecutivo, en su octava reunión.¹

8. Las áreas de interés estratégico esbozadas primero en el presupuesto por programas 2000-2001 se aclararon cuando el Consejo Ejecutivo en su 105ª reunión² adoptó la estrategia institucional de la OMS. El Consejo Ejecutivo identificó cuatro orientaciones estratégicas que articulaban un marco para las actividades técnicas, a saber:

- 1) reducir la carga excesiva de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en las poblaciones pobres y marginalizadas;
- 2) promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana que tienen causas ambientales, económicas, sociales y comportamentales;
- 3) desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos;
- 4) formular una política posibilitadora, crear un entorno institucional para el sector de la salud y promover eficazmente la dimensión sanitaria de las políticas sociales, económicas, ambientales y de desarrollo.

9. A continuación se describen de manera resumida los principales logros del bienio, previstos en el presupuesto por programas 2000-2001.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

10. Se estima que las enfermedades transmisibles causan la muerte de 11 millones de personas por año. Las actividades de la OMS en materia de enfermedades transmisibles en el bienio 2000-2001 se han dedicado en general a intensificar la lucha contra las enfermedades a nivel mundial y de país facilitando el establecimiento de alianzas mundiales entre gobiernos, organizaciones internacionales, organismos donantes, fundaciones, organizaciones no gubernamentales y entidades privadas.

11. En el bienio que estamos examinando, la OMS ha establecido alianzas mundiales para hacer retroceder el paludismo y poner alto a la tuberculosis. Por ejemplo, en 2001 se estableció el Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis, que aprovecha el trabajo de la Alianza «Alto a la tuberculosis» y se encarga de facilitar suministros médicos a gobiernos y organizaciones no gubernamentales.

¹ Documentos EBPDC8/2 y EBPDC8/3.

² Véanse los documentos EB105/3 y EB105/2000/REC/2, acta resumida de la primera sesión.

12. La OMS también estableció alianzas con empresas farmacéuticas para combatir la tripanosomiasis africana. En 2000, una alianza mundial encaminada a eliminar la filariasis linfática reunió a unas 30 organizaciones internacionales, y la OMS se hizo cargo de las funciones de secretaría. Por intermedio de esta alianza, los fabricantes suministran gratuitamente medicamentos y, merced a la estrategia de administración masiva, éstos se ponen al alcance de más de 20 millones de personas en África.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

13. Durante el bienio pasado la OMS concentró la atención en cuatro grupos principales de enfermedades y sus correspondientes factores de riesgo, a saber: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades pulmonares crónicas. Todas ellas tienen los mismos factores de riesgo.

14. Se desarrolló un marco para la aplicación de un instrumento de vigilancia de las enfermedades no transmisibles. En éste se definen variables centrales para las encuestas, la vigilancia y el seguimiento y se ofrecen orientaciones para países de ingresos bajos y medianos sobre la iniciación del control de las enfermedades no transmisibles. También se presentan material y métodos normalizados como parte de la colaboración técnica con los países, en especial con los carentes de recursos.

15. Se han elaborado instrumentos de gestión para la lucha contra el cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, así como directrices destinadas a las instancias normativas y los profesionales de la atención sanitaria sobre el mejoramiento de la gestión de las actividades de prevención y de atención clínica. Se buscó y se contrató a expertos nacionales e internacionales y se aprovecharon las oportunidades ofrecidas por redes y recursos compartidos para identificar enfoques comunes de la gestión de las afecciones crónicas y promover la observancia de los tratamientos. También se examinaron las mejores prácticas y políticas para la atención a largo plazo.

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

16. Para el final de 2001, la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia se había introducido o aplicado en más de 100 países; de ese total, más de 40 habían iniciado actividades de orientación comunitaria para mejorar la salud y el desarrollo de los niños. Además, se intensificó y consolidó la labor encaminada a reducir la práctica de la mutilación genital femenina; como resultado, se publicaron cuatro manuales, uno sobre actividades de promoción y tres sobre la capacitación de trabajadores de salud.

