Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO
130.ª reunión
Punto 5 del orden del día provisional

EB130/5 Add.1
13 de enero de 2012

Reforma de la OMS

Programas y establecimiento de prioridades

Informe de la Secretaría

1. El presente documento se ha preparado en respuesta a la solicitud, formulada por el Consejo Ejecutivo en su reunión extraordinaria de noviembre de 2011, de que se elaborase un documento de antecedentes acerca de los programas y el establecimiento de prioridades[1] antes del establecimiento de un proceso impulsado por los Estados Miembros que tendría lugar después de la 130.ª reunión del Consejo en enero de 2012. De ese proceso impulsado por los Estados Miembros se derivarán recomendaciones sobre los programas y el establecimiento de prioridades que serán sometidas a la consideración de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012.

2. De conformidad con la solicitud del Consejo, en el presente documento se describe la práctica actual de la OMS en los niveles de la Sede, las regiones y los países y se sugieren opciones, que los Estados Miembros habrán de examinar, con miras a mejorar el establecimiento de prioridades en el futuro. Para aportar más antecedentes y mostrar los resultados de los actuales procesos de establecimiento de prioridades, en otro documento[2] se detallan los recursos financieros y humanos asignados a cada nivel y cada grupo orgánico.[3]

3. En el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS (2006-2015) se establece un programa de acción sanitaria mundial y se destacan siete esferas prioritarias.[4] Estas prioridades tenían por objeto proporcionar orientación estratégica en la elaboración de ulteriores presupuestos por programas. En la práctica, no obstante, resulta difícil vincular el establecimiento de prioridades a nivel estratégico y los aspectos prácticos de la asignación de recursos.

4. A este respecto, la solicitud del Consejo pone aún más de relieve el hecho de que el establecimiento de prioridades no puede abordarse de manera aislada. Está vinculado a la asignación de recursos (entre programas, niveles de la Organización y países); la asignación de recursos, a su vez, depen-

---

[1] Véase la decisión EBSS2(1), subpárrafo 2(*b*).

[2] Documento EB130/5 Add.2.

[3] De acuerdo con lo solicitado en el subpárrafo 2(*b*) de la decisión EBSS2(1).

[4] Invertir en salud para reducir la pobreza; crear seguridad sanitaria individual y mundial; promover la cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud; abordar los determinantes de la salud; reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo; aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, y reforzar la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas.

de de las modalidades de financiación, y los tres aspectos están relacionados con la visión global de lo que la OMS pretende conseguir y con la forma en que esta mide sus resultados.

5. Por todo ello, el documento de antecedentes se ha organizado en tres secciones sustantivas que recogen esos aspectos y una cuarta que contiene un calendario. La **primera sección** se ocupa del establecimiento de prioridades propiamente dicho, centrándose especialmente en estudiar la forma en que una mayor capacidad de respuesta a las necesidades de los países puede ayudar a definir los principales epígrafes del próximo programa general de trabajo. La **segunda sección** trata sobre la asignación de recursos desde dos perspectivas: la financiación de la labor de la OMS en los países, vinculada a las necesidades específicas de estos, y la labor de financiación realizada en los niveles regional y de la Sede, vinculada a las funciones efectivamente realizadas. Esta sección no entra en pormenores sobre los nuevos enfoques de la financiación, pues estos ya se tratan en el documento EB130/5 Add.5. En cambio, sí da por supuesto que un nuevo enfoque abierto respecto de las promesas de recursos facilitará un mejor ajuste entre el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos en el futuro.

6. Un objetivo fundamental del establecimiento de prioridades es demostrar cómo pretende la OMS propiciar cambios reales en el mundo, tanto mediante su apoyo a los Estados Miembros como por medio de su papel normativo y de establecimiento de estándares. Así pues, la **tercera sección** examina la relación entre el establecimiento de prioridades, la cadena de resultados que constituirá la columna vertebral del próximo presupuesto por programas, y la medición del impacto de la labor de la Organización.

7. El documento no define ningún punto de decisión concreto en la etapa actual. El propósito ha sido más bien proporcionar un marco para facilitar las deliberaciones de los Estados Miembros. No obstante, el Consejo solicitó una propuesta detallada y un calendario para el proceso impulsado por los Estados Miembros que tendrá lugar entre enero y mayo de 2012. Estos se ofrecen en la **cuarta sección.** Además, esta última sección muestra la relación entre las deliberaciones sobre el establecimiento de prioridades y el calendario para la elaboración del próximo programa general de trabajo y el presupuesto por programas, tal y como se solicita en el subpárrafo 3(*c*) de la decisión EBSS2(3) relativa a las reformas de la gestión.

