

Presupuesto por programas 2010-2011: evaluación de la ejecución

Informe resumido

PRÓLOGO DE LA DIRECTORA GENERAL

1. En el presente documento se ofrece una evaluación sistemática del desempeño de la OMS durante el periodo 2010-2011 en relación con cada uno de los 13 objetivos estratégicos a nivel de toda la Organización establecidos en el presupuesto por programas para ese periodo. La preparación de este informe concuerda con mi compromiso personal con la gestión basada en la consecución de resultados y la rendición de cuentas en el uso de los recursos como medidas para mejorar el desempeño de la OMS.

2. Como he señalado en reiteradas ocasiones, el criterio más importante para evaluar el desempeño general de la OMS es la mejora de los resultados sanitarios lograda en los distintos países, en especial con respecto a las mujeres y a la población de África. En el presente documento se registran esos resultados, así como los progresos hechos en los países para crear capacidades y aplicar las normas y estándares que elabora la OMS. Los efectos de esta labor normativa son particularmente evidentes con respecto al objetivo estratégico 11, relativo a la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias, pero también se aprecian en muchos otros programas y actividades de la OMS. Las normas y estándares internacionales también contribuyen a la equidad. Todas las personas merecen las mismas garantías de que el aire que respiran, el agua que beben, los alimentos que comen, los medicamentos que toman y los productos químicos utilizados en su entorno no perjudicarán su salud. La mayoría de los profesionales de la salud saben que la mortalidad de los niños pequeños se ha reducido drásticamente en todo el mundo desde principios de este siglo, pero tal vez pocos sean conscientes de que el 64% de los menores de un año están ahora inmunizados con vacunas precalificadas por la OMS.

3. La presente evaluación se publica en momentos en que la OMS se encuentra en un amplio proceso de reformas programáticas, de gestión y administrativas, y aporta enseñanzas que pueden ser útiles para orientar ese proceso. Los progresos hechos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud siguen demostrando la importancia de que la cooperación sanitaria internacional se centre en un número reducido de objetivos con plazos concretos. Algunos de los logros consignados en el presente documento son especialmente notables. En 2010 el número de defunciones de niños pequeños disminuyó hasta un nivel sin precedentes y esa tendencia se ha mantenido. Aun cuando sigue siendo elevado, el número hasta ahora pertinaz de defunciones maternas también ha empezado a descender. Aproximadamente el 50% de las embarazadas con VIH tuvieron hijos no infectados por el virus gracias a que habían recibido la terapia antirretroviral apropiada. Se ha mantenido la tendencia a la baja del número de casos de tuberculosis iniciada en 2006. En cuanto a la malaria, en 43 países el número de casos y de defunciones se redujo al menos a la mitad con respecto a 2000. Según las estimaciones, en cada año del bienio unos 800 millones de personas recibieron quimioterapia preventiva para al menos una enfermedad tropical descuidada. Las inversiones en desarrollo sanitario están rindiendo frutos, pero debemos ser conscientes de la fragilidad de estos progresos, sobre todo en un periodo de austeridad financiera generalizada.

4. El cambio más importante registrado durante este bienio estuvo relacionado con el reconocimiento a alto nivel político de las múltiples amenazas que supone, incluso para las economías, el aumento de los casos de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto abarcó el reconocimiento de la necesidad de que los múltiples sectores gubernamentales y los múltiples organismos desarrollen formas de colaboración que no se limiten al ámbito de la salud. Los progresos en la elaboración de protocolos para aplicar las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco han demostrado la plena viabilidad y utilidad de la cooperación, en aras de la salud, con los ministerios de hacienda, comercio, trabajo y agricultura, así como con los órganos encargados de hacer cumplir la ley.

5. Para mantener en un periodo de conmoción financiera mundial la notable tendencia a conseguir mejoras sanitarias iniciada a principios de este siglo es necesario ahorrar recursos. Los programas de salud, tanto nacionales como internacionales, deben buscar por todos los medios la eficacia y rechazar el despilfarro. Teniendo en cuenta el gran interés que existe actualmente por mejorar el desempeño de los sistemas de salud, la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, en el cual se aborda la financiación de esos sistemas y se hace hincapié en la promoción de la cobertura universal, no podía resultar más oportuna. El mundo ha cobrado conciencia recientemente de los efectos desestabilizadores de las desigualdades sociales. La cobertura universal es un potente factor de igualdad que contribuye a la cohesión social y la estabilidad de las sociedades. Por mi parte, considero sumamente alentador que muchos países hayan embocado el camino hacia la cobertura universal. Para muchos de ellos el *Informe sobre la salud en el mundo* es una fuente de inspiración a la vez que un instrumento de orientación práctica.

6. Considero que algunas soluciones para mejorar la eficacia debe buscarse por el lado de la innovación. Durante el bienio examinado, la salud, tanto en los países como a nivel internacional, se vio beneficiada por varias innovaciones, consistentes en nuevos productos médicos y en nuevos instrumentos para mejorar la gobernanza sanitaria mundial. En 2010 empezó a administrarse la nueva vacuna antimeningítica conjugada, desarrollada en el marco de un proyecto coordinado por la OMS y el programa PATH; gracias a la inmunización de 33 millones de personas con esta vacuna el número de casos confirmados de meningitis A se situó en su nivel más bajo durante la estación epidémica en el cinturón africano de la meningitis. Con el apoyo de la OMS, 25 países africanos establecieron un «proceso acelerado» para el registro y la autorización de la nueva vacuna. La OMS proporcionó orientación en el lanzamiento de una nueva prueba molecular para el diagnóstico rápido y más preciso de la tuberculosis, cuyo precio se redujo considerablemente tras su aprobación por la OMS. Cada vez es mayor el número de países donde se administran las nuevas vacunas antineumocócicas y antirrotavíricas, que brindan protección contra los agentes más letales para los niños pequeños.

7. La Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil ha abierto nuevos caminos en materia de gobernanza sanitaria mundial. Su estrategia de mejorar la capacidad básica de información en los países como fundamento de la rendición de cuentas ha servido de modelo para formular objetivos y elaborar indicadores con miras al seguimiento de los progresos en la lucha contra las enfermedades no transmisibles. Tras varios años de intensas negociaciones, los Estados Miembros han aprobado un marco de obligaciones en materia de intercambio de virus gripales y de beneficios, como vacunas y medicamentos, durante una pandemia de gripe. Un Comité de Examen, establecido con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005), evaluó el desempeño de la OMS durante la pandemia de gripe de 2009 y formuló recomendaciones para mejorar la respuesta mundial a eventos similares en el futuro. Otro mecanismo establecido para mejorar el desempeño y la rendición de cuentas es la Junta de Seguimiento Independiente, encargada de supervisar los progresos en la erradicación de la poliomielitis. La Junta ha elaborado evaluaciones semestrales claras y fundamentales, que han merecido seria consideración tanto por los países como por la OMS y sus asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

8. Como suelo decir, lo que se puede medir, se puede hacer. A medida que avanza el proceso de reforma los Estados Miembros exploran medios que permitan cuantificar mejor los resultados de la labor de la OMS y al mismo tiempo simplificar, agilizar y racionalizar los procedimientos para fijar prioridades. Sin duda alguna, las futuras evaluaciones del desempeño de la OMS se beneficiarán de estas reformas tan necesarias.

PROCESO DE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

9. La evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2010-2011 es la segunda evaluación de este tipo que se realiza en el marco del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. En el presente informe se analiza el logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización y de los indicadores del desempeño establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 modificado, aprobado por la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud. El objetivo de la evaluación era determinar la contribución de la Secretaría al logro de dichos resultados por los Estados Miembros.

10. Al igual que en los bienios anteriores, esta labor ha consistido en un proceso de autoevaluación. Las distintas oficinas (Sede y oficinas regionales y en los países) evaluaron su desempeño en el logro de los resultados previstos en cada caso mediante la realización de los productos y servicios planificados. Se proporcionó información descriptiva de los logros, las enseñanzas extraídas y el camino a seguir. Cada oficina principal presentó una evaluación de las contribuciones regionales y de la Sede al logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. Posteriormente, los resultados de las evaluaciones de toda la Organización se combinaron para elaborar los informes de evaluación correspondientes a este nivel. Los equipos de los objetivos estratégicos se encargaron de coordinar la labor. Uno de los principales requisitos era la presentación de pruebas relacionadas con los indicadores del desempeño acordados. Se prestó especial atención a los logros en los países.

11. Con el fin de mejorar la coherencia y fiabilidad del informe de evaluación se establecieron mecanismos de garantía de la calidad. Los proyectos de informes de evaluación a nivel de toda la Organización fueron examinados por equipos regionales y por los equipos de los objetivos estratégicos a nivel de toda la Organización, así como por un grupo de examen colegiado integrado por representantes de las unidades técnicas y el equipo de planificación y evaluación del desempeño. Los informes sobre los objetivos estratégicos se examinaron en detalle para garantizar la precisión de los datos relativos a la contribución de la Secretaría y al logro general por los Estados Miembros de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. La retroinformación sobre el proceso de examen se incluyó en los informes de evaluación finales a nivel de toda la Organización, sobre cuya base se ha preparado el presente informe resumido así como el informe completo, que está a disposición de quienes lo soliciten.

PANORÁMICA DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

12. En el cuadro 1 se indica el grado de consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización, por objetivo estratégico. De los 85 resultados previstos a nivel de toda la Organización para el bienio 2010-2011, 46 se consideraron «plenamente logrado» y 39 «parcialmente logrado».

13. La consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluó principalmente sobre la base del logro de los indicadores. Al realizar la evaluación, los puntos de partida y los objetivos se ajustaron para reflejar los logros efectivos en 2008-2009 indicados en la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2008-2009. En algunos casos, los puntos de partida y los objetivos también se actualizaron para reflejar la ulterior aclaración de las definiciones y los criterios de medición aplicables a determinados indicadores.

14. Sobre la base de los puntos de partida y los objetivos actualizados, los resultados previstos a nivel de toda la Organización se evaluaron de la siguiente manera:

- Plenamente logrado: se cumplieron o sobrepasaron todos los indicadores de los objetivos del resultado previsto a nivel de toda la Organización.
- Parcialmente logrado: no se cumplieron uno o varios indicadores de los objetivos del resultado previsto a nivel de toda la Organización.
- No logrado: no se cumplió ninguno de los objetivos del resultado previsto a nivel de toda la Organización.

15. También se tuvieron en cuenta las contribuciones de las distintas oficinas principales. Para que un resultado previsto se considerara «plenamente logrado» al menos seis de las siete oficinas principales debían haber asignado esa evaluación a sus contribuciones. Si dos o más oficinas principales indicaban un logro parcial de sus resultados previstos —porque durante el periodo abarcado por el informe habían tropezado con obstáculos o impedimentos—, la evaluación general debía ser «parcialmente logrado».

Cuadro 1. Presupuesto por programas 2010-2011, logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización, por objetivo estratégico

Objetivo estratégico	Resultados previstos a nivel de toda la Organización		
	Plenamente logrado	Parcialmente logrado	Total
1. Enfermedades transmisibles	4	5	9
2. VIH/sida, tuberculosis y malaria	1	5	6
3. Enfermedades crónicas no transmisibles	3	3	6
4. Salud del niño, del adolescente, de la madre, sexual y reproductiva, y envejecimiento	6	2	8
5. Emergencias y desastres	3	4	7
6. Factores de riesgo para la salud	5	1	6
7. Determinantes sociales y económicos de la salud	2	3	5
8. Un entorno más saludable	4	2	6
9. Nutrición e inocuidad de los alimentos	3	3	6
10. Sistemas y servicios de salud	7	6	13
11. Productos médicos y tecnologías sanitarias	2	1	3
12. Liderazgo, gobernanza y alianzas de la OMS	4	0	4
13. Funciones instrumentales y de apoyo	2	4	6
Total	46	39	85

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA

16. En el bienio 2010-2011 se plantearon serias dificultades debido a que las contribuciones voluntarias no alcanzaron el nivel previsto, sobre todo las destinadas al componente presupuestario para programas básicos, a lo que se sumaron los incrementos de costos imprevistos en algunas oficinas como resultado de importantes variaciones cambiarias. La combinación de estos dos factores provocó limitaciones financieras y supuso que la financiación de determinadas partidas presupuestarias, parti-

cularmente en las regiones, no fuera tan adecuada como se había previsto, lo cual impidió que se logran los objetivos; en la Sede se registró un incremento desproporcionado de los costos.

17. La incidencia de la variación de los tipos de cambio fue especialmente importante en Suiza, donde la apreciación del franco suizo, que alcanzó un máximo en 2011, llegó a suponer un incremento de los costos medios de más del 40% con respecto a 2009, con un aumento equivalente del costo en concepto de sueldos y de algunos costos de programas y gastos operativos en la Sede en el mes correspondiente. A pesar de las firmes medidas adoptadas para recortar gastos y reducir personal, el gasto general en la Sede siguió siendo más elevado con respecto a lo previsto que en las otras oficinas.

18. La Secretaría recurrió a diversos medios para responder a los cambios registrados en la situación financiera: se elaboró un presupuesto por programas 2012-2013 realista, basado en las previsiones de ingresos y gastos; se llevó a cabo un examen programático y financiero estratégico en la Sede, que supuso una reducción de la dotación de personal; algunas funciones administrativas de alto nivel se trasladaron de Ginebra a Kuala Lumpur; también se redujo la dotación de personal en otras oficinas, sobre todo en la Región de África; se adoptaron múltiples medidas para recortar gastos, con inclusión de modificaciones de las políticas en materia de viajes; y se centró la atención en el programa de reformas, incluso en las áreas de gestión y de financiación. Además, en 2011 se procedió a la priorización y aplicación selectiva de las actividades a nivel programático, según se indica en muchos resúmenes correspondientes a diversos objetivos estratégicos. En los cuadros siguientes se indican las modalidades de financiación y ejecución del presupuesto por programas 2010-2011 al 31 de diciembre de 2011, por componente presupuestario, objetivo estratégico y oficina principal.

Cuadro 2. Presupuesto por programas 2010-2011, ejecución financiera, por componente presupuestario (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2011)

Componente	Presupuesto aprobado 2010-2011	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2011			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2011	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones señaladas	Contribuciones voluntarias	Total				
Programas básicos	3368	934	1537	2472	73%	2221	66%	90%
Programas especiales y acuerdos de colaboración	822	4	1312	1315	160%	1108	135%	84%
Respuesta a los brotes y las crisis	350	1	456	457	131%	388	111%	85%
Total*	4540	939	3305	4244	93%	3717	82%	88%
Cargas financieras						149		
Utilización del presupuesto						3866		

* Nota. El total de US\$ 3717 millones que figura en la columna de gastos al 31 de diciembre de 2011 no abarca los gastos relacionados con contribuciones en especie de bienes o servicios al presupuesto por programas 2010-2011, equivalentes a US\$ 483 millones. Si se incluyen esas contribuciones, los gastos ascendieron a US\$ 4199 millones (según se indica en el cuadro 2 del informe financiero comprobado). Además de los gastos mencionados *supra*, se registraron cargas financieras

por valor de US\$ 149 millones en concepto de compromisos firmes con proveedores. Si se incluyen esas cargas financieras, la utilización total del presupuesto ascendió a US\$ 3866 millones (antes de añadir los gastos relacionados con contribuciones en especie de bienes y servicios).

19. El presupuesto por programas de la OMS aprobado para 2010-2011 fue de US\$ 4540 millones, de los cuales US\$ 944 millones debían financiarse con cargo a las contribuciones señaladas, mientras que la financiación del saldo de US\$ 3600 correspondía a contribuciones voluntarias.

20. Los fondos totales disponibles y previstos para el bienio ascendían a US\$ 4240 millones, lo cual representaba el 93% del presupuesto aprobado. Esos fondos abarcaban US\$ 2800 millones de ingresos recibidos en 2010-2011 en concepto de contribuciones señaladas y voluntarias (sin incluir las contribuciones en especie), así como US\$ 457 millones de ingresos de 2008-2009 previstos para 2010-2011, y fondos arrastrados de 2008-2009 por valor de US\$ 943 millones.

Cuadro 3. Financiación de los presupuestos por programas 2010-2011 y 2012-2013 (en millones de US\$)

	Para el presupuesto por programas 2010-2011	Para el presupuesto por programas 2012-2013
Ingresos no ejecutados en el ejercicio 2008-2009	943	
Ingresos percibidos en el bienio 2008-2009 cuya ejecución se prevé en el ejercicio 2010-2011	457	
Ingresos percibidos en el bienio 2010-2011 (US\$ 3800 millones)	2844	1000
Total	4244	

21. Los gastos totales ascendieron a US\$ 3720 millones, o sea el 82% del presupuesto por programas aprobado (excluidas las contribuciones en especie). Los gastos representaron el 88% de los fondos disponibles. Además, se efectuaron gastos por US\$ 149 millones para cumplir compromisos contraídos en firme con proveedores de bienes y servicios. Incluidas las cargas, la ejecución del presupuesto totalizó US\$ 3860 millones.

22. Si bien el nivel de financiación del presupuesto total casi alcanzó el objetivo presupuestario, la financiación no se distribuyó equitativamente entre todos los segmentos presupuestarios, lo que afectó a los niveles de ejecución por oficina principal, objetivo estratégico y segmento presupuestario.

23. En el bienio 2010-2011 se efectuaron gastos en especie (incluidos servicios) por US\$ 483 millones. Más del 80% de los gastos en especie correspondieron a la recepción y distribución de vacunas contra el virus H1N1, y se consignaron en el segmento presupuestario Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, casi totalmente en la Sede. Este nivel inusualmente elevado de contribuciones en especie se ha traducido en un incremento artificial de la financiación para (en particular) el objetivo estratégico 1, Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis en la Sede. Dado que las contribuciones voluntarias en especie se consignan como sumas iguales, tanto de ingresos como de gastos, este análisis

sis considera principalmente la modalidad de financiación, sin inclusión de las contribuciones en especie.¹

24. El presupuesto por programas 2010-2011 de la OMS aprobado por un total de US\$ 4540 millones está dividido en segmentos, a saber, US\$ 3368 millones para Programas básicos (74% del presupuesto por programas), US\$ 822 millones (18% del presupuesto por programas) para Programas especiales y acuerdos de colaboración, y US\$ 350 millones (8% del presupuesto por programas) para Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis.

25. En el bienio 2010-2011 la OMS fortaleció su capacidad para realizar el seguimiento de la financiación y los gastos con arreglo a los tres segmentos presupuestarios; los cuadros que figuran en el presente documento proporcionan un análisis de la gestión del presupuesto desde esa perspectiva. Los tres segmentos son lentes que facilitan la observación del presupuesto, y en particular la comprensión de los motivos que determinan los diferentes niveles de financiación para distintas áreas del presupuesto aprobado. Existe además un considerable grado de colaboración entre las áreas presupuestarias y, en ese contexto, los fondos del segmento Programas especiales y acuerdos de colaboración ocasionalmente apoyan actividades de Programas básicos, mientras que los fondos del segmento Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis a veces apoyan actividades relacionadas tanto con la respuesta a las crisis como con la preparación para afrontarlas.

26. Los fondos disponibles para el segmento presupuestario Programas básicos ascendieron a US\$ 2500 millones, o sea el 73% de las necesidades presupuestarias. El nivel de financiación del segmento Programas especiales y acuerdos de colaboración fue del 160% del presupuesto aprobado, y el del segmento Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis fue del 131% del presupuesto aprobado. Las diferencias entre las tres áreas presupuestarias en lo que respecta a las fuentes y los medios de financiación explican los desiguales niveles de financiación.

27. La financiación del segmento Programas especiales y acuerdos de colaboración suele verse influida por la labor que realizan los asociados en el marco de diversos acuerdos de colaboración, en relación con actividades compatibles con los objetivos de la OMS pero que, sin embargo, pueden estar impulsadas por factores que escapan al control directo de la Organización. La financiación por encima del presupuesto aprobado para el segmento Programas especiales y acuerdos de colaboración se aprecia principalmente en dos áreas, a saber: la erradicación de la poliomielitis en el contexto del objetivo estratégico 1, y en menor medida el apoyo proporcionado a la alianza GAVI, y en relación con el objetivo estratégico 2, tras el reconocimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, como acuerdo de colaboración, a principios de 2011. Además, en el marco del objetivo estratégico 11, el reconocimiento de la labor de la OMS sobre precalificación de medicamentos y vacunas como un acuerdo de colaboración en el bienio 2010-2011 incrementó los niveles de financiación y atrajo nuevos fondos para el presupuesto.

28. La financiación del segmento presupuestario Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis está determinada principalmente por las emergencias y los brotes epidémicos, que esencialmente son impredecibles. El presupuesto para esas áreas se aprueba a un nivel mínimo al comienzo del bienio, y ulteriormente se facilita financiación para responder a las circunstancias que pudieran surgir. La financiación por encima del presupuesto aprobado para el segmento Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis obedeció principalmente, en el contexto del objetivo estratégico 1, a la pandemia por H1N1, si bien en la Región del Mediterráneo Oriental se registraron, además, importantes aumentos de finan-

¹ Véase también el documento A65/29, párrafo 10.

ciación, en el contexto del objetivo estratégico 5, para actividades relacionadas con la agitación social de la «Primavera Árabe» en Egipto, Libia, la República Árabe Siria y el Yemen, así como con las inundaciones ocurridas en el Pakistán. En la Región de las Américas los incrementos de financiación para Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis en el marco del objetivo estratégico 5 se debieron principalmente a la respuesta de la OMS ante el terremoto en Haití y las inundaciones en Filipinas, en la Región del Pacífico Occidental.

Cuadro 4. Presupuesto por programas 2010-2011. Ejecución financiera desglosada por objetivos estratégicos. Todos los segmentos (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2011)

Objetivo estratégico	Presupuesto por programas 2010-2011 aprobado	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2011			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2011	Gastos como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones asignadas	Contribuciones voluntarias	Total				
OE1	1268	72	1400	1472	116%	1290	102%	88%
OE2	634	42	494	535	84%	446	70%	83%
OE3	146	38	74	112	77%	98	67%	87%
OE4	333	50	172	222	67%	190	57%	86%
OE5	364	16	377	393	108%	312	86%	80%
OE6	162	31	78	109	67%	94	58%	86%
OE7	63	16	26	42	67%	37	59%	88%
OE8	114	31	63	94	82%	83	73%	88%
OE9	120	18	51	70	58%	62	52%	89%
OE10	474	125	223	348	73%	298	63%	86%
OE11	115	27	131	158	137%	137	119%	87%
OE12	223	198	71	269	121%	264	119%	98%
OE13	524	276	144	420	80%	405	77%	97%
Total	4540	939	3305	4244	93%	3717	82%	88%

Cuadro 5. Presupuesto por programas 2010-2011. Ejecución financiera desglosada por objetivos estratégicos. Programas básicos (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2011)

Objetivo estratégico	Presupuesto por programas 2010-2011 aprobado	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2011			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2011	Gastos como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones asignadas	Contribuciones voluntarias	Total				
OE1	542	70	310	380	70%	355	66%	93%
OE2	556	40	314	354	64%	294	53%	83%
OE3	146	38	73	111	76%	96	66%	86%
OE4	292	49	124	172	59%	149	51%	86%
OE5	109	15	50	65	59%	47	43%	72%
OE6	149	31	63	94	63%	81	54%	86%
OE7	63	16	26	42	66%	37	58%	88%
OE8	113	31	62	93	82%	82	73%	88%
OE9	116	18	46	64	55%	58	49%	90%
OE10	420	125	161	286	68%	250	59%	87%
OE11	115	27	94	121	105%	103	90%	86%
OE12	223	198	71	269	121%	264	119%	98%
OE13	524	276	144	420	80%	405	77%	97%
Total	3368	934	1537	2472	73%	2221	66%	90%

29. La financiación por debajo del nivel del presupuesto aprobado para Programas básicos fue evidente en todos los objetivos estratégicos técnicos, especialmente los objetivos 2, 4, 5, 9 y 10. La mayor parte de esos objetivos estratégicos particulares son asimismo áreas del presupuesto por programas con aspiraciones estratégicas en las regiones y, en la mayoría de los casos, la magnitud de esas aspiraciones no se correspondió con un nivel de financiación acorde. En esas áreas los gastos fueron inferiores a los previstos en el presupuesto por programas aprobado, mientras que los gastos relacionados con la financiación fueron mucho más elevados, y en general representaron entre un 85% y un 90%.

30. El objetivo estratégico 11 registró el máximo nivel de ejecución respecto del presupuesto por programas aprobado y alcanzó el 120%, debido al aumento de las actividades de precalificación de medicamentos, reconocidas como un acuerdo de colaboración en el segmento presupuestario Programas especiales y acuerdos de colaboración desde la aprobación del presupuesto.

31. En el bienio 2010-2011 se realizaron algunas modificaciones en los objetivos estratégicos 12 y 13 con el fin de armonizarlos con la planificación de gastos de las oficinas en los países. En consecuencia, el objetivo estratégico 13 muestra una ejecución insuficiente respecto del presupuesto original aprobado, y el objetivo estratégico 12 registra una ejecución excesiva. Sin embargo, en su conjunto, la ejecución fue del 91% del presupuesto aprobado. Esta ejecución neta insuficiente se debe, en parte, a las reducciones presupuestarias en el objetivo estratégico 13, realizadas para efectuar una transferencia fuera del presupuesto por programas cuando se dispusiera de financiación, por medio de la tasa por puesto ocupado (véase el cuadro sinóptico 6, pág. 87 del Presupuesto por programas 2010-2011). Mediante el mecanismo de la tasa por puesto ocupado, los costos directos de la administración de programas se imputaron a todos los objetivos estratégicos en el presupuesto por programas. Esto totalizó US\$ 139 millones adicionales para administración de contratos, seguridad, infraestructura de tecnología de la información y desarrollo del personal, además de los costos del OE13 que figuran en el presupuesto por programas.

32. En el contexto del OE1 el nivel de ejecución respecto del presupuesto aprobado fue del 102%, debido a los elevados niveles de ejecución de determinados elementos de los segmentos Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis (principalmente para vacunas contra el H1N1) y Programas especiales y acuerdos de colaboración (principalmente para actividades de erradicación de la poliomielitis y apoyo de la Alianza GAVI). En los Programas básicos, la ejecución en lo concerniente al objetivo estratégico 1 alcanzó el 68% del presupuesto aprobado, o sea el 91% de la financiación disponible. Por otra parte, en la Sede, el objetivo estratégico 1 representó la mayor proporción de gastos en especie consignados para vacunas contra el H1N1, que ascendieron a más de US\$ 400 millones.

33. En todos los segmentos, los niveles más bajos de ejecución se registraron en relación con los objetivos 4, 6, 7 y 9, cuyas ejecuciones fueron del 60% o menos, respecto del presupuesto aprobado, debido a niveles de financiación inferiores a los presupuestados. En los cuatro casos, el presupuesto de los programas básicos para el ejercicio 2010-2011 se incrementó para reflejar el grado de prioridad de esas áreas. No obstante, la financiación no fue suficiente para alcanzar el nivel del presupuesto aumentado, y solo en lo que atañe al OE9 la ejecución fue significativamente superior a la del ejercicio 2008-2009.

Cuadro 6. Presupuesto por programas 2010-2011. Ejecución financiera desglosada por oficinas principales. Todos los segmentos (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2011)

Lugar	Presupuesto por programas 2010-2011 aprobado	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2011			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2011	Gastos como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones asignadas	Contribuciones voluntarias	Total				
Región de África	1263	209	931	1139	90%	1026	81%	90%
Región de las Américas	256	80	78	158	62%	154	60%	97%
Región de Asia Sudoriental	545	102	267	369	68%	314	58%	85%
Región de Europa	262	62	161	223	85%	199	76%	89%
Región del Mediterráneo Oriental	515	90	477	567	110%	449	87%	79%
Región del Pacífico Occidental	310	78	194	272	88%	251	81%	92%
Sede	1389	318	1179	1498	108%	1324	95%	88%
Total	4540	939	3305	4244*	93%	3717	82%	88%

* Incluye US\$ 19 millones en contribuciones voluntarias que aún no se han distribuido a las oficinas principales.

Cuadro 7. Presupuesto por programas 2010-2011. Ejecución financiera desglosada por oficinas principales. Programas básico, (en millones de US\$, al 31 de diciembre de 2011)

Lugar	Presupuesto por programas 2010-2011 aprobado	Fondos disponibles al 31 de diciembre de 2011			Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos al 31 de diciembre de 2011	Gastos como porcentaje del presupuesto por programas aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
		Contribuciones asignadas	Contribuciones voluntarias	Total				
Región de África	926	209	316	524	57%	478	52%	91%
Región de las Américas	245	80	40	121	49%	118	48%	98%
Región de Asia Sudo-oriental	394	101	143	244	62%	210	53%	86%
Región de Europa	239	62	128	190	80%	170	71%	90%
Región del Mediterráneo Oriental	391	90	139	229	58%	176	45%	77%
Región del Pacífico Occidental	293	78	166	244	83%	224	77%	92%
Sede	881	315	604	919	104%	844	96%	92%
Total	3368	934	1537	2471*	73%	2221	66%	90%

* Incluye US\$ 1 millón en contribuciones voluntarias que aún no se ha distribuido a las oficinas principales.

34. La financiación en las oficinas principales varió en función del segmento presupuestario, y en algunas oficinas se vio influenciada, además, por los efectos de la depreciación del dólar. Los mayores incrementos de costos se registraron en la Sede, como consecuencia de la apreciación del franco suizo. Esto se puede observar en el segmento Programas básicos, que absorbe la mayor parte de los gastos por concepto de sueldos. En cuanto a los Programas básicos, el nivel de ejecución en la Sede alcanzó el 96% del presupuesto aprobado, debido al aumento de los gastos por dicho concepto, mientras que en otras regiones la ejecución osciló entre el 45% y el 77% del presupuesto aprobado y dependió principalmente de los niveles de financiación. En el Presupuesto por programas 2010-2011 se preveían elevados aumentos de los niveles de ejecución, en particular en la Región de África y en la Región de las Américas. Esas previsiones no se correspondieron con un nivel de financiación acorde.

