CONSEJO EJECUTIVO
130.ª reunión
Punto 10.2 del orden del día provisional

EB130/35 Add.1
24 de noviembre de 2011

Informes sobre los progresos realizados[1]

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

Página

Otros

M. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12) 2

N. Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos (resolución WHA63.3) 4

O. Cambio climático y salud (resoluciones EB124.R5 y WHA61.19) 6

P. Alianzas (resolución WHA63.10) 8

[1] Las secciones A, B y C figuran en el documento EB130/35, y las secciones D a L en el documento EB130/35 Add.2.

M. SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO (resolución WHA57.12)

1. En la resolución WHA57.12, la Asamblea de la Salud pidió al Director General que asigne suficiente prioridad, compromiso y recursos institucionales para apoyar una promoción y aplicación efectivas de la estrategia de salud reproductiva, que preste apoyo a los Estados Miembros para asegurar el abastecimiento de productos de salud reproductiva y que presente informes al respecto, cuando menos bienales. En septiembre de 2010, el Secretario General de las Naciones Unidas presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño, que vuelve a centrar la atención en el papel crucial de la salud reproductiva en la salud general de la mujer y el niño, y a destacar la necesidad de acelerar los progresos.

2. La Secretaría sigue colaborando con los Estados Miembros en sus esfuerzos por lograr el acceso universal a una atención de calidad de la salud sexual y reproductiva. El trabajo en las regiones incluye el apoyo a los marcos normativos y a los planes para acelerar la mejora de la salud reproductiva, así como la contribución a los documentos de las cumbres ministeriales y parlamentarias sobre la salud reproductiva y el desarrollo. Se está prestando apoyo técnico en varias áreas, como la financiación de la atención sanitaria, el diálogo sobre las políticas, los recursos humanos o el fortalecimiento de la capacidad para atender las necesidades de prestación de servicios relacionados con los componentes fundamentales de la salud sexual y reproductiva.

3. En 2011 la OMS realizó entre los Estados Miembros un cuestionario para evaluar la aplicación de la estrategia mundial sobre la salud reproductiva. Sus resultados indican que se han hecho progresos. Entre los 58 Estados Miembros que respondieron a la encuesta, los progresos se habían visto facilitados por:

- el fortalecimiento de las alianzas destinadas a mejorar la capacidad del sistema de salud, formar y fidelizar profesionales sanitarios cualificados y aumentar el acceso a la atención obstétrica de urgencias;

- la actualización de marcos legislativos y normativos armonizados con los planes estratégicos nacionales;

- la obtención de compromisos políticos mediante la demostración de la relación fundamental entre la mejora de la salud reproductiva y el desarrollo;

- el fortalecimiento del seguimiento, la evaluación y la rendición de cuentas a fin de mejorar el acervo de datos para establecer las prioridades, y

- la asignación de recursos nacionales a la salud reproductiva: más del 50% de los países encuestados tenían establecidos procedimientos para seguir los flujos de los recursos.

4. Los resultados de la encuesta también muestran que se estaban poniendo en práctica las intervenciones cada vez más numerosas puestas a punto por la OMS para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud reproductiva. Más del 85% de los países que respondieron indicaron que la atención prenatal focalizada se había integrado en los programas de salud reproductiva y materna; en el 95% de ellos está aprobado el uso del sulfato de magnesio para reducir la mortalidad de la eclampsia, lo cual supone una importante mejora en comparación con los resultados de la encuesta llevada a cabo en 2009, y en más del 95% los medicamentos esenciales para la salud reproductiva figuran en las listas

nacionales de medicamentos esenciales. Sin embargo, solo unos dos tercios han incluido la anticoncepción de emergencia entre los métodos anticonceptivos proporcionados por los sistemas públicos de salud, y solo tres cuartos referían tener programas de detección temprana del cáncer cervicouterino. El cribado de la sífilis congénita durante el embarazo todavía no es universal.

5. Al mismo tiempo, los Estados Miembros han identificado obstáculos a la mejora de los servicios de salud reproductiva. Entre ellos se encuentran la inestabilidad o las crisis políticas, la baja calidad de la atención, la mala coordinación de los esfuerzos, la escasez de recursos humanos y la baja motivación del personal, la falta de financiación y de productos, la pobreza, la escasa participación de la comunidad y los factores socioculturales.