1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Un enfoque más sensible a las necesidades de los países

8. La OMS trabaja en dos frentes: prestando apoyo directo a los distintos países y realizando una amplia gama de tareas en los ámbitos normativo y analítico, de las que se sirven todos los países y organizaciones asociadas o grupos concretos de estos. Como parte del programa de reforma, existe una clara demanda por parte de los Estados Miembros de que el establecimiento de prioridades se guíe primordialmente por un análisis de las necesidades de los países. En otras palabras, **el próximo programa general de trabajo y el presupuesto por programas deben tomar como punto de partida las necesidades de los distintos países.**

9. Esto refleja un cambio importante respecto de la práctica actual. Ahora son las prioridades del programa general de trabajo las que informan las grandes categorías del presupuesto por programas (actualmente organizadas en torno a 13 objetivos estratégicos). En los últimos años, el proceso de

preparación de las estrategias de cooperación en los países[1] se ha hecho más robusto e inclusivo, y proporciona una medida de la demanda para los países en los que se ha preparado una estrategia de ese tipo. Entre los criterios delineados para el establecimiento de prioridades en el nivel de los países figuran los siguientes: oportunidades para el fomento de la capacidad nacional; potencial de impacto a largo plazo en las metas y las estrategias nacionales; ventaja comparativa y funciones básicas de la OMS; magnitud de problemas de salud concretos; vulnerabilidad de grupos de población concretos, y alcance actual de la capacidad nacional y objeto principal de otras formas de apoyo internacional. El propósito, por tanto, es evaluar las grandes necesidades sanitarias y también determinar las esferas en las que la colaboración de la OMS se valora especialmente.

10. El problema, no obstante, es que si bien las estrategias de cooperación en los países propiamente dichas pueden ofrecer una indicación de las prioridades de los diferentes países, el proceso de elaboración no es perfecto, y la relación con el marco de gestión de la OMS y los presupuestos por programas en los países en particular es tenue. Además, sigue habiendo fuertes incentivos para que en cada estrategia de cooperación en los países estén representados el mayor número posible de objetivos estratégicos. Otro enfoque, por consiguiente, sería no basar la estructura del programa general de trabajo y el presupuesto por programas en un conjunto vertical de prioridades mundiales, sino invertir el proceso y enmarcar la siguiente generación de objetivos estratégicos en un análisis de lo que los países quieren de la OMS.

11. Para que un enfoque orientado por la demanda funcione, es preciso que se cumplan dos condiciones. En primer lugar, hay que tener en cuenta las necesidades de todos los países (incluidos aquellos donde la OMS no tiene presencia física). Seguirá prestándose una atención proporcionalmente mayor a las necesidades sanitarias de los países de ingresos bajos. En segundo lugar, las necesidades variarán considerablemente en función del contexto de cada país. Así, en lugar de determinar las necesidades de los países considerando globalmente todos los Estados Miembros, se impone alguna forma de clasificación de los países que permita hacer un análisis más preciso.

12. Se han desarrollado clasificaciones o agrupaciones de países a fin de conseguir un mejor ajuste entre las necesidades de los países y la colaboración de la OMS. También se han utilizado como una manera de vincular países que afrontan dificultades análogas en distintas regiones, con lo que se amplía el alcance de la cooperación Sur-Sur. Están basadas en cinco criterios: logros sanitarios; sistema de salud y cobertura de los servicios; grado de desarrollo y crecimiento económico; vulnerabilidad, y características geográficas. Los siguientes grupos se utilizaron para estructurar las deliberaciones en una reciente reunión mundial de Jefes de las oficinas de la OMS en los países:

- Países en fase de «cuenta atrás»[2]
- Pequeños Estados insulares en desarrollo
- Países en circunstancias frágiles
- Países de industrialización reciente, países de ingresos medianos y BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica)
- Economías de mercado de la OCDE.

[1] La estrategia de cooperación en los países es el instrumento fundamental que orienta la labor de la OMS dentro de los países y con ellos.

[2] Los países en fase de «cuenta atrás» son 68 Estados que soportan la mayor carga de mortalidad infantil y materna y cuyo avance hacia el logro de los ODM es seguido de cerca por un grupo de organismos de las Naciones Unidas mediante el proceso de cuenta regresiva.

13. Ninguna clasificación es perfecta y las circunstancias de los países cambian. Así pues, es importante subrayar que la finalidad de cualquier categorización es mejorar la precisión del análisis de las necesidades, no servir como nueva estructura de organización o mecanismo de asignación de recursos. Lo principal es que hay muchas preocupaciones comunes entre, por ejemplo, los pequeños Estados insulares en desarrollo (particularmente en relación con el impacto sanitario del cambio climático y la carga de enfermedades no transmisibles). Del mismo modo, los países en circunstancias frágiles plantean a la OMS demandas muy diferentes de las de los países recientemente industrializados y de ingresos medianos que tienen instituciones locales y sistemas de gobernanza sólidos. Las necesidades de algunos países de la OCDE suponen un reto particular. Por un lado, pueden recurrir a la OMS para que les preste apoyo en materia de datos, normas y estándares, y movilización. Al mismo tiempo, los organismos de desarrollo de esos mismos gobiernos, que se encuentran entre las principales fuentes de financiación de la labor de la OMS, pueden expresar sus necesidades en forma de apoyo de la Organización para impulsar los objetivos de sus programas de ayuda en determinados países de ingresos bajos. Para abordar este reto particular se requiere coherencia normativa entre los ministerios en lo que atañe al establecimiento de prioridades y la financiación de la OMS.