35. En el segmento Programas especiales y acuerdos de colaboración los gastos oscilaron entre el 86% y el 382% del presupuesto aprobado en las regiones, debido principalmente a un aumento de las actividades de erradicación de la poliomielitis; en cambio, en la Sede, la ejecución del presupuesto para Programas especiales y acuerdos de colaboración solo fue del 108% del presupuesto. De los au-

mentos de financiación por encima del presupuesto aprobado, el 94% se destinó a las regiones y el 6% a la Sede. En cuanto al segmento Programas especiales y acuerdos de colaboración, la mayor parte de la financiación por encima del nivel presupuestario previsto se asignó para respaldar actividades de erradicación de la poliomielitis y vacunación, en colaboración con la Alianza GAVI y en el marco del objetivo estratégico 1, y apoyar al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en el contexto del objetivo estratégico 2.

36. En relación con el segmento Respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, el aumento de la financiación también se puede atribuir, principalmente, a la ejecución en las regiones, que representó el 64% de la financiación por encima del nivel del Presupuesto por programas.

CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

37. En el resto del informe se presenta una evaluación resumida con relación a cada objetivo estratégico, que abarca lo siguiente:

- los progresos generales realizados por los Estados Miembros hacia el logro de los resultados de cada objetivo estratégico;
- los principales logros alcanzados por la Secretaría de la OMS;
- una evaluación de los resultados previstos a nivel de toda la Organización, incluidas las razones para evaluar los resultados como «parcialmente logrado».

38. Estos informes resumidos se prepararon sobre la base de informes amplios presentados por los 13 equipos de los objetivos estratégicos. También se ha preparado un informe completo en el que se proporciona información detallada, en particular sobre el logro de los resultados en los países, los resultados concretos fundamentales y las áreas prioritarias en las que se prestó apoyo técnico durante el bienio y, lo que es aún más importante, se indica la relación entre la labor realizada y los indicadores establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

39. Las enfermedades transmisibles son una de las mayores barreras que pueden dificultar el logro de la salud mundial. Sin tener en cuenta el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, esas enfermedades provocan el 20% de las defunciones en todos los grupos de edad, el 50% de las defunciones infantiles y el 33% de las defunciones en los países menos adelantados. Si bien se siguen haciendo progresos en materia de prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles, han surgido serias dificultades para llevar a cabo las actividades de vigilancia y respuesta, mejorar la capacidad de investigación, y formular, validar y proporcionar nuevos instrumentos y estrategias de gestión de conocimientos e intervención.

OWER 1.1

Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para asegurar en la mayor medida posible a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada, incluidos nuevos productos y tecnologías de inmunización, y para integrar otras intervenciones esenciales de salud del niño con la inmunización.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.1.1 Número de Estados Miembros con una cobertura inmunitaria nacional de al menos un 90% (DTP3).	126	135	130
1.1.2 Número de Estados Miembros que han integrado la vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> de tipo b en sus planes nacionales de inmunización.	136	160	169

40. Uno de los principales logros registrados durante el bienio fue la ampliación de la cobertura de inmunización infantil. Se calcula que 109,4 millones de niños menores de un año fueron vacunados con tres dosis de la vacuna difteria/tos ferina/tétanos, en comparación con 106 millones en 2008. Casi 130 países alcanzaron al menos el 90% de la cobertura de inmunización con esa vacuna, en comparación con 120 en el bienio anterior. Se logró incrementar el uso de vacunas nuevas o infrautilizadas. Las vacunas antineumocócicas y antirrotavíricas se introdujeron en 55 y 28 países, respectivamente. En conjunto, las infecciones neumocócicas y por rotavirus provocan la mitad de las defunciones de niños menores de cinco años causadas por enfermedades prevenibles mediante vacunación, y se espera que los progresos actuales y futuros contribuyan considerablemente a reducir la mortalidad infantil general. Al final de 2010 la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) se había introducido en 169 países, en comparación con 136 en 2008.

41. En 2011 se introdujo la primera vacuna conjugada contra los meningococos del grupo A, desarrollada específicamente para los países del «cinturón africano de la meningitis». Durante las campañas se administró la vacuna a 54 millones de personas. Seis meses después de la introducción de esta nueva vacuna los países notificaron el menor número de casos confirmados durante una estación epidémica de infección por meningococos del grupo A.

42. Con el fin de prestar apoyo a los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS siguió convocando a especialistas en inmunización de ministerios de salud y otros asociados para determinar medios innovadores de reforzar los servicios de inmunización en los países; esa labor se llevó a cabo por conducto de diversas plataformas, entre ellas las reuniones mundiales sobre gestión mundial del sarampión y sobre nuevas vacunas, que se celebran cada año.

43. Pese a los buenos resultados conseguidos, este resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó como parcialmente logrado porque solo 130 de los 135 Estados Miembros abarcados habían notificado al menos un 90% de cobertura nacional de inmunización con la vacuna difteria/tos ferina/tétanos. Esos resultados se explican por la deficiencia de las infraestructuras sanitarias, la falta de implicación comunitaria en los programas de inmunización, la dificultad para aumentar la cobertura de inmunización sistemática en los países grandes, y la situación de la seguridad en varios países, en particular en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental.

OWER 1.2

Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo para lograr la certificación de la erradicación de la poliomielitis y la destrucción, o contención apropiada, de todas las cepas de poliovirus, lo que resultará en la supresión simultánea de la vacunación antipoliomielítica oral en el mundo entero.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.2.1 Porcentaje de informes finales de país que demuestran que se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje y que la comisión regional competente para la certificación de la erradicación de la poliomielitis ha aceptado el confinamiento de las reservas existentes	87% en cuanto a la interrupción de la transmisión; 81% en cuanto al confinamiento	90%	80%
1.2.2 Porcentaje de Estados Miembros donde se utiliza la vacuna antipoliomielítica trivalente oral que han establecido un calendario y una estrategia para dejar de administrarla dentro de sus programas de inmunización sistemática	0%	50%	0%

44. Durante el bienio se plantearon desafíos importantes para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Hacia el final de 2011, de los cuatro países donde la transmisión del poliovirus salvaje es endémica, a saber, el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán, solo la India estaba en camino de alcanzar su hito para el final de 2011 de detener la circulación del virus. En Nigeria, ese año el número de casos de poliomielitis se multiplicó por tres en comparación con 2010. Entre 2010 y 2011, el número de casos registrados en el Afganistán y en el Pakistán aumentó un 135% y un 22%, respectivamente. Pero también se hicieron progresos hacia la erradicación de la poliomielitis. En 2011 el número de casos notificados en la India disminuyó un 98% (solo un caso), en comparación con 2010 (41 casos), y a nivel mundial se produjo una reducción de más del 52%.

45. La OMS coordinó la introducción y utilización a nivel mundial de la nueva vacuna antipoliomielítica oral bivalente, gracias a lo cual se logró detener la transmisión del virus en la India. La OMS, que es uno de los principales participantes en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, también prestó apoyo a un programa integral de investigación para acelerar la erradicación con el fin de eliminar los poliovirus de origen vacunal y llevar a cabo investigaciones para lograr la erradicación. Asimismo, la Secretaría desempeñó su función de procesamiento y difusión de información analítica sobre la situación de la poliomielitis a nivel mundial.

46. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización solo se logró parcialmente pese a los importantes progresos hechos en la India, a la reducción mundial de los casos en 2011 y a la respuesta rápida y eficaz ante los nuevos brotes. La transmisión del virus en países prioritarios, sobre todo en Nigeria y el Pakistán, sigue siendo un grave obstáculo para conseguir la erradicación mundial. En solo el 80% (en lugar del objetivo del 90%) de los informes finales de país se notifica la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje y la aceptación del confinamiento de las reservas de ese virus por la comisión regional competente para la certificación de la erradicación de la poliomielitis.

OWER 1.3

Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones un acceso a intervenciones de prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades tropicales desatendidas, como por ejemplo las enfermedades zoonóticas.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.3.1 Número de Estados Miembros que han obtenido la certificación de la erradicación de la dracunculosis.	175	179	180
1.3.2 Número de Estados Miembros que han eliminado la lepra a nivel subnacional.	78	95	No disponible
1.3.3 Número de casos notificados de tripanosomiasis africana humana para el conjunto de los países endémicos.	9503	8500	8000
1.3.4 Número de Estados Miembros que han alcanzado la meta de cobertura recomendada respecto de la población con riesgo de padecer filariasis linfática, esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo por medio de la administración a intervalos regulares de quimioterapia antihelmíntica preventiva.	15	20	23

47. La idea de que es necesario controlar, eliminar y erradicar las enfermedades tropicales desatendidas ha cobrado bastante fuerza en los últimos años. La OMS ha presentado pruebas de que es posible controlar eficazmente y, en muchos casos, eliminar o incluso erradicar la carga de morbilidad de esas 17 enfermedades que afectan a más de 1000 millones de personas en todo el mundo.

48. En 2010 la OMS publicó su primer informe sobre las enfermedades tropicales desatendidas, titulado *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. La publicación de este importante documento de promoción y estrategia facilitó el apoyo externo y la acción regional para respaldar la cobertura de quimioterapia preventiva a fin de luchar contra esas enfermedades en los países destinatarios, y generó un mayor compromiso para mejorar el acceso a los medicamentos, incluso mediante un incremento de las donaciones de fármacos. La mayoría de los países destinatarios han elaborado planes básicos sobre las enfermedades tropicales desatendidas, gracias a los cuales podrán mejorar su capacidad tanto para movilizar e integrar los recursos necesarios como para controlar los programas de lucha contra esas enfermedades. Al final de 2011, en 180 Estados Miembros se había certificado la erradicación de la dracunculosis y 23 Estados Miembros habían alcanzado la meta de cobertura recomendada de la población con riesgo de padecer filariasis linfática, esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo por medio de la administración a intervalos regulares de quimioterapia antihelmíntica preventiva.

49. Pese a los importantes progresos realizados, este resultado previsto a nivel de toda la Organización se consideró parcialmente logrado porque la información que debía presentarse acerca de la eliminación de la lepra a nivel subnacional estaba incompleta en el momento en que se elaboraron los informes.

OWER 1.4

Se habrá prestado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para aumentar su capacidad de vigilancia y supervisión de todas las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública.

Plenamente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.4.1 Número de Estados Miembros con sistemas de vigilancia y programas de capacitación para todas las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública nacional.	85	150	150
1.4.2 Número de Estados Miembros respecto de los cuales se han recibido formularios conjuntos OMS/UNICEF para la notificación de datos sobre inmunización, vigilancia y seguimiento a nivel mundial dentro de los plazos establecidos.	148	150	151

50. La vigilancia y supervisión de las enfermedades transmisibles ha mejorado, como lo demuestra el hecho de que 150 Estados Miembros presentaron informes acerca de enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública. También mejoró la presentación de informes sobre inmunización anual, acerca de la cual 190 Estados Miembros (el 99%) notificaron datos en 2011. La OMS y el UNICEF examinaron conjuntamente toda la información disponible y elaboraron estimaciones sobre la cobertura de inmunización correspondientes a los 193 Estados Miembros. En este análisis se utilizó un método perfeccionado para preparar estimaciones de la cobertura más transparentes y reproducibles. Además, todos los niveles de la Organización contribuyeron al establecimiento de redes nacionales de supervisión mediante la elaboración de instrumentos, directrices y programas de capacitación.

OWER 1.5

Se habrán formulado y validado nuevos instrumentos y estrategias de gestión de conocimientos e intervención acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles, asegurándose de que los científicos de países en desarrollo desempeñen cada vez más un papel protagonista en las investigaciones conexas.

Plenamente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.5.1 Número de instrumentos o estrategias de aplicación nuevos o mejorados, elaborados con una contribución importante de la OMS, que han sido introducidos por el sector público en al menos uno de los países menos adelantados.	6	9	17
1.5.2 Proporción de publicaciones revisadas por homólogos basadas en investigaciones respaldadas por la OMS cuyo autor principal pertenece a una institución de un país en desarrollo.	>55%	55%	71%

51. En las regiones y los países se han hecho progresos con respecto a una variedad de nuevos instrumentos y estrategias de intervención, incluida la difusión de nuevos conocimientos por instituciones en países en desarrollo que contaron con el apoyo continuo de la Secretaría de la OMS. Por ejemplo, se preparó un documento marco de orientación sobre prácticas óptimas que, con el apoyo de los países, se puso a prueba para apoyar su toma de decisiones sobre ensayos y utilización de mosquitos modificados genéticamente; se estandarizaron y validaron instrumentos como el qPCR, biomarcador de cura de la enfermedad de Chagas; en 18 países se desarrolló y evaluó un sistema simplificado para la clasificación de casos de dengue, que después se adoptó y utilizó ampliamente en América Latina, y que se está difundiendo cada vez más en Asia. Se autorizó una vacuna conjugada contra los meningococos del grupo A, destinada al control de la meningitis epidémica en África. Esta vacuna, precalificada por la OMS y desarrollada en el marco del Proyecto Vacunas contra la Meningitis —una alianza entre la OMS y el programa PATH—, se introdujo con éxito en varios países del cinturón de la meningitis (Burkina Faso, Malí, el Níger), donde se alcanzaron altos niveles de cobertura. En colaboración con diversos asociados, se han formulado estrategias para introducir la vacuna contra la fiebre tifoidea.

52. Prosiguió la labor de creación de capacidad, para lo cual se impulsó el liderazgo de los países en desarrollo tanto en la lucha contra las enfermedades de la pobreza desatendidas como en el desarrollo de vacunas. Entre 2010 y 2011 se concedieron pequeños subsidios para financiar estudios de investigación en los países; algunos de esos estudios se publicaron en revistas revisadas por homólogos. Los autores principales de la mayor parte de las publicaciones pertenecen a instituciones de países en desarrollo. Entre los progresos en materia de creación de capacidad en los países figura el establecimiento de un centro de capacitación y transferencia de tecnología para adyuvantes de vacunas y suministro de capacitación y tecnología a dos países en desarrollo. En instituciones de cuatro regiones de la OMS se han establecido, con el apoyo de la Sede, centros de capacitación regionales para la formación de investigadores y administradores de investigaciones en buenas prácticas de investigación. La creación de la Red africana para la innovación en materia de medicamentos y medios diagnósticos (ANDI), que adquirió personalidad jurídica en octubre de 2010, constituye un enfoque innovador de esa esfera.

OWER 1.6

Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para adquirir las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para el establecimiento y fortalecimiento de sistemas de alerta y respuesta aplicables en epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.6.1 Número de Estados Miembros en que se ha completado la evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, y se ha elaborado el plan de acción nacional pertinente, de conformidad con las obligaciones dimanantes del Reglamento Sanitario Internacional (2005).	Al menos 95	115 ^a	129
1.6.2 Número de Estados Miembros cuyo sistema nacional de laboratorios participa en al menos un programa externo de control de la calidad en relación con las enfermedades transmisibles epidemiológicas.	140	120 ^b	121

^a El objetivo para 2011 del indicador 1.6.1 se revisó para reflejar las estimaciones más recientes en consonancia con el nuevo sistema de vigilancia introducido en 2010.

^b El objetivo para 2011 del indicador 1.6.2 se revisó para reflejar las estimaciones más recientes en consonancia con el nuevo sistema de vigilancia introducido en 2010.

53. Uno de los principales desafíos que la OMS afrontó durante este bienio estuvo relacionado con el logro de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para establecer y reforzar sistemas de alerta y respuesta aplicables a epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional. Una comparación de la situación a ese respecto en los países que presentaron informes en 2010 y 2011 indica que se registró un progreso general en relación con todas las capacidades básicas. Los avances más notables correspondieron a las capacidades de vigilancia y preparación. También se observa que los países aprovecharon las diferentes fases de la pandemia de gripe (H1N1) en 2009 para evaluar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional, así como para reforzar sus capacidades técnicas, incluidas las de laboratorio. La capacidad de recursos humanos en los puntos de entrada designados y disponibles para las actividades de detección y respuesta de eventos de origen químico sigue siendo reducida.

54. En 2010 se introdujo un nuevo sistema de vigilancia, que los Estados Miembros ya están utilizando. Los resultados de su aplicación indican una sobreestimación en las cifras de partida de 2010. Los objetivos para 2011 se revisaron para reflejar la situación actual a nivel mundial. Los datos que los países presentan por conducto de este sistema son confidenciales.

55. Con respecto a este resultado previsto a nivel de toda la Organización, si bien se han alcanzado los dos indicadores, en las Regiones de las Américas, Europa y Asia Sudoriental los resultados solo se pudieron lograr parcialmente debido a las dificultades para evaluar y desarrollar las capacidades básicas nacionales requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

OWER 1.7

Se habrá dotado a los Estados Miembros y la comunidad internacional de medios de detección, evaluación, respuesta y solución respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandémicas (como la gripe, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste o la viruela), elaborando y aplicando instrumentos, metodologías, prácticas, redes y alianzas para prevención, detección, preparación e intervención.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.7.1 Número de Estados Miembros que cuentan con planes nacionales de preparación y que han implantado procedimientos operativos uniformes de preparación y respuesta para las principales enfermedades epidemiológicas.	139	165	158
1.7.2 Número de mecanismos internacionales de coordinación para el suministro de vacunas, medicamentos y equipo médico esenciales destinados a ser utilizados en intervenciones masivas de lucha contra las principales enfermedades epidémicas y pandémicas.	8	8	8
1.7.3 Número de enfermedades emergentes o reemergentes graves para las que se han elaborado estrategias de prevención, vigilancia y control.	8	8	8

56. La OMS prestó apoyo a las actividades de examen y revisión permanente de los planes de preparación y los procedimientos operativos normalizados sobre la base de las enseñanzas extraídas de la experiencia de las pandemias. También siguió apoyando a las redes de especialistas internacionales y regionales, con inclusión de la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe, las redes para el control de las infecciones y la Red de Laboratorios sobre Agentes Patógenos Emergentes y Peligrosos. Asimismo, se establecieron equipos nacionales y regionales de respuesta en emergencias. La OMS publicó nuevas directrices técnicas sobre vigilancia y respuesta para las enfermedades respiratorias, vigilancia de la gripe y manejo clínico de casos de dengue.

57. Aun cuando al promediar el bienio este resultado previsto a nivel de toda la Organización estaba en vías de lograrse, al final del bienio se había logrado parcialmente, ya que solo 158 de los 165 Estados Miembros abarcados habían implantado planes nacionales de preparación y procedimientos operativos normalizados de preparación y respuesta para las principales enfermedades pandémicas. Entre los factores que dificultaron el logro de este objetivo figuraban la capacidad limitada de los Estados Miembros, y en algunos casos su falta de compromiso político, para la colaboración internacional o intersectorial, así como la escasez de recursos humanos, financieros y logísticos para aplicar las estrategias, sobre todo en materia de control antivectorial integrado.

OWER 1.8

Se contará con medios regionales y mundiales, coordinados y rápidamente accesibles a los Estados Miembros, para las tareas de detección, verificación, evaluación del riesgo y respuesta ante epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional.

Plenamente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.8.1 Número de dependencias de la OMS que han implantado el sistema mundial de gestión de eventos para apoyar la coordinación de las tareas de evaluación de riesgos, las comunicaciones y las operaciones sobre el terreno referentes a la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países.	74	90	129

58. Las seis oficinas regionales de la OMS ya utilizan el Sistema de Gestión de Eventos¹ en 129 emplazamientos, con un total de 169 equipos y 597 usuarios. La OMS ha atendido todas las peticiones de los Estados Miembros que solicitaron apoyo de emergencia con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005) mediante recursos técnicos de la Sede y por conducto de diversas redes de especialistas y de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. La respuesta de la OMS sobre el terreno ante eventos y brotes importantes abarcó los brotes de cólera en Haití y el Pakistán y la realización de misiones sobre el terreno después de las inundaciones registradas en este último país, que provocaron brotes de enfermedades de transmisión vectorial, como la fiebre hemorrágica de Crimen-Congo y el dengue. Se completaron los exámenes de los aspectos operacionales de las misiones de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos relacionadas con los brotes de dengue en el Pakistán y de cólera en Haití.

OWER 1.9

Los Estados Miembros y la comunidad internacional estarán en condiciones de llevar a cabo operaciones e iniciativas de respuesta eficaces en situaciones de emergencia declarada causadas por enfermedades epidémicas y pandemiógenas.

Plenamente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
1.9.1 Proporción de solicitudes de asistencia de los Estados Miembros que han dado lugar a intervenciones eficaces y oportunas de la OMS, para cuya ejecución se ha utilizado un enfoque de equipo mundial con el fin de prevenir, contener y controlar las epidemias y otras emergencias de salud pública.	No disponible	99%	99%

¹ La OMS ha desarrollado un sistema integral de gestión de eventos con el fin de gestionar información fundamental sobre los brotes epidémicos y garantizar la precisión y oportunidad de las comunicaciones entre profesionales clave en materia de salud pública internacional, incluidas las oficinas regionales y en los países de la OMS, sus centros colaboradores y los asociados en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.

59. La OMS prestó apoyo al Comité de Emergencias hasta que se declaró el fin de la pandemia de gripe por A (H1N1) en 2009. La OMS también aportó al Comité materiales y pruebas para evaluar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con dicha pandemia. El Comité presentó su informe final a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud.¹ Una de las conclusiones del informe se refería a la necesidad de que los países ampliaran la aplicación del Reglamento.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo

60. Los progresos en la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo son fundamentales para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6. Durante el bienio se hicieron progresos en la adopción de políticas eficaces y la ampliación del acceso a las intervenciones, pero aún se plantean desafíos importantes en relación con las tres enfermedades, incluida la demanda de apoyo técnico para adoptar nuevas políticas y para la ampliación segura y eficaz de las mismas.

61. Se siguieron haciendo progresos en cuanto a la ampliación de los servicios relacionados con el VIH. La incidencia mundial de la infección por ese virus se ha estabilizado, e incluso empezó a descender en muchos países con una epidemia generalizada; según las estimaciones, desde 1995 se han salvado 2,5 millones de vidas. El número de casos de tuberculosis ha venido disminuyendo desde 2006 y la mortalidad por esa enfermedad se ha reducido en un 40% desde 1990; según las estimaciones, desde 1995 se han salvado otros 7 millones de vidas. Se han producido avances notables en cuanto a la expansión de las medidas de control del paludismo. Durante 2010 y 2011 en la Región de África se distribuyeron unos 220 millones de mosquiteros tratados con insecticida y se brindó protección a 78 millones de personas mediante el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual.

62. Pese a que se hicieron progresos considerables, existe el riesgo de que no puedan lograrse los objetivos mundiales de prevención, tratamiento y atención con respecto al VIH, la tuberculosis y el paludismo. Entre los motivos de especial preocupación durante el bienio figuraron los incrementos de las tasas de infección por el VIH en Europa central y Asia central, así como la lentitud tanto en la difusión mundial del tratamiento de la tuberculosis multirresistente como en la disminución de la mortalidad por tuberculosis en África. En la mayoría de los países con mayor carga de morbilidad de paludismo aún no se ha alcanzado el objetivo de cobertura de las medidas fundamentales de prevención y tratamiento; la resistencia a los insecticidas y a los agentes antipalúdicos es motivo de suma preocupación.

OWER 2.1

Se habrán elaborado directrices, políticas, estrategias y otros instrumentos en materia de prevención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y el tratamiento y la atención de los pacientes de esas enfermedades, incluidos métodos innovadores de aumentar la cobertura de las intervenciones entre los pobres y las poblaciones vulnerables y de difícil acceso.

¹ Documento A64/10.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.1.1 Número de países de bajos y medianos ingresos que han alcanzado una cobertura del 80% en lo que respecta a los servicios de tratamiento antirretroviral y de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.	No disponible	15 y 20, respectivamente	8 y 13, respectivamente
2.1.2 Proporción de países endémicos que han alcanzado sus metas nacionales de intervención referentes al paludismo.	35%	60%	50%
2.1.3 Número de Estados Miembros que han alcanzado las metas de detectar como mínimo un 70% de los casos de tuberculosis y de lograr, en lo que atañe al tratamiento de esta enfermedad, tasas de éxito no inferiores al 85%.	42	46	45
2.1.4 Número de países entre los 27 más prioritarios con una alta carga de morbilidad por tuberculosis multirresistente que han detectado y empezado a tratar, siguiendo el enfoque de gestión programática recomendado por la OMS, al menos el 70% de los casos estimados de tuberculosis multirresistente.	2	4	5
2.1.5 Proporción de Estados Miembros con alta carga de morbilidad que han alcanzado la meta de diagnosticar, tratar y orientar en los consultorios de atención primaria al 70% de las personas que padecen infecciones de transmisión sexual.	No disponible	70%	No disponible

63. Durante el bienio diez países lograron el acceso universal a la terapia antirretroviral (es decir, una cobertura de al menos el 80% de la población que la necesite), y 13 países aseguraron el acceso universal a intervenciones para prevenir la transmisión de la madre al niño. El total de personas que recibieron la terapia antirretroviral aumentó hasta 6,65 millones, lo cual representa el 47% de los 14,2 millones de personas que cumplen las condiciones para recibir tratamiento. Casi el 50% de las embarazadas con VIH recibieron terapia retroviral eficaz para prevenir la transmisión de la madre al niño, y 17 países informaron de que a más del 90% de las embarazadas se les había practicado la prueba de la sífilis.

64. Durante el bienio se difundió la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida 2011-2015, adoptada por la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. Posteriormente se adoptaron estrategias regionales. Además, se prepararon nuevas orientaciones, entre otros temas, sobre terapia antirretroviral para adultos y niños, prevención de la transmisión de la madre al niño, alimentación del lactante y orientación actualizada sobre coinfección tuberculosis/VIH. Estados Miembros de tres regiones lanzaron o apoyaron estrategias de eliminación simultánea de la transmisión del VIH y de la sífilis de la madre al niño.

65. En general, desde 1995 46 millones de personas recibieron tratamiento eficaz contra la tuberculosis según el enfoque DOTS y en el marco de la estrategia Alto a la Tuberculosis. Según las estimaciones, entre 2006 y 2010 gracias a las intervenciones conjuntas de lucha contra la tuberculosis y el VIH recomendadas por la OMS se salvaron 910 000 vidas.

66. La Organización proporcionó orientación normativa sobre el uso de una prueba molecular para el diagnóstico rápido de la tuberculosis y la tuberculosis multirresistente. Al final de 2011 esta tecnología se utilizaba en 47 países. Durante el bienio la OMS dirigió la labor de actualización del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2011-2015 y de las estrategias regionales; publicó nuevas directrices sobre el tratamiento de la tuberculosis multirresistente, así como informes especiales sobre medidas de respuesta ante esa enfermedad y un plan regional para Europa, donde se encuentra la mayor parte de los países más afectados; también dirigió encuestas demográficas sobre la prevalencia de la tuberculosis en países con alta carga de morbilidad.

67. Con respecto al paludismo, 43 países informaron de que desde 2000 el número de casos y defunciones se había reducido al menos a la mitad; tres países —Armenia, Marruecos y Turkmenistán— fueron declarados libres de paludismo durante 2010 y 2011.

68. El Programa Mundial sobre Paludismo definió su estrategia quinquenal centrada en cuatro funciones básicas y publicó nuevas directrices sobre el tratamiento del paludismo y buenas prácticas de adquisición de tratamientos combinados basados en la artemisinina y pruebas de diagnóstico rápido. La OMS también elaboró, en colaboración con 100 partes interesadas, un plan mundial de contención de la resistencia a la artemisinina y preparó un importante informe sobre la situación de la farmacorresistencia. En 2010 se publicó una nueva recomendación normativa sobre la realización de pruebas de diagnóstico universales —mediante el uso de microscopios de calidad o pruebas de diagnóstico rápido— de los presuntos casos de paludismo antes de administrar un tratamiento.

69. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 2.1 se refiere a la aplicación de las políticas de la OMS y no solo a su elaboración y adopción. En general, la OMS cumplió los objetivos de su labor normativa y estratégica a nivel mundial y en la mayoría de las regiones, si bien los países aún debían afrontar desafíos para ampliar la aplicación sobre la base de las políticas recomendadas teniendo en cuenta las limitaciones de los recursos y capacidades, por ejemplo, con respecto al tratamiento de la tuberculosis multirresistente, la adopción de determinadas medidas de prevención del paludismo en los países con alta carga de morbilidad, y la medición del tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

70. Las Regiones de África, las Américas, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental informaron de que sus contribuciones se habían logrado parcialmente. Además, con respecto al indicador sobre la «Proporción de Estados Miembros con alta carga de morbilidad que han alcanzado la meta de diagnosticar, tratar y orientar en los consultorios de atención primaria al 70% de las personas que padecen infecciones de transmisión sexual», solo se disponer de datos correspondientes a las Regiones de Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico Occidental, mientras que las demás regiones no los presentaron debido a limitaciones de recursos para la vigilancia de esas infecciones a nivel regional o en los países. En 2012-2013 se realizará un examen más detallado tanto de los criterios de medición de los indicadores como de las definiciones y la capacidad.

71. Por las razones expuestas, este resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó en general como parcialmente logrado.

OWER 2.2

Se habrá prestado apoyo político y técnico a los países con miras a extender la realización de intervenciones —que tengan en cuenta las cuestiones de género— en materia de prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, con inclusión de la capacitación y la prestación de servicios integrados, la ampliación de las redes de proveedores de servicios, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio, y mejores vínculos con otros servicios de salud, como los de salud sexual y reproductiva, salud de la madre, el recién nacido y el niño, infecciones de transmisión sexual, nutrición, tratamiento de la drogodependencia, atención respiratoria, enfermedades desatendidas e higiene del medio.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.2.1 Número de Estados Miembros destinatarios que cuentan con políticas integrales y planes a plazo medio de lucha contra el VIH, la tuberculosis y el paludismo	VIH: 103/131 Tuberculosis: 90/95 Paludismo: 70/70	VIH: 115/131 Tuberculosis: 118/118 Paludismo: 70/70	VIH: 158 Tuberculosis: 119 Paludismo: 92
2.2.2 Proporción de países con alta carga de morbilidad que vigilan las actividades de asesoramiento y pruebas del VIH emprendidas por los proveedores en relación con las infecciones de transmisión sexual y la planificación familiar	55%	60%	n/d
2.2.3 Número de países entre los 63 con una alta carga de morbilidad por VIH/sida y tuberculosis que están aplicando el conjunto de políticas de la OMS de 12 puntos para las actividades de colaboración en la lucha contra el VIH/sida y la tuberculosis	18	30	43

72. El número de Estados Miembros que cuentan con planes a plazo medio para luchar contra las tres enfermedades siguió aumentando, aunque estos deberán actualizarse a fin de reflejar las nuevas políticas de la OMS en materia de diagnóstico y tratamiento. Aun así, la adopción de orientaciones de política ha sido relativamente rápida. La OMS colaboró estrechamente con otros organismos, entre ellos el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el ONUSIDA, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, la Alianza Alto a la Tuberculosis y otros organismos bilaterales, para respaldar la elaboración de planes específicamente orientados a estas enfermedades y su integración en las estrategias y planes nacionales de salud, y ayudó a coordinar la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros. Durante este periodo, muchos países procedieron a la adopción de planes para el periodo 2010-2015, además de utilizar los planes y las estrategias mundiales para luchar contra estas tres enfermedades.