6. Esos obstáculos también contribuyen a la irregularidad de los progresos y explican las disparidades observadas con respecto a los resultados en materia de salud reproductiva, y en particular a las variaciones de la reducción de la mortalidad materna entre regiones. A nivel mundial, la reducción anual de la razón de mortalidad materna fue del 2,3% entre 1990 y 2008. En las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, la reducción anual estimada de la razón de mortalidad materna fue del 5%, mientras que en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental fue del 1,7% y 1,5%, respectivamente. Los progresos más lentos en la reducción de la mortalidad materna en el África subsahariana, en comparación con Asia, y el aumento del número de nacimientos han dado lugar a un importante cambio regional de la mortalidad materna. En 1990, aproximadamente un 58% de las muertes maternas mundiales correspondían a Asia y el 36% al África subsahariana; en 2008, esta tendencia se ha invertido, con un 39% de las muertes maternas en Asia y un 57% en el África subsahariana.

7. El acceso a la atención durante el embarazo y el parto es crucial para mejorar la salud materna y reducir su mortalidad. La proporción mundial de partos atendidos por personal sanitario cualificado ha aumentado del 61% en los años noventa al 66% en la década de 2000. Pese a los espectaculares progresos hechos en muchas regiones, la cobertura (es decir, la proporción de partos asistidos por personal cualificado) sigue siendo baja en las Regiones de Asia Sudoriental y África, donde se produce la mayoría de las muertes maternas. Existen inequidades dependientes del lugar de residencia: en los últimos años el valor mediano de la proporción de partos asistidos por profesionales sanitarios cualificados es del 63% en las zonas rurales, en comparación con el 89% en las zonas urbanas.

8. La planificación familiar es un componente fundamental de la salud sexual y reproductiva, y puede evitar hasta un tercio de las muertes maternas.[1] Aunque el uso mundial de anticonceptivos entre las mujeres casadas o en pareja supera el 60%, hay grandes diferencias entre las regiones. El menor uso de anticonceptivos corresponde a las mujeres del África subsahariana (22% en 2008). Las necesidades desatendidas en materia de planificación familiar, es decir, la diferencia entre las mujeres que desean dejar de tener hijos o tenerlos más tarde y aquellas que no utilizan método anticonceptivo alguno, no ha cambiado en el África subsahariana desde 1990: 26% en 1990 y 25% en 2008.[2] En los países, dichas necesidades desatendidas son inversamente proporcionales a la riqueza de la familia.[2]

[1] Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet* 2006; 368:1810–1827.

[2] Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011. Naciones Unidas, Nueva York, 2011, p. 33, http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2011_SP (consultado el 15 de noviembre de 2011).

9. El embarazo supone un riesgo de problemas de salud y sociales para las adolescentes, sobre todo porque tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de salud reproductiva.[1] Los datos de 22 países del África subsahariana en el periodo 1998-2008 muestran que las mujeres de 15-19 años casadas o en pareja utilizan los anticonceptivos mucho menos que la totalidad de las mujeres en edad fecunda casadas o en pareja (10% y 21%, respectivamente) y tiene niveles similares de necesidades desatendidas en materia de anticoncepción (aproximadamente 25%). Por consiguiente, la proporción de adolescentes cuya demanda de anticoncepción es atendida es mucho menor que la de las mujeres de más edad (29% y 45%, respectivamente).

10. Los adolescentes del sexo masculino y los hombres también necesitan servicios de salud sexual y reproductiva, e información al respecto. En las regiones en desarrollo, hay menos de un 40% de hombres jóvenes que saben que dos formas de evitar las infecciones de transmisión sexual son el uso del preservativo y la abstinencia o el mantenimiento de relaciones con una sola pareja no infectada. La proporción de hombres jóvenes que refieren haber utilizado el preservativo en su última relación sexual de alto riesgo varía entre el 38% en Asia meridional y el 56% en el Caribe.[2] Se ha demostrado que los programas de educación sexual tienen un importante efecto de reducción de los comportamientos sexuales de alto riesgo.[3]

11. La Secretaría ha tomado nota de la petición de los Estados Miembros de que se asignen suficientes recursos institucionales al área de la salud sexual y reproductiva, y está colaborando con los asociados para garantizar la disponibilidad de recursos sostenibles. La OMS y los asociados siguen reforzando la investigación y la capacidad técnica e introduciendo sistemáticamente intervenciones eficaces, utilizando para ello el enfoque del Programa de Colaboración Estratégica, entre otros.