14. En el desarrollo ulterior de los criterios para el establecimiento de prioridades en el nivel de los países, hay que tener en cuenta algunos factores más. La OMS tiene la responsabilidad de determinar las necesidades sanitarias futuras, emergentes y no reconocidas además de los principales retos del momento. Por ejemplo, hacer frente a la carga creciente de enfermedades no transmisibles no siempre se considera una necesidad inmediata, a pesar del impacto social y económico que tendrán en el futuro. Del mismo modo, si la salud de grupos de población particularmente vulnerables se ve amenazada, la OMS tiene la responsabilidad de propugnar cambios.

15. Otro aspecto es la labor que realiza la OMS con instituciones de países concretos para desarrollar nuevos instrumentos o ensayar nuevos productos y procesos. El establecimiento de prioridades para este tipo de actividades de desarrollo o normativas se examina con mayor detalle más adelante. En cualquier caso, trabajar con instituciones nacionales y aumentar su capacidad para desarrollar nuevos instrumentos y tecnologías que beneficien a otros es un elemento esencial de la colaboración de la OMS con los países.

Definición del próximo programa general de trabajo

16. El análisis de 140 estrategias de cooperación en los países y las recientes deliberaciones sobre las necesidades de los distintos tipos de países enumerados en el párrafo 12 sugieren que, en conjunto, las necesidades de los países pueden agruparse en un número reducido de categorías, a pesar de la diversidad que representan 194 Estados Miembros. De hecho, cuando se adoptan esas necesidades como principal determinante del establecimiento de prioridades, la estructura de organización de la labor de la OMS necesita menos categorías, no más.

17. Por lo tanto, el siguiente paso vincula el establecimiento de prioridades con la estructura del próximo programa general de trabajo y el presupuesto por programas. Se propone articular la próxima generación de objetivos estratégicos de modo que esté informada por las necesidades de los países (tanto en el contenido como en la forma).[1] A continuación se articularán los objetivos estratégicos en relación con esas categorías. Así, las categorías ofrecen **un marco** para el programa general de trabajo

[1] Por ejemplo, la epresión «brotes epidémicos, emergencias y desastres» goza de una preferencia mucho más amplia que la de «seguridad sanitaria».

en conjunto, además de un medio para llevar a cabo un establecimiento de prioridades más detalladas en el nivel de gestión.

18. Para el siguiente programa general de trabajo se sugieren **siete categorías:**

1) Apoyo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (principalmente los Objetivos 4, 5 y 6), con lo que se abarcará el VIH/sida, la tuberculosis, el paludismo y la salud de la madre y el niño, con especial hincapié en la prestación integrada de servicios.

2) Promoción de la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, la salud mental, la discapacidad y los traumatismos.

3) Fortalecimiento de la estructura, la organización y la financiación de los sistemas de salud con particular atención al logro de la cobertura universal, el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud y el aumento del acceso a las tecnologías médicas, incluidos los medicamentos.

4) Vigilancia y respuesta en caso de brotes de enfermedades, emergencias de salud pública agudas y gestión eficaz de los desastres humanitarios.

5) Trabajo en información sanitaria, sistemas de información, datos para la elaboración de políticas sanitarias, innovación, investigación y seguimiento de tendencias, para incluir análisis y estrategias encaminados a abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

6) Movilización de los gobiernos y otros interesados directos y fomento de las relaciones de asociación de acuerdo con la función de la OMS como autoridad coordinadora y directora de la labor sanitaria internacional, con particular atención en el nivel de los países al desarrollo de políticas y estrategias nacionales.

7) Establecimiento de servicios corporativos eficaces que permitan el funcionamiento eficiente de toda la Organización.[1]

19. En el anexo figura un cuadro en el que se relacionan las siete categorías con las 22 funciones establecidas en el Artículo 2 de la Constitución de la OMS, y se muestra la relación con las cinco áreas básicas de trabajo debatidas por el Consejo Ejecutivo en su reunión extraordinaria.[2] La relación con la Constitución de la OMS es particularmente importante en el sentido de que el Artículo 2 pone de manifiesto la amplia gama de funciones que se espera que desempeñe la OMS.

20. El establecimiento de prioridades no debe considerarse como un proceso de exclusión que limite el alcance de la labor de la Organización y el ejercicio de sus funciones constitucionales. Es un proceso que focaliza y resalta las distintas actividades a realizar dentro del marco. Por ahora son pocas las áreas de trabajo que se han suspendido, y cuando así ocurre ello se debe a las circunstancias (falta de recursos o marcha de funcionarios) más que a un plan deliberado. Así pues, este marco puede utilizar-

[1] Las siete esferas propuestas también se basan en las prioridades contenidas en el Programa General de Trabajo 2006-2015 y las precisan mejor.

[2] Véase el documento EBSS/2/2.

se para examinar de forma sistemática las áreas, dentro de cada elemento principal del presupuesto por programas, en las que la OMS debe hacer menos o delegar funciones clave en otros agentes.