73. En lo que respecta al resultado previsto a nivel de toda la Organización, se realizaron importantes avances en materia de cooperación y apoyo técnicos, que se intensificaron para satisfacer las demandas de mecanismos de financiación, así como para acelerar la ejecución y la medición del impacto. El resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó no obstante como parcialmente logrado. Ello se debe a que, en el caso del indicador 2.2.2 relativo a la «proporción de países con alta carga de morbilidad que vigilan las actividades de asesoramiento y pruebas del VIH emprendidas por los proveedores en relación con las infecciones de transmisión sexual y la planificación familiar», sólo se disponía de los datos facilitados por la Región de las Américas, la Región de Europa, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental, principalmente debido a la falta de recursos para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual en los planos mundial, regional y nacional. Además, la Región del Mediterráneo Oriental se enfrentó a algunas limitaciones durante la segunda mitad del periodo, relacionadas con la seguridad y otros problemas.

OWER 2.3

Se habrá dado orientación y apoyo técnico a nivel mundial respecto de las políticas y los programas a fin de promover el acceso equitativo a medicamentos, medios de diagnóstico y tecnologías sanitarias esenciales de calidad garantizada para la prevención y el tratamiento del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y su utilización racional por los prescriptores y consumidores; y para asegurar el suministro ininterrumpido de medios de diagnóstico, sangre y productos sanguíneos seguros, inyecciones y otras tecnologías y productos sanitarios esenciales.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.3.1 Número de normas y estándares de calidad mundiales, nuevos o actualizados, para los medicamentos y medios de diagnóstico relativos al VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo	25	40	41
2.3.2 Número de medicamentos y medios de diagnóstico prioritarios contra el VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo evaluados y precalificados para su compra por las Naciones Unidas	226	300	300
2.3.3 Número de países destinatarios que reciben apoyo para incrementar el acceso a medicamentos esenciales abordables contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, cuyo suministro está integrado en el sistema farmacéutico nacional (el número de países destinatarios se ha determinado para todo el sexenio)	VIH: 35 Tuberculosis: 107 Paludismo: 43	VIH: 38 Tuberculosis: 107 Paludismo: 77	VIH: 73 Tuberculosis: 111 Paludismo: 64
2.3.4 Número de Estados Miembros que someten a pruebas de detección del VIH/sida, de calidad garantizada, todas las donaciones de sangre	93	105	109

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.3.5 Número de Estados Miembros que administran todas las inyecciones médicas con jeringas de un solo uso	183	180	180

74. Habida cuenta de la sólida gama de nuevos medicamentos y medios de diagnóstico de que se dispone para luchar contra el VIH, la tuberculosis y el paludismo, la OMS elaboró un gran número de directrices para la adopción segura y rápida de estos nuevos e importantes instrumentos, que permiten una detección precoz y un tratamiento más eficaz. La OMS siguió atendiendo satisfactoriamente el creciente número de solicitudes de apoyo para la evaluación y precalificación de los medicamentos y de los medios de diagnóstico y la mejora del acceso a los mismos, en colaboración con el Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida, el Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis, la Iniciativa Mundial de Laboratorios (secretaría en la OMS), la Operación Medicamentos Antipalúdicos, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

75. El resultado previsto a nivel de toda la Organización se logró parcialmente y, si bien la aprobación y precalificación de medicamentos y medios de diagnóstico contra el VIH, la tuberculosis y el paludismo siguen siendo elevadas, sigue ofreciéndose un amplio apoyo a los sistemas de suministro en la mayoría de las regiones y sigue haciéndose un gran uso de las jeringuillas desechables para administrar las inyecciones, la Región de África y la Región del Pacífico Occidental han notificado un logro parcial, ya que su capacidad actual limita el acceso a estos medios y a los sistemas de apoyo necesarios.

OWER 2.4

Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, evaluación y seguimiento en los planos mundial, regional y nacional para seguir de cerca los progresos en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y para determinar las repercusiones de las medidas de lucha y la evolución de la farmacorresistencia.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.4.1 Número de Estados Miembros que proporcionan a la OMS datos anuales sobre la vigilancia, el seguimiento o las asignaciones financieras para su inclusión en los informes mundiales anuales sobre la lucha contra el VIH/Sida, la tuberculosis o el paludismo y el cumplimiento de las metas pertinentes.	VIH: 109 Tuberculosis: 198 Paludismo: 107	VIH: 120 Tuberculosis: 198 Paludismo: 107	VIH: 157 Tuberculosis: 208 ^a Paludismo: 105

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.4.2 Número de Estados Miembros que comunican a la OMS datos obtenidos de la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH/sida, la tuberculosis o el paludismo.	VIH: 54 Tuberculosis: 114 Paludismo: 81	VIH: 65 Tuberculosis: 125 Paludismo: 107	VIH: 61 Tuberculosis: 127 Paludismo: 73

^a La cifra relativa al logro efectivo correspondiente a la tuberculosis se refiere, desde que comenzó a medirse este indicador, a los Estados Miembros y a otros países y territorios.

76. Además de los informes mundiales de 2010 sobre el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, en 2011 se publicó el informe titulado *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*, en el que se reseñan los progresos realizados hasta finales de 2010 en lo que respecta a la ampliación del acceso a determinadas intervenciones del sector de la salud para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo respecto del VIH/sida en los países de bajos y medianos ingresos; el informe de 2011 sobre los progresos realizados titulado *Global tuberculosis control: WHO report 2011*, el decimosexto informe mundial sobre la tuberculosis de la serie iniciada por la OMS en 1997, en el que se ofrece una evaluación integral y actualizada de la epidemia de tuberculosis y los adelantos realizados en la aplicación y la financiación de la prevención, la atención y el control de la enfermedad a nivel mundial, regional y nacional, basada en los datos notificados por 198 países a los que corresponden más del 99% de los casos de tuberculosis en el mundo y, por último, el *Informe mundial sobre el paludismo 2011*, que resume la información procedente de 106 países con paludismo endémico y de otras fuentes, y en el que se analizan las medidas de prevención y control a partir de un amplio conjunto de indicadores y se ponen de relieve los continuos progresos hacia la consecución de las metas mundiales en materia de paludismo.

77. En general, el objetivo previsto a nivel de toda la Organización ha mejorado desde el punto de vista del número de Estados Miembros que han comunicado datos sobre las medidas epidemiológicas y relativas a la ejecución de programas. Sin embargo, el resultado se ha logrado parcialmente, ya que el aumento de la cobertura en algunas áreas de vigilancia de la farmacorresistencia ha sido más lento de lo previsto, en particular en las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental.

OWER 2.5

Se habrá mantenido el compromiso político y asegurado la movilización de recursos a través de la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo en los planos nacional, regional y mundial; se habrá prestado apoyo a los países, cuando haya sido procedente, para elaborar o fortalecer y aplicar mecanismos de movilización y utilización de recursos y aumentar la capacidad de absorción de los recursos disponibles; y se habrá intensificado el compromiso de las comunidades y las personas afectadas para potenciar al máximo el alcance y los resultados de los programas de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo.

Plenamente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.5.1 Número de Estados Miembros con mecanismos de coordinación funcional para la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo.	VIH: 108 Tuberculosis: 95 Paludismo: 77	VIH: 118 Tuberculosis: 10 Paludismo: 70	VIH: 152 Tuberculosis: 122 Paludismo: 72
2.5.2 Número de Estados Miembros que hacen participar a las comunidades, las personas afectadas por estas enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo.	VIH: al menos 99 Tuberculosis: 87 Paludismo: 77	VIH: 120 Tuberculosis: 87 Paludismo: 70	VIH: 147 Tuberculosis: 100 Paludismo: 76

78. La OMS acoge la Alianza Alto a la Tuberculosis, el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, y es un organismo copatrocinador del ONUSIDA y miembro de la Junta del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. También reforzó su función en otros acuerdos de colaboración, con el objetivo de ofrecer un mejor apoyo a los Estados Miembros para que alcanzaran los objetivos fijados en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. La OMS siguió fortaleciendo la capacidad de los solicitantes de subvenciones del Fondo Mundial, en particular en el marco de los programas nacionales de lucha contra determinadas enfermedades. Así pues, se pusieron a disposición fondos para ampliar el acceso universal a los servicios, así como para las actividades de vigilancia, seguimiento, evaluación y medición del impacto. La reducción de los recursos financieros y humanos durante la segunda mitad del bienio conlleva que la OMS tenga que redefinir sus prioridades en lo que respecta a las alianzas. En el plano nacional, los Estados Miembros y la OMS han seguido comprometidos con un conjunto todavía más amplio de comunidades y personas afectadas, organizaciones de la sociedad civil e interlocutores del sector privado.

79. El resultado previsto a nivel de toda la Organización se logró plenamente, ya que la labor destinada al fortalecimiento de las alianzas y de la capacidad de movilizar recursos en los planos nacional, regional y mundial ha estado a la altura de las expectativas y se ha ampliado aprovechando las nuevas oportunidades surgidas a nivel nacional y mundial.

OWER 2.6

Se habrán elaborado y validado nuevos conocimientos e instrumentos y estrategias de intervención para responder a las necesidades prioritarias en materia de prevención y control del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, poniéndose los científicos de los países en desarrollo cada vez más a la cabeza de estas investigaciones.

Parcialmente logrado

Indicador	Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
2.6.1 Número de instrumentos nuevos y mejorados o de estrategias de aplicación para el VIH/sida, la tuberculosis o el paludismo ejecutadas por el sector público en al menos un país en desarrollo.	1	6	17
2.6.2 Porcentaje de publicaciones abiertas a la revisión por homólogos procedentes de investigaciones realizadas con apoyo de la OMS sobre el VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo y respecto de las cuales la institución del autor principal está establecida en un país en desarrollo.	71%	55%	61%

80. En general, el mayor apoyo a la investigación y la gestión de los conocimientos se tradujo en la formulación y adopción de nuevas estrategias para la prevención y el control de enfermedades, y el número de instrumentos nuevos y mejorados aplicados superó los objetivos iniciales. La OMS y el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, junto con numerosos asociados, publicaron los resultados basados en datos probatorios de las investigaciones clínicas, epidemiológicas y operacionales.

81. Si bien este resultado previsto a nivel de toda la Organización ha contribuido a la adopción de nuevas políticas y estrategias durante el bienio, la Región de África y la Región de Asia Sudoriental informaron de que la capacidad de investigación en los países se veía seriamente limitada.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

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

82. Las enfermedades no transmisibles, en especial las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. Cada año, más de 36 millones de personas fallecen por estas causas (lo que representa el 63% de las defunciones a nivel mundial), de las cuales 9 millones mueren prematuramente, antes de cumplir los 60 años. El 75% de todas las defunciones se deben a estas causas, sumadas a los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos, y se prevé que este porcentaje aumente en los próximos 10 años. Además, el 15% de la población mundial vive con una discapacidad que puede impedir su plena participación en la sociedad. La creciente carga de morbilidad afectará principalmente a los países de bajos y medianos ingresos.

OWER 3.1

Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y com-

portamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
3.1.1	Número de Estados Miembros cuyo ministerio de salud cuenta con un coordinador o una unidad para la prevención de los traumatismos y la violencia con presupuesto propio.	156	162	164
3.1.2	Publicación y difusión del <i>Informe mundial sobre discapacidad y rehabilitación</i> , en respuesta a la resolución WHA58.23.	Preparación del proyecto de informe	Publicación del informe en 6 idiomas	Publicación del informe en 6 idiomas
3.1.3	Número de Estados Miembros en los que la parte del presupuesto sanitario global asignada a la salud mental supera el 1%.	90	100	100
3.1.4	Número de Estados Miembros en los que el ministerio de salud, u otra autoridad nacional equivalente, cuenta con un personal y un presupuesto específicamente dedicados a la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.	75	122	165

83. Con el apoyo de distintos asociados, la OMS ha promovido un mayor compromiso y la adopción de medidas para combatir las enfermedades no transmisibles. Ello ha permitido alcanzar varios acuerdos mundiales durante el bienio, entre los que cabe mencionar la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas). El compromiso de los Estados Miembros también quedó plasmado en otras resoluciones de alto nivel, por ejemplo en la resolución WHA63.13 sobre la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol o en la resolución 64/255 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se proclamaba el periodo 2011-2020 «Decenio de Acción para la Seguridad Vial». El aumento del número de Estados Miembros que cuentan con unidades administrativas centradas en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que pasó de 122 a 165, también puso de manifiesto la mayor concienciación a nivel nacional.

OWER 3.2

Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
3.2.1	Número de Estados Miembros que cuentan con planes nacionales de prevención de los traumatismos no intencionales o de la violencia.	83	88	133
3.2.2	Número de Estados Miembros que han iniciado el proceso de elaboración de una política o legislación en materia de salud mental.	51	56	56
3.2.3	Número de Estados Miembros que han adoptado una política nacional multisectorial relativa a las enfermedades crónicas no transmisibles.	75	90	121
3.2.4	Número de Estados Miembros que están aplicando planes nacionales integrales de prevención de las discapacidades auditivas y visuales.	88	100	59

84. La OMS sigue desempeñando un papel crucial al ofrecer orientación sobre la elaboración, aplicación y el seguimiento de políticas y programas de prevención, tratamiento y rehabilitación referentes a las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades. En todas las esferas técnicas aumentó de manera considerable el número de países que cuentan con políticas, legislación y planes de acción pertinentes y con presupuestos nacionales como elementos de base para la ulterior realización y ampliación de intervenciones eficaces. El número de Estados Miembros que cuentan con planes nacionales de prevención de los traumatismos no intencionales o de la violencia aumentó de 83 a 133. También se sigue avanzando en la esfera de las enfermedades no transmisibles, ya que el número de Estados Miembros que han adoptado una política nacional multisectorial relativa a las enfermedades crónicas ha aumentado de 75 a 121. El número de países que cuentan con políticas, planes y legislación en materia de salud mental aumentó de 51 a 56. También cabe señalar que la calidad de los planes de acción en todas las esferas técnicas mejoró de manera considerable. Una dificultad evidente es que, debido a la naturaleza de estas esferas técnicas, se precisa una respuesta amplia por parte de varios sectores.

85. En el plano regional, las oficinas regionales y en los países reforzaron su capacidad para ofrecer apoyo técnico directo a los Estados Miembros a fin de que pudieran adaptar y adoptar orientaciones de política y prácticas óptimas basadas en datos probatorios. Sin embargo, el resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó como «parcialmente logrado», ya que el número de Estados Miembros que están aplicando planes nacionales integrales de prevención de las discapacidades auditivas y visuales no alcanzó el objetivo previsto. Ello se debe esencialmente a los criterios de medición más rigurosos empleados para evaluar este indicador.

OWER 3.3

Se habrá mejorado la capacidad de los Estados Miembros para recoger, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmi-

bles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
3.3.1	Número de Estados Miembros que han presentado a la OMS durante el bienio una evaluación exhaustiva de la situación nacional en materia de prevención de los traumatismos causados por accidentes de tránsito.	175	175	175
3.3.2	Número de Estados Miembros que han publicado un documento con datos nacionales sobre la prevalencia e incidencia de las discapacidades.	158	163	193
3.3.3	Número de Estados Miembros de ingresos bajos y medianos con indicadores básicos de salud mental que son objeto de informes anuales.	98	110	110
3.3.4	Número de Estados Miembros que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores relativos a las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes.	116	136	101
3.3.5	Número de Estados Miembros que documentan, sobre la base de encuestas demográficas, la carga de discapacidades auditivas o visuales.	34	38	47

86. La recopilación, el análisis y la utilización de datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades no transmisibles son de crucial importancia para orientar las intervenciones, para la prevención y para evaluar los progresos. En general, los Estados Miembros han seguido mejorando su capacidad para recoger y analizar información relacionada con la salud mental, la prevención de los traumatismos causados por accidentes de tránsito y la carga de discapacidades auditivas o visuales. En particular, el número de Estados Miembros que han publicado un documento con datos nacionales sobre la prevalencia e incidencia de las discapacidades ha aumentado de 158 a 193. Se trata de la recopilación más completa de estadísticas nacionales sobre la prevalencia de las discapacidades de que se dispone actualmente, que contribuyó a la publicación de varios informes importantes durante el bienio, entre ellos el *Informe mundial sobre la discapacidad* y el informe titulado *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group* sobre el desarrollo y la vulnerabilidad de las personas con problemas de salud mental. También se publicaron varios informes clave en los que se realizaba un seguimiento de los avances logrados en todo el mundo, entre los que cabe mencionar el primer *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*, el *Atlas de Salud Mental 2011* y el *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial*.

87. Si bien se han realizado progresos importantes en la mayoría de estas esferas, este resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó como «parcialmente logrado», ya que el número de Estados Miembros que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores relativos a las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes fue inferior al objetivo previsto de 136. Ello se debió esencialmente a la revisión de los criterios y los métodos utilizados para medir este indicador, según la cual los Estados Miembros debían presentar informes que incluyeran esos indicadores durante los últimos cinco años. Aunque varios países incluían efectivamente los indicadores solicitados en sus sistemas de presentación periódica de informes, no siempre disponían de informes publicados durante los últimos cinco años, motivo por el cual se consideró que solo un número reducido de Estados Miembros habían cumplido los criterios más rigurosos, y no se alcanzó el objetivo original.

OWER 3.4

La OMS habrá compilado mejores datos objetivos sobre la costoeficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, neurológicos y asociados al consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
3.4.1	Disponibilidad de orientaciones, basadas en criterios científicos, sobre la eficacia de las intervenciones relacionadas con el manejo de determinados trastornos mentales, comportamentales o neurológicos, incluidos los causados por el consumo de sustancias psicoactivas.	8 intervenciones publicadas y difundidas	12 intervenciones publicadas y difundidas	12 intervenciones publicadas y difundidas
3.4.2	Disponibilidad de orientaciones o directrices, basadas en criterios científicos, sobre la eficacia o costoeficacia de las intervenciones relacionadas con la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.	4 intervenciones publicadas y difundidas	5 intervenciones publicadas y difundidas	6 intervenciones publicadas y difundidas

88. Durante el bienio se publicó la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. En esta guía se formulan recomendaciones, a partir de un examen detallado de los datos existentes, para facilitar la atención de alta calidad que brindan los profesionales de la salud no especializados en los servicios de salud de primer y segundo nivel. La guía se convirtió rápidamente en un recurso muy conocido y utilizado con frecuencia. Por el momento se ha aplicado en ocho países, entre los que figuran países con una gran densidad de población, como la India y Tailandia. Las intervenciones de un gran número de organizaciones no gubernamentales y organizaciones privadas se basan en estas orientaciones. La guía se ha publicado en los seis idiomas oficiales de la OMS, así como en hindi, portugués y tailandés.

89. Se formularon orientaciones basadas en datos científicos para determinadas intervenciones esenciales en el marco de la atención primaria contra las enfermedades no transmisibles en entornos de

escasos recursos. Sobre la base de las orientaciones formuladas anteriormente sobre las intervenciones factibles y viables, durante el bienio actual la atención se centró en las intervenciones costoeficaces, es decir, en las «mejores inversiones» que, además de tener un gran impacto, pueden ampliarse rápidamente en entornos de bajos recursos.

OWER 3.5

Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población, destinados a promover la salud mental y a prevenir los trastornos mentales y comportamentales, la violencia y los traumatismos, y las deficiencias auditivas y visuales, en particular la ceguera.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
3.5.1	Número de directrices publicadas y ampliamente difundidas sobre intervenciones multisectoriales para prevenir la violencia y los traumatismos no intencionales.	10	14	15
3.5.2	Número de Estados Miembros que han iniciado durante el bienio proyectos comunitarios para la reducción de los suicidios.	17	21	21
3.5.3	Número de Estados Miembros que aplican las estrategias recomendadas por la OMS para la prevención de las discapacidades auditivas y visuales.	88	100	78

90. El objetivo fijado de 14 directrices publicadas y ampliamente difundidas para prevenir la violencia y los traumatismos se alcanzó plenamente. La Secretaría publicó 15 directrices, que incluían seis directrices sobre la prevención de los traumatismos causados por el tránsito; cinco directrices sobre la prevención de la violencia, dos directrices sobre temas transversales y dos directrices relativas a la prevención de los traumatismos y de las quemaduras en los niños, respectivamente. Se publicaron y difundieron ampliamente varias directrices nuevas, tituladas *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*, *Burns prevention: success stories and lessons learned* y *Mobile phone use: a growing problem of driver distraction*. Además del apoyo directo brindado a los países, el fomento de la capacidad para la prevención de la violencia y de los traumatismos incluyó, entre otras cosas, la organización de una serie de seminarios interactivos a través de la web, la herramienta de aprendizaje a distancia sobre la prevención y el control de los traumatismos (TEACH-VIP) y un programa completo de aprendizaje en línea personalizado y autogestionado. Cabe mencionar asimismo los proyectos comunitarios iniciados en 21 Estados Miembros para prevenir el suicidio.

91. Si bien se han realizado progresos en casi todos los ámbitos, este objetivo previsto a nivel de toda la Organización se evaluó como «parcialmente logrado», ya que el número de Estados Miembros que aplican las estrategias recomendadas por la OMS para la prevención de las discapacidades auditivas y visuales no alcanzó el objetivo previsto. Un examen detallado realizado en 2011 puso de mani-

fiesto que el objetivo inicial era demasiado ambicioso, por lo que el punto de partida y el objetivo se redujeron un 30% aproximadamente. Ello se debe esencialmente a la revisión de los criterios y métodos utilizados para medir este indicador, que redujeron el número de Estados Miembros que cumplían los criterios más rigurosos según la evaluación, por lo que no se alcanzó el objetivo original.

OWER 3.6

Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para mejorar la capacidad de sus sistemas de salud y seguridad social para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
3.6.1	Número de Estados Miembros que han incorporado en sus sistemas de atención sanitaria servicios de atención a las víctimas de traumatismos, siguiendo las directrices pertinentes de la OMS.	22	27	70
3.6.2	Número de Estados Miembros que aplican programas comunitarios de rehabilitación.	29	34	34
3.6.3	Número de Estados Miembros de ingresos bajos y medianos que han completado una evaluación de su sistema de salud mental utilizando el instrumento de la OMS para la evaluación de los sistemas de salud mental.	72	80	80
3.6.4	Número de Estados Miembros de ingresos bajos y medianos que aplican estrategias de atención primaria para la detección de los riesgos cardiovasculares y el manejo integrado de las enfermedades no transmisibles y siguiendo las directrices de la OMS.	51	26 ^a	36
3.6.5	Número de Estados Miembros que han incorporado en sus sistemas de atención primaria servicios de apoyo para abandonar el tabaco.	55	40	65

^a La cifra original de 51 para el punto de partida se determinó antes de que estuvieran disponibles los datos de los estudios. Basándose en los resultados del estudio de evaluación de la capacidad mundial, que proporcionó datos más fiables, la cifra relativa al objetivo se cambió a 26.

92. Se han incorporado servicios de asistencia prehospitalaria y hospitalaria para las víctimas de traumatismos en 70 Estados Miembros. Ello puede atribuirse, en gran parte, a los esfuerzos desplegados por la OMS para formular orientaciones sobre la asistencia traumatológica. Estos esfuerzos tenían por objeto hacer frente a la carga de las víctimas de traumatismos en los países y, en muchos casos, se integraban en planes más amplios destinados a reforzar los sistemas de salud. Las Guías de la OMS

para la rehabilitación basada en la comunidad se elaboraron en colaboración con un gran número de Estados Miembros y se han probado sobre el terreno en 29 países, además de introducirse en las regiones de Asia, Europa y América Latina. La Secretaría ofreció un apoyo específico a los programas comunitarios de rehabilitación en 34 países y creó redes regionales de rehabilitación de base comunitaria que abarcaban 86 países de tres regiones. Ocho países adicionales concluyeron una evaluación de sus sistemas de salud mental durante el bienio anterior, lo que eleva a 78 el número de informes nacionales publicados en el sitio web de la OMS sobre datos e investigaciones en materia de salud mental.

93. Treinta y seis países de todas las regiones están adoptando estrategias integradas de atención primaria para la detección de los riesgos cardiovasculares y el manejo integrado de las enfermedades no transmisibles, siguiendo las directrices de la OMS. Varios países han elaborado planes para su ampliación a escala nacional, y algunos países han comenzado a incluir intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles en el conjunto de servicios básicos de atención sanitaria, así como a estudiar mecanismos innovadores para financiarlas. En el ámbito nacional, durante el bienio se han realizado importantes progresos en la prestación de apoyo para abandonar el tabaco en los sistemas de atención primaria. Según el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*, 2011, 65 Estados Miembros ofrecen apoyo para abandonar el tabaco en sus sistemas de atención primaria y asumen una parte del costo del tratamiento de la dependencia del tabaco.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

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

94. En la esfera política, se aceleraron considerablemente las medidas encaminadas a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil) y 5 (Mejorar la salud materna). La puesta en marcha en 2010 de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño y la creación de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas conexas en 2011 reflejaron el compromiso político de alto nivel y dieron un nuevo impulso para el logro de estos objetivos. En el marco de la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 también se siguen de cerca los avances en la consecución de los dos Objetivos de Desarrollo del Milenio anteriormente mencionados, y la OMS forma parte de su comité de coordinación.

95. Aunque el número de defunciones maternas se ha reducido considerablemente, la tasa de reducción de la mortalidad no llega ni siquiera a la mitad de la que se necesitaría para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Cerca del 50% de todas las defunciones infantiles se producen en la Región de África, que también tiene la mayor tasa de mortalidad materna del mundo. A nivel mundial, la neumonía, la diarrea, el paludismo, la malnutrición y las enfermedades neonatales siguen siendo las principales causas de defunción de los niños menores de cinco años. La mortalidad de los recién nacidos ha disminuido más lentamente que la mortalidad infantil, y los progresos son muy desiguales en las distintas regiones.

96. A lo largo de todo el bienio se ha hecho mayor hincapié en las alianzas. Los compromisos suscritos por los países del G8 en la reunión celebrada en Muskoka (Canadá) en 2010 permitieron contraer importantes compromisos financieros que agrupan las actividades de los asociados de las Naciones Unidas, en particular la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial, el ONUSIDA y la ONU-Mujeres.

OWER 4.1

Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para formular políticas, planes y estrategias integrales que contribuyan a intensificar los esfuerzos encaminados al logro del acceso universal a unas intervenciones eficaces, en colaboración con otros programas, prestando atención a la reducción de las desigualdades de género y las inequidades en salud, asegurando la continuidad asistencial durante todo el ciclo vital, integrando la prestación de servicios en todos los niveles diferentes del sistema de salud y reforzando la coordinación con la sociedad civil y el sector privado.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.1.1	Número de Estados Miembros destinatarios que cuentan con una política integrada de acceso universal a intervenciones eficaces para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño.	20	40	72
4.1.2	Número de Estados Miembros que han elaborado, con el apoyo de la OMS, una política destinada a lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.	30	40	63

97. El acceso universal a servicios de salud reproductiva, materno-infantiles y para los adolescentes, así como a servicios que promuevan y faciliten el envejecimiento saludable, sigue siendo un importante desafío, y la formulación de políticas integradas es una etapa esencial para lograrlo. Cada vez más se reconoce la importancia de la integración de las políticas, ya que se dispone de sólidos datos que demuestran la interrelación existente entre la salud de la madre, del recién nacido, del niño y de los adolescentes que, a su vez, se convertirán en padres. No cabe duda de que esta integración también es importante desde el punto de vista de la programación y utilización de los recursos.

98. Aunque se está avanzando en la integración de las políticas y estrategias nacionales en materia de salud, para lo cual puede solicitarse el apoyo técnico de la OMS, pasar de esta integración a la prestación de servicios es una tarea compleja y que exige muchos esfuerzos. De acuerdo con la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, puesta en marcha en 2010, la OMS hizo especial hincapié en la promoción de políticas para la prestación de servicios integrados en todas las etapas de la vida; enfoques para eliminar los obstáculos que limitan el acceso a dichos servicios, y métodos para mantener o mejorar la calidad de la atención dispensada. Setenta y dos Estados Miembros han informado de que cuentan con políticas integradas relacionadas con el acceso a intervenciones para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño, y 63 Estados Miembros han elaborado políticas relacionadas con el acceso a la salud sexual y reproductiva. La mayor parte de estas políticas se elaboraron con la contribución y el apoyo de la OMS.

OWER 4.2

Se habrán fortalecido las capacidades investigadoras nacionales, según proceda, y habrá disponibles nuevos datos probatorios, productos, tecnologías, intervenciones y enfoques de ejecución de interés mundial y/o nacional para mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, promover el envejecimiento activo y saludable y mejorar la salud sexual y reproductiva.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.2.1	Número de centros de investigación que han recibido una subvención inicial para iniciativas integrales de apoyo y desarrollo institucional.	8	8	12
4.2.2	Número de estudios completados sobre cuestiones prioritarias que han contado con el apoyo de la OMS.	16	28	60
4.2.3	Número de exámenes sistemáticos nuevos o actualizados sobre prácticas óptimas, políticas y normas de atención destinadas a la mejora de la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, la promoción del envejecimiento activo y saludable o la mejora de la salud sexual y reproductiva.	20	40	89

99. Las iniciativas integrales de apoyo y desarrollo institucional, incluidas las financiadas mediante subvenciones, contribuyeron al fortalecimiento de los centros de investigación; a finales del bienio, 12 centros de investigación habían recibido estas subvenciones.

100. Con objeto de definir las prioridades de investigación en lo que respecta a la salud de la madre, del recién nacido y del niño, la OMS y la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud organizaron 11 seminarios en la Región de África, la Región del Pacífico Occidental y la Región de Asia Sudoriental. Un resultado importante fue el cambio de enfoque de las investigaciones clínicas a las investigaciones operacionales con el fin de mejorar los mecanismos de ejecución para facilitar el acceso a intervenciones eficaces y eliminar los obstáculos que limitan dicho acceso.