17. La iniciativa «Reducir los riesgos del embarazo» comenzó sus actividades en 10 países con objeto de aumentar el acceso de las madres y los recién nacidos a los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención. Se elaboraron directrices sobre la atención integrada del embarazo y del parto y se revisó la documentación sobre el mejoramiento del acceso a servicios de calidad en materia de planificación de la familia para incorporar los últimos descubrimientos científicos. En todas las regiones se realizaron investigaciones operacionales sobre salud materna, planificación de la familia, infecciones del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual con miras a sentar las bases científicas de las intervenciones a fin de mejorar los servicios de salud reproductiva.

18. Se intensificó el apoyo de la OMS a la lucha contra el VIH/SIDA en el sector de la salud con un enfoque tanto preventivo como asistencial. La contribución de la OMS a la lucha contra el VIH/SIDA en África se reforzó mediante un mayor apoyo a países del África subsahariana especialmente afectados por el VIH/SIDA.

DESARROLLO SOSTENIBLE Y AMBIENTES SALUDABLES

19. El Consejo Ejecutivo en su 105ª reunión¹ aprobó un marco normativo sobre la salud y la reducción de la pobreza, y la salud se incorporó en el programa del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el desarrollo social (Ginebra, 2000) y en el de la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Países menos Adelantados (Bruselas, 2001). Para promover la coherencia política entre los sectores de la salud y del comercio, en colaboración con la OMC se analizaron las relaciones entre los riesgos para la salud y cuestiones de comercio internacional. También se elaboraron marcos para analizar las dimensiones económicas de la globalización y la salud, los bienes públicos mundiales para la salud y la gobernanza de la salud mundial. En todas las actividades de la OMS, en general, se introdujo una dimensión relacionada con los derechos humanos y una evaluación de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en particular.

20. Se elaboraron normas y directrices sobre nutrición, necesidades energéticas de todos los grupos de edad, necesidades de vitaminas y minerales, gestión de la nutrición en situaciones de emergencia muy importantes, y niveles seguros de vitamina A en las embarazadas y los niños; además, se preparó la estrategia mundial de alimentación de lactantes y niños pequeños. Se prestó apoyo a países del Cuerno de África para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional y a más de 50 países para fortalecer las políticas y programas nacionales de nutrición.

21. Como parte de las actividades de la OMS para la protección del medio humano, en el transcurso del bienio se evaluaron más de 250 contaminantes químicos específicos y otros contaminantes de alto riesgo y se publicaron los resultados. También se ultimaron y publicaron enmiendas de las guías de la OMS para la calidad del agua potable y se formularon directrices para la calidad del aire a nivel mundial y regional. Los Estados Miembros están ahora utilizando las guías para establecer instrumentos de reglamentación nacionales. La estrategia mundial de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos se ultimó tras un proceso consultivo en el que participaron expertos, Estados Miembros y organizaciones no gubernamentales pertinentes, después de lo cual la aprobó el Consejo Ejecutivo en su 109ª reunión.²

22. Se estableció en toda la OMS una visión compartida de la acción de emergencia y humanitaria, su misión, sus instrumentos y su estrategia mundial. Con apoyo de donantes, se efectuaron intervenciones en más de 50 emergencias en todo el mundo. Estas intervenciones mejoraron las relaciones de colaboración tanto dentro de la OMS como entre la OMS y organizaciones externas y el trabajo de equipo a nivel de país, regional y mundial.

¹ Véanse los documentos EB105/5 y EB105/2000/REC/2, actas resumidas de la primera sesión.

² Véase el documento EB109/2002/REC/2, acta resumida de la cuarta sesión, sección 3.

CAMBIO SOCIAL Y SALUD MENTAL

23. El año 2001 estuvo dedicado a la salud mental. La salud mental fue el tema del *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, del Día Mundial de la Salud 2001 y de las mesas redondas ministeriales celebradas durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Como resultado, la salud mental ha pasado a ser prioritaria en los programas de salud de los Estados Miembros.