21. La experiencia sugiere que no hay un marco único que posibilite una división completamente satisfactoria de la labor de la OMS. Las categorías sugeridas tienen la ventaja de combinar funciones y temas técnicos, estar firmemente arraigadas en las necesidades de los países y al mismo tiempo tener una legitimidad avalada por la Constitución de la OMS. Además, los principales epígrafes del programa general de trabajo han de servir para señalar prioridades específicas. Así, si bien las actividades relacionadas con las enfermedades no transmisibles, por ejemplo, pueden relacionarse con la prestación integrada de servicios, es importante presentar esas enfermedades por separado en un epígrafe propio para hacer más notorio el liderazgo de la OMS en esa esfera.

22. También es importante señalar que, con independencia de cómo se establezcan las categorías, todas ellas están respaldadas por los valores fundamentales de la OMS: el interés por la equidad, las cuestiones de género y el empoderamiento de la mujer, y los derechos humanos. Además, reflejan el hecho de que la OMS entiende la salud como un factor decisivo en el logro de otros objetivos sociales, como el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, además de ser un bien en sí misma. La salud en cuanto derecho es una fuerza impulsora fundamental en la esfera del acceso a los medicamentos y en la salud reproductiva, donde las prioridades están informadas por el derecho de todas las personas a una vida mejor.

23. Los siguientes pasos del proceso impulsado por los Estados Miembros serán el examen de la estructura propuesta para el programa general de trabajo, y el perfeccionamiento del alcance de los principales objetivos a la luz del presente examen.

2. ASIGNACIÓN DE RECURSOS

24. Actualmente el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos son procesos desligados. Esto se debe en parte a la proporción de los ingresos de la OMS destinados a fines muy especificados, lo que se ve agravado por otros factores (como una alta proporción de gastos fijos de personal) que favorecen la inercia presupuestaria. El establecimiento de prioridades claras a nivel de toda la Organización fomentará un mejor ajuste entre los objetivos de la OMS y las contribuciones voluntarias. Por otro lado, la transparencia conseguida mediante las promesas de financiación abiertas, como parte del enfoque propuesto para aumentar la financiación previsible (véase el documento EB130/5 Add.5), deberá vincular más estrechamente la responsabilidad de establecimiento de prioridades y la responsabilidad de asegurar que estas cuenten con suficientes recursos.

25. Los principios que actualmente orientan la asignación estratégica de recursos[1] fueron acordados por el Consejo Ejecutivo en su 118.ª reunión en 2006.[2] Esos principios han supuesto el paso de una planificación basada en los recursos a una planificación basada en los resultados; han aumentado la atención a la equidad en la asignación de recursos y el hincapié que se hace en los países menos adelantados y los países más necesitados, y, por primera vez, han asegurado que los ingresos de todas las procedencias se traten como parte de un solo proceso de asignación de recursos a nivel de toda la Organización.

[1] Véase el documento EB118/7.

[2] Para las deliberaciones, véase el acta resumida de la cuarta sesión, documento EBSS-EB118/2006/REC/1, sección 4.

26. Para llevar esos principios a la práctica, se elaboró un «mecanismo de validación» que debía orientar las asignaciones en toda la OMS. En resumen, el mecanismo constaba de un componente fijo para financiar las funciones normativas y reglamentarias de la Sede y las oficinas regionales (28% y 15%, respectivamente); un pequeño componente de financiación del trabajo de las regiones que varía con arreglo al número de países abarcados, y un componente basado en las necesidades (55% del total) relacionado con el producto interno bruto y la esperanza de vida y ajustado en función del tamaño de la población (para no asignar los fondos de forma desproporcionada a un pequeño número de países muy poblados). De esta fórmula se deriva una serie de márgenes de validación para las siete grandes oficinas de la OMS. El margen correspondiente a la Sede (28,0% - 30,8%) se ha utilizado para justificar una proporción de 70:30 para la asignación de recursos entre las regiones y la Sede. En el documento EB130/5 Add.2 se detallan la actual distribución de recursos y los efectos del uso de esa fórmula. En el bienio 2008-2009 se gastó el 35% de los recursos en la Sede, el 20% en las oficinas regionales y el 45% en los países. Eso significa que aún no se han alcanzado los márgenes de validación y que el principio de la proporción 70:30 sigue siendo un deseo.

27. Mirando hacia el futuro, es preciso abordar dos carencias fundamentales del enfoque actual. En primer lugar, el mecanismo de validación no estipula cómo deben distribuirse los fondos entre las operaciones del nivel regional y las de los países. En segundo lugar, el componente para la Sede y para las regiones no se basó en un análisis real de las funciones desempeñadas en cada nivel o en sus costos reales.

Financiación de la labor de la OMS con los países

28. Desde la perspectiva de la asignación de recursos a los países, es necesario abordar dos aspectos distintos. ¿Qué proporción de los recursos de la OMS se deben asignar a las actividades en los países? Y ¿qué criterios deben orientar la asignación de recursos a cada país?