N. FOMENTO DE LAS INICIATIVAS EN MATERIA DE INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS (resolución WHA63.3)

12. Los últimos brotes de enfermedades de transmisión alimentaria, como el que causó *Escherichia coli* O104:H4 en Europa occidental en 2011, y la contaminación radiactiva de algunos alimentos tras la emergencia declarada en la central nuclear de Fukushima en el Japón han puesto de relieve la necesidad de adoptar medidas mundiales consolidadas que garanticen la inocuidad de los alimentos en todos los Estados Miembros a todos los niveles.

13. En la resolución WHA63.3 se reconoce la importancia de un compromiso pleno por parte del sector de la salud, en colaboración con otros sectores, para garantizar la buena gestión de la inocuidad de los alimentos, y se pide a los Estados Miembros y a la Directora General que adopten medidas esenciales para impulsar las iniciativas en esa esfera. A continuación se presenta una puesta al día sobre la labor de la Secretaría en las áreas pertinentes.

---

[1] Véase en el documento EB130/12 información más detallada sobre la tasa de nacimientos en adolescentes, que sigue siendo elevada en el África subsahariana (122 nacimientos por 1000 mujeres de 15-19 años). Pese a la disminución de la fecundidad total en América Latina, el Caribe y Asia meridional, la fecundidad de las adolescentes sigue siendo elevada en esas regiones.

[2] The Millennium Development Goals Report 2011 - Statistical Annex. Naciones Unidas, Nueva York, 2011, p. 12, http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2011).

[3] Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet* 2006; 368:1706–1728.

14. **Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN).** La Red se ha transformado en un programa conjunto que ha sido cogestionado por la FAO y la OMS desde junio de 2010. Esta colaboración ha ampliado la disponibilidad de información para las autoridades alimentarias y mejorado la gestión general. También ha potenciado la interacción entre las iniciativas pertinentes de ambas organizaciones, garantizando la sinergia entre ellas, y ha imprimido un mayor impulso al desarrollo de la Red.

15. La primera reunión mundial de INFOSAN, celebrada del 14 al 16 de diciembre de 2010 en Abu Dhabi, brindó a los puntos focales y los puntos de contacto para emergencias la oportunidad de formular recomendaciones prácticas para mejorar la comunicación y la colaboración. Las actividades de la secretaría de INFOSAN se han centrado en lo siguiente: fortalecer la capacidad a nivel nacional y regional para promover la participación en INFOSAN, tender vínculos con los esfuerzos emprendidos a fin de desarrollar la capacidad básica de los países para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y garantizar la prestación continuada de apoyo técnico.

16. A lo largo de varios eventos de contaminación de alimentos y brotes de enfermedades de transmisión alimentaria, la secretaría de INFOSAN ha recopilado y verificado información importante antes de compartirla con los miembros de INFOSAN.

17. En diversas regiones de la OMS, a través de talleres y actividades de apoyo técnico, se ha desarrollado la capacidad de los países tanto para colaborar con INFOSAN como para detectar, evaluar y gestionar los incidentes y emergencias en materia de inocuidad de los alimentos a nivel nacional.

18. **Instrumentos de intercambio de información.** La creación de vínculos entre las diversas fuentes de datos sobre inocuidad de los alimentos y la mejora del acceso a los mismos puede ayudar a los Estados Miembros a gestionar la inocuidad de los alimentos a nivel nacional. Pensando en eso, se ha diseñado una herramienta interactiva en línea de fácil uso para integrar los datos e información oportunos. Esa herramienta, FOSCOLLAB, debería permitir mejorar el intercambio de datos para respaldar la evaluación de riesgos y la adopción de decisiones en materia de inocuidad de los alimentos. Tras un proceso de consultas con los países, se ha elaborado un plan de trabajo detallado para la herramienta.

19. **Evaluación de la carga de enfermedades de transmisión alimentaria.** El grupo de referencia de la OMS sobre la Epidemiología de la Carga de Enfermedades de Transmisión Alimentaria ha seguido evaluando la carga mundial de esas enfermedades por todas las causas (ya sea microbiológicas, parasitarias o químicas). Se han iniciado evaluaciones piloto de la carga a nivel nacional en cuatro países (Albania, Japón, Tailandia y Uganda). Además, se han elaborado orientaciones sobre la aplicación de la evidencia científica en la formulación de políticas y la práctica.