101. La OMS también apoyó varios proyectos de investigación que abordaban las prioridades regionales y nacionales en materia de salud reproductiva. Estos proyectos se centraron en la violencia contra la mujer, el aborto provocado por intervenciones médicas y las consecuencias de la anemia en el embarazo, así como en las metodologías de investigación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la ética de las investigaciones y los análisis de datos.

102. Globalmente, aumentó el número de exámenes sistemáticos nuevos o actualizados sobre prácticas óptimas, políticas y normas de atención destinadas a la mejora de la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, la promoción del envejecimiento activo y saludable o la mejora de la salud sexual y reproductiva, al pasar de 20 a principios del bienio a 89 a finales de 2011.

OWER 4.3

Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la atención materna, por ejemplo ofreciendo apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la prestación de atención especializada a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el periodo posnatal, en particular en lo que respecta a las poblaciones pobres y desfavorecidas, con un seguimiento de los avances realizados.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.3.1	Número de Estados Miembros que aplican estrategias destinadas a aumentar la cobertura asistencial con la prestación de atención especializada en los partos.	25	50	66

103. En conjunto, se estima que el número anual de defunciones maternas a nivel mundial ha disminuido un 34% entre 1990 y 2008. La reducción anual del 2,3% de las tasas de mortalidad materna estimadas a lo largo de los dos últimos decenios (1998-2008) sigue estando muy por debajo del 5,5% necesario para alcanzar la correspondiente meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5.

104. En respuesta a la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, más de 60 países se han comprometido a mejorar la salud de la madre y del niño. El número de Estados Miembros que aplican estrategias destinadas a aumentar la cobertura asistencial con la prestación de atención especializada en los partos aumentó, al pasar de 25 en 2010 a 66 a finales del bienio. A nivel mundial, la proporción de partos asistidos por personal sanitario cualificado aumentó del 58% al 68% entre 1990 y 2008. La persistencia de los conflictos armados en algunos países sigue menoscabando los esfuerzos destinados a reducir la mortalidad y la morbilidad maternas.

105. La Oficina Regional para las Américas, junto con la Sede y otros asociados, elaboró un plan de acción para acelerar la reducción de la morbilidad grave y la mortalidad maternas, el cual se centra en la mejora de la calidad de la atención sanitaria y fue aprobado por unanimidad por todos los ministerios de salud de la Región.

106. Se ha ofrecido apoyo a los países para mejorar la salud materna, por ejemplo mediante la introducción de la metodología «Beyond the numbers» (más allá de las cifras) de análisis de la mortalidad y la morbilidad maternas, la preparación y actualización de directrices nacionales basadas en las directrices clínicas de la OMS sobre la atención integrada del embarazo y del parto, actividades de formación, exámenes de la mortalidad materna en los que se estiman las necesidades en materia de recursos y exámenes de los programas. Se inició la Campaña para la reducción acelerada de la mortalidad materna en 34 países de África.

107. A pesar de que el resultado previsto a nivel de toda la Organización 4.3 es una esfera prioritaria y de que se dispone de instrumentos eficaces, la falta de recursos, especialmente de personal cualificado y de instrumentos traducidos, ha limitado el apoyo técnico que puede ofrecer la OMS, sobre todo en relación con la mejora de la calidad de la atención durante el parto y el puerperio en la Región de África y la Región de Asia Sudoriental.

OWER 4.4

Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la supervivencia y salud neonatal, mediante la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas al logro de la cobertura universal, intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.4.1	Número de Estados Miembros que aplican estrategias destinadas a aumentar la cobertura asistencial con intervenciones de supervivencia y salud neonatal.	40	50	56

108. Las tasas de mortalidad neonatal están disminuyendo en todas las regiones, y nunca antes la supervivencia neonatal había sido tan elevada. Ahora bien, estas tasas varían considerablemente de una región a otra, con un mayor aumento relativo, proporcionalmente, en Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico Occidental. En todas las regiones, salvo en la Región de África, las defunciones neonatales representan más del 40% del número total de muertes en la primera infancia. Habida cuenta de los estrechos vínculos existentes entre la mortalidad y morbilidad neonatal y la salud de la madre y la atención durante el parto, los progresos realizados en lo que respecta al aumento de la cobertura de la atención del parto por personal cualificado debe tenerse en cuenta en este contexto.

109. La Secretaría ha prestado apoyo técnico a los países para mejorar las políticas, la planificación y el desarrollo de programas en el ámbito de la salud neonatal. Se ha hecho hincapié en cuatro elementos principales: 1) la adopción de un enfoque integrado para reforzar el componente de la salud del recién nacido en los programas de salud materno-infantil, 2) la prestación de atención esencial al recién nacido de acuerdo con las directrices sobre la atención integrada del embarazo y del parto, 3) la promoción de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, con su componente neonatal y 4) la promoción de la atención del recién nacido en el hogar.

110. Gracias al apoyo de la OMS, el número de Estados Miembros que aplican estrategias destinadas a aumentar la cobertura asistencial con intervenciones de supervivencia y salud neonatal ha aumentado, al pasar de 40 en 2010 a 56 a finales del bienio.

OWER 4.5

Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño, ofreciendo apoyo técnico a los Estados Miembros para que intensifiquen sus esfuerzos encaminados al logro de la cobertura universal de la población con intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados, teniendo en cuenta las normas y criterios internacionales y de derechos humanos, en particular los previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.5.1	Número de Estados Miembros que aplican estrategias para aumentar la cobertura con intervenciones relacionadas con la salud y el desarrollo del niño.	40	40	79

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.5.2	Número de Estados Miembros que han ampliado la cobertura de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia a más del 75% de los distritos destinatarios.	30	45	54

111. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia se amplió con el fin de incluir a los recién nacidos y, en algunas regiones, a los niños sanos. Esta sigue siendo la principal estrategia para la salud del recién nacido y del niño en todas las regiones, y ha sido ampliamente adoptada por los asociados. La mortalidad infantil alcanzó el mínimo histórico de 7,6 millones durante el bienio. En la Región de África, la tasa media anual de reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años se ha duplicado, al pasar del 1,2% anual durante el periodo 1990-2000 al 2,4% anual durante el periodo 2000-2010. Se ha prestado apoyo a los países en todas las regiones para formular o revisar estrategias nacionales con el fin de mejorar las calificaciones de los dispensadores de atención de salud en el ámbito de la atención neonatal (a través del curso de la OMS sobre atención esencial al recién nacido), así como para la atención neonatal en el hogar.

112. La estrategia se ha implantado en la Región de África, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental. Además, estas regiones, junto con la Región del Mediterráneo Oriental, han introducido la atención integrada de los niños enfermos en la comunidad impartiendo formación a los trabajadores sanitarios de la comunidad laica para que puedan evaluar los casos, dispensar tratamientos cuando sea posible y derivar a los enfermos. Un total de 14 países de la Región de Europa han introducido mejoras sistemáticas en la atención pediátrica hospitalaria.

OWER 4.6

Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente basadas en datos probatorios, asegurando al mismo tiempo la expansión de un conjunto de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, de conformidad con las normas establecidas.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.6.1	Número de Estados Miembros que tienen en funcionamiento un programa de salud y desarrollo del adolescente.	40	50	74

113. La OMS ha prestado apoyo a los Estados Miembros para la realización de análisis de la situación nacional y de exámenes de los programas nacionales, así como para la elaboración de planes estratégicos. Gracias a este apoyo, el número de Estados Miembros que tienen en funcionamiento un programa de salud y desarrollo del adolescente ha aumentado de 40 a principios del bienio a 74 a finales de 2011.

114. Se ultimó un examen sistemático de la prevención de los embarazos precoces y se elaboraron directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y los resultados negativos para la reproducción entre las adolescentes de países en desarrollo. En el marco de los programas multisectoriales de

ámbito nacional, la OMS ayudó a definir y reforzar la prestación de servicios de salud para los adolescentes mediante: la elaboración de normas nacionales de calidad para la mejora de los servicios de salud orientados a los adolescentes, la adaptación de los instrumentos de formación y vigilancia, y la promoción de la formación basada en la adquisición de competencias y de actividades encaminadas al establecimiento de normas de calidad nacionales. La Oficina Regional para las Américas ha prestado especial atención a este grupo de edad a nivel regional y nacional.

115. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 4.6 se ha logrado parcialmente, según los informes recibidos de la Región de África, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental, así como de la sede y, en las oficinas principales, se vio especialmente afectado por la falta de recursos humanos y financieros para prestar apoyo técnico a los países de manera sistemática, en particular para la planificación estratégica y para los servicios de salud orientados a los adolescentes.

OWER 4.7

Se contará con directrices, enfoques e instrumentos y se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico para acelerar las medidas destinadas a la aplicación de la estrategia con miras a apresurar la marcha hacia el logro de los objetivos y metas relacionados con la salud reproductiva, con énfasis especial en la garantía de un acceso equitativo a unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, sobre todo en esferas que presentan necesidades desatendidas, y en consonancia con los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.7.1	Número de Estados Miembros que aplican la estrategia de salud reproductiva de la OMS para acelerar los progresos hacia los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva acordada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994), y el examen de su aplicación al cabo de cinco años (CIPD+5), la Cumbre del Milenio y la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2007.	30	40	60
4.7.2	Número de Estados Miembros destinatarios que han revisado sus leyes, reglamentaciones o políticas nacionales relacionadas con la salud sexual y reproductiva.	8	12	20

116. Se han realizado progresos en lo que respecta al fortalecimiento de la capacidad de los expertos nacionales en investigaciones operativas sobre salud reproductiva, lo que contribuye a la aplicación general de la estrategia de salud reproductiva. La cobertura de la planificación familiar es fundamental, al igual que la puesta en práctica de intervenciones eficaces, nuevas o existentes, mediante investigaciones operativas.

117. El número de Estados Miembros que aplican la estrategia de salud reproductiva de la OMS para acelerar los progresos hacia los objetivos y metas internacionales de desarrollo ha aumentado, al pasar

de 30 a principios del bienio a 60 a finales de 2011. La Secretaría ofreció apoyo a los países para la incorporación de nuevos datos científicos en las políticas y los programas y la realización de intervenciones basadas en éstos, mediante la actualización de normas y directrices sobre distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva, como la planificación familiar (los cuatro elementos básicos de la planificación familiar), la salud materna y perinatal (directrices relativas a las hemorragias y las eclampsias), la prevención del cáncer cervicouterino y la prevención del aborto peligroso.

OWER 4.8

Se contará con directrices, enfoques e instrumentos y se habrá facilitado a los Estados Miembros asistencia técnica para intensificar los esfuerzos de promoción para que el tema del envejecimiento se considere una cuestión de salud pública, para formular y aplicar políticas y programas que promuevan el mantenimiento de la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo vital y para facilitar a los dispensadores de atención sanitaria formación sobre enfoques que aseguran un envejecimiento saludable.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
4.8.1	Número de Estados Miembros que tienen en funcionamiento un programa de promoción del envejecimiento activo y saludable acorde con la resolución WHA58.16 («Promoción de un envejecimiento activo y saludable»).	15	20	33

118. Cada vez más se reconoce que el envejecimiento saludable es un importante desafío a nivel mundial, como lo demuestra el aumento constante del número de países que tienen en funcionamiento programas a este respecto. Ahora bien, habida cuenta de los recursos limitados de que se dispone en este ámbito, la cooperación con otras partes interesadas, por ejemplo con la Comisión Europea, es de fundamental importancia. La labor normativa de la Organización, como las directrices y los marcos de evaluación, tiene una mayor incidencia cuando existen iniciativas concebidas con un enfoque ascendente. Cabe mencionar el ejemplo de la Red Mundial de Ciudades Adaptadas a las Personas Mayores, en la que se promueve el envejecimiento saludable mediante el desarrollo de la capacidad del personal sanitario.

119. Aunque se ha avanzado de manera gradual, el resultado relativo al envejecimiento se evaluó como parcialmente logrado en la Región de África y la Región de Asia Sudoriental, donde los recursos financieros y técnicos son inadecuados.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico
--

120. Durante el bienio, muchos Estados Miembros tuvieron que hacer frente a emergencias humanitarias devastadoras, empezando por el terremoto ocurrido en Haití en enero de 2010, en el que fallecieron más de 200 000 personas y que afectó a más de 3 millones de personas, y tras el cual se produjo un brote de cólera; el terremoto de Chile; las inundaciones en el Pakistán, que afectaron a más de 20 mi-

llones de personas; las inundaciones en Filipinas; el terremoto y la emergencia radiológica en el Japón; el terremoto de Turquía; los disturbios civiles en Egipto, Libia, el Yemen y Siria, así como en Côte d'Ivoire; las hambrunas y sus consecuencias para la salud en el Cuerno de África, que afectaron a alrededor de 10 millones de personas, y los numerosos desastres naturales y eventos de salud pública de menor magnitud y visibilidad.

121. Habida cuenta de la frecuencia cada vez mayor de las emergencias a nivel mundial y del peligro que suponen para la vida humana, de la complejidad de estas tareas y de las crecientes demandas de los Estados Miembros, la OMS trabajó en estrecha colaboración con numerosos asociados, entre ellos las autoridades nacionales, la sociedad civil, los organismos de las Naciones Unidas, los donantes ya existentes o nuevos, y el sector privado, con el fin de mejorar la preparación y la capacidad de respuesta ante emergencias en el sector de la salud. Los Estados Miembros también identificaron la preparación y respuesta ante emergencias como una esfera fundamental de la cooperación con la OMS. A este respecto, cabe mencionar que 119 Estados Miembros incluyeron esta esfera en sus estrategias de cooperación nacionales.

122. Durante el bienio actual, se consideró que cuatro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización correspondientes al objetivo estratégico 5 se habían logrado plenamente y que los otros tres se habían logrado parcialmente. Estas puntuaciones globales se basaron en el grado de realización de los objetivos de los indicadores, medido y notificado por las oficinas principales utilizando métodos coherentes con los anteriores informes bienales sobre la ejecución del presupuesto. Sin embargo, de un análisis cualitativo de la labor de la OMS en el ámbito de la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias se desprende que se precisa un conjunto más sólido de normas sobre el desempeño a nivel de toda la Organización para medir los logros con precisión. Sin estos criterios, debería considerarse que la mayoría de los resultados previstos a nivel de toda la Organización solo se lograron parcialmente, sobre todo teniendo en cuenta los desafíos actuales.

123. Para abordar los desafíos a los que se enfrentan la Secretaría y los Estados Miembros en materia de gestión del riesgo en situaciones de emergencia y respuesta humanitaria y tener en cuenta los avances en el marco del proceso de reforma de la OMS y del programa de transformación puesto en marcha por el Comité Permanente entre Organismos en 2011, la OMS inició un proceso de consultas extensas con las partes interesadas a nivel interno y externo durante la segunda mitad del bienio, con la finalidad de mejorar y reestructurar sus actividades relacionadas con las emergencias. Estas consultas tuvieron como resultado: 1) la elaboración de un nuevo marco de respuesta a las emergencias a nivel de toda la Organización que incorpora normas mensurables en materia de desempeño, 2) la reestructuración, reconversión y la reducción de la plantilla (50%) del departamento de emergencias de la Sede, 3) la simplificación de los resultados previstos para el objetivo estratégico 5, que pasarían de siete a dos: uno relativo a la preparación para emergencias y otro relativo a la respuesta a las mismas y 4) un componente más realista de la parte del presupuesto por programas 2012-2013 correspondiente al objetivo estratégico 5, con un mayor énfasis en el fortalecimiento de la capacidad regional y nacional. En 2012, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud examinarán el papel de la OMS en las emergencias, así como su marco de respuesta a las emergencias, y brindarán más orientaciones sobre la labor de la Organización a este respecto.

OWER 5.1

Se habrán formulado normas y criterios, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas nacionales de preparación para emergencias.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
5.1.1	Proporción de Estados Miembros con planes nacionales de preparación para emergencias que abarcan múltiples riesgos.	60%	65%	72%
5.1.2	Número de Estados Miembros que están aplicando programas para reducir la vulnerabilidad de las instalaciones sanitarias a los efectos de los desastres naturales.	46	50	91

124. La OMS prestó asistencia a los Estados Miembros para reducir la vulnerabilidad física y funcional de los sistemas de salud y las comunidades a fin de asegurar la continuidad de los servicios de salud en situaciones de emergencia y aumentar la preparación de los sectores de la salud de los Estados Miembros.

125. La OMS participó en el establecimiento de una Plataforma Mundial para la Reducción del Riesgo de Desastres con el objetivo de mejorar las intervenciones en este ámbito gracias a una mayor comunicación y coordinación entre las partes interesadas. Las oficinas regionales han elaborado directrices para la reducción del riesgo de desastres, así como un conjunto de instrumentos para evaluar la capacidad de los sistemas de salud para gestionar las crisis. También se prestó apoyo técnico para la ejecución de programas sobre la gestión de los riesgos en las emergencias a nivel nacional y la adopción de medidas en cumplimiento de la resolución WHA64.10 sobre el fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud. Ello se tradujo en un aumento del porcentaje de Estados Miembros que aplican programas de seguridad de los hospitales, que pasó del 23% al 46% durante el bienio, así como del porcentaje de Estados Miembros con planes nacionales de preparación para emergencias, que aumentó del 60% al 72%.

126. Si bien se han alcanzado los objetivos de los indicadores de este resultado previsto a nivel de toda la Organización, la Oficina Regional para África, la Oficina Regional para Asia Sudoriental y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, así como la Sede, han notificado una contribución parcial al logro de este resultado previsto a nivel de toda la Organización. Ello se debe principalmente a la inexistencia de un marco institucional para definir y guiar el apoyo que la OMS brinda a los Estados Miembros en la esfera de la preparación para emergencias, a la ausencia de normas claras en materia de desempeño y a la falta de mecanismos de financiación sostenibles.

OWER 5.2

Se habrán formulado normas y criterios y se habrá creado capacidad para que los Estados Miembros puedan dar una respuesta oportuna a los desastres asociados a fenómenos naturales y las crisis relacionadas con conflictos.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
5.2.1	Plataformas operacionales que permiten hacer frente a un gran aumento de la demanda en funcionamiento en las regiones y la Sede, listas para activarse en caso de emergencias agudas.	80%	100%	100%
5.2.2	Número de programas mundiales y regionales de capacitación en intervenciones de salud pública relacionadas con la respuesta frente a emergencias.	22	35	44

127. Con el apoyo de la OMS, los Estados Miembros siguieron desarrollando su capacidad nacional de respuesta a las emergencias en el sector de la salud durante el bienio. La OMS dirigió la labor realizada en colaboración con el Grupo de Acción Sanitaria Mundial, integrado por más de 30 organizaciones internacionales humanitarias del sector de la salud, para aumentar la capacidad de respuesta y recuperación. Asimismo, impartió 44 cursos de formación sobre el fortalecimiento de la capacidad de respuesta y recuperación de los homólogos nacionales, el personal de la OMS y los interlocutores internacionales; reforzó sus plataformas operacionales para facilitar un despliegue rápido de los expertos, fondos y suministros en el plano regional y en la Sede; desarrolló instrumentos clave relacionados con la salud infantil, la salud mental y la evaluación de las necesidades tras un desastre, e influyó en la formulación de políticas en el contexto humanitario mundial mediante una activa participación en las actividades del Comité Permanente entre Organismos.

128. Si bien este resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó como plenamente logrado, es necesario seguir trabajando para elaborar unas normas mínimas sobre la preparación institucional, así como sistemas y procedimientos de respuesta a nivel de toda la Organización. Aunque se instauraron mecanismos, estos no permitieron hacer frente al gran aumento de la demanda, como se vio en 2011, cuando la Organización y sus asociados no pudieron satisfacer las demandas de los Estados Miembros y otros interlocutores para contar con una mayor capacidad en materia de recursos humanos en las grandes emergencias humanitarias. Durante el bienio 2012-2013, se dedicará una atención particular a la manera de resolver esta dificultad persistente.

OWER 5.3

Se habrán formulado normas y criterios y se habrá creado capacidad para que los Estados Miembros puedan evaluar las necesidades y planificar intervenciones durante las fases de transición y recuperación de los conflictos y desastres.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
5.3.1	Número de planes de acción humanitaria en los que se incluye un componente relacionado con la salud formulado para emergencias en curso.	26	En todos los países con coordinadores humanitarios (39)	En todos los países con coordinadores humanitarios (39)
5.3.2	Número de países en situación de transición que han formulado una estrategia de recuperación en materia de salud.	12	18	33

129. Muchos Estados Miembros que padecen situaciones de emergencia prolongadas realizaron progresos al incluir un componente relacionado con la salud en sus planes de acción humanitaria. En todos los países con coordinadores humanitarios (39) se incluyó un componente relacionado con la salud en el plan de acción humanitaria. Treinta y tres países formularon estrategias de recuperación en materia de salud a lo largo del bienio.

130. La OMS, en colaboración con los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Unión Europea, desarrolló una metodología para la evaluación de las necesidades en situaciones posteriores a conflictos y desastres. La contribución de varias oficinas regionales ha permitido finalizar los instrumentos de evaluación de las necesidades en situaciones posteriores a conflictos y desastres para una planificación de la recuperación. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental elaboró un instrumento de evaluación de los riesgos y las necesidades en materia de salud en situaciones posteriores a desastres para ayudar a determinar las necesidades sanitarias de las poblaciones afectadas.

131. Si bien se han alcanzado los objetivos de los indicadores correspondientes a este resultado previsto a nivel de toda la Organización, la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental, así como la Sede, han indicado que el resultado se ha logrado parcialmente, principalmente debido a la ausencia de un enfoque institucional coherente y de orientaciones para los países afectados, así como al apoyo inadecuado de los donantes después de una crisis.

OWER 5.4

Se habrá facilitado a los Estados Miembros un apoyo técnico coordinado en relación con el control de las enfermedades transmisibles en situaciones de desastres naturales y conflictos.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
5.4.1	Proporción de desastres naturales o conflictos graves en los que se han llevado a cabo intervenciones de control de enfermedades transmisibles, por ejemplo mediante la activación de sistemas de pronta alarma o medidas de vigilancia de enfermedades en situaciones de emergencia.	100%	100%	100%

132. Los Estados Miembros están impulsando las actividades de vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles en situaciones de desastres naturales y conflictos en todas las regiones de la OMS.

133. Se creó un Grupo de Trabajo sobre Enfermedades Transmisibles en las Emergencias, encargado de prestar apoyo técnico a los Estados Miembros, a las oficinas regionales y en los países y a los distintos asociados para el control de las enfermedades transmisibles en las emergencias humanitarias. Se elaboraron seis documentos de evaluación de los riesgos para la salud pública a raíz del terremoto ocurrido en Haití, las crisis de Kirguistán y Uzbekistán, las inundaciones en el Pakistán, los disturbios en Libia, la hambruna en el Cuerno de África y el terremoto de Turquía. Se prepararon otros seis perfiles epidemiológicos de enfermedades transmisibles para el Afganistán, el Chad, Côte d'Ivoire, la República Centroafricana, Sri Lanka y Zimbabwe.

134. Todos los desastres naturales o conflictos graves en los que se llevaron a cabo intervenciones para el control de las enfermedades transmisibles se atendieron adecuadamente, por ejemplo mediante la activación de sistemas de pronta alarma o medidas de vigilancia de enfermedades en situaciones de emergencia. La OMS desplegará más esfuerzos para garantizar que los planes de emergencia incorporen la gestión de las crisis provocadas por epidemias, así como una mayor colaboración con los programas de vigilancia de las enfermedades transmisibles, los laboratorios y las farmacias nacionales en el sector de la salud u otros sectores. Las evaluaciones de los riesgos y de las necesidades en materia de salud en caso de desastre o conflicto deben incorporar los riesgos de las enfermedades transmisibles y beneficiarse en mayor medida de las capacidades de evaluación de los riesgos requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional de 2005.

OWER 5.5

Se habrá facilitado apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la preparación nacional y para establecer mecanismos de alerta y respuesta para las emergencias sanitarias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
5.5.1	Proporción de Estados Miembros que cuentan con planes nacionales de preparación y actividades de alerta y respuesta respecto de emergencias sanitarias químicas, radiológicas y ambientales.	60%	65%	70%
5.5.2	Número de Estados Miembros que cuentan con puntos focales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos y la red para emergencias sanitarias ambientales.	173	En todos los Estados Miembros	177

135. La higiene del medio fue un componente fundamental de muchas de las crisis a las que se enfrentaron los Estados Miembros durante el bienio, que abarcan desde el terremoto ocurrido en Haití hasta las inundaciones en el Pakistán o la intoxicación masiva por plomo en Nigeria.

136. Se facilitó apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer la preparación nacional y para establecer mecanismos de alerta y respuesta respecto de emergencias sanitarias químicas, radiológicas y ambientales. Gracias a este apoyo, la proporción de Estados Miembros con planes específicos de preparación para emergencias sanitarias químicas, radiológicas y ambientales aumentó del 60% al 70%. Además, el 91% de los Estados Miembros cuentan con puntos focales nacionales para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, porcentaje que era del 89% hace dos años.

137. Si bien se han alcanzado los objetivos de los indicadores correspondientes a este resultado previsto a nivel de toda la Organización, la Región de África, la Región de Asia Sudoriental, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región del Pacífico Occidental indicaron que el resultado se había logrado parcialmente. Esta limitación se atribuía principalmente a la falta de expertos en este ámbito.

OWER 5.6

Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y estrechado los lazos de coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a nivel de país, regional y mundial.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
5.6.1	Proporción de Estados Miembros afectados por emergencias agudas y de Estados Miembros con emergencias en curso y dotados de un coordinador humanitario en los que opera el Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias del Comité Permanente entre Organismos, de acuerdo con las normas por él establecidas.	60%	80%	>80%
5.6.2	Proporción de Estados Miembros con emergencias en curso y dotados de un coordinador humanitario que disponen de una presencia técnica sostenible de la OMS que comprende actividades de preparación, respuesta y recuperación frente a emergencias.	60%	75%	>75%

138. La OMS promovió las alianzas a nivel de país y mundial y fue el organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en todos los países que aplican el enfoque basado en grupos. En todos estos países, la OMS prestó apoyo a los Estados Miembros coordinando la labor de la comunidad de ayuda sanitaria en las crisis humanitarias de conformidad con los planes del sector de la salud. Sin embargo, en algunos países, los asociados y las partes interesadas expresaron su preocupación ya que, en su opinión, no se habían asumido plenamente las funciones de liderazgo del Grupo. Al no haberse establecido unos criterios uniformes para medir el desempeño en esta esfera, se consideró que no se habían alcanzado plenamente los indicadores y que, por lo tanto, el resultado previsto solo se había logrado parcialmente. Entre las dificultades para el logro de este resultado previsto cabe mencionar la falta de un enfoque armonizado a nivel de toda la Organización, la falta de competencias en materia de coordinación, recopilación y gestión de la información y planificación estratégica, la ausencia de una estrategia para coordinar a un gran número de asociados en las grandes crisis como la ocurrida en Haití y la falta de recursos para financiar las funciones de liderazgo del Grupo.

OWER 5.7

Se habrán ejecutado de una manera oportuna y eficaz operaciones de recuperación frente a emergencias graves y emergencias en curso.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
5.7.1	Proporción de emergencias agudas para las que la OMS ha llevado a cabo intervenciones nacionales e internacionales.	80%	90%	90%
5.7.2	Proporción de intervenciones destinadas a emergencias crónicas ejecutadas de acuerdo con componentes de salud incluidos en planes de acción humanitaria.	100%	100%	100%

139. El objetivo previsto a nivel de toda la Organización se alcanzó plenamente habida cuenta del logro de los respectivos indicadores, pese a algunos desafíos como la falta de un marco global de respuesta que incluya normas mensurables de desempeño, procedimientos y capacidad de respuesta, y un sistema sólido de vigilancia y evaluación.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

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

140. Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, ya que el 63% de todas las defunciones a nivel mundial se deben a estas. Cuatro factores de riesgo comportamentales, a saber, el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la falta de actividad física y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, en particular cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, distintos tipos de cáncer y enfermedades pulmonares crónicas. Los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial son una tensión arterial elevada (a la que se deben el 13% de las defunciones en el mundo), el consumo de tabaco (9%), la hiperglucemia (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). Las prácticas sexuales de riesgo y el consumo de alcohol figuran asimismo entre los principales factores de riesgo de la carga de morbilidad —expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)— y, conjuntamente, representan el 10% de la pérdida total de AVAD. Se estima que las pérdidas económicas totales que generan las enfermedades no transmisibles en los países de bajos y medianos ingresos ascienden a US\$ 500 000 millones al año, lo que representa el 4% de su producto anual actual.

141. Un elemento fundamental para controlar los factores de riesgo comportamentales es lograr un compromiso político, financiero y técnico para hacer frente al problema que plantean las enfermedades no transmisibles en materia de salud y desarrollo. Los Estados Miembros dieron un importante paso hacia adelante en la lucha contra las enfermedades no transmisibles, al abordar los principales factores de riesgo, en los acuerdos alcanzados por medio de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas). Este compromiso queda reflejado asimismo en el apoyo continuo al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y en otras resoluciones, entre ellas la resolución WHA57.17 relativa a la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; la resolución WHA63.14 sobre la Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños y la resolución WHA57.12 sobre la Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. La acción multisectorial en pro de la salud es de crucial importancia para todas estas estrategias.

OWER 6.1

Se habrá facilitado a los Estados Miembros asesoramiento y apoyo para desarrollar su capacidad de promoción de la salud en todos los programas pertinentes y establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces, con miras a promover la salud y prevenir o reducir los principales factores de riesgo.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.1.1	Número de Estados Miembros que han evaluado al menos uno de los compromisos y áreas de acción de las conferencias mundiales sobre promoción de la salud, y presentado informes al respecto.	31	40	120
6.1.2	Número de ciudades que han puesto en práctica programas de urbanización saludable destinados a reducir las desigualdades en materia de salud.	17	22	34

142. A finales de 2011, 120 Estados Miembros habían evaluado al menos uno de los compromisos y áreas de acción de las conferencias mundiales sobre promoción de la salud, y presentado informes al respecto. El instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los centros urbanos (Urban HEART) se aplicó en 34 ciudades de 23 países a fin de reducir las desigualdades en materia de salud.