29. En el documento EB130/5 Add.2 se detalla la financiación recibida por determinados países. El cuadro *infra* muestra todos los recursos asignados actualmente a las oficinas en los países, las oficinas regionales y la Sede, por objetivo estratégico para 2008-2009 y con las estimaciones para 2010-2011.

30. En coherencia con el impulso global de reforma, se propone que el Consejo establezca una meta de aumento de la proporción de fondos de la OMS invertidos en los países hasta como mínimo un 50% de los ingresos totales en cada bienio (es decir, un aumento de entre el 5% y el 10%).

31. El siguiente paso consistirá en velar por que los recursos se asignen a los países en función de sus necesidades individuales. Eso representa un cambio respecto a la práctica actual, basada en las asignaciones regionales. Si bien el mecanismo de validación tiene efectivamente en cuenta las características de los países de la región, el proceso y los criterios aplicados para hacer llegar efectivamente la asignación regional a cada país varían según la región.

32. Después de la 130.ª reunión del Consejo Ejecutivo, y como parte del proceso impulsado por los Estados Miembros, habrá que seguir trabajando para definir los criterios de asignación de recursos humanos y financieros para las operaciones en cada país. Como parte de ese trabajo se pueden considerar también opciones de financiación de las operaciones en los países, incluida por ejemplo la medida de autorizar a las oficinas en los países a dedicar parte de sus fondos a aprovechar los conocimientos técnicos de otros sectores de la OMS u otras instituciones. El efecto neto, sin embargo, debería ser un aumento de la transparencia, la rendición de cuentas y la equidad en relación con el costo y la eficacia de las operaciones de la OMS en los países, procurando al mismo tiempo que la financiación regional esté más estrechamente vinculada a las funciones reales desempeñadas a nivel regional y subregional. La financiación de las oficinas regionales y de la Sede se aborda en la siguiente sección.

Cuadro: Gasto por objetivo estratégico y lugar para todos los segmentos presupuestarios (%)

2008-2009

OE	Oficinas en los países	Oficina Regional	Sede
1	58	14	29
2	43	19	38
3	33	28	39
4	34	17	49
5	82	6	11
6	30	31	39
7	31	30	39
8	26	35	40
9	24	26	50
10	35	27	38
11	18	21	61
12	36	24	40
13	18	34	48
Total	**45**	**20**	**35**

Previsión para 2010-2011 (basada en el Informe sobre la gestión financiera a septiembre de 2011)

OE	Oficinas en los países	Oficina Regional	Sede
1	46	9	45
2	41	17	42
3	35	25	41
4	34	15	51
5	71	7	22
6	26	28	46
7	29	31	40
8	28	36	37
9	25	26	49
10	32	27	41
11	17	14	69
12	31	27	42
13	25	33	42
Total	**40**	**17**	**43**

Financiación de la Sede y de las oficinas regionales: apoyo a los países, actividades normativas y servicios corporativos

33. Las funciones desempeñadas por las oficinas regionales y la Sede no se diferencian con claridad en la estructura del actual presupuesto por programas. Análogamente, cada categoría de la estructura propuesta para el programa general de trabajo abarca tanto actividades normativas como apoyo técnico. A la hora de definir las funciones (y por tanto las necesidades de recursos) de las oficinas regionales y la Sede conviene distinguir tres tipos de funciones: normas, estándares y convenios;[1] apoyo a las oficinas en los países; y servicios corporativos.[2] La fijación de costos para esas funciones debería constituir la base para la asignación de recursos a las oficinas regionales y la Sede.

34. Aunque el presente documento se ha centrado en el establecimiento de prioridades en relación con las necesidades de los países, es obvio también que las actividades de la OMS en los países están respaldadas por una amplia gama de funciones normativas y analíticas llevadas a cabo - principalmente pero no en exclusiva - en la Sede y en las oficinas regionales. Es evidente que la labor normativa debe responder a las necesidades de los países, pero esas necesidades no bastan por sí solas para esta-

[1] La expresión «normas, estándares y convenios» se usa aquí para designar una amplia gama de actividades de la OMS que responden a necesidades de los países, pero que benefician a estos (y a las organizaciones asociadas) colectivamente más que individualmente. Estas actividades abarcan la preparación de evaluaciones de las tendencias sanitarias mundiales, la precalificación de medicamentos y vacunas, protocolos terapéuticos e instrumentos jurídicos como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. No todos esos elementos tienen carácter «normativo» en el sentido estricto de la palabra, pero este término se utiliza aquí para englobar de forma abreviada todos esos aspectos de las actividades de la OMS. Las actividades en cuestión son en su mayoría coherentes con la definición económica de bienes públicos mundiales o regionales. Sin embargo, la expresión «bienes públicos mundiales o regionales» no es de uso frecuente en la OMS, por lo que se ha decidido no emplearla aquí.