20. **Apoyo constante a la labor de la Comisión del Codex Alimentarius.** La OMS ha seguido prestando apoyo financiero y técnico para las actividades de la Comisión del Codex Alimentarius y sus órganos subsidiarios. Además, durante el último bienio se han celebrado diez reuniones de expertos científicos para evaluar los peligros químicos y biológicos de origen alimentario, sobre todo como base para el asesoramiento científico a los comités pertinentes de la Comisión.

21. El Proyecto y Fondo de la FAO y la OMS en favor de la Participación en el Codex (Fondo Fiduciario del Codex) ha proporcionado un mayor apoyo a los Estados Miembros para reforzar la participación de los países en desarrollo en la labor de la Comisión del Codex Alimentarius. A finales de 2010 el apoyo prestado por el Fondo Fiduciario del Codex había permitido a un total de 1423 participantes de 132 países asistir a las reuniones del Codex y formar parte de grupos especiales y grupos

de trabajo. Otras 336 personas han recibido apoyo para participar en cursillos y talleres de capacitación del Codex.

22. **Las enfermedades zoonóticas en la interacción entre el hombre y los animales.** Se está intensificando la colaboración con la FAO y el OIE a fin de reforzar la orientación normativa para hacer frente a los riesgos sanitarios que plantean los ecosistemas hombre-animal. En apoyo de esas actividades, los tres organismos están compartiendo responsabilidades y coordinando actividades conjuntas, y han dado a conocer los pormenores de su colaboración en una nota conceptual tripartita.[1] Se está aplicando un plan de acción conjunta tripartito que traduce la orientación normativa en medidas concretas, teniendo en cuenta las actividades que están dando buenos resultados. Entre estas últimas cabe citar la colaboración en el Sistema mundial de alerta anticipada ante las principales enfermedades de los animales, incluidas las zoonosis (GLEWS), iniciativa que aprovecha el valor añadido de la combinación y coordinación de la capacidad de alerta y respuesta tempranas de los tres organismos contra las amenazas zoonóticas.

23. **Creación de capacidad.** Además de las actividades llevadas a cabo a través del Fondo Fiduciario del Codex, se han organizado talleres de formación en las áreas de evaluación de riesgos por contaminantes de los alimentos, resistencia a los antimicrobianos por uso de antibióticos en la agricultura, y capacidad de laboratorio. Esos talleres se organizaron generalmente por conducto de las oficinas regionales de la OMS.

24. **Sensibilización y promoción de comportamientos saludables.** Se ha seguido elaborando material de promoción de la salud e información para el público en relación con la inocuidad de los alimentos, material que ha sido traducido a diversos idiomas y ensayado sobre el terreno, y al que se ha dado difusión. En este sentido, la OMS ha seguido apoyando a los Estados Miembros en sus actividades de desarrollo y mantenimiento de medidas preventivas sostenibles, incluidos programas de educación sobre el tema basados en el concepto de las Cinco claves para la inocuidad de los alimentos.

25. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha elaborado un proyecto de estrategia regional del Pacífico Occidental en materia de inocuidad de los alimentos (2011-2015), que abarca temas importantes que requieren medidas de los Estados Miembros en ese terreno. Dicha estrategia fue sometida a la consideración del Comité Regional para el Pacífico Occidental en su 62.ª reunión, celebrada en octubre de 2011.[2] El Comité aprobó ulteriormente la Estrategia en su resolución WPR/RC62.R5. La Oficina Regional para Asia Sudoriental está terminando de elaborar una estrategia similar.

O. CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD (resoluciones EB124.R5 y WHA61.19)

26. El presente informe responde a la solicitud formulada en la resolución EB124.R5, en la cual el Consejo Ejecutivo le pide a la Directora General que informe sobre los progresos realizados en la apli-

[1] FAO, OIE, OMS. *The FAO-OIE-WHO collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. A tripartite concept note.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Office International des Épizooties, World Health Organization, 2010. (Disponible en línea en http://www.fao.org/docrep/012/ak736e/ak736e00.pdf, consultado el 12 de octubre de 2011).