143. Si bien este resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó como «plenamente logrado», se consideró que la medición del número de Estados Miembros que han evaluado al menos uno de los compromisos y áreas de acción de las conferencias mundiales sobre promoción de la salud, y han presentado informes al respecto, se había definido de manera demasiado general, ya que abarca una amplia gama de medidas de promoción de la salud, como la elaboración de estrategias y planes y la creación de alianzas, que deben evaluarse como parte del logro, sin tener especialmente en cuenta su aplicación efectiva. Por lo tanto, los criterios de medición de este indicador se examinarán y reforzarán en 2012-2013.

OWER 6.2

Se habrá facilitado orientación y apoyo para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo, elaborando, validando y difundiendo marcos, instrumentos y procedimientos operativos para los Estados Miembros en los que la carga de morbilidad y mortalidad atribuible a esos factores de riesgo es elevada o va en aumento.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.2.1	Número de Estados Miembros que cuentan con un sistema nacional de vigilancia eficaz para el seguimiento de los principales factores de riesgo de la salud entre los adultos, basado en el método progresivo de la OMS para la vigilancia.	80	85	94

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.2.2	Número de Estados Miembros que cuentan con un sistema nacional de vigilancia eficaz para el seguimiento de los principales factores de riesgo de la salud entre los jóvenes, basado en la metodología de estudios mundiales de la salud de los alumnos en las escuelas.	52	58	72

144. La recopilación, el análisis y la utilización de datos sobre la exposición a los factores de riesgo a nivel nacional son de crucial importancia para orientar las intervenciones, para la prevención y para evaluar los progresos. Los Estados Miembros han realizado avances en este ámbito, ya que actualmente un total de 94 Estados Miembros aplican el enfoque basado en el método progresivo de la OMS para vigilar la exposición de sus poblaciones adultas a los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y 72 Estados Miembros observan los comportamientos de riesgo y los factores de protección de los jóvenes a través de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS).

145. También ha aumentado el número de Estados Miembros que realizan encuestas sobre factores de riesgo específicos, como la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos. Durante el bienio actual, la OMS publicó el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, en el que se evalúa de manera exhaustiva la situación actual en relación con los principales factores de riesgo abarcados por este objetivo estratégico y se ofrece un conjunto de directrices para abordar las enfermedades no transmisibles mediante intervenciones integrales e intersectoriales.

OWER 6.3

Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros con una carga alta o creciente de morbilidad asociada al consumo de tabaco, capacitándolos para fortalecer las instituciones, con miras a atajar o prevenir los problemas de salud pública relacionados. También se habrá prestado apoyo a la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en relación con la aplicación de las disposiciones del Convenio y la elaboración de protocolos y directrices.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.3.1	Número de Estados Miembros que disponen de datos comparables sobre prevalencia del tabaquismo entre los adultos obtenidos mediante encuestas representativas recientes de alcance nacional, como la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos o el método progresivo para la vigilancia (STEPS).	56	78	78

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.3.2	Número de Estados Miembros que aplican una prohibición total del consumo de tabaco en los lugares públicos cerrados.	20	29	31
6.3.3	Número de Estados Miembros en los que rige la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.	26	20	20

146. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco entró en vigor en 2005. En 2008, la OMS implantó el plan MPOWER, que incluía una serie de medidas destinadas a reducir la demanda para ayudar a los países a cumplir algunas de sus obligaciones dimanantes del Convenio Marco. A finales de 2011, se habían realizado avances notables en cuanto a la aplicación de las medidas de reducción de la demanda, ya que 31 países habían promulgado leyes de ámbito nacional que promovían entornos sin humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo; en 26 países los impuestos totales aplicados al tabaco eran más elevados que el mínimo recomendado del 75% del precio al por menor; 19 países exigían que se incluyeran etiquetas de advertencia sanitaria en los paquetes de cigarrillos de acuerdo con las prácticas óptimas y 20 países prohibían totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. La OMS realizó evaluaciones de la capacidad, elaboró materiales de formación y prestó apoyo técnico a 20 países para que aplicaran las medidas de reducción de la demanda. La Organización contribuyó directamente a aumentar la eficiencia y la eficacia de los sistemas de impuestos sobre el tabaco en 12 Estados Miembros, al colaborar directamente con los ministerios de finanzas en cuestiones relacionadas con los impuestos e impartir formación especializada.

147. Se ha mejorado la medición del número de Estados Miembros que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Se introdujo una definición más estricta de las actividades prohibidas en relación con la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco para que fuera coherente con las definiciones que figuran en las directrices finales aprobadas sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Así pues, fue necesario volver a calcular el punto de partida de 2010, el objetivo de 2011 y las puntuaciones de progreso de 2011.

OWER 6.4

Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros con una carga alta o creciente de morbilidad asociada al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, capacitándolos así para fortalecer las instituciones con miras a combatir o prevenir los problemas de salud pública asociados.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.4.1	Número de Estados Miembros que han elaborado, con el apoyo de la OMS, estrategias, planes y programas para combatir o prevenir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	38	50	57

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.4.2	Número de estrategias, directrices, normas e instrumentos técnicos de la OMS elaborados para ayudar a los Estados Miembros a prevenir y reducir los problemas de salud pública causados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas.	11	14	16

148. La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud hizo suya la estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, en la que se instaba a un mayor número de países a elaborar políticas y planes de acción nacionales o revisarlos en consonancia con dicha estrategia. Actualmente, un total de 57 países cuentan con políticas nacionales sobre el alcohol y en otros 10 países estas políticas se han adoptado a nivel subnacional. La OMS elaboró varios instrumentos técnicos para promover la aplicación de opciones de política eficaces para controlar el consumo de alcohol, entre los que cabe mencionar la guía sobre disposiciones legislativas para el control del alcohol y la detección y el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol en entornos sanitarios.

OWER 6.5

Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros en los que la carga de morbilidad asociada a las dietas malsanas y la inactividad física es elevada o va en aumento, capacitándolos para fortalecer las instituciones, con miras a combatir o prevenir los problemas de salud pública asociados.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.5.1	Número de Estados Miembros que han adoptado estrategias y planes multisectoriales para fomentar dietas saludables o la actividad física, basados en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.	61	65	79
6.5.2	Número de instrumentos técnicos de la OMS que ofrecen apoyo a los Estados Miembros para promover dietas sanas o la actividad física.	16	20	22

149. A finales de 2011, 79 Estados Miembros habían adoptado estrategias y planes multisectoriales para fomentar dietas saludables o la actividad física, basados en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Durante el bienio, la OMS elaboró una guía en materia de aplicación para ayudar a los Estados Miembros a aplicar las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA63.14. La Organización también publicó una serie de recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud y ha colaborado con los Estados Miembros para aplicarlas a nivel nacional.

OWER 6.6

Se habrán formulado políticas, estrategias, intervenciones, recomendaciones, normas y directrices éticas basadas en datos probatorios y se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico para promover prácticas sexuales más seguras y fortalecer las instituciones, con miras a atajar y gestionar las consecuencias sociales e individuales de las prácticas sexuales de riesgo.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
6.6.1	Número de Estados Miembros que generan datos probatorios sobre los determinantes y/o las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo.	8	10	22
6.6.2	Número de Estados Miembros que generan datos comparables sobre indicadores relativos a las prácticas sexuales de riesgo utilizando los instrumentos de vigilancia progresiva (STEPS) de la OMS.	2	5	5

150. En el marco de la estrategia mundial de la OMS sobre la salud reproductiva, 22 Estados Miembros generaron datos probatorios sobre los determinantes y/o las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo, y en varios países se realizaron intervenciones nuevas y mejoradas para promover unos comportamientos sexuales más seguros. Sin embargo, el logro de los indicadores ha sido desigual en las distintas regiones.

151. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se evaluó como «parcialmente logrado» debido a los escasos progresos realizados en algunas regiones, en particular en la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental, habida cuenta de los recursos limitados y de las prioridades establecidas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

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

152. A pesar de la creciente atención política mundial, las desigualdades en materia de salud siguen aumentando en los países y entre ellos, agravadas por la rápida urbanización, los desastres naturales y provocados por el hombre, la recesión económica y el desempleo. La eliminación de esas desigualdades es una importante prioridad de salud pública.

153. Con interés creciente, los Estados Miembros buscan medios innovadores para fomentar la colaboración intersectorial en lo relativo a los determinantes sociales y económicos de la salud, y perciben la necesidad de incorporar en sus sectores sanitarios, así como en sus políticas y programas sociales, enfoques que promuevan la equidad, favorezcan a los pobres, tengan en cuenta la equiparación entre los sexos y sean éticamente correctos. A ese respecto, los Estados Miembros manifestaron su renova-

do compromiso político durante la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Río de Janeiro (Brasil) en octubre de 2011.¹ En consecuencia, las peticiones de apoyo de los Estados Miembros a la OMS aumentaron considerablemente y, en ese contexto, 84 Estados Miembros solicitaron asistencia técnica durante este bienio. Asimismo, esos enfoques se incorporaron en algunos programas sobre enfermedades específicas en toda la Organización.

OWER 7.1

Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado al trabajo normativo y a la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros asociados.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
7.1.1	Número de regiones de la OMS que cuentan con una estrategia regional para atender los determinantes sociales y económicos de la salud identificados en el informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud aprobado por la Directora General.	4	5	5

154. La Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud sirvió de foro para reforzar la notoriedad política de la gobernanza intersectorial en pro de la equidad sanitaria y propiciar el intercambio técnico en lo relativo a instrumentos eficaces. Como parte de los preparativos de la reunión se documentaron más de 40 estudios de casos de países, en los que se consignaron las buenas prácticas nacionales para abordar los determinantes sociales de la salud.

155. El marco y las conclusiones de la Red Experta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se utilizaron para promover la incorporación de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria en los planes nacionales de salud y las estrategias de salud pública de nueve países. Se apoyaron los esfuerzos que realizan seis países con miras a desarrollar la capacidad de liderazgo del Ministerio de Salud para coordinar y gestionar intervenciones destinadas a reducir la falta de equidad a través de los determinantes sociales de la salud.

OWER 7.2

La OMS habrá tomado la iniciativa de facilitar oportunidades y medios de colaboración intersectorial en los planos nacional e internacional para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud, por ejemplo en lo referente a la comprensión de las repercusiones del comercio y de los acuerdos comerciales en la salud pública y la adopción de medidas al respecto, y alentar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

¹ Los resultados de la Conferencia se recogieron en la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, adoptada en la resolución EB130.R11 titulada: Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. La resolución pide, entre otras cosas, una mejor gobernanza en los ámbitos mundial, regional, nacional y local. Además, insta a la OMS a velar por una mejor coordinación y armonización de los trabajos sobre los determinantes sociales de la salud que realizan diversos organismos de las Naciones Unidas.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
7.2.1	Número de experiencias de país publicadas en relación con la atención de los determinantes sociales en pro de la equidad sanitaria.	10	14	28
7.2.2	Número de instrumentos preparados para ayudar a los países a analizar las repercusiones del comercio y de los acuerdos comerciales en la salud.	8	9	9

156. Los países están comenzando a cambiar sus prácticas intersectoriales de gobernanza con el fin de incrementar sus efectos en la equidad sanitaria en los ámbitos nacional e internacional. Algunos países han introducido nueva legislación sobre salud pública que aborda cuestiones relativas a la equidad sanitaria y la salud en todas las políticas. En los planos mundial y regional, la OMS promovió el desarrollo de un consenso internacional sobre los elementos clave de un enfoque de la salud en todas las políticas, por medio de la Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas y la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud.

157. La globalización y el comercio ejercen una influencia importante sobre los resultados sanitarios. Durante el bienio, la OMS siguió apoyando a los Estados Miembros en lo concerniente al desarrollo de sus capacidades para evaluar el comercio y sus efectos en los resultados sanitarios. En el bienio se realizaron algunas publicaciones tales como libros, documentos informativos y notas descriptivas. La OMS ha establecido un mecanismo de cooperación trilateral con la OMPI y la OMC a escala mundial, y las tres organizaciones han comenzado a preparar una serie de simposios técnicos conjuntos sobre cuestiones incluidas en la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

OWER 7.3

Se habrán recogido, cotejado y analizado datos sociales y económicos pertinentes para la salud en forma desglosada (por sexo, edad, pertenencia étnica, ingresos y condiciones de salud, como enfermedades o discapacidades).

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
7.3.1	Número de informes de país publicados durante el bienio que incorporan datos desglosados y análisis centrados en la equidad sanitaria.	35	40	46

158. En las regiones se han logrado algunos progresos relativos a la utilización de datos desglosados para evaluar las injusticias sanitarias y sus determinantes. El número de informes de países publicados en el bienio, que incorporan datos desglosados y análisis de la equidad sanitaria, aumentó de 35 a 46. Un número cada vez mayor de países han solicitado apoyo, instrumentos y asistencia para desarrollar la capacidad a fin de mejorar las evaluaciones. En respuesta a esas solicitudes, la Secretaría distribuyó

a las regiones una plantilla para elaborar informes nacionales sobre disparidades sanitarias; prestó asistencia técnica para la utilización de los sistemas de información sanitaria existentes, con el fin de identificar las esferas prioritarias de actuación sobre los determinantes sociales de la salud y producir una publicación dedicada a la incorporación de una perspectiva de género en los nuevos programas sobre enfermedades infecciosas.

159. Aunque en general se ha alcanzado el objetivo relativo a los informes de países publicados en el bienio con datos desglosados y análisis de la equidad sanitaria, se consideró que este resultado previsto a nivel de toda la Organización se había logrado parcialmente. Esto se debe, principalmente, al logro parcial del resultado en la Región del Mediterráneo Oriental, en la que muchos países aún no han institucionalizado la recopilación de datos desglosados, así como en la Sede, donde el seguimiento de las injusticias sanitarias y la recopilación y utilización de datos desglosados no están suficientemente incorporados en los programas de la OMS ni consolidados a través del observatorio mundial de la salud.

OWER 7.4

Se habrán promovido los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos, tanto en la OMS como en los niveles nacional y mundial.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
7.4.1	Número de instrumentos elaborados para los Estados Miembros o la Secretaría que ofrecen orientación sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para promover la salud.	28	37	37
7.4.2	Número de instrumentos elaborados para los Estados Miembros o la Secretaría que ofrecen orientación sobre la utilización del análisis ético para mejorar las políticas de salud.	12	16	16

160. La OMS tiene un mandato específico para asegurar que el análisis ético se incluya en las políticas y los programas de salud. La aplicación de normas éticas es imperativa en los ensayos clínicos y la investigación sanitaria. En estrecha colaboración con los comités nacionales de ética, la OMS facilitó a los Centros Colaboradores en materia de Bioética y a otras organizaciones internacionales activas en esta esfera el fortalecimiento de las sinergias entre diferentes iniciativas globales. A raíz de la adopción de la resolución WHA63.22 sobre Trasplante de órganos y tejidos humanos se estableció un grupo de trabajo de comités nacionales de ética, encargado de su aplicación en los países. Se elaboró, y distribuyó en los países, material de orientación sobre aspectos éticos del control de la tuberculosis, y se prestó asistencia técnica a Estados Miembros con el fin de permitirles fortalecer sus sistemas de examen de aspectos éticos, especialmente el registro de ensayos clínicos. El número de ensayos clínicos registrados en la base de datos de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos ha

aumentado en 50 557, y totalizaba 153 092 al final de 2011.¹ Es esencial que se registren todos los ensayos clínicos a fin de incrementar la transparencia tanto para los investigadores como para los usuarios.

161. La OMS ha prestado apoyo a los países en el examen de los planes estratégicos nacionales para el sector sanitario, a la luz de sus obligaciones y compromisos en materia de derechos humanos relacionados con la salud, en particular el derecho de contar con servicios de salud accesibles y asequibles, el derecho de participar en los procesos decisorios y el derecho de resarcimiento por medio de mecanismos de rendición de cuentas.

162. El resultado previsto a nivel de toda la Organización se logró parcialmente porque la Región de Europa y la Región de Asia Sudoriental notificaron el logro parcial de los objetivos concernientes a sus contribuciones. Los principales obstáculos al logro del resultado previsto fueron la falta de capacidad para identificar y abordar cuestiones prioritarias incipientes y para responder a las peticiones urgentes formuladas por los países. Además, el proceso de presentación de informes se vio significativamente dificultado por la información insuficiente sobre actividades éticas realizadas por los países de algunas regiones.

OWER 7.5

Se habrán incorporado el análisis de género y medidas de respuesta a la labor normativa de la OMS y su apoyo a los Estados Miembros con miras a la elaboración de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
7.5.1	Número de instrumentos o documentos (elaborados o actualizados) de la OMS y de actividades conjuntas realizadas por las unidades técnicas de la OMS para promover en las actividades de la OMS la adopción de medidas que tienen en cuenta las cuestiones de género.	63	85	98
7.5.2	Número de actividades de incorporación de una perspectiva de género realizadas en los Estados Miembros que han recibido apoyo de la OMS.	142	170	189

163. En la esfera relativa a género y salud se observaron importantes progresos hacia la incorporación de una perspectiva de género en las políticas y las intervenciones sanitarias de los países, particularmente en la Región de África y en la Región de las Américas, y en 10 países en esta última se elaboraron planes de colaboración en materia de incorporación de una perspectiva de género. La Secretaría produjo 98 documentos e instrumentos de orientación y realizó actividades conjuntas relativas a

¹ El promedio mensual de entradas en el portal de la ICTRP (<http://www.who.int/ictrp/es/index.html>) aumentó de 140 000 en 2009 a 2 100 000 en 2011. De esta forma, la ICTRP pasa a ocupar el tercer lugar en la lista de máximas categorías de la OMS, seguida por Clasificaciones y el Centro de Prensa de la OMS.

diversas áreas técnicas, en particular el género y la renovación de la atención primaria y el instrumento concerniente a género y derechos humanos, además de producir diversas publicaciones sobre los vínculos entre género y violencia sexista y VIH. El número de coordinadores¹ de la Red de Género, Mujer y Salud aumentó a 112 para todas las regiones de la OMS.

164. Aunque en general se alcanzaron los objetivos fijados en el contexto de los resultados previstos a nivel de toda la Organización, la Región de África y la Región de Europa calificaron sus contribuciones relativas a este resultado previsto, como parcialmente logrado. Hacia finales del bienio el desempeño se vio dificultado por la escasez de personal, tanto en la Sede como en algunas regiones, lo que menoscabó directamente el apoyo a los Estados Miembros.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

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

165. Los determinantes ambientales y ocupacionales de la salud representan aproximadamente la cuarta parte de la carga mundial de morbilidad y, según estimaciones, unos 13 millones de defunciones anuales. Los grupos más afectados son las mujeres y los niños pobres que viven y trabajan en los ecosistemas más contaminados y frágiles del mundo. Los esfuerzos globales y regionales destinados a hacer frente a los determinantes ambientales y ocupacionales de la salud conllevan, principalmente, medidas para identificar y contrarrestar determinados factores de riesgo (incluidos productos químicos, radiación, contaminación del aire, y cambio climático); prevenir y gestionar los riesgos en los diferentes entornos (hogares, lugares de trabajo y centros de salud); e incorporar las intervenciones de prevención primaria, en la formulación de políticas, planes y proyectos destinados a sectores con altos riesgos ambientales y ocupacionales.

OWER 8.1

Se habrán realizado evaluaciones, y formulado y actualizado normas y patrones basadas en datos probatorios sobre los principales riesgos ambientales para la salud (p. ej., la mala calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la mala calidad del agua de bebida, y la reutilización de las aguas residuales).

¹ El sistema de coordinadores, principal estrategia reconocida por la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación de políticas sobre la equiparación entre los sexos y la emancipación de la mujer, proporciona asistencia técnica para incorporar una perspectiva de género en los programas de la OMS en las regiones y los países, y realiza el seguimiento de la aplicación de la estrategia para integrar el análisis y las medidas de género en los trabajos de la OMS.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
8.1.1	Número de Estados Miembros que durante el bienio han realizado evaluaciones de riesgos ambientales para la salud específicos o que han cuantificado la carga de morbilidad ambiental, con el apoyo técnico de la OMS.	42	44	67
8.1.2	Número de normas, pautas o directrices de la OMS nuevas o actualizadas sobre cuestiones de salud ocupacional o ambiental publicadas durante el bienio.	18	20	21

166. En general, en los países de todas las regiones de la OMS se han acrecentado los conocimientos sobre factores ambientales de riesgo para la salud humana. A ese respecto, el número de países que comunicaron evaluaciones de riesgos ambientales específicos realizadas con instrumentos de la OMS y según sus directrices sobre evaluación de riesgos, aumentó de 42, en el bienio anterior, a 67. En muchos casos, estas medidas fueron el resultado de compromisos políticos intersectoriales. Por ejemplo, en la Región de África, en el contexto de la Declaración de Libreville y su proceso de seguimiento, 15 países analizaron la situación nacional en materia de medio ambiente y salud y evaluaron las necesidades, con apoyo financiero y técnico de la OMS. Un impulso similar se generó en la Región de Europa gracias a la celebración, en marzo de 2010, de la Quinta Conferencia Ministerial sobre Medio Ambiente y Salud en Europa; en la Región de Asia Sudoriental, mediante el Segundo Foro Ministerial Regional sobre el Medio Ambiente y la Salud, que tuvo lugar en julio de 2010; y en la Región del Pacífico Occidental, por medio de la Segunda Conferencia Ministerial de Asia Oriental sobre Saneamiento e Higiene, celebrada en enero de 2010.

OWER 8.2

Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos ambientales para la salud, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, en particular en entornos específicos (p. ej., el lugar de trabajo, el hogar o entornos urbanos) y entre grupos de población vulnerables (p. ej., los niños).

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
8.2.1	Número de Estados Miembros que, con el apoyo técnico de la OMS, aplican intervenciones de prevención primaria destinadas a reducir los riesgos ambientales para la salud en al menos uno de los entornos siguientes: el lugar de trabajo, el hogar o entornos urbanos.	48	52	92

167. Un total de 92 países notificaron que habían intensificado las intervenciones de prevención primarias para hacer frente a los determinantes ambientales y ocupacionales de la salud. Por ejemplo,

muchos países han reforzado las intervenciones relacionadas con el tratamiento y el almacenamiento seguro del agua doméstica, a fin de garantizar el suministro de agua potable. Las actividades en los países se han regido por las *Guías para la calidad del agua potable* de la OMS, actualizadas en 2010, y por el material de información de la OMS sobre el uso seguro de las aguas residuales, excreta y aguas grises, revisado en abril de 2010. En colaboración con la Alianza GAVI se realizaron otras actividades que incluyeron la asistencia técnica a 27 países de la Región de África y seis de la Región del Mediterráneo Oriental, con el fin de facilitarles el desarrollo y la aplicación de planes nacionales de gestión de los desechos sanitarios.

168. En septiembre de 2010 se estableció la Alianza Mundial para Estufas Limpias, de la que la OMS es miembro fundador, con el propósito de salvar las vidas de 1,9 millones de personas que, debido a la exposición al aire contaminado por combustibles sólidos, mueren prematuramente por enfermedades o trastornos tales como neumonía infantil, enfermedades cardiovasculares, neumopatía obstructiva crónica e insuficiencia ponderal del recién nacido. Por conducto de la Alianza Mundial se facilitará a 100 millones de familias de países de bajos y medianos ingresos el acceso a cocinas limpias. En septiembre de 2011 la OMS estableció una base mundial de datos sobre contaminación del aire exterior que incluye información de casi 1100 ciudades de 91 países.

169. Si bien se alcanzaron los objetivos del indicador, se consideró que este resultado previsto a nivel de toda la Organización se había logrado parcialmente, porque algunas actividades de comunicación de riesgos, por ejemplo, las relativas a protección radiológica en entornos sanitarios y contra el radón en los hogares, se aplazaron para el próximo bienio debido a la limitación de recursos y la necesidad de que el personal disponible hiciera frente a la emergencia nuclear de Fukushima. La Región del Mediterráneo Oriental experimentó similares restricciones de recursos humanos para actividades previstas en el marco de este resultado previsto.

OWER 8.3

Se habrá facilitado a los Estados Miembros asistencia técnica y apoyo para fortalecer los sistemas, las funciones y los servicios nacionales de gestión de los riesgos de salud ocupacional y ambiental.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
8.3.1	Número de Estados Miembros que, con el apoyo de la OMS, han aplicado planes de acción/políticas nacionales para la gestión de los riesgos de salud ocupacional, por ejemplo en relación con el Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores (2008-2017).	67	72	88

170. En 89 Estados Miembros se establecieron marcos normativos, estrategias o planes de acción nacionales de apoyo a la gestión de riesgos ambientales y ocupacionales.

171. En la Región del Mediterráneo Oriental los países del Consejo de Cooperación del Golfo adoptaron oficialmente, en enero de 2010, una iniciativa en pro de lugares de trabajo saludables. La OMS prestó asistencia técnica a un plan de acción regional, que se ejecuta inicialmente en Egipto y Omán, destinado a promover lugares de trabajo saludables e institucionalizar actividades conexas.

172. Progresos similares se registraron en la Región de Asia Sudoriental, donde 9 de los 11 países ejecutaron actividades nacionales dirigidas a la consecución de los objetivos del Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017. También se intensificaron las actividades en los países destinadas a promover y proteger la salud de los trabajadores sanitarios mediante, por ejemplo, la distribución del instrumento de la OMS y la OIT, *HealthWISE*, concebido para mejorar las condiciones de trabajo en el sector sanitario.

OWER 8.4

Se habrán establecido directrices, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector de la salud a ejercer influencia sobre las políticas de otros sectores con miras a posibilitar la identificación y adopción de políticas que contribuyan a la mejora de la salud, el medio ambiente y la seguridad.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
8.4.1	Número de Estados Miembros que aplican iniciativas respaldadas por la OMS para determinar y afrontar las repercusiones sanitarias de las actividades desarrolladas en uno o más de los sectores siguientes: agricultura, energía y transporte.	67	72	No disponible

173. Durante el bienio aumentó la utilización sistemática de instrumentos tales como la evaluación del impacto sanitario medioambiental. En la Segunda Conferencia Interministerial sobre Salud y Medio Ambiente en África (Luanda, noviembre de 2010) se presentó un fructífero proyecto piloto del sector petrolero de Ghana. A raíz del éxito de este tipo de proyectos piloto está aumentando la demanda de asistencia técnica para realizar evaluaciones del impacto sanitario, en particular en las industrias del petróleo, el gas y la minería. En otras regiones, la evaluación del impacto sanitario está despertando un creciente interés por cuanto se reconoce que es un instrumento idóneo para superar las injusticias en materia de salud, optimizar los beneficios sanitarios en respuesta a las medidas de mitigación y adaptación adoptadas frente al cambio climático y apoyar el crecimiento ecológico.

174. En el sector de transporte se pusieron en marcha iniciativas sobre medios de transporte y de transporte urbano ambientalmente sostenibles y saludables. También se prestó asistencia técnica a seis países para que mejoraran la gestión de plaguicidas en el sector agrícola, a fin de reducir los riesgos que esos productos plantean para la salud pública.

175. La OMS copatrocinó la Primera Conferencia Internacional sobre UV y Cáncer de Piel, que se celebró en mayo de 2011 en Copenhague y contó con la asistencia de partes interesadas de todo el mundo. Se iniciaron los trabajos de preparación de un folleto que reseña intervenciones de política concernientes a las camas solares, y una base de datos complementaria sobre políticas relativas a esos dispositivos.

176. Si bien se han realizado importantes progresos, los criterios y métodos utilizados con el fin de conocer el número de Estados Miembros que aplican iniciativas respaldadas por la OMS para identificar y abordar el impacto sanitario de las actividades de los sectores de agricultura, energía y transporte se han revisado considerablemente durante el bienio, para asegurar una evaluación más exacta de los logros. En la actualidad, continúa avanzando la labor de revisión de los valores para los puntos de partida y, en consecuencia, para los objetivos. Por ello, no fue posible asignar un valor al resultado lo-

grado en este bienio. En vista de la falta de datos sobre los resultados del indicador, el presente resultado previsto a nivel de toda la Organización se consideró parcialmente logrado, sobre la base de evaluaciones técnicas de las regiones y la Sede.

OWER 8.5

Se habrá reforzado el liderazgo del sector de la salud para promover un entorno más saludable y modificar las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de los riesgos ambientales para la salud, por ejemplo atendiendo las consecuencias emergentes y re-emergentes del desarrollo en la salud ambiental y la modificación de las pautas de consumo y producción, así como a los efectos nocivos asociados a la evolución tecnológica.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
8.5.1	Número de estudios o informes sobre los principales problemas nuevos o reemergentes de salud ocupacional publicados aislada o conjuntamente por la OMS.	15	17	21
8.5.2	Número de informes publicados aislada o conjuntamente por la OMS sobre los avances hacia la consecución de los objetivos relativos al agua y el saneamiento recogidos en los principales instrumentos internacionales de desarrollo, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	8	10	10
8.5.3	Número de foros regionales de alto nivel sobre cuestiones relacionadas con el medio ambiente y la salud organizados durante el bienio por la OMS o con el apoyo técnico de la Organización.	9	10	11

177. En general, la sensibilización respecto de los riesgos sanitarios asociados con los productos químicos se ha acrecentado como resultado de las actividades normativas y de evaluación de riesgos de la OMS, en particular la publicación de informes sobre productos químicos clave, entre ellos el DDT en la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual, y una serie sobre 10 productos químicos que plantean importantes problemas de salud pública.

178. Con respecto a los problemas prioritarios de salud ambiental y ocupacional abordados en el marco de foros y acontecimientos de alto nivel, entre ellos los acuerdos internacionales sobre el medio ambiente y los procesos conexos, la OMS también ha abogado por estrechar más los vínculos entre las metas y los objetivos de desarrollo medioambiental y sanitario existentes, por ejemplo, mediante la primera conferencia internacional de la OMS sobre prevención primaria del cáncer por medio de intervenciones ambientales y ocupacionales, y la Declaración de Asturias, de marzo de 2011.

OWER 8.6

Se habrán elaborado políticas, estrategias y recomendaciones basadas en datos probatorios y se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico para identificar, prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por el cambio climático.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
8.6.1	Número de estudios o informes sobre los efectos del cambio climático en la salud publicados aislada o conjuntamente por la OMS.	n/d	30	35
8.6.2	Número de países que han adoptado planes destinados a facilitar la adaptación del sector sanitario a los efectos del cambio climático en la salud.	n/d	30	48

179. Un total de 30 países de todas las regiones de la OMS comunicaron que realizaban evaluaciones de la vulnerabilidad sanitaria y la adaptación al cambio climático, y que las conclusiones de esas evaluaciones se estaban utilizando en 18 importantes proyectos piloto en 14 países. La OMS prosiguió sus actividades de promoción y liderazgo destinadas a alentar los procesos regionales y mundiales relacionados con el medio ambiente, el cambio climático y el desarrollo sostenible, a tener más en cuenta las cuestiones sanitarias.