[2] La expresión «servicios corporativos» se usa aquí para designar las funciones requeridas para garantizar el adecuado funcionamiento y mantenimiento de una persona jurídica, y no implica que la OMS funcione como una empresa comercial.

blecer las prioridades. Es más, una parte de la labor normativa tiene por objeto que la OMS pueda adelantarse a los acontecimientos y proporcionar orientación sobre tendencias y amenazas futuras. Por otra parte, dada la actual amplitud de la labor desplegada en esta esfera, es necesario establecer prioridades y centrar más la atención dentro de los diferentes ámbitos de la actividad normativa.

35. Dada la necesidad de asentar los numerosos aspectos de la labor normativa de la OMS en cimientos más sólidos, se propone profundizar en las actividades realizadas en el marco del trabajo de establecimiento de prioridades, para definir así mejor los límites, la finalidad, los arreglos institucionales y el costo de las actividades normativas y de establecimiento de estándares de la OMS. Como parte de ello se debería determinar la manera de evaluar los resultados y la eficacia de la labor normativa.

36. La distinción entre labor normativa y apoyo a los países es importante no solo por lo que se refiere a la definición de las funciones de los distintos niveles sino también en términos de resultados. Las actividades llevadas a cabo por las oficinas regionales y la Sede para apoyar a los países contribuyen a los resultados programáticos en cada país. En cambio, las actividades normativas pueden informar la actuación del personal, pero el éxito de esas actividades de la OMS debe medirse no solo en función de lo que ocurra en cada país, sino también a la luz de su influencia en las políticas y prácticas de diversos países e instituciones asociadas.

37. Para ilustrar mejor esa distinción, cabe citar como ejemplo el tratamiento del VIH/sida. La OMS desempeña un papel en la elaboración de directrices terapéuticas reconocidas internacionalmente y la precalificación de medicamentos. Sus logros en ese sentido se miden en función del número de gobiernos y organismos de financiación que adoptan esas normas y de la variación de la disponibilidad mundial y los precios de los medicamentos en cuestión. Sin embargo, la OMS también ayuda a los países a aplicar las directrices, y aquí los logros se miden en función del impacto en los programas nacionales. La OMS pone el mismo énfasis en esos dos tipos de actividad, pero actualmente las medidas de los logros tienden a centrarse solo en el impacto en cada país.

38. En cuanto a la tercera función, los servicios corporativos comprenden los servicios jurídicos, la auditoría interna y externa, la planificación y la presupuestación, y el apoyo a los órganos deliberantes. En materia de establecimiento de prioridades y asignación de recursos, esos aspectos deben abordarse de distinta manera. Las prioridades no están determinadas por necesidades sanitarias, sino por las necesidades del conjunto de la Organización y por la contribución de esos servicios a la integridad de la OMS. En la actualidad los costos de los servicios corporativos se dividen entre los dos objetivos estratégicos «gerenciales» (12 y 13), lo que lleva a confundir los servicios corporativos y la administración. Los servicios corporativos establecen políticas y se pueden definir con claridad. Los costos administrativos afectan a toda la Organización.

39. Por ahora los gastos administrativos están divididos, con una parte incorporada (aunque no de forma explícita) en los costos de los programas técnicos, y otra parte subsumida en los dos objetivos de gestión. Como consecuencia es más difícil distinguir lo que la OMS gasta en administración (y por consiguiente es más difícil también medir la eficiencia y calcular de forma realista los gastos de apoyo a programas). Además, la presión para reducir los gastos administrativos tiende a poner en peligro servicios corporativos esenciales y a dejarlos con recursos insuficientes.

40. La financiación de los servicios corporativos no puede calcularse en función de la contribución de esos servicios a la mejora de la salud mundial. No obstante, se necesita algún tipo de referencia, por lo que se propone llevar a cabo un trabajo de fijación de criterios tanto para estimar la proporción de los costos asignada a servicios corporativos en otras organizaciones internacionales comparables, como para determinar las mejores alternativas para medir el desempeño.

41. El establecimiento de criterios de referencia puede también fundamentar la distribución de las asignaciones entre la Sede y las regiones. Por ejemplo, un trabajo reciente ha demostrado que el costo unitario de procedimientos como el nombramiento de nuevos funcionarios varía considerablemente entre las distintas oficinas de la OMS. La asignación de recursos basada en el análisis y el cálculo del costo de las funciones impulsará la diferenciación de funciones entre la Sede y las oficinas regionales. Las regiones encabezarán las funciones de apoyo a los países y de coordinación y liderazgo regionales, contribuyendo también a los servicios corporativos. Y la Sede destacará en muchos aspectos de la labor normativa, en la función de liderazgo mundial de la OMS y en la prestación de servicios corporativos.

3. PROPICIAR CAMBIOS REALES: DEFINIR EL IMPACTO DE LA OMS

42. La última etapa del establecimiento de prioridades, y de la preparación del programa general de trabajo, consiste en demostrar - y comunicar - que la OMS puede propiciar realmente cambios importantes. Una de las principales críticas formuladas respecto al marco de programación y planificación de la OMS ha sido la falta de claridad a la hora de establecer una cadena de resultados que muestre el impacto y los resultados para el conjunto de la Organización, y resultados específicos para sus diferentes niveles.