24. Las actividades sobre envejecimiento sano desplegadas en 2001 comprendieron preparativos para la contribución de la OMS a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002). Se emprendió la promoción de la alimentación saludable y la actividad física para prevenir enfermedades no transmisibles y se iniciaron los preparativos para el Día Mundial de la Salud de 2002, cuyo tema es «Por tu salud, muévete». El programa sobre abuso de sustancias ha compilado y dado difusión a una base de datos mundiales sobre el consumo de alcohol, ha preparado un estudio multinacional sobre la inyección de drogas y el consumo de estimulantes del tipo de las anfetaminas y ha emprendido una iniciativa mundial sobre la prevención primaria del abuso de sustancias psicoactivas.

25. Después de haberse celebrado sesiones de orientación y reuniones consultivas regionales, se preparó el proyecto de informe mundial sobre la violencia y la salud. También se elaboró la primera estrategia de la OMS de prevención de las lesiones causadas por los accidentes de tráfico, que servirá de base para las actividades de los cinco años venideros en materia de epidemiología y prevención de las lesiones causadas por los accidentes de tráfico. La OMS también prestó apoyo al Relator Especial de las Naciones Unidas en la vigilancia de la aplicación de los aspectos de salud de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, y se dio a conocer un informe basado en la respuesta de los gobiernos.

26. Se siguieron elaborando y fortaleciendo estrategias y programas de prevención de la ceguera y la sordera. En lo concerniente al tracoma, 17 países endémicos han comenzado a aplicar la estrategia «SAFE» recomendada por la OMS (corrección quirúrgica de la triquiasis, administración de antibióticos, higiene facial y mejoras ambientales). Estas y otras actividades se han desplegado en el marco de alianzas firmes, en particular con «Visión 2020: El derecho de ver».

27. En la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, D.F., 2000) se examinaron las mejores prácticas y se aprobaron actividades de fortalecimiento de la capacidad de los países. La XVII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (París, 2001) estableció un foro mundial para el diálogo sobre promoción de la salud con la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud y con otros asociados. La OMS siguió promoviendo programas eficaces de salud escolar en el contexto de las escuelas promotoras de la salud y de la Iniciativa Conjunta de la OMS, la UNESCO, el UNICEF y el Banco Mundial (Concentración de Recursos en la Sanidad Escolar).

TECNOLOGÍA DE SALUD Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

28. Las actividades de la OMS se centraron en los cuatro componentes de su estrategia para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales y otros medicamentos: selección racional de medicamentos; precios asequibles; financiación sostenible; y sistemas fiables de suministro y reparto. La selección de los medicamentos ha mejorado gracias a la actualización de los procedimientos del Comité de Expertos en Uso de Medicamentos Esenciales y a un mayor recurso a pruebas científicas en dicha selección. La OMS promovió la reducción de los precios de los medicamentos en los países pobres

mediante el fomento de la fijación diferencial de precios y la divulgación de información sobre precios. También dio a conocer en mayor medida ciertas disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio que afectan a los precios de los medicamentos.

29. Las contribuciones voluntarias para la erradicación de la poliomielitis pasaron de casi US\$ 160 millones en 1998-1999 a US\$ 392 millones en 2000-2001. Si bien no se alcanzó la meta de erradicar la poliomielitis en todas las regiones para el final de 2001, se certificó que dos de las seis regiones de la OMS estaban exentas de la enfermedad y que ésta seguía siendo endémica en sólo 10 países. El compromiso de la OMS y de las Naciones Unidas generó una mayor dedicación de los asociados, lo cual influyó directamente en las actividades de erradicación.

30. Uno de los objetivos estratégicos de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) es aumentar el uso de vacunas nuevas o subutilizadas como las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b. Para ello se aceleró la introducción de la vacuna contra la hepatitis B, lo cual se logró gracias a la financiación recibida del Fondo para Vacunas, del Programa para Vacunas Infantiles de la Fundación Gates, y del ONUSIDA. De conformidad con una declaración conjunta del UNICEF y la OMS en la que se aboga por el uso de técnicas de inyección seguras, en la actualidad se proporcionan sistemáticamente jeringas autodestructibles a todos los países que reciben apoyo de la GAVI y del Fondo para Vacunas. El Día Mundial de la Salud 2000 ayudó a crear una mayor conciencia general con respecto a la seguridad de la sangre y varias oficinas regionales apoyaron a los países en la formulación de planes nacionales para garantizar la calidad y la seguridad de los bancos de sangre.