180. Se realizó un examen sistemático de los beneficios sanitarios indirectos derivados de las medidas de mitigación del cambio climático en cinco sectores (vivienda, transporte, agricultura, salud y energía doméstica). Los resultados, junto con un informe preparado por la Oficina Regional para las Américas (*Environmental and Social Determinants of Health*) se distribuyeron en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en octubre de 2011, y en las reuniones 16.^a y 17.^a de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático que tuvieron lugar en 2010 y 2011, respectivamente.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

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

181. Amplios sectores de la población mundial se ven afectados por la desnutrición, las deficiencias de vitaminas y minerales y la obesidad. Se estima que la malnutrición es la causa subyacente del 35% de todas las muertes de niños menores de cinco años, y la alimentación, incluida la ingesta de alimentos insalubres, es un importante factor de riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Las enfermedades diarreicas causadas por diversos patógenos presentes en los alimentos y en el agua se combinan con la desnutrición en un círculo vicioso que afecta negativamente al desarrollo. En 2008, 205 millones de hombres y 297 millones de mujeres mayores de 20 años eran obesos.

182. La OMS viene trabajando con las autoridades sanitarias nacionales que se ocupan de la nutrición y la salubridad de los alimentos y con representantes de otros sectores gubernamentales, en particular la agricultura. Los principales asociados de la OMS son las Naciones Unidas, en particular la FAO, el UNICEF y el PMA, y los organismos y organizaciones internacionales, los organismos de financiación bilaterales y multilaterales, la comunidad científica y las organizaciones no gubernamentales. Se han establecido vínculos con instituciones regionales, como la Secretaría de la Comunidad del Pacífico, la Organización Sanitaria de África Occidental, la Unión Africana, la Nueva Alianza para

el Desarrollo de África, el *Comité Permanent Inter Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel* (CILSS) y la Comisión Europea.

OWER 9.1

Se habrán establecido fórmulas de asociación y alianzas, formado líderes y desarrollado la coordinación y la creación de redes con todas las partes interesadas en los planos nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, alentar actividades intersectoriales, aumentar la inversión en intervenciones relativas a la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, y elaborar y apoyar un programa de investigación.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
9.1.1	Número de Estados Miembros que disponen de mecanismos de coordinación funcional para promover enfoques y actividades intersectoriales en la esfera de la inocuidad de los alimentos, la seguridad alimentaria y la nutrición.	89	125	128
9.1.2	Número de Estados Miembros que han incluido actividades en materia de nutrición, inocuidad de los alimentos y seguridad alimentaria, así como un mecanismo para la financiación de estas últimas, en sus enfoques sectoriales en sus documentos de estrategia de lucha contra la pobreza.	28	35	117

183. En la mayoría de los países se ha observado que los responsables políticos toman mayor conciencia sobre la inocuidad de los alimentos y la nutrición y sobre la importancia de mejorar la colaboración entre los sectores sanitario, agrícola y veterinario, así como la coordinación entre las partes interesadas. Una prueba de ello es que el número de Estados Miembros que dispone de mecanismos institucionalizados de coordinación funcional para promover enfoques y actividades intersectoriales en la esfera de la inocuidad de los alimentos, la seguridad alimentaria y la nutrición haya aumentado de 89 en 2010 a 128 a finales del bienio. Varios Estados Miembros han establecido mecanismos de coordinación para promover enfoques y actividades intersectoriales en el ámbito de la inocuidad de los alimentos y la nutrición. Sin embargo, en algunas regiones, los programas nacionales sobre la inocuidad de los alimentos se aplicaron de forma aislada, con escasa colaboración y cooperación entre los diferentes sectores.

184. La OMS ha participado en la asociación REACH de las Naciones Unidas a nivel de los países y en el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas a nivel mundial, y ha contribuido al desarrollo de la iniciativa *Movimiento para el Fomento de la Nutrición* situándose al frente del equipo de tareas de control y vigilancia y mediante la formulación de un plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño.

185. La OMS también coordinó la labor relacionada con la Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria (GFN) y la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN), las cuales promueven, respectivamente, la vigilancia integrada y en laborato-

rio mediante cursos y actividades de capacitación en todo el mundo, y el intercambio de información y respuesta rápidos a los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos.

186. Asimismo, la OMS aumentó su colaboración con los actores internacionales, centrándose en las cuestiones relacionadas con la seguridad alimentaria, para potenciar la colaboración intersectorial e incluir la inocuidad de los alimentos en los debates internacionales sobre la crisis alimentaria. La Secretaría de la Sede reforzó las alianzas de colaboración con el *International Livestock Research Institute* (ILRI) y el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), en relación con el programa de investigación «Agricultura para mejorar la nutrición y la salud», y ayudó a elaborar el informe presentado al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas por el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación.

187. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se logró parcialmente por cuanto todavía se han de reforzar los mecanismos de gobernanza a nivel de país en la Región de África y la Región de las Américas.

OWER 9.2

Se habrán elaborado normas, con inclusión de referencias, requisitos, prioridades de investigación, directrices, manuales de capacitación y estándares, y se habrán difundido entre los Estados Miembros a fin de aumentar su capacidad para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y de promover prácticas de alimentación saludables.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
9.2.1	Número de nuevos estándares, directrices o manuales de capacitación sobre nutrición e inocuidad de los alimentos elaborados y difundidos en los Estados Miembros y la comunidad internacional.	23	43 ^a	88 ^b
9.2.2	Número de nuevas normas, estándares, directrices, instrumentos y material pedagógico para la prevención y el tratamiento de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos.	14	19	20

^a Además, la Secretaría se comprometió a elaborar 200 nuevas normas del Codex.

^b Además, se elaboraron muchas nuevas normas del Códex (557), gracias a la simplificación del procedimiento de aprobación.

188. Un paso importante ha sido el establecimiento de un mecanismo para proporcionar asesoramiento científico en materia de nutrición, conforme al proceso de elaboración de las directrices de la OMS, que está redundando en un mejor tratamiento de la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes. Del mismo modo, en el ámbito de la inocuidad de los alimentos, el principal logro ha sido una mayor comprensión de la importancia de las normas sobre la inocuidad de los alimentos basadas en criterios científicos, es decir, de las normas del Codex, y de su aplicación de cara a la exportación y el suministro local de alimentos.

189. En total, la OMS ha elaborado 65 estándares, directrices o manuales de capacitación sobre nutrición e inocuidad de los alimentos, así como 557 normas del Codex, que se han difundido en los Estados Miembros y la comunidad internacional. En particular, se elaboraron Directrices del Codex sobre análisis de riesgos de la resistencia a los antimicrobianos transmitida por los alimentos. Además, la Secretaría convocó un gran número de reuniones de expertos científicos para evaluar los riesgos potenciales para la salud de los aditivos alimentarios, los contaminantes, los residuos de medicamentos veterinarios en los alimentos, los riesgos microbiológicos y las cuestiones emergentes, las cuales proporcionaron bases científicas para la adopción de nuevas normas internacionales. También se dio amplia difusión al mensaje global de la OMS «Cinco claves para la inocuidad de los alimentos» con el objetivo de capacitar a los manipuladores de alimentos y educar a los consumidores.

190. Se creó un grupo consultivo de expertos sobre orientación en nutrición encargado de proporcionar asesoramiento científico en materia de nutrición. Se elaboraron o actualizaron catorce pautas de nutrición, conforme al proceso de elaboración de directrices de la OMS. Las Directrices se traducen y son difundidas a través de la Biblioteca electrónica OMS de evidencia para la adopción de medidas nutricionales. Se superó la meta fijada gracias a la intensificación de los esfuerzos para proporcionar asesoramiento científico y a la mayor eficiencia del proceso de establecimiento de normas del Codex, lo que se tradujo en la creación de algunas nuevas normas internacionales sobre inocuidad de los alimentos encaminadas, en particular, a limitar la contaminación de la leche en polvo para lactantes, otros alimentos y los piensos, con melamina.

191. Se han publicado metodologías de evaluación de riesgos en documentos generales de orientación, como los Principios y Métodos para la determinación del riesgo de origen químico en los alimentos. Ha seguido aumentando la participación efectiva de los países en desarrollo y los países con economías en transición en el proceso del Codex, como lo pone de manifiesto el número de países que ya se han graduado del Fondo Fiduciario del Codex pero siguen manteniendo su participación en el Codex.

OWER 9.3

Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá perfeccionado la capacidad para determinar las mejores opciones de política, tanto en situaciones de estabilidad como de emergencia.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
9.3.1	Número de Estados Miembros que han adoptado y puesto en práctica los patrones de crecimiento infantil de la OMS.	63	85	115
9.3.2	Número de Estados Miembros que poseen datos de vigilancia representativos a nivel nacional sobre las principales formas de malnutrición.	104	125	142

192. Se han realizado progresos en el seguimiento del estado nutricional, de las enfermedades transmitidas por alimentos y de la aplicación de las políticas alimentarias y nutricionales. El número de Estados Miembros que han adoptado los patrones de crecimiento infantil de la OMS aumentó de 63 en

2010, a 115 al final del bienio, mientras que el de Estados Miembros que poseen datos de vigilancia representativos a nivel nacional sobre las principales formas de malnutrición se incrementó de 104 a 142.

193. Se estableció un mecanismo de vigilancia de la obesidad infantil en la Región de Europa, y se llevó a cabo un examen de la política de nutrición a escala mundial, que abarcó a 119 Estados Miembros y cuatro territorios. Además, se evaluaron los programas sobre inocuidad de los alimentos de 28 países. La Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria tiene miembros en 181 Estados Miembros, y la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos agrupa a 177 Estados Miembros, y complementa la labor realizada en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

194. La OMS ha mantenido y ampliado sus bases de datos, incluidas las relativas a la antropometría infantil, y el índice de masa corporal (IMC) y el estado nutricional de vitaminas y minerales en los niños. Las bases de datos están conectadas a través del Sistema de información sobre la situación general de la nutrición. Los resultados del examen de la política de nutrición a escala mundial son el fundamento de la nueva base de datos mundial sobre la aplicación de medidas nutricionales. Las bases de datos se complementan con otros recursos de información, como definiciones de indicadores y marcos lógicos para la selección de indicadores, herramientas de metodología de encuesta, y cartografía de las capacidades de laboratorio. También se han establecido estimaciones a nivel nacional, regional y mundial sobre la malnutrición y la carencia de vitaminas y minerales en los niños y se ha brindado apoyo a la aplicación de los patrones de crecimiento.

OWER 9.4

Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros destinatarios para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes, políticas y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, tanto en situaciones estables como de emergencia.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
9.4.1	Número de Estados Miembros que han aplicado al menos tres de las medidas de alta prioridad recomendadas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.	52	97	117
9.4.2	Número de Estados Miembros que han puesto en práctica estrategias de prevención y control de la malnutrición de micronutrientes.	44	77	119
9.4.3	Número de Estados Miembros que han puesto en práctica estrategias para promover prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.	Al menos 44	80	138
9.4.4	Número de Estados Miembros que han incluido la nutrición en sus respuestas al VIH/sida.	14	59	25

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
9.4.5	Número de Estados Miembros que disponen de enfoques y planes nacionales de respuesta frente a emergencias nutricionales.	23	47	41

195. La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA63.23 sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño, que dio lugar a la elaboración de un plan integral de aplicación sobre la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, después de celebrar consultas regionales en las que participaron diferentes sectores gubernamentales de 92 Estados Miembros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo, donantes y la sociedad civil. El número de Estados Miembros que han aplicado al menos tres de las medidas de alta prioridad recomendadas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño ha aumentado de 52 en 2010 a 117 al final del bienio.

196. También se han elaborado estrategias regionales de nutrición en la Región de las Américas (Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica), la Región del Mediterráneo Oriental (Estrategia Regional de Nutrición 2010-2019), y la Región de Asia Sudoriental (Estrategia Regional de Nutrición), y la OMS ha prestado apoyo a los Estados Miembros en la formulación y aplicación de políticas y planes. Gracias a ese apoyo, el número de Estados Miembros que han puesto en práctica estrategias de prevención y control de la malnutrición de micronutrientes se ha incrementado de 44 en el comienzo del bienio, a 119 a finales de 2011.

197. Varios documentos y reuniones internacionales relacionados con la nutrición y la prevención de enfermedades crónicas de las madres, los lactantes y los niños pequeños han hecho hincapié en el enfoque de todo el ciclo de vida. Los Estados Miembros saben cuáles son las cuestiones en juego y los responsables políticos y los gestores de programas están muy concienciados al respecto. Como resultado de este trabajo, el número de Estados Miembros que han puesto en práctica estrategias para promover prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación ha aumentado de 44 en 2010 a 138 al final del bienio.

198. A pesar de varios logros importantes, el resultado previsto a nivel de toda la Organización se calificó como parcialmente logrado ya que la Región de las Américas y la Región de Asia Sudoriental realizaron pocos progresos en la aplicación de políticas y planes de nutrición. Además, un número considerable de países están rezagados en lo que respecta a la integración de las intervenciones nutricionales en sus programas relativos al VIH.

OWER 9.5

Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos; se habrán establecido programas de vigilancia y evaluación de los peligros alimentarios que se habrán integrado en los sistemas nacionales de vigilancia existentes, y se habrán difundido los resultados entre todos los actores principales.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
9.5.1	Número de Estados Miembros que han establecido o fortalecido la colaboración intersectorial para la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades zoonóticas de transmisión alimentaria.	66	75	105
9.5.2	Número de Estados Miembros que han iniciado un plan para reducir la incidencia de al menos una de las principales enfermedades zoonóticas de transmisión alimentaria.	68	80	85

199. Se llevaron a cabo varias actividades para apoyar el fortalecimiento de las instituciones que se ocupan de la inocuidad de los alimentos y de los sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y de la contaminación de los alimentos en los Estados Miembros. Esas actividades iban dirigidas a promover la colaboración intersectorial entre los laboratorios de bromatología y salud pública y los servicios epidemiológicos. Como resultado de este trabajo, el número de Estados Miembros que han establecido o fortalecido la colaboración intersectorial para la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades zoonóticas de transmisión alimentaria ha aumentado de 66 en 2010 a 105 al final bienio. La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA63.3 sobre el Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos.

200. La OMS brindó apoyo a los países para el fortalecimiento de las instituciones que se ocupan de la inocuidad de los alimentos y la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos, facilitó el desarrollo de proyectos de investigación sobre etiología, fuentes de contaminación y factores de riesgo de las enfermedades transmitidas por los alimentos, e inició estudios piloto por país para la evaluación de la carga de morbilidad de transmisión alimentaria.

201. Además, la OMS prestó apoyo al seguimiento de las capacidades analíticas de los laboratorios de bromatología y contribuyó al fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios a través de la organización de cursos de capacitación sobre la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la promoción de la colaboración intersectorial entre los laboratorios de bromatología y salud pública y los servicios epidemiológicos. Con respecto a estos últimos, se prestó apoyo a los países de todas las regiones de la OMS a través de cursos y talleres de capacitación organizados por la Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria de la OMS, que tiene miembros en 181 Estados Miembros.

202. A pesar de los logros alcanzados durante el bienio, el resultado previsto a nivel de toda la Organización se calificó como parcialmente logrado, dado que la Oficina Regional para Asia Sudoriental, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental notificaron que los objetivos de sus contribuciones se habían logrado parcialmente. Los obstáculos principales fueron la inclusión limitada de las enfermedades transmitidas por los alimentos en los sistemas de vigilancia de la mayoría de los países; la complejidad de la colaboración y coordinación entre las partes interesadas, que dificulta el seguimiento y la vigilancia eficaces de la inocuidad de los alimentos; los recursos limitados de los países para llevar a cabo estudios de la dieta total; y la larga duración de los procesos de elaboración de protocolos sobre la carga de morbilidad de transmisión alimentaria.

OWER 9.6

Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros, incluida su participación en el establecimiento de normas a nivel internacional, para incrementar su capacidad de evaluación de riesgos en las esferas de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas de transmisión alimentaria y de la inocuidad de los alimentos, así como para idear y aplicar sistemas nacionales de control bromatológico, con vínculos con los sistemas internacionales para casos de emergencia.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
9.6.1	Número de Estados Miembros destinatarios que reciben apoyo para participar en actividades internacionales de establecimiento de normas relacionadas con los alimentos, como las de la Comisión del Codex Alimentarius.	97	85	85
9.6.2	Número de Estados Miembros destinatarios que han creado sistemas nacionales referentes a la salubridad de los alimentos con vínculos internacionales con los sistemas de emergencia.	59	70	177

203. A nivel mundial, se reorientaron estratégicamente los recursos del Fondo Fiduciario del Codex, con el fin de apoyar en mayor medida la mejora de la calidad de la participación en las actividades de formación y creación de capacidad del Codex, así como de ayudar a que los países en desarrollo aumenten sus aportaciones científicas y técnicas a la labor del Codex.

204. En la Región de Asia Sudoriental, aumentó el número de participantes de los Estados Miembros en diversas reuniones del Codex y de INFOSAN. En la Región de Europa, se observó en muchos países un mejor conocimiento entre los funcionarios y una mejor colaboración intersectorial durante las situaciones de emergencia relacionadas con la inocuidad de los alimentos. En la Región de las Américas, 40 países adoptaron resoluciones del Codex Alimentarius. En la Región del Mediterráneo Oriental, aparte de los países en situaciones complejas de emergencia, la mayoría de los países cuentan con laboratorios en los que se pueden detectar los riesgos químicos tradicionales que presentan los alimentos. Los países siguieron participando en las reuniones de la Comisión y los Comités del Codex Alimentarius, y en la labor de otras organizaciones internacionales de normalización. El Comité Coordinador del Codex para el Cercano Oriente se reunió en Túnez en mayo de 2011. En este Comité se evalúan los riesgos relacionados con los alimentos y se preparan las normas aplicables a los alimentos tradicionales de la Región. Hasta el momento, existen modelos genéricos para el análisis de peligros en puntos críticos de control en relación con 13 alimentos tradicionales. Los países siguieron fortaleciendo sus laboratorios microbiológicos y químicos para que pudieran participar en la red INFOSAN. En relación con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), muchos países han integrado la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos en sus sistemas nacionales de vigilancia. Sin embargo, la disponibilidad de datos sobre las enfermedades transmitidas por los alimentos y la vigilancia de esas enfermedades siguen siendo limitadas. En la Región de las Américas, se ayudó a varios países a formular o finalizar sus políticas nacionales sobre la inocuidad de los alimentos y a evaluar sus sistemas de control bromatológico. El concepto de la OMS «Cinco claves para la inocuidad de los alimentos» se utilizó en el contexto de las medidas de control de la inocuidad de los alimentos durante la preparación y celebración de la Copa Mundial de la FIFA 2010 en Sudáfrica.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10

Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles

205. Las dificultades financieras experimentadas a nivel mundial durante el bienio añadieron una nueva dimensión a los desafíos que afrontaban los países que trataban de desarrollar sus sistemas de salud. Debido a la crisis, las restricciones financieras se sumaron a los problemas asociados al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud ya existentes, tales como la prestación de servicios fragmentados y de baja calidad que comprometen la seguridad del paciente; la falta de información oportuna y de sistemas de información completos (incluidos los de registro civil), así como de tecnologías de la comunicación y capacidad de investigación para producir datos; la escasez de proveedores de atención de salud o su baja motivación; el acceso desigual a los servicios, y la gran dependencia de los pagos directos para financiar los servicios de salud.

OWER 10.1

Se habrán mejorado la gestión y la organización de la prestación de servicios de salud integrados orientados hacia la población por proveedores y redes públicos y no públicos, según la estrategia de atención primaria de salud, con un aumento de la escala de la cobertura, la equidad, y la calidad y la seguridad de los servicios de atención sanitaria personal y comunitaria, y una mejora de los resultados sanitarios.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.1.1	Número de Estados Miembros que han actualizado periódicamente las bases de datos sobre número y distribución de establecimientos sanitarios y otras intervenciones sanitarias ofrecidas.	30	35	73

206. Hay un interés creciente a nivel nacional y en el seno de la Secretaría por la promoción y el desarrollo de la prestación de servicios basados en la atención primaria integrada. Esto se aplica sobre todo a los países de ingresos medios y altos. En varios países, la atención primaria está empezando a adquirir un papel que incluye una mayor coordinación. Al mejorar y mantener la integración de las enfermedades no transmisibles y de sus factores comunes de riesgo se instauran plataformas transversales, se reducen los inconvenientes asociados a los enfoques verticales, y se fortalecen los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.

207. Durante el bienio, el número de Estados Miembros que han actualizado periódicamente las bases de datos que proporcionan información sobre el número y la distribución de los establecimientos sanitarios y las intervenciones sanitarias ofrecidas aumentó de 30 en 2010 a 73 a finales de 2011. Veintiún países han logrado progresos en la aplicación y el seguimiento de las reformas destinadas a fortalecer la atención primaria de salud.

208. Ha avanzado la labor normativa relacionada con la formulación de directrices sobre la prestación de servicios, en áreas tales como la atención centrada en la persona, la planificación a nivel de

distrito, los servicios hospitalarios, la reglamentación de la comercialización de los servicios de salud, la reglamentación de la medicina tradicional y complementaria, y la participación.

209. Todavía hay cierta discordancia entre la importancia que asignan las autoridades sanitarias nacionales al programa de reforma de los servicios hospitalarios y la atención que presta a este aspecto el entorno mundial de la salud y la asistencia. Esto dificulta la formulación de enfoques coherentes con respecto a la prestación de esos servicios.

OWER 10.2

Se habrán mejorado las capacidades nacionales para la gobernanza y el liderazgo, mediante un diálogo normativo basado en datos probatorios, la creación de capacidad institucional para el análisis y la elaboración de políticas, la evaluación del desempeño de sistemas de salud basados en estrategias, una mayor transparencia y responsabilización por el desempeño, y una colaboración intersectorial más eficaz.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.2.1	Número de Estados Miembros que en los últimos cinco años han elaborado procesos de planificación nacional de salud integral en consulta con los interesados.	92	107	108
10.2.2	Número de Estados Miembros que llevan a cabo una evaluación regular o periódica de los progresos realizados, entre otras cosas, de la aplicación de su plan nacional de salud, sobre la base de un análisis acordado del desempeño de su sistema de salud.	54	65	69

210. Los países realizaron progresos en la formulación y aplicación de sus políticas, estrategias y planes de salud nacionales. En el plano mundial, 108 países han puesto en marcha procesos de planificación nacional integral con diversos grados de participación de las partes interesadas en el diálogo nacional sobre políticas. Sesenta y nueve Estados Miembros llevaron a cabo exámenes participativos y evaluaciones de los progresos del sector sanitario basándose en criterios acordados de evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Se realizaron evaluaciones conjuntas de las estrategias nacionales en 10 países. En la Región de las Américas se revisaron y actualizaron los marcos normativos y la legislación en 11 países. En la Región de Europa, seis países completaron evaluaciones del desempeño de sus sistemas sanitarios. En la Región del Mediterráneo Oriental, 13 países realizaron estudios de evaluación sobre la reglamentación del sector privado. La Comisión de información y rendición de cuentas elaboró hojas de ruta sobre la información y la rendición de cuentas para al menos seis países.

OWER 10.3

Se habrá mejorado la coordinación entre los diversos organismos (incluida la asistencia de donantes) que prestan apoyo a los Estados Miembros en sus actividades encaminadas a lograr las metas nacionales en materia de desarrollo de los sistemas sanitarios, así como los objetivos mundiales de salud.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.3.1	Número de Estados Miembros en los que las contribuciones de las principales partes interesadas estén armonizadas con las políticas nacionales, determinado por referencia a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda.	25	30	52

211. La Alianza Sanitaria Internacional Plus (IHP+) tiene como objetivo acelerar la consecución de mejores resultados de salud mediante una mayor adaptación de los asociados a las estrategias nacionales de salud. La OMS y el Banco Mundial actúan conjuntamente como Secretaría de la IHP+. Durante el bienio que se examina, el número de signatarios del Pacto Mundial de la IHP+ aumentó de 25 a 52, de los cuales 30 son países en desarrollo, y participaron en la segunda ronda de IHP+Results 10 países en desarrollo y 15 organismos de desarrollo. Paralelamente a esos esfuerzos, los ministerios de salud están desarrollando y organizando mecanismos de coordinación más amplios entre las partes interesadas y los donantes, por ejemplo, enfoques sectoriales y evaluaciones conjuntas de las estrategias nacionales. La Secretaría sigue apoyando de manera fundamental los esfuerzos de coordinación de los Estados Miembros.

212. El resultado previsto a nivel de toda la Organización 10.3 se «logró parcialmente» porque la Región de las Américas y la Región de Asia Sudoriental notificaron que los objetivos de sus contribuciones se habían logrado parcialmente. El principal obstáculo al logro pleno de este resultado es que las instituciones necesitan tiempo para adaptarse a armonizar sus propias políticas con las políticas nacionales y las de los organismos asociados.

OWER 10.4

Se habrán reforzado los sistemas de información sanitaria de los países que proporcionan y utilizan información de alta calidad y oportuna para la planificación sanitaria y el seguimiento de los progresos realizados en la consecución de los objetivos nacionales y de los principales objetivos internacionales.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.4.1	Proporción de países de ingresos bajos y medianos que cuentan con estadísticas sanitarias adecuadas y realizan el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en cumplimiento de las normas acordadas.	40%	45%	48%

213. Hay un compromiso cada vez mayor en muchos países respecto del fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria. Entre otros adelantos cabe citar la finalización de la red de sanimetría/evaluación de la OMS, el desarrollo de planes estratégicos, la mejora gradual de la capacidad analítica y una mejor disponibilidad de datos. Esto es posible principalmente gracias a la realización de

encuestas de hogares, pero también se está procurando mejorar los sistemas de información de los centros de salud. En este bienio, la proporción de países de ingresos bajos y medianos que cuentan con estadísticas sanitarias adecuadas y realizan el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en cumplimiento de las normas acordadas aumentó del 40% al 48%.

214. La OMS contribuyó al fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria de los países a través del desarrollo y la promoción de estándares y herramientas, la creación de capacidad y la prestación de apoyo a las redes regionales. La labor normativa en apoyo de los países incluyó la elaboración conjunta de herramientas para mejorar la recolección de datos, en particular, a través de estudios realizados en establecimientos sanitarios para evaluar la disponibilidad y preparación de los servicios (SARA), la evaluación de la calidad de los datos, el seguimiento del desempeño de los sistemas de información sanitaria, y un marco para el seguimiento y evaluación de la información y la rendición de cuentas/los estudios del ámbito de la salud (OMS y IHP+, «Seguimiento, evaluación y examen de las estrategias de salud nacionales: una plataforma para la información y la rendición de cuentas dirigida por los países»).

215. La OMS apoyó el fortalecimiento de la capacidad analítica de los países en el contexto de los exámenes del sector de la salud y la notificación anual de estadísticas sanitarias. Esta labor incluyó el desarrollo conjunto de herramientas y talleres para varios países destinados a aumentar la capacidad de análisis (cuatro de ellos se llevaron a cabo durante el periodo 2010-2011 en la Región de África, la Región de Asia Sudoriental, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región del Pacífico Occidental, y abarcaron en total más de 30 países).

OWER 10.5

Se habrán logrado mejoras en materia de conocimientos y pruebas científicas para la adopción de decisiones sanitarias mediante la consolidación y publicación de las pruebas existentes, la facilitación de la generación de conocimientos en esferas prioritarias y el liderazgo mundial en la política y la coordinación de las investigaciones sanitarias, incluso con respecto a la observancia de una conducta ética.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.5.1	Proporción de países para los que se dispone de perfiles de elevada calidad, con estadísticas sanitarias básicas obtenidas de sus bases de datos de libre acceso.	85%	90%	98%
10.5.2	Número de países en los que la OMS desempeña una función clave en el apoyo a la generación y utilización de información y conocimientos, con inclusión de la recopilación primaria de datos mediante encuestas, el registro civil o la mejora o análisis y síntesis de datos sobre instalaciones sanitarias destinados a las políticas y planificación.	30	35	36

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.5.3	Investigación efectiva para el establecimiento y mantenimiento a nivel mundial y regional de mecanismos de coordinación sanitaria y liderazgo.	En curso, en diferentes etapas a nivel mundial y regional	Mecanismos que funcionan a nivel mundial y a nivel de todas las regiones	Estrategia para las investigaciones mundiales en pro de la salud establecida en la sede de la OMS. Estrategias regionales establecidas en 4 Oficinas Regionales ^a

^a Se establecieron estrategias regionales en la Región de África, la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental. La Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental han creado un Observatorio de Asia y el Pacífico sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, reconocido como mecanismo de liderazgo en la elaboración de políticas basadas en datos probatorios.

216. Se observa una mejora gradual de la disponibilidad y la presentación de datos sanitarios de calidad de los países. Están mejorando los perfiles estadísticos de los países, pero en muchos de ellos siguen existiendo lagunas importantes, como la falta de datos sobre las causas de muerte, que no ha registrado mejoras en el último decenio.

217. Las oficinas regionales y la sede de la OMS contribuyeron a la consolidación de los observatorios de la OMS para monitorear la situación sanitaria y las tendencias de los temas prioritarios de salud pública. Se avanzó en el intercambio de datos y estadísticas sobre los países entre las oficinas y con el público en general. La proporción de países cuyos perfiles estadísticos están disponibles en las bases de datos de la OMS ha aumentado de 85% a principios del bienio al 98% al final del bienio, pero todavía se depende demasiado de la elaboración de modelos para llenar las lagunas de datos, especialmente en el caso de los países de bajos ingresos.

218. La OMS sigue colaborando con los países a través de las encuestas sobre la salud de los adultos y el envejecimiento, el fortalecimiento de los sistemas de estadísticas vitales y los análisis integrales para fundamentar las reformas y revisiones en el sector de la salud. A raíz de esa colaboración, el número de países en los que la OMS desempeña una función clave en el apoyo a la generación y utilización de información y conocimientos, con inclusión de la recopilación primaria de datos mediante encuestas, el registro civil o la mejora o análisis y síntesis de datos sobre instalaciones sanitarias destinados a las políticas y planificación ha aumentado de 30 en 2010 a 36 al final del bienio.