[2] Véase el documento WPR/RC62/7.

cación de la resolución WHA61.19 y del plan de trabajo. También se actualiza la información proporcionada a la Asamblea de la Salud en mayo de 2011.[1]

27. **Actividades de promoción y sensibilización.** La Secretaría ha trabajado con los Estados Miembros para destacar la importancia de la salud en la política de cambio climático, así como los nexos existentes entre el cambio climático y otros determinantes ambientales y sociales de la salud. Ello ha incluido la realización de actividades en la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro (Brasil), del 19 al 21 de octubre de 2011). Se tienen previstas otras actividades en el décimo séptimo periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (que se celebrará en Durban (Sudáfrica), del 28 de noviembre al 9 de diciembre de 2011). La Secretaría coordina un grupo de contacto de delegados nacionales a la Convención Marco con el fin de promover que en las negociaciones se tenga en cuenta la salud; también ha establecido un grupo de consulta de asociaciones de profesionales sanitarios y organizaciones no gubernamentales para producir y distribuir información para las actividades de promoción en pro de la salud. Por otra parte, la Secretaría también ha actualizado una auditoría de la huella de CO_2 de algunas oficinas de la OMS como parte de la iniciativa «Por un ecosistema» de las Naciones Unidas, y ahora está considerando propuestas de políticas para reducir emisiones.

28. **Alianza con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras partes.** La OMS ha aportado la perspectiva de la salud a la respuesta de diferentes entidades de las Naciones Unidas al cambio climático, como son la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación; el Comité de Alto Nivel sobre Programas; la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y sus reuniones de política y técnicas; y el Grupo de Trabajo sobre las dimensiones sociales del cambio climático, del Comité de Alto Nivel sobre Programas, cuya labor coorganiza. La Organización también encabeza actividades para idear redes regionales sobre cambio climático y salud; de igual manera, convoca comités directivos intersectoriales para poner en práctica proyectos nacionales sobre el clima y la salud. Gracias a ello en la actualidad se reconoce que el sector de la salud es uno de los sectores fundamentales en los esfuerzos mundiales de adaptación.

29. **Promoción y respaldo de la generación de pruebas científicas.** La Secretaría ha finalizado su parte del Informe Especial del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático acerca de los fenómenos extremos. Sigue tratando de determinar los probables beneficios sanitarios de las estrategias para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero por los sectores fundamentales evaluados por el Grupo, y ha publicado informes sobre el sector de la vivienda[2] y el de los trasportes.[3] La OMS está colaborando con la OMM y otros asociados para diseñar el componente sanitario del nuevo Marco Mundial para los Servicios Climáticos; asimismo, ha preparado nuevos informes técnicos y orientaciones sobre temas como la evaluación de la vulnerabilidad y la adaptación[4] y géne-

---

[1] Documento A64/26.

[2] *Health in the green economy : health co-benefits of climate change mitigation - housing sector*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712_eng.pdf, consultado el 21 de octubre de 2011).

[3] Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) Gmbh. WHO. *Urban transport and health: on behalf of Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ).* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443_eng.pdf, consultado el 21 de octubre de 2011).

[4] Protecting health from climate change. Vulnerability and adaptation assessment. Documento preliminar para debate. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2010 (http://www.who.int/globalchange/VA_Guidance_Discussion.pdf, consultado el 13 de octubre de 2011).

ro, cambio climático y salud.[1] También se ha publicado una carpeta de orientación acerca de las respuestas sanitarias ante las olas de calor.[2]

30. **Fortalecimiento de los sistemas de salud para proteger a las poblaciones de los efectos adversos del cambio climático en la salud.** En la Región de las Américas y la Región de África, la OMS ha conseguido el respaldo ministerial necesario para los nuevos marcos destinados a proteger la salud del cambio climático, que servirán de guía para los planes de adaptación de los sistemas nacionales de salud. La Secretaría ha culminado evaluaciones de la vulnerabilidad sanitaria y las necesidades de adaptación consiguientes en más de 30 países. Se ha cumplido el primer año de un proyecto preliminar a escala mundial sobre la adaptación de salud pública al cambio climático en siete países (Barbados, Bután, China, Fiji, Jordania, Kenya y Uzbekistán). Además, la Oficina Regional para Europa ha finalizado el segundo año de un proyecto de adaptación de los sistemas de salud que está coordinando en Asia central y Europa oriental (abarca Albania, la Federación de Rusia, Kazajstán, Kirguistán, la ex República Yugoslava de Macedonia, Tayikistán y Uzbekistán); en China, Filipinas y Jordania también está comenzando el tercer año del trabajo en torno a los componentes de salud de los proyectos de los equipos de las Naciones Unidas en los países. Por último, la OMS ha iniciado un proyecto nuevo a gran escala sobre el cambio climático y las enfermedades de transmisión vectorial en la Región del Pacífico Occidental.