31. El lanzamiento del proyecto sobre apoyo al diagnóstico del VIH/SIDA creó una mayor conciencia sobre el tema y también aseguró el desarrollo de conocimientos especializados. La OMS ha puesto en práctica un sistema de precalificación de proveedores de pruebas de diagnóstico; la compra a granel ha reducido significativamente los precios de las pruebas de detección del VIH. Además, la Red Mundial en pro de la seguridad de las inyecciones, una iniciativa mundial en colaboración, pone a disposición kits de inyección para medicamentos, vacunas y otros productos.

PRUEBAS CIENTÍFICAS E INFORMACIÓN PARA LAS POLÍTICAS

32. Se establecieron y publicaron en el *Informe sobre la salud en el mundo 2001* nuevos cuadros con estimaciones de datos vitales de todos los países. En mayo de 2000 se publicó en la web el repertorio internacional de legislación sanitaria. Más de 70 países participaron en la creación y la puesta a prueba sobre el terreno de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, la primera de ese tipo. Se formuló el concepto de capacidad de respuesta de los sistemas de salud y se desarrollaron métodos para evaluar dicha capacidad; éstos se perfeccionaron tras un análisis de encuestas realizadas en 60 países como parte de la encuesta multipaíses de la OMS, 2000-2001. A ello se agregó la labor para llegar a un consenso sobre la definición de las funciones críticas para una operación eficaz de los sistemas de salud y de los métodos para evaluar el desempeño de dichos sistemas. Los resultados, que se publicaron en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, comprendían indicadores compuestos del desempeño de los sistemas nacionales de salud de los Estados Miembros de la OMS. Esta labor despertó gran interés, así como observaciones críticas, por parte del Consejo Ejecutivo en su 107ª reunión. La Directora General inició un amplio proceso de consultas y un examen colegiado de la metodología.

33. En 2000 y 2001 se publicaron dos volúmenes del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Hubo una ampliación de los servicios de biblioteca, que ahora abarcan una «biblioteca virtual de la salud» en el sitio de la web de la OMS; los textos completos de todos los documentos de la OMS se pueden consultar a través de la base de datos WHOLIS. Se ha modificado el formato del sitio web de la OMS (www.who.int) para facilitar la navegación; la información existe en español, francés e inglés; el sitio ha pasado a tener aproximadamente 15 millones de visitas por mes.

34. La OMS centró cada vez más su atención en la organización de los servicios de salud. Se diseñaron marcos conceptuales para evaluar y mejorar el desempeño de los proveedores, medir la cobertura de las intervenciones sanitarias clave y establecer categorías de modelos de prestación de servicios de salud. Se creó una base de datos de los centros de colaboración de la OMS en materia de política y fomento de la investigación y se establecieron redes y asociaciones entre organizaciones clave que participan en la investigación de la salud. Se organizó la Conferencia Internacional sobre Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo (Bangkok, 2000) y la OMS administró los premios internacionales de apoyo a la cooperación en investigación sobre la salud.

35. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud, creada en 1999 para examinar la medida en que la mala salud contribuye a la privación y la pobreza individuales y al subdesarrollo de las sociedades, publicó a fines de 2001 un informe en el que proporciona una orientación importante para las actividades de seguimiento de la OMS en los entornos local, nacional, regional y mundial.

RELACIONES EXTERNAS Y ÓRGANOS DELIBERANTES

36. Se pusieron en práctica varios mecanismos para ayudar a los responsables de la gobernanza de la OMS a ejercer esta función, con inclusión de amplias sesiones de información dirigidas al personal de las misiones permanentes en Ginebra y de retiros para los miembros del Consejo Ejecutivo. La aplicación de un enfoque corporativo para obtener contribuciones voluntarias permitió mejorar la correlación entre el apoyo y el presupuesto por programas. Se elaboraron directrices sobre la interacción con el sector privado, como resultado de las cuales se obtuvieron importantes contribuciones de medicamentos en especie para varios programas de lucha contra enfermedades.