219. Aunque los avances son notables, la Región de África y la Región de Asia Sudoriental notificaron que los objetivos de su contribución se habían «logrado parcialmente», ya que la fragmentación de su capacidad para recopilar datos científicos para la toma de decisiones sobre la política de investigación y la coordinación en el ámbito sanitario, en particular con respecto a la conducta ética, siguió representando un gran desafío.

OWER 10.6

Se habrán reforzado las investigaciones sanitarias nacionales para el desarrollo de los sistemas de salud en el contexto de las investigaciones regionales e internacionales y con la participación de la sociedad civil.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.6.1	Proporción de países de ingresos bajos y medianos cuyos sistemas nacionales de investigación sanitaria satisfacen las normas mínimas acordadas internacionalmente.	10%	15%	40%
10.6.2	Número de Estados Miembros que cumplen la recomendación de dedicar a la investigación al menos el 2% de su presupuesto sanitario (Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo, 1990).	15%	Aumento del 8% con respecto a la meta fijada en 2009	No disponible ^a

^a El indicador 10.6.2 no es una medida exacta del apoyo que brindan los países a la investigación y el desarrollo y por lo tanto este indicador dejará de utilizarse en 2012-2013. Aunque los países pueden notificar esos datos por su cuenta, la OMS no está en condiciones —con sus recursos actuales— de comprobar las cifras correspondientes.

220. La estrategia de la OMS sobre la investigación en pro de la salud proporcionó un marco común para la organización del apoyo de la OMS a los Estados Miembros. Cinco de las seis oficinas regionales informaron del fortalecimiento de la investigación para las actividades de desarrollo.

221. La iniciativa relativa a las redes de políticas basadas en pruebas científicas, presente en un número creciente de países, ha potenciado la formulación de políticas basadas en datos científicos. Recientemente, la Región de Europa ha convertido en objetivo prioritario la investigación y la obtención de datos probatorios para la formulación de políticas. Un resultado concreto ha sido la reconstitución oficial del Comité Consultivo Europeo de Investigación en Salud, que ha comenzado a trabajar en el desarrollo de una estrategia regional de investigación en salud, y el establecimiento de la red regional de políticas basadas en pruebas científicas.

222. En la Sede, la aplicación de la estrategia de investigación se ha armonizado con la de la estrategia y plan de acción mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. La estrategia sobre la investigación en pro de la salud orientó la elaboración de un programa de investigación en una serie de áreas técnicas como la gripe, las enfermedades transmitidas por los alimentos, los riesgos de radiación, las vacunas, los determinantes sociales de la salud, y se utilizó en el informe *Las mujeres y la salud* para formular un programa de seis puntos sobre un enfoque de género para la investigación.

223. En general, este resultado previsto a nivel de toda la Organización se logró parcialmente, ya que la Región de África, la Región de Asia Sudoriental, la Región de Europa y la Región del Pacífico Occidental y la Sede informaron de que los objetivos de sus contribuciones se habían alcanzado parcialmente. La obtención de datos fiables de alto nivel sobre flujos y cartografía de recursos destinados a

investigación y desarrollo sigue siendo muy difícil, al no existir normas mundiales sobre la clasificación y la presentación de esos datos.

OWER 10.7

Se habrán elaborado y aplicado políticas y estrategias en materia de gestión de los conocimientos y ciber salud para reforzar los sistemas sanitarios.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.7.1	Número de Estados Miembros que aplican políticas de gestión de los conocimientos con el fin de subsanar las disparidades existentes en materia de conocimientos técnicos, especialmente para reducir la brecha digital.	87	100	No disponible ^a
10.7.2	Número de Estados Miembros con acceso a publicaciones científicas internacionales y archivos de conocimientos electrónicos en materia de ciencias de la salud, determinados mediante la encuesta bienal del Observatorio Mundial de Ciber salud de la OMS.	159	170	162
10.7.3	Proporción de Estados Miembros que disponen de políticas, estrategias y marcos reguladores en materia de ciber salud, determinada mediante la encuesta bienal del Observatorio Mundial de Ciber salud de la OMS.	53	75	75

^a El indicador 10.7.1 dejará de utilizarse debido a que los Estados Miembros han comunicado que era ambiguo y difícilmente medible. Dicho indicador será reemplazado para la evaluación correspondiente al periodo 2012-2013.

224. Se registra una mayor utilización de las aplicaciones de ciber salud, especialmente las de salud mediante telefonía móvil (mHealth),¹ se están desarrollando plataformas virtuales para el intercambio de conocimientos, y el acceso a la literatura científica mejora constantemente. Se presta un mayor apoyo a la ciber salud, tal como lo reflejan las resoluciones adoptadas en la Región de África y la Región de las Américas. En la Región de Europa, la OMS ofreció asesoramiento sobre las ciber estrategias y el desarrollo, incluso en conferencias ministeriales de la Unión Europea. La Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental poseen redes regionales activas de ciber salud, y los países están elaborando estrategias y marcos de reglamentación al respecto.

225. Los informes del Observatorio Mundial de Ciber salud de la OMS trataron temas relacionados con la salud mediante telefonía móvil, los aspectos jurídicos, la seguridad en línea, los sistemas de información relativa a los pacientes y la telemedicina. Ciento catorce países han participado en la en-

¹ Por salud mediante telefonía móvil (mHealth) se entiende la utilización de tecnologías de telefonía móvil e inalámbrica que facilitan la consecución de objetivos de salud.

cuesta del Observatorio Mundial de Ciber salud. Todos los países tienen acceso a los resultados de la encuesta en los informes publicados. El número de países con políticas en materia de ciber salud aumentó de 53 a principios del bienio a 75 a finales de 2011.

226. El Programa de Acceso a la Investigación en Salud de la HINARI continúa su rápida expansión en las instituciones registradas de todas las regiones y los socios editores están aportando cada vez más contenidos. El aprendizaje electrónico y las bibliotecas virtuales se han convertido en una parte integral de la labor de la Organización y de su difusión a los Estados Miembros. Se ha preparado un compendio de los módulos de aprendizaje electrónico disponibles desarrollados por las unidades técnicas de la OMS, que se publica en línea.

227. Pese a los nuevos avances registrados, el resultado previsto a nivel de toda la Organización 10.7 se logró «parcialmente» debido a los diferentes niveles de esfuerzo en los países y las regiones, especialmente en la Región de Europa y la Región de Asia Sudoriental, a la falta de políticas nacionales, y a la falta de colaboración dentro y fuera de las fronteras organizacionales. Durante el examen realizado a mitad de periodo de la ejecución del presupuesto por programas 2010-2011 se informó de que se estaba progresando con respecto al indicador 10.7.1 al final de 2010, y durante 2011 se procuraba encontrar un método de medición alternativo en el marco de la definición actual. Sin embargo, después de consultar con las oficinas regionales y de país, se decidió que este indicador se eliminaría y por lo tanto no se proporcionan datos al respecto para el periodo 2010-2011.

OWER 10.8

Se habrá reforzado la información y la base de conocimientos sobre personal sanitario, y mejorado la capacidad nacional de análisis, planificación y aplicación de políticas, así como el intercambio de información e investigaciones sobre estas cuestiones.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.8.1	Número de países que han notificado dos o más centros nacionales de datos sobre recursos humanos para la salud en los últimos cinco años, mencionados en el Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria.	85	96	127
10.8.2	Número de Estados Miembros que disponen de una política y una unidad de planificación nacionales dedicadas a los recursos humanos para la salud.	41	50	90

228. Los países han realizado progresos en la recopilación y el análisis de datos sobre el personal sanitario. El número de Estados Miembros que disponen de una política y una unidad de planificación nacionales dedicadas a los recursos humanos para la salud ha aumentado de 41 en 2010 a 90 al final del bienio. Además, el número de Estados Miembros que notificaron dos o más centros nacionales de datos sobre recursos humanos para la salud en los últimos cinco años aumentó de 85 al comienzo del bienio a 127 al final.

229. Las oficinas regionales prestaron apoyo técnico a los países, en colaboración con la Sede, en diversas esferas relacionadas con la gobernanza y la generación de pruebas en el ámbito de los recursos humanos para la salud, como la formulación de políticas y la planificación, la creación de observatorios nacionales sobre los recursos humanos para la salud y el fortalecimiento de los sistemas de información y el desarrollo de capacidades en materia de planificación.

230. La OMS siguió colaborando con los asociados del Grupo de Información de Referencia sobre el Personal Sanitario en la formulación de directrices mundiales para la generación de información sobre el personal sanitario, así como en el establecimiento de observatorios del personal sanitario para hacer frente a las deficiencias actuales. El *Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria* se actualizó por última vez a finales de 2010, recoge información de diversas fuentes en los países y es un recurso global para las estadísticas de personal sanitario.

OWER 10.9

Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros, con especial hincapié en los que tropiezan con graves dificultades en materia de personal sanitario, para mejorar la formación, distribución, combinación de aptitudes y retención de los trabajadores sanitarios.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.9.1	Proporción de los 57 países aquejados de grave escasez de personal sanitario, identificados en el <i>Informe sobre la salud en el mundo 2006</i> , que disponen de un plan plurianual sobre recursos humanos para la salud.	42%	30%	61%
10.9.2	Proporción de los 57 países aquejados de grave escasez de personal sanitario, identificados en el <i>Informe sobre la salud en el mundo 2006</i> , que disponen de un plan de inversiones para ampliar la capacitación y educación de los trabajadores sanitarios.	16%	25%	35%

231. La OMS y sus asociados, entre ellos la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, la Comisión Europea y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, procuraron apoyo técnico e inversiones a al menos 41 países con escasez de personal sanitario para promover en ellos la planificación del personal sanitario, la mejora de los sistemas de información, incluidos los observatorios de la fuerza laboral sanitaria, los programas educativos para profesionales, el intercambio de tareas y las estrategias de retención.

232. Treinta y cinco de los 57 países (61%) aquejados de grave escasez de personal sanitario cuentan con planes plurianuales sobre recursos humanos, lo que representa un aumento notable en comparación con el punto de partida en 2010 (42%). Además, la proporción de países que cuentan con un plan de inversiones para ampliar la capacitación y educación de los trabajadores sanitarios aumentó de 16% en 2010 a un 35% al final del bienio. En muchos países, se prestó especial atención a incrementar la producción de recursos humanos para la salud, así como a la mejora de la calidad y la adecuación de la formación del personal sanitario.

233. A nivel mundial, y después de tres años de consultas internacionales, la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.¹ Se ultimó la estrategia de aplicación y se está elaborando un proyecto de directrices para informar sobre las actividades de los países en relación con la aplicación del Código de prácticas. Además, la OMS está colaborando con el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del Sida, en la ampliación y transformación de la educación de profesionales de la salud con vistas a la elaboración de directrices en la materia en 2012.

OWER 10.10

Se habrá proporcionado a los Estados Miembros apoyo técnico y en materia de políticas basadas en pruebas científicas para mejorar la financiación del sistema sanitario en lo que se refiere a la disponibilidad de fondos, la protección contra los riesgos sociales y financieros, la equidad, el acceso a los servicios y la eficacia en el uso de los recursos.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.10.1	Número de Estados Miembros que reciben apoyo técnico en materia de políticas para recaudar fondos adicionales destinados al sector sanitario, para reducir los obstáculos financieros para el acceso a los servicios, así como la incidencia de catástrofes financieras y empobrecimiento a causa del pago de prestaciones sanitarias o para mejorar tanto la protección social como la eficacia y equidad en el uso de los recursos.	66	45	77
10.10.2	Número de reseñas sobre asuntos clave de política preparadas y difundidas, para cuya aplicación se presta apoyo y en las que se documentan prácticas óptimas en materia de recaudación y mancomunación de ingresos y de adquisiciones, con inclusión de la contratación, las intervenciones y la prestación de servicios, así como la gestión de la fragmentación en sistemas asociados con programas verticales y la entrada de fondos internacionales.	7 reseñas adicionales	17 reseñas técnicas	24 reseñas técnicas, más de 75 productos de información de otro tipo

¹ Resolución WHA63.16.

234. Hubo un incremento sustancial en el número de países que solicitaron apoyo técnico para revisar o desarrollar sus sistemas de financiación de la salud con miras a alcanzar la cobertura universal o mantener dicha cobertura. A finales de 2011, 77 Estados Miembros habían recibido apoyo técnico y en materia de políticas, con el fin de recaudar más fondos para la salud, reducir los obstáculos financieros al acceso y la mejora de la protección contra riesgos financieros y mejorar la eficiencia y la equidad de las decisiones en materia de asignación de recursos.

235. La OMS proporcionó apoyo técnico a 67 Estados Miembros de todas las regiones para que evaluaran su situación en términos de cobertura universal y en cuanto al funcionamiento de sus sistemas de financiación de la salud vigentes, y para ayudarles a elaborar y aplicar estrategias para acercarse a la cobertura universal.

236. El tema del *Informe sobre la salud en el mundo 2010* fue la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Su objetivo era llamar la atención a nivel mundial y a nivel de los países sobre la importancia de la financiación de la salud para asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, sin temor a la ruina financiera. En el informe se promueve el intercambio de experiencias entre los países sobre las fórmulas que funcionan y las que no. La 64.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2011 la resolución WHA64.9 sobre estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. En ella se pidió a la Directora General, entre otras cosas, que preparara un plan de acción para la financiación de la salud y la cobertura universal. En consecuencia, se preparó el plan de acción, después de que las regiones, las oficinas en los países y otros asociados presentaran sus propias aportaciones. La OMS ha insistido enérgicamente, en colaboración con la sociedad civil, entre otros asociados, en la necesidad de reducir los obstáculos financieros para acceder a los servicios de salud, y de garantizar que la cobertura universal se reconozca como un objetivo fundamental, no solo de la política sanitaria, sino también de las estrategias de desarrollo.

OWER 10.11

Se habrán establecido normas y patrones e instrumentos de medición para llevar a cabo un seguimiento de los recursos, calculando las consecuencias económicas de las enfermedades, y los costos y efectos de las intervenciones, los gastos catastróficos, el empobrecimiento y la exclusión social, y se habrá respaldado y monitoreado su aplicación.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.11.1	Desarrollo y difusión de instrumentos, normas y patrones fundamentales para orientar la elaboración y aplicación de las políticas, y apoyo para su aplicación, en respuesta a las necesidades expresadas, que abarquen el seguimiento y la asignación de recursos, la presupuestación, la gestión financiera, las consecuencias económicas de las enfermedades y la exclusión social, la organización y la eficiencia en la prestación de servicios, incluida la contratación, o la incidencia de las catástrofes financieras y el empobrecimiento.	Directrices sobre la estimación de la carga económica finalizadas; en curso: una herramienta de las Naciones Unidas sobre el cálculo de los costos y el impacto, y revisión del sistema de cuentas nacionales de salud	Modificación, actualización y difusión —si fuera necesario— de los instrumentos y los marcos	Modificación, actualización y difusión —si fuera necesario— de los instrumentos y los marcos ^a
10.11.2	Número de Estados Miembros que reciben apoyo técnico para utilizar instrumentos de la OMS a fin de llevar a cabo un seguimiento y una evaluación tanto de la adecuación y utilización de los fondos —para calcular las necesidades financieras futuras, administrar los fondos disponibles o llevar a cabo un seguimiento de esto— como de las repercusiones de la política de financiación en los hogares.	34	50	70

^a Herramienta OneHealth para el cálculo de los costos y el impacto, SHA2011, herramienta RMNCH-GET, herramienta del impacto económico EPIC, herramienta de macroeconomía y salud, directrices sobre los marcos de gastos a medio plazo y gasto público y gestión financiera.

237. Un número creciente de países mantuvo el recuento de los recursos gastados en salud y trató de vincular los recursos a resultados. Asimismo, más Estados Miembros examinaron su situación en lo que respecta a la cobertura universal (en particular, los niveles y distribución de los fondos para la salud, y la incidencia de las catástrofes financieras y el empobrecimiento asociado a los pagos directos por la prestación de servicios de salud); evaluaron sus sistemas de financiación de la salud; desarrollaron/modificaron estrategias; y examinaron las limitaciones de costos y recursos asociadas a determinadas estrategias de financiación de la salud y planes sanitarios.

238. Se empezó a brindar apoyo técnico a los países que deseaban utilizar las nuevas herramientas y directrices que se describen a continuación. Se siguió ofreciendo apoyo a aquellos que deseaban realizar un seguimiento de los gastos, especialmente en relación con determinadas enfermedades, evaluar el grado de catástrofe financiera y empobrecimiento asociado a los pagos directos, evaluar los costos y el impacto de diferentes estrategias e intervenciones de salud, y evaluar sus sistemas generales de fi-

nanciación de la salud. Se ultimó la herramienta OneHealth para el cálculo de los costos y el impacto, desarrollada conjuntamente con otros cinco organismos internacionales, en relación con las enfermedades/trastornos vinculados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el fortalecimiento de los sistemas de salud asociados, y se puso a prueba en varios países. Todos los organismos participantes la utilizarán para ayudar a los países a evaluar el costo y el impacto de los planes y estrategias nacionales de salud.

239. Se ultimó la herramienta SHA2011 —sistema revisado de cuentas de salud— en colaboración con la OCDE y EUROSTAT, que fue traducida por la OMS al francés, al ruso y al español. La Secretaría elaboró y difundió directrices y una herramienta (EPIC) para la medición del impacto económico de las enfermedades. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental elaboró una herramienta de macroeconomía y salud; la Oficina Regional para África elaboró directrices para la formulación de marcos de gastos a mediano plazo y recopiló información sobre el gasto público y la gestión financiera. Por último, se llevaron a cabo estudios de contextualización OMS-CHOICE (costoeficacia) con tres Estados Miembros: en dos de ellos sobre los programas de lucha contra el cáncer de mama, y en el tercero sobre el control del alcohol y del tabaco.

OWER 10.12

Se habrán adoptado medidas a fin de promover la obtención de fondos adicionales para la salud —cuando sean necesarios—, crear capacidad en materia de formulación de políticas de financiación sanitaria e interpretación y utilización de la información financiera, y para fomentar la generación de conocimientos y su aplicación a fin de apoyar la formulación de políticas.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.12.1	Presencia y liderazgo de la OMS en asociaciones internacionales, regionales y nacionales, y utilización de sus pruebas científicas a fin de incrementar la financiación para la salud en países de ingresos bajos, o de prestar apoyo a los países en la concepción y el seguimiento de documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, enfoques sectoriales, marcos de gastos a plazo medio y otros mecanismos de financiación a largo plazo capaces de garantizar una protección social de la salud acorde con la atención primaria de salud.	Participación en 6 asociaciones. Prestación de apoyo a 27 países en materia de opciones de financiación a largo plazo	Participación de la OMS en 4 asociaciones	Participación de la OMS en 5 asociaciones y apoyo en materia de opciones de financiación a largo plazo brindado a 46 países

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.12.2	Número de Estados Miembros que disponen de apoyo para crear capacidad en la formulación de políticas y estrategias de financiación sanitaria y la interpretación de datos financieros, o de información clave sobre gastos sanitarios, financiación, eficacia y orientación equitativa de los procesos.	Prestación de apoyo a 57 países en relación con la información sobre los gastos sanitarios; actualizaciones anuales de los informes para todos los Estados Miembros	Actualizaciones anuales de los gastos sanitarios de todos los Estados Miembros, y actividades de creación de capacidad en 60 países	Actualizaciones anuales de los gastos sanitarios previa consulta con los Estados Miembros. Creación de capacidad en 67 países en la utilización de una o más herramientas de la OMS

240. Los Estados Miembros solicitaron más actividades de creación de capacidad en relación con diversos aspectos de la financiación de la salud: evaluación de las catástrofes financieras y el empobrecimiento; recuento de los recursos y su vinculación a resultados, especialmente en relación con determinadas enfermedades; cálculo de los costos de los planes y estrategias; y evaluación de las opciones de financiación que permitan acercarse a la cobertura universal.

241. Además, se alcanzaron la mayoría de las metas relativas al apoyo que la OMS brinda a los países, la creación de capacidad y el desarrollo y la difusión de productos de información, incluidas las actualizaciones anuales de los gastos sanitarios de los países en la base de datos sobre el gasto mundial en salud; a fines de 2011 la OMS estaba brindando ese tipo de apoyo a 67 países.

242. La OMS participó en las iniciativas *Providing for Health* (P4H) y Armonización para la Salud en África (HHA), así como en asociaciones formales para el desarrollo de las herramientas OneHealth, SHA2011, y la institucionalización de seguimiento de los gastos. Colaboró con organismos regionales como la Unión Africana, la Comisión Económica para África, las Comisiones Económicas para América Latina y el Caribe y la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico de las Naciones Unidas en cuestiones de financiación de la salud, y con los socios bilaterales y multilaterales en el ámbito de los enfoques sectoriales. Se elaboró un atlas sobre la situación del financiamiento de la salud en África para 46 países de la Región de África, en el que se proporcionan datos sobre el gasto sanitario y que ha sido publicado en el sitio web de la OMS para que los países puedan utilizarlo.

243. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se logró parcialmente, ya que la Región de África y la Región de Asia Sudoriental notificaron que los objetivos de sus contribuciones se habían logrado parcialmente. La dificultad principal es que cada vez se necesitan más datos sobre los elementos clave de la cobertura universal, sobre todo respecto de los grupos que no pueden utilizar los servicios por razones financieras.

OWER 10.13

Se habrán elaborado pautas, normas e instrumentos de medición basados en datos probatorios con el fin de ayudar a los Estados Miembros a cuantificar y disminuir el nivel de atención sanitaria poco segura.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
10.13.1	Difusión de instrumentos, normas y patrones fundamentales para orientar la formulación, medición y aplicación de políticas, y prestación de apoyo para su utilización.	1 normativa sobre seguridad mundial y 10 instrumentos de apoyo importantes	2 normativas sobre seguridad mundial y 20 instrumentos de apoyo importantes	6 normativas y 15 instrumentos
10.13.2	Número de Estados Miembros que participan en las actividades mundiales de promoción de la seguridad del paciente y otras iniciativas internacionales sobre ese tema, como las investigaciones y la medición.	30	45	69

244. Los Estados Miembros han demostrado su firme compromiso en el ámbito de la seguridad del paciente. El número de Estados Miembros que participan en las actividades mundiales de promoción de la seguridad del paciente y otras iniciativas internacionales sobre ese tema, como las investigaciones y la medición, aumentó de 30 en 2010 a 69 a finales del bienio.

245. Entre los principales logros alcanzados durante este bienio cabe citar la mejora de las prácticas de seguridad quirúrgica en más de 4100 hospitales de países de las seis regiones de la OMS, gracias a la creación, difusión y promoción de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS; a la mejora de las prácticas de lavado de manos en los países a raíz de la participación en el «Día Mundial de la Higiene de las Manos – Salve vidas: límpiense las manos» celebrado el 5 de mayo; a la participación en proyectos de investigación sobre seguridad del paciente en la Región de las Américas y la Región del Mediterráneo Oriental; a la mejora de las prácticas de seguridad de los pacientes en hospitales de 14 países africanos; y a la mejora de la seguridad de los medicamentos y las prácticas quirúrgicas en hospitales de nueve países que participan en el proyecto de la OMS para la mejora de los hospitales «High 5s».

246. La Secretaría ha prestado apoyo técnico específico a cada región. Por ejemplo, en la Región de África se reforzó la implicación de los pacientes a través del taller «Pacientes por la Seguridad del Paciente», que acogió a participantes de ocho países. En la Región del Mediterráneo Oriental, la Iniciativa Hospital Amigo de la Seguridad del Paciente ha desarrollado un conjunto de herramientas para mejorar la seguridad del paciente que dan orientaciones sobre la prevención y el control de las infecciones, la creación de un programa de seguridad del paciente, la presentación de informes, las prácticas quirúrgicas y clínicas seguras, las transfusiones de sangre seguras, las inyecciones seguras y un entorno seguro en general.

247. A pesar de estos logros importantes, el resultado previsto a nivel de toda la Organización se calificó como parcialmente logrado, porque la Región de África y la Región de Asia Sudoriental notificaron el logro parcial de los objetivos concernientes a sus contribuciones. La introducción de nuevos conceptos de calidad en los sistemas de atención de la salud impidió seguir avanzando en el logro de este resultado previsto a nivel de toda la Organización, de modo que todavía no se ha estimado la incidencia de las medidas de calidad y herramientas de mejora y la carga que suponen a nivel mundial.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11

Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias

248. La OMS está tratando de mejorar el acceso a productos médicos de calidad garantizada mediante la prestación de apoyo a los países en la aplicación de políticas eficaces, que incluyen la promoción de la financiación sostenible, y la gestión eficiente y el uso racional de los suministros. Asimismo, promueve el fortalecimiento de los sistemas de reglamentación y control del cumplimiento de los Estados Miembros con el fin de limitar el riesgo de productos médicos de mala calidad o falsificados. Por otra parte, la OMS se esfuerza por aumentar la capacidad, el asesoramiento técnico y el compromiso para hacer frente al riesgo creciente de la resistencia a los antimicrobianos.

249. Los esfuerzos de la OMS para asegurar un mejor acceso, calidad y uso de productos médicos y tecnologías sanitarias se guían por los Objetivos del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil), 5 (Mejorar la salud materna), 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades) y la meta 8E (Acceso a medicamentos esenciales asequibles); la tercera estrategia farmacéutica de la OMS para 2008-2013; la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual; la visión y estrategia mundial de inmunización; y varias resoluciones. También se han formulado algunas estrategias regionales.

OWER 11.1

Se habrá promovido y apoyado la elaboración y el seguimiento de políticas nacionales integrales relacionadas con el acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
11.1.1	Número de Estados Miembros que reciben apoyo para elaborar y aplicar políticas nacionales oficiales relacionadas con el acceso, la calidad y el uso de productos médicos o tecnologías sanitarias esenciales.	88	90	118
11.1.2	Número de Estados Miembros que reciben apoyo para idear o fortalecer sistemas nacionales integrales de adquisición o suministro.	48	40	68

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
11.1.3	Número de Estados Miembros que reciben apoyo para elaborar y aplicar estrategias nacionales y mecanismos reguladores relacionados con la seguridad de la sangre y de los productos sanguíneos o el control de las infecciones.	26	25	68
11.1.4	Publicación de un informe mundial bienal sobre los precios, la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos.	2 informes de las Naciones Unidas publicados en 2008 y 2009	Informe publicado	1 informe publicado (2011)

250. Los Estados Miembros demostraron su firme compromiso político de elaborar políticas farmacéuticas nacionales y la Secretaría proporcionó apoyo técnico a 118 países, superando la meta original de 90. A algunos países se centran en la aplicación de reformas que aseguren el acceso equitativo a medicamentos esenciales de calidad garantizada, y otros en poner en marcha programas para mejorar la transparencia y la buena gobernanza en los sistemas farmacéuticos (31 países).

251. Además, se brindó asesoramiento técnico, material de orientación y apoyo a 68 Estados Miembros para idear sistemas nacionales integrales de adquisición y suministro o fortalecer los sistemas existentes.

252. La OMS ha prestado apoyo a 15 Estados Miembros de la Región de Europa en la formulación y aplicación de políticas, y colabora con todos los países de la Unión Europea en la formulación de enfoques basados en las mejores prácticas y el intercambio de información. Seis países recibieron apoyo directo en el ámbito de las adquisiciones y la gestión de suministros. Se evaluaron sus sistemas de adquisición y suministro y se les prestó apoyo para ampliar el acceso a los medicamentos contra el VIH/sida y la tuberculosis, en colaboración con los proyectos respaldados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

253. Las evaluaciones del sector farmacéutico, la cartografía de las adquisiciones y el suministro, y los estudios sobre el precio de los medicamentos han contribuido a mejorar los conocimientos, las políticas y la capacidad del sector farmacéutico en los países, además de la transparencia, ya que se va divulgando más información al público. En el sitio web de la OMS se encuentran disponibles más de 1000 publicaciones sobre las políticas farmacéuticas nacionales, incluidas más de 200 encuestas de países, y se puede utilizar un sistema para cargar datos sobre medicamentos en el Observatorio Mundial de la Salud.

254. Se publicó la tercera edición del *World Medicines Situation Report 2011*. En ella se reúnen nuevos datos sobre 24 temas clave relacionados con la producción y el consumo, la innovación, la reglamentación y la seguridad en el ámbito farmacéutico. Entre los temas tratados figuran la selección, la adquisición, la gestión de la oferta, el uso racional, la financiación y la fijación de precios. Los capítulos transversales versan sobre el uso de los medicamentos por los hogares, los derechos de acceso y los derechos humanos, la buena gobernanza, los recursos humanos y las políticas farmacéuticas nacionales.

255. Además, la OMS ha colaborado con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en la elaboración de perfiles armonizados del sector farmacéutico por país que proporcionan información importante para reforzar las funciones básicas de reglamentación de la adquisición y el suministro de productos sanitarios. Se han completado los perfiles correspondientes a 120 países.

256. Los logros podrían haber sido aún mayores en 2011 sin los episodios de tensión política y los conflictos registrados en varios países, especialmente en la Región del Mediterráneo Oriental. La falta de recursos humanos en los sectores farmacéutico y de los productos sanitarios también ha representado un desafío.

OWER 11.2

Se habrán elaborado normas, patrones y directrices internacionales para asegurar la calidad, seguridad, eficacia y costoeficacia de los productos médicos y tecnologías sanitarias y se habrá promovido y apoyado su aplicación a nivel nacional y/o regional.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
11.2.1	Número de normas de calidad, preparaciones de referencia, directrices e instrumentos mundiales nuevos o actualizados para mejorar el suministro, la gestión, la utilización, la calidad o la reglamentación eficaz de los productos médicos y las tecnologías sanitarias.	Más de 30 adicionales ^a	15 adicionales	61 adicionales ^b
11.2.2	Número de denominaciones comunes internacionales asignadas para productos médicos.	8199	8500	8552
	Número de medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y componentes de equipo prioritarios precalificados para ser adquiridos por las Naciones Unidas.	239 medicamentos y 98 vacunas	300	320 (274 medicamentos 35 APIs ^c 11 medios de diagnóstico, 134 vacunas)
11.2.4	Número de Estados Miembros en relación con los cuales se ha evaluado o apoyado la funcionalidad de las autoridades nacionales de reglamentación.	70	75	102

^a Medicamentos: 67 monografías, siete normas de referencia, 30 espectros de referencia y 10 directrices sobre calidad de los medicamentos. Vacunas: tres normas escritas y 16 preparaciones de referencia. Tecnología: 12 herramientas y normas escritas.