31. La Secretaría apoya estas actividades por conducto de un programa de fortalecimiento de la capacidad que comprende materiales de capacitación, una base de datos de expertos nacionales, orientación acerca del acceso a fuentes de financiación, una caja de herramientas para los directores de programas relacionadas con la adaptación de salud pública y un centro distribuidor de información sobre los proyectos existentes en materia de adaptación de los sistemas de salud pública.

P. ALIANZAS (resolución WHA63.10)[3]

32. En 2010, mediante su resolución WHA63.10, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que creara un marco operacional relativo a la acogida de alianzas formales por parte de la OMS y que aplicara la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida a fin de asegurar la compatibilidad de esos acuerdos con los principios plasmados en dicha política. En la resolución se pedía también a la Directora General que presentara al Consejo Ejecutivo toda propuesta de acogida de una alianza formal por la OMS, para que la examinase y tomara una decisión al respecto.

---

[1] *Gender, climate change and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/globalchange/GenderClimateChangeHealthfinal.pdf, consultado el 13 de octubre de 2011).

[2] *Public health advice on preventing health effects of heat*. Copenague, Oficina Regional para Europa, 2011 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147265/Heat_information_sheet.pdf, consultado el 14 de octubre de 2011).

[3] En el documento A63/44, párrafo 1, nota a pie de página 2, se da una definición de la expresión «alianza mundial en pro de la salud», señalándose que designa en general «las relaciones oficiales de colaboración entre distintas organizaciones que comparten los riesgos y los beneficios para alcanzar un objetivo común. Esas alianzas tienen sus propios órganos de gobierno». En la OMS, esas alianzas carecen de identidad jurídica propia. En la Política relativa a la participación de la OMS en las alianzas mundiales en pro de la salud y los acuerdos de acogida (WHA63/2010/REC/1, anexo 1), el párrafo 6 indica que «por 'alianzas formales' se entienden las asociaciones que pueden estar dotadas o no de personalidad jurídica propia pero cuentan con mecanismos de gobierno propios (por ejemplo, una junta o un comité directivo) que adopta decisiones relativas a dirección, planes de trabajo y presupuestos».

33. Durante los últimos cinco años no se ha establecido ninguna alianza formal nueva. A fecha de redacción de este documento, la OMS acoge 13 alianzas formales en pro de la salud.

34. Desde el año 2009, según se indica en este párrafo, ha habido cambios en la situación de cuatro alianzas formales, lo que refleja la fluidez de las relaciones de la OMS con las alianzas. En cada una de estas, la entidad responsable de la gobernanza puede reconsiderar la misión de la alianza, su tamaño, la necesidad de una mayor autonomía, y su relación con la OMS. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria se separó de la OMS en 2009, convirtiéndose en una fundación independiente con arreglo a la legislación suiza. El Consejo de Colaboración para el Abastecimiento de Agua y el Saneamiento Ambiental se trasladó de la OMS a la Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas en 2009, debido a la mayor consonancia entre esta y las actividades del Consejo. En 2010 se puso término al Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química y se creó la secretaría del Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional (no acogida por la OMS). En 2011, el servicio de seguimiento de la salud y la nutrición se reincorporó a la OMS; concluyó la misión original del servicio y se aseguró la compatibilidad con un nuevo equipo reforzado de vigilancia epidemiológica en situaciones de emergencia humanitaria en el nuevo grupo orgánico Poliomielitis, Emergencias y Colaboración con los Países de la OMS.