37. A mediados de 2001 se organizó la Reunión de Partes Interesadas como un ejercicio consultivo oficial. Se trató de la primera reunión de esa índole en la que se examinó la labor de la OMS en su totalidad y en la que participaron todos los niveles de la Organización. La Iniciativa de Colaboración con la Sociedad Civil se lanzó en respuesta a la necesidad de llegar a una gama más amplia de entidades de la sociedad civil, con el objetivo de diseñar una política de la OMS para la colaboración eficaz, el intercambio de información y el diálogo.

38. Se fortaleció la cooperación entre la OMS y las instituciones de la Unión Europea, en particular la Comisión de las Comunidades Europeas. En diciembre de 2000 se concluyó un nuevo intercambio de cartas entre la OMS y la Comisión en el que se establecía un nuevo marco para una mayor cooperación. Como resultado de ello, los directores generales de distintas entidades han entablado diálogos de política sobre una diversidad de cuestiones, entre ellas la salud y la pobreza, la adopción acelerada de medidas de lucha contra las principales enfermedades transmisibles, la salud y el medio ambiente, la lucha contra el tabaquismo y el desarrollo sostenible.

39. En colaboración con la OUA y el Gobierno de Nigeria, en el bienio se celebraron en Abuja dos cumbres de jefes de Estado para debatir la iniciativa «Hacer retroceder el paludismo» y las actividades de lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis. Estas reuniones sirvieron para enunciar un plan integral y generar la voluntad política necesaria para su aplicación. La segunda reunión mundial de

Representantes y Oficiales de Enlace de la OMS (marzo de 2001) sentó las bases de una estrategia para asegurar que la labor de la OMS en los países tenga una orientación más clara y sea más eficaz.

ADMINISTRACIÓN GENERAL

40. En respuesta a la resolución WHA52.20, se efectuaron un estudio y una revisión cabales del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera en colaboración con los Estados Miembros. Se procedió a la introducción de los párrafos revisados una vez que el Consejo Ejecutivo los hubo confirmado en su 107ª reunión¹ y que la 54ª Asamblea Mundial de la Salud hubo tomado nota de ellos.²

41. También se introdujeron varias reformas en la gestión de los recursos humanos. Se desarrolló un nuevo sistema de contratos, que entrará en vigor el 1 de julio de 2002, a través del cual se procura mejorar y normalizar las condiciones de empleo del personal contratado a corto plazo. El 1 de enero de 2002 se empezó a poner en práctica en toda la OMS un nuevo sistema de gestión y desarrollo del desempeño del personal. En él se hacen corresponder estrechamente los objetivos de desempeño profesional con los planes de trabajo y se asegura la coherencia entre la labor del funcionario y los compromisos generales de la OMS reflejados en el presupuesto por programas.

42. En 2000-2001 se estableció una red mundial exclusiva de la OMS que ha permitido a todas las oficinas regionales acceder a una red mundial para la transmisión de voz, datos e imágenes. Más del 90% de las oficinas de los países tienen ahora acceso a servicios de comunicación por voz, correo electrónico e Internet, y todas las que están conectadas a Internet pueden acceder a la intranet de la Sede.

PROYECTOS DEL GABINETE

43. Una de las novedades de 2000-2001 fue el lanzamiento de tres proyectos del gabinete: Hacer Retroceder el Paludismo; Liberarse del tabaco; y Fórmulas de asociación para el desarrollo del sector sanitario. El lanzamiento de esos proyectos era una manera de conseguir visibilidad y efectos rápidos en determinadas áreas y de crear unidad de propósito en toda la OMS en relación con aspectos centrales de la agenda de la Directora General.

Hacer Retroceder el Paludismo

44. El principal beneficio de designar el proyecto Hacer Retroceder el Paludismo como un proyecto del gabinete fue que permitió dar a conocer mejor dentro de la OMS el problema del paludismo y, gracias a ello, se llegó a un acuerdo sobre las medidas necesarias para lograr cambios reales. En el proyecto se adoptó una estrategia de intervención cuádruple: acceso rápido al tratamiento; prevención con mosquiteros tratados con insecticidas; predicción de epidemias y respuesta; y el paludismo durante el embarazo. El proyecto ha hecho posible la creación y coordinación de alianzas entre organizaciones internacionales y el desarrollo de vínculos con redes de organizaciones nacionales, el sector privado y organizaciones no gubernamentales.