^b Medicamentos: Más de 20 nuevas monografías mundiales, una nueva norma internacional de referencia química, y 10 nuevas normas de garantía de la calidad. Vacunas: 12 normas de medición, 3 nuevas directrices y 5 directrices actualizadas; Tecnologías: -4 directrices y 2 herramientas de evaluación.

^c Ingredientes farmacéuticos activos.

257. La Secretaría siguió desarrollando y actualizando sus directrices normativas relativas a los medicamentos, las tecnologías sanitarias y las vacunas, y prestando apoyo técnico a los países.

258. Prosiguieron las actividades en el marco del Programa de Precalificación de Medicamentos de la OMS, que permitieron precalificar otros 36 medicamentos con carácter prioritario, concretamente en relación con el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y la salud reproductiva, de modo que el número total de medicamentos precalificados aumentó a 274. Seis nuevos laboratorios nacionales de control de calidad de los medicamentos fueron precalificados, con lo cual su número total asciende a 23. El Programa de precalificación de pruebas diagnósticas de la OMS precalificó 11 productos, y otras 35 evaluaciones están en estudio. Anualmente, se adquieren más de 40 millones de pruebas rápidas del VIH y el paludismo, y la precalificación garantiza que los fondos públicos se gasten en productos de calidad. Se adoptó un nuevo procedimiento para determinar la idoneidad programática de las vacunas para su precalificación. Un total de 134 vacunas fueron precalificadas para su adquisición por las Naciones Unidas, y el 64% de la población infantil mundial ha sido inmunizada con vacunas precalificadas por la OMS.

259. Varios países vienen trabajando en evaluaciones de las funciones básicas de reglamentación, y de ellos, la Argentina, el Brasil, Colombia y Cuba han sido designados como Autoridad Nacional de Reglamentación de referencia a nivel regional. Además, se están gestando programas de desarrollo institucional para fortalecer la capacidad de otras autoridades nacionales reguladoras de la Región de las Américas, que serán respaldadas por las autoridades nacionales de reglamentación de referencia.

260. En el último bienio aumentaron las actividades y el compromiso de los Estados Miembros para fortalecer su capacidad de reglamentación con el fin de garantizar la calidad de los medicamentos y para luchar contra los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación.

261. El Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación se reunió dos veces en 2011, y participaron en él más de 90 Estados Miembros. El Grupo de Trabajo examinó las siguientes cuestiones desde una perspectiva de salud pública: *a*) la función de la OMS en la adopción de medidas para garantizar la disponibilidad de productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles; *b*) la función de la OMS, desde la perspectiva de la salud pública y con exclusión de consideraciones relacionadas con el comercio y la propiedad intelectual, en la prevención y el control de productos médicos deficientes en cuanto a su calidad, seguridad y eficacia, tales como los de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación y *c*) la relación de la OMS con el Grupo Especial Internacional contra la Falsificación de Productos Médicos.

262. En el ámbito de la inmunización, las vacunas y los productos biológicos, los 12 países participantes en la Red mundial para la vigilancia posterior a la comercialización de vacunas recientemente precalificadas recibieron apoyo financiero y técnico para fortalecer su capacidad de vigilancia de la seguridad de las vacunas utilizadas en sus programas de inmunización, a fin de asegurar el suministro de vacunas seguras.

263. En la Región de África, 25 países están aplicando un procedimiento acelerado de registro para la vacuna antimeningocócica conjugada para el grupo A, que ha sido autorizada recientemente. La labor de las autoridades de reglamentación de 33 de los 44 países productores de vacunas se ha calificado como funcional, y las actividades de vigilancia de las vacunas en China, Egipto y el Irán han hecho aumentar en un 20% la disponibilidad mundial de dosis de vacunas de calidad garantizada. Filipinas, la República Democrática Popular Lao y Sudáfrica están mejorando sus servicios de transfusión de sangre y elaborando políticas nacionales relativas a la sangre, mientras que Mauricio, Namibia y Tanzania están formulando políticas nacionales relativas al trasplante de órganos humanos.

264. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se logró plenamente y, en algunos casos, se superaron con creces las metas fijadas en 2011. Esto puede obedecer al hecho de que se fijaron metas realistas y de que los países han otorgado gran prioridad a las políticas relativas a los medicamentos en el marco de sus programas sanitarios y de desarrollo, por lo que se han superado las expectativas de inversión en políticas farmacéuticas y en lo que se refiere al número de solicitudes de apoyo dirigidas a la OMS.

OWER 11.3

Se habrán elaborado y apoyado, dentro de los programas de la Secretaría y de los programas regionales y nacionales, orientaciones de política basadas en datos probatorios para la promoción de un uso científicamente racional y costoeficaz de los productos médicos y las tecnologías sanitarias entre los profesionales de la salud y los consumidores.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
11.3.1	Número de programas nacionales o regionales que reciben apoyo para promover un uso racional y costoeficaz de los productos médicos o las tecnologías sanitarias.	50	40	78
11.3.2	Número de Estados Miembros que cuentan con una lista nacional de medicamentos, vacunas o tecnologías esenciales, actualizada en los últimos cinco años, que se utiliza con fines de adquisición pública o reembolso.	125 (94% de los países informantes) 25	135	94

265. La Secretaría de la OMS ha revisado y publicado la 17.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y la 3.^a Lista Modelo de Medicamentos Pediátricos Esenciales. La OMS ha ayudado a países como Etiopía, Malí, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, y Rwanda a actualizar con éxito sus listas de medicamentos esenciales y directrices normalizadas de tratamiento. También se promovió el uso racional mediante la creación de comités farmacéuticos y terapéuticos. Al final del bienio, 94 Estados Miembros habían actualizado sus listas nacionales en consonancia con la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales.

266. Con motivo del Día Mundial de la Salud 2011, la OMS presentó un paquete de políticas de seis puntos para combatir la propagación de la resistencia a los antimicrobianos. Está previsto que un grupo de trabajo de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos elabore un programa de colaboración aplicable a toda la Organización para el periodo 2012-2013. La Tercera Conferencia Internacional sobre la Mejora del Uso de los Medicamentos celebrada en Turquía en 2011 reunió a casi 600 participantes de 86 países, lo que demuestra el creciente interés en la promoción del uso racional de los medicamentos a nivel nacional y regional. Conforme a lo recomendado en la resolución SEA/RC64/R5, en siete de los 11 países de la Región de Asia Sudoriental se llevó a cabo un análisis de situación centrado específicamente en la promoción del uso racional de los medicamentos, y se proporcionó apoyo técnico a 10 Estados Miembros de esa Región sobre la manera de promover el uso racional de los medicamentos.

267. En el ámbito de las tecnologías sanitarias esenciales, están aumentando las capacidades de los países para gestionar las tecnologías sanitarias relacionadas, por ejemplo, con las evaluaciones de necesidades, adquisiciones, donaciones, mantenimiento e inventarios. La Secretaría de la OMS lidera los esfuerzos mundiales destinados a llamar la atención de los responsables políticos sobre los productos sanitarios y ha guiado el desarrollo de una serie de herramientas para apoyar a los países a garantizar un mejor acceso, calidad y uso de los productos médicos.

268. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se considera parcialmente logrado, en particular por lo que respecta a la elaboración y actualización de listas de medicamentos esenciales y recomendaciones terapéuticas. Se han producido retrasos en la elaboración y revisión de listas de medicamentos debido a la complejidad del proceso, a la necesidad de analizar las pruebas y a la dificultad de obtener un consenso entre los diferentes expertos sobre la selección de los medicamentos esenciales. La Secretaría de la OMS también ha sufrido de escasez de fondos y de la consiguiente reducción de la capacidad de recursos humanos, lo que ha limitado los logros relacionados con la labor normativa y el apoyo prestado a los países.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12

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

269. Durante el bienio se abordaron cuatro retos principales: *a)* facilitar la función de liderazgo de la OMS en el ámbito de la acción sanitaria mundial mediante la revisión de las prioridades y la reforma de la gobernanza, la financiación y la gestión, *b)* aumentar la eficacia del apoyo que la OMS presta a todos los Estados Miembros, *c)* aprovechar el poder de convocatoria de la OMS a nivel mundial, regional y nacional para llegar a un acuerdo sobre los principales problemas de salud a nivel mundial, con el fin de promover una mayor coherencia entre todos los asociados para el desarrollo (especialmente a nivel nacional), y para asegurar que la salud ocupe un lugar importante en los principales foros mundiales y regionales; *d)* utilizar tecnologías innovadoras y redes de colaboración para que la información relacionada con la salud sea más eficaz y accesible.

OWER 12.1

La Organización habrá ejercido un liderazgo y una dirección eficaces merced al mejoramiento de la gobernanza y a la coherencia, la responsabilización y la sinergia del trabajo de la OMS.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
12.1.1	Proporción de documentos presentados a los órganos deliberantes dentro de los plazos constitucionales, en los seis idiomas oficiales.	90%	95%	95%

270. Reforma de la OMS: La Directora General inició un proceso de consulta orientado a lograr una mejor alineación entre los objetivos acordados por la Asamblea Mundial de la Salud y los recursos disponibles para financiar su realización. Desde el inicio de este proceso a principios de 2010, se ha ido desarrollando un programa de reforma de amplio alcance impulsado por los Estados Miembros.

La 64.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó los objetivos generales de la reforma y definió un proceso de análisis y consulta que desembocó en una reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo en noviembre de 2011. En esa reunión el Consejo examinó tres líneas de actuación interconectadas para implementar las reformas, a saber, los programas y las prioridades, la gobernanza y la gestión. Gracias al proceso impulsado por los Estados Miembros para definir criterios de fijación de prioridades, identificado en consulta con los Estados Miembros, la Secretaría estará en condiciones de elaborar, para la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud que tendrá lugar en mayo de 2012, el borrador del próximo Programa General de Trabajo y Presupuesto por Programas 2014-2015.

271. Gobernanza mundial de la salud: Dada su composición universal, la OMS tiene un poder de convocatoria único para propiciar la adopción de acuerdos sobre cuestiones sanitarias mundiales de importancia crucial y a menudo sensibles. En mayo de 2011, tras cuatro años de difíciles negociaciones, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, y su aplicación. Continúan otras negociaciones similares, por ejemplo, en relación con los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación. La OMS ha participado activamente en los esfuerzos mundiales para aumentar la coherencia entre los asociados para la salud y el desarrollo, a través del seguimiento de los progresos conseguidos respecto de los indicadores de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y el Programa de Acción de Accra. La OMS seguirá desempeñando esta función a raíz de la creación de la Asociación de Busán para una cooperación más eficaz para el desarrollo durante el Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda celebrado en la República de Corea en noviembre de 2011, que de forma creciente se está centrando en la cooperación Sur-Sur y otras fórmulas de cooperación.

272. La OMS ha definido las prioridades de salud en los principales foros mundiales. En 2010, bajo la presidencia del Canadá, la salud fue un tema clave de la cumbre del G8. También ocupó un lugar preponderante en la labor del G8 sobre la rendición de cuentas. Ambas líneas de actuación se consolidaron después de la Reunión de Alto Nivel de 2010 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la que se presentó la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas «Todas las mujeres, todos los niños». Posteriormente se pidió a la OMS que convocara la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas, la cual rindió informe en mayo de 2011 y recomendó un enfoque para supervisar los progresos registrados a nivel mundial en el campo de la salud materno-infantil, que se está aplicando actualmente. En 2011, la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció un nuevo programa internacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

OWER 12.2

Se habrá consolidado la presencia efectiva de la OMS en los países para aplicar las estrategias OMS de cooperación en los países que estarán en conformidad con los programas de salud y desarrollo de los respectivos Estados Miembros y armonizadas con el equipo de las Naciones Unidas en el país y otros asociados para el desarrollo.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
12.2.1	Número de Estados Miembros en los que la OMS está adecuando su estrategia de cooperación en los países a las prioridades y el ciclo de desarrollo nacionales y armonizando su labor con las Naciones Unidas y otros asociados para el desarrollo con arreglo a los marcos pertinentes, como el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y los enfoques sectoriales.	Al menos 145	33 de las 145 estrategias de cooperación en los países actualizadas/ revisadas	33 estrategias de cooperación en los países ^a
12.2.2	Proporción de oficinas de la OMS en los países que han revisado y ajustado su capacidad básica en consonancia con la estrategia de cooperación en el país en cuestión.	Al menos el 50%	70%	77%

^a Se ampliaron algunas estrategias de cooperación en los países en aras de armonizar el ciclo de las mismas con los planes/estrategias nacionales y el ciclo de los MANUD. De las 33 estrategias de cooperación en los países, se están actualizando/revisando 10.

273. Apoyo técnico y normativo a los Estados Miembros. Además de proporcionar orientación estratégica sobre la reforma de la OMS y otras importantes cuestiones de política, el Grupo Mundial de Políticas¹ sirve de enlace entre la Directora General, los Directores Regionales y los jefes de las oficinas de la OMS en los países, y mejora la coherencia del apoyo que la OMS presta a los diferentes Estados Miembros. Se han desarrollado y actualizado estrategias de cooperación en 144 países, territorios y zonas en las que la OMS tiene una presencia física. La estrategia de cooperación en el país tiene por finalidad: i) adecuar la combinación de competencias y habilidades de las oficinas de país para ajustarla a las políticas, estrategias y planes nacionales; e ii) encauzar el proceso de planificación de la OMS y armonizar mejor el apoyo técnico ofrecido por las oficinas regionales y la Sede. La mejora del proceso competitivo de selección, nombramiento y desarrollo profesional de los jefes de las oficinas de la OMS en los países ha contribuido a mejorar el liderazgo y la capacidad de la OMS. El concepto de las estrategias de cooperación en los países se utilizará en el futuro para definir las necesidades de cooperación de todos los Estados Miembros de la OMS, incluso de aquellos en los que la Organización no tiene una presencia física. En la sexta reunión mundial de jefes de oficinas de la OMS en los países con la Directora General y los Directores Regionales se brindaron al personal los conocimientos y competencias necesarios en el contexto de las nuevas prioridades sanitarias, como la reforma de la OMS, las enfermedades no transmisibles y la cobertura sanitaria universal.

OWER 12.3

Se habrá logrado que los mecanismos mundiales en pro de la salud y el desarrollo proporcionen más recursos técnicos y financieros sostenidos y predecibles para la salud, sobre la base de un programa sanitario común que responda a las necesidades y prioridades de los Estados Miembros en materia de salud.

¹ El grupo está integrado por la Directora General, el Director General Adjunto y los Directores Regionales.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
12.3.1	Número de alianzas sanitarias en las que la OMS participa y que operan conforme a los principios de prácticas óptimas para las alianzas mundiales en pro de la salud.	14	30	45
12.3.2	Proporción de alianzas sanitarias gestionadas por la OMS que cumplen las orientaciones de la política de la OMS en materia de alianzas.	100%	100%	100% ^a
12.3.3	Proporción de países en los que la OMS lidera alianzas (formales e informales) en pro de la salud y el desarrollo o participa activamente en ellas, inclusive en relación con la reforma del sistema de las Naciones Unidas.	71%	80%	80%

^a La resolución WHA63.10 establece que todas las alianzas acogidas por la OMS observarán las normas y reglamentos de la OMS. A finales de 2011 un total de 10 alianzas acogidas por la OMS tenían mecanismos de gobernanza separados.

274. Alianzas e iniciativas sanitarias mundiales. Basándose en la labor anterior de la Secretaría y en los informes presentados al Consejo Ejecutivo, en 2010, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida (resolución WHA63.10 y su anexo). La política proporciona orientaciones adicionales a la OMS, y en última instancia a los países, para ayudar a armonizar los mecanismos mundiales en pro de la salud y el desarrollo. La aplicación de esta política requiere también una definición más precisa de las normas y prácticas de la OMS relativas a las alianzas a través de la formulación de un marco operativo. En aras de promover la colaboración de la OMS con diversos sectores, el Grupo Mundial de Políticas aprobó por primera vez un marco de políticas internas de la OMS para la participación del sector privado e inició así un proceso para aumentar la claridad en la interacción de la OMS con este sector.

OWER 12.4

Se habrá facilitado a los Estados Miembros el acceso a material de promoción y conocimientos sanitarios esenciales, en formato multilingüe, compartiendo e intercambiando conocimientos de manera efectiva.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
12.4.1	Número promedio de accesos a páginas/visitas mensuales del sitio web de la sede de la OMS.	No disponible/ 6,35 millones de visitas/mes	6,7 millones	7 millones

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
12.4.2	Número de páginas en idiomas distintos del inglés disponibles en los sitios web de las oficinas regionales, las oficinas en los países y la sede de la OMS.	70 495	80 000	Más de 80 000

275. Mejorar el acceso a la información sanitaria. A fin de mejorar la difusión de información sanitaria oportuna a todos los que la necesitan, la OMS ha puesto en marcha una base tecnológica coherente que conecta a todas las oficinas de la OMS. Se avanzó en ese sentido con la creación de una página web que favorece el multilingüismo. Se siguió trabajando con socios externos para la traducción de más de 200 publicaciones de la OMS a 40 idiomas oficiales y no oficiales. Se presentó a la 129.^a reunión del Consejo Ejecutivo (documento EB129/4) un informe sobre la aplicación de la política de publicaciones de la OMS. El *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* se publicó una vez al mes en múltiples formatos, con resúmenes en todos los idiomas oficiales. Se han examinado más de 80 propuestas de designación y 200 propuestas de redesignación de centros colaboradores de la OMS. El Comité de Examen de Directrices se reunió una vez al mes y revisó las propuestas iniciales de elaboración de directrices antes de su publicación, así como las comunicaciones finales para asegurarse de que el proceso de elaboración y formato de las recomendaciones se ajustaran a los requisitos de la OMS. Se está sometiendo a prueba un compendio de los conocimientos especializados de los países, inicialmente diseñado en estrecha colaboración con los departamentos de la Sede y las seis oficinas regionales, y se está procediendo a cartografiar y evaluar las bases de datos existentes.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 13

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

276. Para llevar a cabo su labor técnica, es esencial que la Organización disponga de unos servicios de apoyo administrativo y de gestión eficaces y eficientes. El reto principal ha consistido en suministrar servicios de buena calidad procurando al mismo tiempo aumentar la eficiencia. Esto es necesario para compensar el incremento de los costos derivados de múltiples factores, en particular, el impacto de la fortaleza del franco suizo sobre los servicios en la Sede, y el rápido aumento de los costos relativos a la seguridad del personal sobre el terreno, especialmente en algunos países de la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental.

OWER 13.1

La labor de la Organización se habrá orientado por planes estratégicos y operativos que tengan en cuenta las enseñanzas aprendidas, reflejen las necesidades de los países, se elaboren en toda la Organización, y se utilicen para vigilar el desempeño y evaluar los resultados.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
13.1.1	Proporción de planes de trabajo de país revisados por homólogos, atendiendo a su calidad técnica y su cumplimiento de los requisitos de incorporar las enseñanzas extraídas y de reflejar las necesidades del país de que se trate.	95%	95%	100%
13.1.2	Proporción de resultados previstos definidos para cada oficina respecto de los cuales se ha actualizado la situación de los progresos realizados, dentro de los plazos establecidos para la presentación periódica de informes.	74%	85%	85%

277. Se ha mejorado la planificación sistemática y la evaluación de los resultados en toda la Organización. En particular, se ha acelerado el calendario para la elaboración de la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas a fin de que el informe pueda presentarse a la Asamblea Mundial de la Salud inmediatamente después de que finalice el bienio. Además, en la actualidad el método de evaluación del logro de los indicadores de desempeño en el plano nacional prevé la verificación de países concretos.

278. A lo largo del bienio, se ha seguido trabajando en la mejora de la alineación entre las prioridades identificadas por los diferentes Estados Miembros a través de las estrategias de cooperación con los países y las prioridades señaladas en el presupuesto por programas y en los planes operacionales. También se han conseguido mejoras en relación con la cadena de resultados previstos de la Organización, que permitirán hacer una distinción más clara entre los efectos, los resultados y los productos. Estas dos áreas serán aspectos clave del programa de reforma de la OMS e incidirán de manera crucial en la elaboración del próximo Programa General de Trabajo y Presupuesto por Programas 2014-2015.

OWER 13.2

Se habrán implantado prácticas financieras sólidas así como una gestión eficaz de los recursos financieros gracias a la vigilancia y la movilización continuas de los recursos para asegurar su conformidad con los presupuestos por programas.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
13.2.1	Grado de conformidad de la OMS con las Normas Contables Internacionales para el Sector Público.	Para determinar la conformidad es necesario haber completado la introducción del Sistema Mundial de Gestión en todas las regiones	Plena conformidad de los sistemas y las cuentas de apertura	Plena conformidad de los sistemas y las cuentas de apertura
13.2.2	Cuantía de las contribuciones voluntarias clasificadas como totalmente flexibles y sumamente flexibles.	US\$ 187 millones	US\$ 300 millones	US\$ 235 millones

279. Se elaboró un dictamen de auditoría sin reservas sobre el primer estado financiero bienal en el entorno del Sistema Mundial de Gestión; el marco de gestión de riesgos corporativos se institucionalizó en la Sede y se inició su expansión en las regiones. Se ultimaron los preparativos para la introducción de las nuevas Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS). Para 2012 se prepararán por primera vez estados financieros acordes con las IPSAS.

280. Asimismo, se lograron avances significativos en relación con el marco de control financiero. La actualización del manual de la política electrónica de la OMS revistió especial importancia, ya que dicho manual es la plataforma de la labor sobre los procedimientos operativos estándar y los controles fundamentales, que según lo previsto se ultimarán en 2012. Además, se estableció el Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión, que se convirtió en un elemento adicional y sumamente creíble de gobernanza y supervisión de las funciones financieras y administrativas.

281. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se consideró parcialmente logrado por cuanto no se alcanzó el objetivo referente a las contribuciones voluntarias clasificadas como totalmente flexibles y sumamente flexibles. Sin embargo, pese a las limitaciones que impuso la crisis financiera, la cuantía total de recursos flexibles aumentó de US\$ 187 millones recibidos en 2008-2009 a US\$ 235 millones recibidos en 2010-2011. Esto se inscribe en una tendencia general a realizar contribuciones voluntarias en el marco de acuerdos plurianuales con un mayor énfasis en la flexibilidad y la previsibilidad.

OWER 13.3

Se habrán establecido políticas y prácticas en materia de recursos humanos para atraer y retener al personal más calificado, promover el aprendizaje y el perfeccionamiento profesional, gestionar el desempeño y fomentar una conducta ética.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
13.3.1	Proporción de oficinas que tienen un plan de recursos humanos aprobado para un bienio.	98%	100%	100%
13.3.2	Número de funcionarios que asumen un nuevo cargo o son trasladados a un nuevo destino durante un bienio (aplazado hasta el bienio 2010-2011).	200	200	700
13.3.3	Proporción de funcionarios que se ajustan al ciclo del Sistema de Gestión y Mejora del Desempeño.	75%	80%	Sede y WPRO más del 90%

282. El difícil proceso de reducción de plantilla que afectó sobre todo a la Región de África y a la Sede, imputable a los recortes presupuestarios y al aumento de los gastos de personal, se gestionó de manera sumamente inclusiva. Gracias a ello la reducción de plantilla se llevó a cabo equitativamente, con plena comunicación y apoyo al personal afectado. Este proceso se vio favorecido por la mejora de la planificación de recursos humanos, especialmente en las oficinas donde se implantó el Sistema Mundial de Gestión a lo largo del bienio.

283. Aumentaron significativamente los movimientos de personal entre lugares de destino y dentro de los mismos. Esto se debió a la aplicación de un enfoque más sistemático respecto de los movimientos de personal en la Región de África y la Región del Pacífico Occidental, al uso de la Lista Mundial para Jefes de las Oficinas de País de la OMS y a la reasignación de los funcionarios cuyos puestos fueron suprimidos por razones programáticas y financieras.

284. Se siguió dando gran prioridad a los programas mundiales de aprendizaje. Durante el bienio se ha ampliado la gama de oportunidades de desarrollo mundial, y se han priorizado las actividades a nivel de país. Ha continuado la labor dirigida a potenciar el aprendizaje electrónico y los sistemas de gestión del aprendizaje en línea en los próximos años.

285. Se ha registrado una mejora en lo referente a los exámenes de la gestión de la actuación profesional, en particular en la Sede y en la Región del Pacífico Occidental, donde se concluyeron más del 90% de las evaluaciones del desempeño. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se calificó como parcialmente logrado, porque no se alcanzó el objetivo general en todas las regiones. Se está tratando de paliar este problema con la obligación de que todas las regiones implanten la versión actualizada del sistema de gestión y mejora del desempeño en 2012.

OWER 13.4

Se habrán establecido estrategias de gestión, políticas y prácticas referentes a los sistemas de información que permitan obtener soluciones fiables, seguras y costoeficaces, sin dejar de atender al mismo tiempo las necesidades cambiantes de la Organización.

Plenamente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
13.4.1	Número de disciplinas de tecnología de la información aplicadas a nivel de toda la Organización conforme a los parámetros de mejores prácticas que rigen en ese sector.	3	5	5
13.4.2	Proporción de oficinas que utilizan información sistemática y en tiempo real sobre gestión.	Sede y oficinas regionales y oficinas asociadas en los países de la Región del Pacífico Occidental	Sede, 5 oficinas regionales y oficinas asociadas en los países	Sede, 5 oficinas regionales y oficinas asociadas en los países

286. El Sistema Mundial de Gestión se ha implantado en todas las oficinas regionales y oficinas de país, aparte de la Oficina Regional para las Américas/OPS. La existencia y utilización de un único sistema integrado ha permitido mejorar el acceso a los datos y la transparencia de los mismos, así como gestionar la información en tiempo real. Se han iniciado los preparativos para la primera actualización importante del Sistema Mundial de Gestión, prevista para 2013.

287. Se implantó progresivamente una nueva plataforma de «sinergia mundial» en toda la Organización, la cual unificará y armonizará la gestión de las estaciones de trabajo, facilitando los servicios de apoyo al usuario y el intercambio de información.

288. Se continuó con el traslado de la prestación de servicios de tecnología de la información y las comunicaciones al Centro Mundial de Servicios en Kuala Lumpur o con la externalización de esos servicios a proveedores externos, como medio de reducir costos y para ofrecer un modelo más flexible de prestación de servicios.

OWER 13.5

Se habrán prestado los servicios de apoyo gerencial y administrativo necesarios para el eficaz funcionamiento de la Organización, conforme a los acuerdos sobre el nivel de los servicios, haciéndose hincapié en la calidad y la receptividad.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
13.5.1	Proporción de servicios prestados por el centro mundial de servicios, según los criterios consignados en los acuerdos sobre el nivel de los servicios.	75%	90%	85%

289. Las operaciones del Centro Mundial de Servicios han comenzado a funcionar mejor a medida que el personal se ha ido familiarizando con sus funciones y con el Sistema Mundial de Gestión. El porcentaje de transacciones procesadas aumentó al 85% conforme a los indicadores de nivel de servicio publicados, pese al incremento del 40% del volumen de transacciones resultante de la activación del Sistema Mundial de Gestión, durante el bienio, en la Región de África, la Región de Asia Sudoriental, la Región de Europa y la Región del Mediterráneo Oriental. El costo unitario del procesamiento de las transacciones ha continuado disminuyendo. También se han trasladado de la Sede al Centro Mundial de Servicios otras funciones relacionadas con las finanzas y las adquisiciones, lo que ha reducido aún más los gastos totales de administración.

290. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se calificó como «parcialmente logrado» debido a una combinación de deficiencias sistémicas y de procedimiento en algunas esferas relacionadas con los servicios. Prosigue la labor a los tres niveles de la Organización para mejorar el nivel de los servicios y los procesos administrativos de principio a fin, y al mismo tiempo conservar un marco de control adecuado.

OWER 13.6

Se habrá conseguido un entorno laboral propicio para el bienestar y la seguridad del personal en todos los lugares de destino.

Parcialmente logrado

Indicador		Punto de partida	Objetivo	Logro efectivo
13.6.1	Grado de satisfacción con la calidad de los servicios en todas las oficinas principales como consecuencia de la disponibilidad de una infraestructura de servicios de apoyo eficaz.	No disponible	75%	No disponible ^a
13.6.2	Proporción de oficinas que han realizado periódicamente ejercicios de evacuación de los edificios.	70%	70%	90%

^a El indicador 13.6.1 se está dejando de utilizar y será reemplazado en el bienio 2012-2013.

291. En todos los países, se logró reforzar la seguridad gracias a la mejora de las instalaciones de las oficinas de país en lugares vulnerables y la realización de evaluaciones de la seguridad orientadas al cumplimiento de las normas de las Naciones Unidas en la materia. En la Región del Mediterráneo Oriental, muchos miembros del personal tuvieron que ser evacuados de sus lugares de destino, incluido el personal de la Oficina Regional en El Cairo. Esas evacuaciones se llevaron a cabo satisfactoriamente con el apoyo del Fondo de Seguridad, creado para atender este tipo de emergencias. Los costos totales en concepto de seguridad siguen aumentando porque los criterios establecidos por las Naciones Unidas en materia de seguridad son cada vez más estrictos.

292. Prosiguieron los esfuerzos para mitigar el impacto de las Oficinas en el entorno inmediato y para introducir medidas adicionales de contención de gastos. Por ejemplo, con la implantación de servicios gestionados de impresión y fotocopia en la Sede se ha logrado una reducción del costo de esos servicios en las oficinas en el bienio 2010-2011, que pasó de 7,2 millones a 5 millones de francos suizos y ha contribuido a una reducción del 50% en el consumo de papel.

293. Se presentó un nuevo mecanismo de gobernanza para la evaluación y supervisión de los proyectos importantes de inversión de capital. Al mismo tiempo, para la financiación del capital se introdujo una fuente de financiación sostenible (a través de la tasa por puesto ocupado), aunque las sumas recaudadas siguen siendo inferiores a las que se necesitan para una inversión constante del 1% del valor del capital existente. A causa de ello varios proyectos de infraestructura han sido aplazados, por lo que este resultado previsto a nivel de toda la Organización se ha calificado como «parcialmente logrado». Sin embargo, en todas las oficinas se ha instaurado el mantenimiento periódico para garantizar que los servicios básicos de infraestructura se mantengan a niveles aceptables.

= = =