35. En 2011, la OMS elaboró un documento de carácter general sobre las condiciones para la acogida de una alianza formal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluida la provisión de funciones de secretaría y de servicios administrativos, documento en el que se describen resumidamente las normas y los reglamentos de la OMS[1] que se espera que cumplan las alianzas acogidas. Ese marco operacional detalla los diversos requisitos para acoger una alianza y su secretaría. Y esas condiciones se rigen por la nueva «política relativa a la participación de la OMS en las alianzas mundiales en pro de la salud y los acuerdos de acogida», que fue refrendada en la resolución WHA63.10,[2] por las actuales normas y reglamentos de la OMS, y por las prácticas óptimas de la OMS, según proceda.

36. Además de las alianzas formales acogidas que se han señalado antes, cabe citar dos programas especiales de la OMS, de investigaciones sobre enfermedades tropicales y de investigaciones en materia de reproducción humana, y la Secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Todos esos acuerdos son el resultado de un mandato específico de la Asamblea de la Salud, con la OMS como organismo ejecutor. Los dos programas especiales están incluidos en el presupuesto por programas.

37. A mediados de 2011 había unos 470 empleados con nombramiento de plazo fijo o contrato de corta duración trabajando en alianzas acogidas por la OMS, en los programas especiales y en la Secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Los ingresos registrados para esas alianzas y programas especiales en 2010 fueron de aproximadamente US$ 550 millones, de los cuales 345 millones corresponden a UNITAID y el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis. En consonancia con la política sobre la participación, la OMS está poniendo a punto un sistema para «obtener el reembolso de todos los gastos de apoyo administrativo y técnico incurridos en el cumplimento de sus

[1] Debe entenderse por tales la Constitución de la OMS, el Reglamento Financiero y Normas de Gestión Financiera, el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal de la OMS, y otras normas administrativas, políticas, procedimientos, prácticas y directrices, incluidas las normas, directrices y procedimientos técnicos de la OMS, y las resoluciones pertinentes de los órganos deliberantes de la OMS.

[2] Véase el documento WHA63/2010/REC/1, anexo 1.

funciones de anfitrión de las alianzas y en la ejecución o el apoyo de sus actividades»,[1] teniendo en cuenta las actuales retenciones en concepto de gastos de apoyo a programas y tasa por puesto ocupado.

38. Como la OMS aplicará plenamente las Normas Contables para el Sector Público en sus informes financieros a partir del 1 de enero de 2012, se procedió a estudiar el cumplimiento de esas condiciones en el caso de las alianzas formales acogidas. Todas las alianzas, exceptuando UNITAID y el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis, seguirán consolidadas en el informe financiero de la OMS de acuerdo con lo estipulado en las Normas Contables para el Sector Público.

39. En noviembre de 2010 la Oficina de Servicios de Supervisión Interna evaluó la participación de la Organización en algunas alianzas. En 2011, el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión empezó a examinar los acuerdos de acogida de la OMS para las alianzas. Los dos órganos examinaron la relación de acogida entre la OMS y las alianzas y respaldaron la idea de que es necesario que estas observen lo estipulado en las normas y los reglamentos de la OMS. Aunque algunas alianzas encargan sus propias evaluaciones independientes, la Secretaría está elaborando un método simple y normalizado para la vigilancia y evaluación de la eficacia, la sinergia y el alineamiento de las secretarías de las alianzas con las normas y los reglamentos de la OMS.

40. Además de las alianzas formales, la OMS sigue colaborando con diversas organizaciones de las Naciones Unidas y partes interesadas no estatales en la aplicación del plan estratégico a plazo medio 2008-2013. Algunas de esas iniciativas figuran en el informe de la Secretaría sobre la colaboración[2] del que tomó nota la Asamblea de la Salud,[3] y en los informes anuales presentados por el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al Consejo Ejecutivo. La gestión por la OMS de más de 60 redes y alianzas (las que carecen de sus propios mecanismos de gobernanza) permite a la Organización reunir a los interesados directos y facilitar el logro de los objetivos, entre ellos la promoción de los resultados sanitarios, la coordinación óptima de las actividades sobre el terreno y una prestación de servicios coherente y eficaz. Como ejemplo de alianzas fructíferas pueden citarse la Alianza Sanitaria Internacional (secretaría conjunta OMS-Banco Mundial), la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y la Iniciativa Armonización para la Salud en África.

= = =

[1] Véase el documento WHA63/2010/REC/1, anexo 1, párrafo 23.

[2] Véase el documento A64/42.

[3] Véase el acta resumida de la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud, A64/B/PSR/4, sección 3.