¹ Resolución EB107.R6.

² Véase el documento WHA54/2001/REC/3, acta resumida de la tercera sesión de la Comisión B, sección 1.

45. El hecho de depender del gabinete favoreció el carácter interdisciplinario del proyecto. Por ejemplo, el equipo de acceso rápido al tratamiento alienta a los gobiernos y asociados nacionales en el proyecto a vigilar la evolución de la resistencia de los parásitos a los medicamentos antimaláricos, a reemplazar los medicamentos que ya no son eficaces y a aumentar el acceso a tratamientos eficaces. Los grupos de desarrollo de productos del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, con frecuencia en colaboración con asociados de la industria, identifican los posibles medicamentos antimaláricos y prestan apoyo a los estudios clínicos necesarios y a la realización de investigaciones. Como resultado de una colaboración similar en el caso de las medicinas y medicamentos esenciales, se trabajó con autoridades normativas en cuestiones tales como el registro y despliegue de medicamentos en los países en desarrollo. En 2001, un grupo ampliado colaboró con los Gobiernos de Burundi, Etiopía, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica y Zambia para introducir cambios en las políticas de tratamiento del paludismo. En el marco del proyecto también se establecieron fuertes vínculos con la iniciativa de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, en especial en la Oficina Regional para África.

46. Con «Hacer retroceder el paludismo» se ha generado en las altas esferas políticas una mayor conciencia del problema que supone la enfermedad y se ha logrado que ésta pase a figurar en la agenda mundial, como lo demuestran la Declaración de Abuja para hacer retroceder el paludismo en África (2000) y la proclamación, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, del periodo comprendido entre 2001 y 2010 como Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África.¹ Gracias a la mayor sensibilización conseguida y a las posibilidades de luchar contra la enfermedad, ésta es ahora uno de los objetivos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo.

La Iniciativa «Liberarse del tabaco»

47. La Iniciativa «Liberarse del tabaco» se lanzó como un proyecto del gabinete para proporcionar liderazgo mundial e impulsar la acción nacional e internacional encaminada a prevenir y reducir el consumo de tabaco. En virtud de la resolución WHA53.16, la Asamblea de la Salud respaldó el inicio de las negociaciones de un Convenio Marco para el Control del Tabaco, que será el primer tratado mundial de la OMS. Se prevé que el Convenio será adoptado en 2003.

48. La iniciativa organizó las primeras audiencias públicas sobre el consumo de tabaco en las Naciones Unidas (2000). Además, el Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional sobre Lucha Antitabáquica, presidido por la OMS, emprendió estudios sobre las consecuencias económicas de la reducción del consumo de tabaco; la repercusión del control del tabaco en el empleo; las políticas de prohibición del tabaco en las oficinas de las Naciones Unidas; el contrabando; los aspectos comerciales del Convenio Marco para el Control del Tabaco; un análisis económico de la lucha antitabáquica centrado en los aspectos de la demanda, y la privatización y el comercio ilícito.

49. La Directora General nombró a un comité de expertos encargado de examinar las tácticas utilizadas por las empresas tabacaleras para combatir las actividades de las Naciones Unidas e informar al respecto. En más de 50 países se llevó a término una Encuesta Mundial sobre el Tabaco y

¹ Resolución 55/284 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

los Jóvenes y se publicó un informe sobre los efectos del tabaco en los niños y los jóvenes;¹ en 2001 se publicó un informe sobre la Convención sobre los Derechos del Niño y su relación con el tabaco.²

50. A través de la Iniciativa «Liberarse del tabaco» se estableció una eficaz red mundial de contactos con los medios de comunicación que, unida a una serie de acontecimientos destacados, garantiza la difusión periódica a nivel internacional del mensaje de la OMS sobre la lucha antitabáquica. Actualmente se está desarrollando en más de 20 países el proyecto de promoción basado en los media «Que no te engañen: el tabaco mata», y las actividades del Día Mundial Sin Tabaco siguen siendo uno de los principales eventos anuales relacionados con la salud pública.