43. La cadena de resultados propuesta[1] tendrá cinco niveles, en el más alto de los cuales se cuantificará el impacto de las actividades de la OMS logrado por la Secretaría en colaboración con los Estados Miembros. Los indicadores de ese nivel guardarán relación por lo general con los cambios sostenibles conseguidos en la salud de las poblaciones. Actualmente, si bien los objetivos estratégicos del presupuesto por programas se expresan en términos de logros colectivos (de la Secretaría y de los Estados Miembros), de hecho esos logros aún no han sido objeto de cuantificación o medición.

44. La actuación de la Secretaría se medirá en términos de resultados, expresados sobre todo en función del desempeño de los sistemas de salud (acceso a la atención y cobertura de las intervenciones). Es en este nivel donde la cadena de resultados deberá diferenciar en el futuro los resultados de las actividades de apoyo a los países de la OMS de los resultados de la labor normativa y de movilización examinada antes en la sección 3.

45. En lo que respecta a los productos y las actividades e insumos necesarios para conseguirlos, los resultados serán específicos de las funciones desempeñadas por cada nivel, en particular de cada una de las oficinas en los países.

46. Un examen más pormenorizado de los resultados es una labor que queda fuera del alcance del presente documento en esta etapa. Sin embargo, es importante que en el proceso impulsado por los Estados Miembros sobre el establecimiento de prioridades se consideren los objetivos de máximo nivel que deberá alcanzar la OMS y su expresión mediante fórmulas que puedan relacionarse con las medidas del impacto. Esos objetivos se usarán para obtener el indicador final del desempeño de la OMS: ¿qué diferencia supondrá realmente una inversión de US$ 4000 millones en la OMS, con el 50% invertido en los países, y cómo calibraremos la magnitud de esa diferencia? Esos objetivos relacionados con el nivel de impacto servirán también para comunicar a la más amplia comunidad mundial la función de la OMS y sus prioridades globales, así como el grado de éxito de la Organización en cuanto al cumplimiento de esos objetivos.

[1] Véase también el documento EBSS/2/2, párrafo 166.

47. Este enfoque es coherente con la idea de las prioridades emblemáticas expuestas en el documento EBSS/2/2 en 2011. Para ser eficaces, los objetivos relacionados con el impacto han de ser suficientemente específicos. Deben ser también lo bastante generales como para requerir aportaciones de varios grupos de programas. No es necesario que todos los elementos del programa general de trabajo tengan un objetivo de impacto, pero sí debe haber una relación clara entre esos objetivos y la cadena de resultados más detallada que se establecerá conforme a lo señalado más arriba. En la Región de Europa se ha sentado ya un precedente para seleccionar unos cuantos resultados prioritarios entre los muchos fijados en el presupuesto por programas aprobado.

48. Se propone que, en lugar de definir *de novo* los objetivos y metas, se procure cuando sea posible elegir indicadores previstos en marcos ya existentes. Así, en relación con las actividades sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6, por ejemplo, el impacto de la OMS puede definirse en términos de aceleración de los progresos hacia la meta mundial de reducción de la mortalidad materna. Los Estados Miembros están debatiendo posibles objetivos y metas en relación con las enfermedades no transmisibles. Dependiendo del resultado de esas negociaciones, se podría elegir un objetivo como la reducción en una cuarta parte, para el año 2025, de la mortalidad prematura por causas cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes.

49. No todos los elementos del marco propuesto para el programa general de trabajo pueden abordarse desde la perspectiva del impacto, pero eso no debe ser óbice para fijar otros objetivos de alto nivel, por ejemplo en relación con la cobertura sanitaria universal: reducir a nivel mundial el número de personas que se ven empobrecidas por gastos catastróficos en salud en comparación con la cifra actual de 100 millones al año. El acceso a medicamentos que salvan vidas, análogamente, es otra posible variable para medir los logros en materia de sistemas de salud, movilización e innovación. La respuesta de la OMS a emergencias, brotes y desastres plantea problemas especiales en lo que respecta a establecer objetivos de alto nivel, y en este caso la opción más idónea sería quizá el establecimiento y vigilancia de estándares de desempeño acordados para el conjunto de la Organización.

50. Se llevarán a cabo nuevas actividades sobre la mejora de los objetivos relacionados con el impacto y los medios para cuantificarlos en relación con el proceso impulsado por los Estados Miembros sobre el establecimiento de prioridades, como componente esencial de la preparación del próximo programa general de trabajo.

4. PROCESO Y CALENDARIO

51. En la decisión EBSS2(1), el Consejo estableció, entre otras cosas, un proceso impulsado por los Estados Miembros que tendría lugar a partir de su 130.ª reunión, en enero de 2012, con miras a formular recomendaciones acerca de los métodos de establecimiento de programas y prioridades, que se someterían a la consideración de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2012.

52. El análisis presentado en este documento deja entrever, sin embargo, que esa labor debe tener un alcance más amplio, para que haya una relación más estrecha entre el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos, y para garantizar que los debates sobre el establecimiento de prioridades orienten la preparación del próximo programa general de trabajo y el presupuesto por programas, que son los fundamentos estratégicos de la OMS (ambos comenzarán a aplicarse en 2014).