Alianzas para el desarrollo del sector sanitario

51. El objetivo del proyecto de alianzas para el desarrollo del sector sanitario era establecer un enfoque institucional aplicable a las actividades que se realizan en los países en general, y a las estrategias de cooperación con los países como un instrumento de cambio organizacional en particular. Se examinó la manera en que las distintas partes de la Organización colaboran entre sí, con los países y con los asociados para el desarrollo, y se definieron tres componentes interrelacionados: elaborar un enfoque más estratégico para las actividades en los países; promover una perspectiva del sector de la salud; y fortalecer el diálogo y el compromiso de la OMS con los organismos de desarrollo que prestan apoyo al desarrollo del sector sanitario. En estrecha colaboración con las oficinas regionales, el proyecto concibió un proceso para formular la estrategia de cooperación de la OMS en los países.

52. A finales de 2000 se habían formulado cuatro estrategias «experimentales» de cooperación en los países y dio comienzo la etapa de institucionalización. En julio de 2001 se habían iniciado estrategias de cooperación nacionales en 25 países en las seis regiones, y se habían establecido o fortalecido unidades de apoyo a los países en la Sede y en las oficinas regionales.

LECCIONES DERIVADAS DE LA APLICACIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS PARA 2000-2001

53. El análisis de las actividades emprendidas en 2000-2001 muestra que se ha progresado considerablemente en la mayoría de las esferas. Si bien se ha avanzado en las cuatro orientaciones estratégicas establecidas para el bienio (véase el párrafo 8), los progresos reales se centran en las orientaciones estratégicas 1 y 2. Para que la OMS pueda contribuir óptimamente y mejorar los resultados sanitarios de los pobres, habrá que seguir trabajando en relación con la orientación estratégica 3. A fin de avanzar en la orientación estratégica 4, la OMS debe ayudar a definir las mejores alternativas para que las políticas nacionales de los sectores distintos de la salud tengan la máxima repercusión en los resultados sanitarios. Con ese objeto, entre otras cosas, se colaborará con los países para tener en cuenta las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud a fin de mejorar el bienestar de los pobres, y se participará plenamente en los nuevos mecanismos de la cooperación para el desarrollo, especialmente en las estrategias de mitigación de la pobreza, los enfoques sectoriales y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo.

¹ International consultation on tobacco and youth: what in the world works? Documento WHO/NMH/TFI/00.1.

² Tobacco and the rights of the child. Documento WHO/NMH/TFI/01.3 Rev.1.

54. Habida cuenta de la necesidad de aumentar la repercusión de las actividades de la OMS en los países, se está ampliando y expandiendo la estrategia de cooperación en los países iniciada en el bienio 2000-2001 a fin de mejorar el desempeño de la Organización a nivel nacional. A principios de 2002 la Directora General y los Directores Regionales comenzaron a elaborar una nueva iniciativa de *focalización en los países*. En ella se incluyen planes para fortalecer en la OMS la competencia necesaria para apoyar el desarrollo de los sistemas sanitarios, promover actividades de mitigación de la pobreza, responder a la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, mejorar la capacidad de los equipos de la OMS en los países, mejorar los sistemas empleados para gestionar las tareas de la OMS en los países, y posibilitar una colaboración más eficaz de la OMS con el sistema de las Naciones Unidas y otros asociados gubernamentales y de la sociedad civil en los países.

55. Para lograr sus objetivos, la OMS debe, asimismo establecer una relación más regular y coherente con asociados tales como la Comisión Europea y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas; ubicar su labor en el contexto más amplio del desarrollo económico y social; y mejorar su capacidad de respuesta a las emergencias y nuevas prioridades mediante una mejor planificación para casos de emergencia.

56. Por último, para asegurar que se respeten las prioridades y el programa adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud y se mejore la responsabilización programática y financiera, será necesario armonizar e integrar mejor las actividades sufragadas mediante recursos extrapresupuestarios con las financiadas con cargo al presupuesto ordinario. De este modo se racionalizarán los sistemas de gestión de recursos humanos y financieros de que dispone la Organización.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

57. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe.

= = =