53. Las limitaciones de tiempo impuestas por el proceso presupuestario de la OMS subrayan aún más la importancia de ampliar el alcance de la labor a realizar entre enero y mayo de 2012. En resumen, para que el presupuesto por programas y el programa general de trabajo puedan comenzar a aplicarse a principios de 2014, ambos documentos tienen que ser aprobados por la 66.ª Asamblea Mundial

de la Salud, en mayo de 2013. Para ello es necesario que los proyectos correspondientes se presenten a los comités regionales en 2012 y al Consejo Ejecutivo en enero de 2013.

54. A tenor de este análisis, se propone que el proceso impulsado por los Estados Miembros tenga el alcance y la misión que se indican a continuación:

1) Alcance de las actividades: formular recomendaciones a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud acerca de las principales prioridades que habrán de guiar la elaboración del Duodécimo Programa General de Trabajo.

2) Los objetivos específicos del proceso serán los siguientes:

a) examinar y perfeccionar las propuestas contenidas en el documento de antecedentes para procurar que las necesidades de los países sean la base del establecimiento de prioridades

b) examinar y perfeccionar los siete epígrafes propuestos como estructura del próximo programa general de trabajo

c) debatir y proponer objetivos de impacto de alto nivel para las actividades de la OMS

d) confirmar el método propuesto de asignación de recursos para las actividades de la Sede y las oficinas regionales

e) y determinar la labor analítica adicional que a raíz de esos debates deberá realizar la Secretaría para contribuir a la preparación del Duodécimo Programa General de Trabajo.

3) Se propone que el proceso esté abierto a todos los Estados Miembros.

55. Inicialmente estaba previsto que el proceso se llevara a cabo en una única reunión de dos o tres días. Sin embargo, hay pocas posibilidades de celebrar esa reunión entre finales de enero y principios de mayo, debido al programa de reuniones ya fijadas en la OMS, los eventos previstos en Ginebra, que influirán en la oferta de alojamiento, y los compromisos anteriores contraídos por los miembros de la Mesa del Consejo. Por consiguiente, se pide a los Estados Miembros que examinen dos opciones basadas en la situación existente en el momento de redactar el presente documento:

1) Celebrar la reunión principal a finales de febrero (los días 27 y 28) y acordar en esa ocasión la fecha de los debates o consultas de seguimiento.

2) Celebrar la reunión principal a finales de abril o principios de mayo. No obstante, habida cuenta del poco tiempo que mediaría entre esa reunión y la Asamblea Mundial de la Salud, habría que organizar una serie de reuniones oficiosas regionales o temáticas entre finales de enero y la fecha efectiva de la reunión.

56. La Secretaría afinará estas opciones o buscará otras alternativas, sobre la base de nuevas consultas, para que el Consejo las examine.

57. Se invita al Consejo a que, además de confirmar su acuerdo con el método de trabajo propuesto en este documento, señale cualquier otra tarea que sea necesaria para orientar las deliberaciones del proceso impulsado por los Estados Miembros.

ANEXO

Funciones de la Organización (Artículo 2, Constitución de la OMS)[1]	**Áreas básicas de trabajo (documento EBSS/2/2)**	**Categorías propuestas basadas en las necesidades de los países (documento EB130/5 Add.1)**
Estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras	Desarrollo sanitario: determinantes, riesgos, enfermedades y afecciones	Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6
Establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario		
Promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente		
Fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres		Enfermedades no transmisibles, salud mental y discapacidad
Promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, la prevención de accidentes		
Proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten	Seguridad sanitaria: salud pública y emergencias humanitarias	Brotes, desastres y emergencias
Proveer o ayudar a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicometidos		
Ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad	Fortalecimiento de los sistemas y las instituciones de salud	Sistemas sanitarios: estructura, financiación y organización
Promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines		

[1] No se reproducen en su orden original.

Funciones de la Organización (Artículo 2, Constitución de la OMS)[1]	**Áreas básicas de trabajo (documento EBSS/2/2)**	**Categorías propuestas basadas en las necesidades de los países (documento EB130/5 Add.1)**
Estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos especializados, cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social		
Establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística	Datos sobre las tendencias y los determinantes de la salud	Información, pruebas científicas, innovación, investigación y seguimiento de las tendencias y los determinantes de la salud
Establecer y revisar, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de las causas de muerte y de las prácticas de salubridad pública		
Contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud		
Suministrar información, consejo y ayuda en el campo de la salud		
Promover y realizar investigaciones en el campo de la salud		
Promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio		
Actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional	Movilización en pro de la salud	Movilización y asociaciones
Establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes		
Desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares		

Funciones de la Organización (Artículo 2, Constitución de la OMS)[1]	**Áreas básicas de trabajo (documento EBSS/2/2)**	**Categorías propuestas basadas en las necesidades de los países (documento EB130/5 Add.1)**
Promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud		
Proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad		
Tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización		Servicios corporativos/funciones instrumentales

= = =