

El futuro de la financiación de la OMS

Informe de la reunión de consulta oficiosa
sobre el futuro de la financiación de la
OMS convocada por la Directora General

Ginebra, Suiza, 12 y 13 de enero de 2010



**Organización
Mundial de la Salud**

© Organización Mundial de la Salud 2010. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

El futuro de la financiación de la OMS

Informe de la reunión de consulta oficiosa
sobre el futuro de la financiación de la
OMS convocada por la Directora General

Ginebra, Suiza, 12 y 13 de enero de 2010



**Organización
Mundial de la Salud**

ÍNDICE

- 1** **RESUMEN DE ORIENTACIÓN**
- 3** **INFORME DE LA REUNIÓN**
- 3** 1. Introducción
- 4** 2. Panorama general trazado por la Directora General
 - *Los desafíos sanitarios mundiales*
 - *La función de la OMS en el siglo XXI*
 - *La gobernanza de la salud mundial*
 - *La salud y el desarrollo*
 - *La OMS en los países*
 - *Reforma de la financiación*
- 12** **3. Resumen de los debates**
 - a) Reflexiones iniciales
 - b) Entrar en materia: algunos elementos de consenso
 - c) El ámbito superpoblado de la salud y el desarrollo
 - d) Las alianzas
 - e) Apoyo a los países
 - f) Colaboración técnica
 - g) Implicaciones para la gobernanza
 - h) Implicaciones para la financiación: no más, sino mejor
 - i) El camino a seguir: un mapa de ruta
- 21** **ANEXO**
 - Lista de participantes

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

Los días 12 y 13 de enero de 2010, la Directora General de la OMS, doctora Margaret Chan, mantuvo una reunión de consulta oficiosa sobre el futuro de la financiación de la OMS.

El impulso inicial para realizar esta reunión provino de los debates en torno al presupuesto que se dieron en las sesiones del Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud en 2009. Son dos las cuestiones fundamentales: cómo lograr que las prioridades acordadas por los Órganos Deliberantes de la OMS concuerden con el dinero que hay para financiarlas; y cómo conseguir que la financiación sea más predecible y estable para así impulsar una planificación más realista y una gestión eficaz.

Si bien la financiación de la OMS fue el punto de partida de la reunión de consulta, el análisis de este tema propició la formulación de cuestiones más fundamentales acerca de lo que debería ser el cometido esencial de la Organización. Por ejemplo, ¿cómo debería entenderse el mandato de ser la «autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional» en las circunstancias radicalmente cambiadas en que la OMS actúa hoy, sesenta años después de haberse redactado su constitución?

En la reunión participaron altos cargos y ministros de los sectores de la salud, el desarrollo y la cooperación, las finanzas y los asuntos exteriores que intervinieron a título personal. El anexo presenta la lista de participantes.

En sus palabras de bienvenida la Directora General recalcó que esta no era una reunión para adoptar decisiones, ni siquiera para lograr forzosamente el consenso. Más bien, debería adoptar la forma de una conversación de estrategia: definir los asuntos clave en relación con la labor de la OMS a escala mundial y nacional; reconocer las opiniones divergentes que pueda haber; y trazar el camino a seguir que en última instancia llevará el debate al ámbito más formal de los Órganos Deliberantes de la Organización.

A lo largo de dos días, los participantes analizaron el panorama en transición de la salud mundial y reconocieron el número cada vez mayor de partes involucradas, los riesgos consiguientes de la fragmentación y la duplicación de esfuerzos, así como el aumento incesante de demandas sobre los recursos de la OMS que entran en conflicto.

Con respecto a ciertas áreas de trabajo —particularmente el establecimiento de normas y patrones mundiales y la vigilancia y respuesta frente a las epidemias y otras emergencias de salud pública—, hubo acuerdo general en el sentido de que la OMS realizaba una tarea eficaz y fueron pocos los participantes que no estuvieron de acuerdo en que estas áreas deberían seguir siendo elementos clave del cometido esencial de la Organización. En el campo de la acción humanitaria, se manifestó una aceptación general de la función coordinadora del Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias por parte de la OMS. Aunque se debatió la posibilidad de ampliar el concepto del grupo de acción sanitaria a la esfera del desarrollo, no se examinó en detalle la labor humanitaria de la OMS en sí misma.

Las diferencias de opinión fueron más evidentes en otras áreas de trabajo, sobre todo en el campo del desarrollo, tanto por lo que concierne al desempeño y la capacidad actuales de la OMS como al papel que esta debería desempeñar en el futuro.

En los primeros intercambios de opiniones surgieron varios temas, a saber: a) en qué grado y de qué manera debería la OMS abordar los determinantes sociales y económicos de la salud que tienen un carácter más general; b) qué es lo que define el buen comportamiento de un aliado o asociado a escala mundial y nacional, y qué consecuencias tiene ello para la OMS; c) qué constituye el apoyo eficaz a los países, habida cuenta de que estos presentan grados muy diversos de desarrollo y capacidad, y —reconociendo que la OMS debe prestar un servicio útil a todos los Estados Miembros— cómo puede la Organización equiparar más de cerca y de manera más flexible el apoyo que brinda y las necesidades de los países; y d) qué puede hacer la OMS para ser más congruente y eficaz en la esfera de la colaboración técnica.

Cada uno de estos temas tiene consecuencias para la forma como la OMS se gestiona y como debería financiarse. Se plantearon dos tipos de desafíos de gobernanza para el debate futuro. Primero, cómo abordar las cuestiones de gobernanza de todo el sistema —reconociendo que los desafíos que afronta la OMS distan mucho de ser únicos—, teniendo en cuenta que cada uno de los organismos involucrados en la salud mundial (tanto dentro como fuera del sistema de las Naciones Unidas) posee su propia estructura de gobernanza. Segundo, admitiendo el papel cada vez mayor de las partes interesadas que no son estatales, cómo lograr una gobernanza más abarcadora de la salud mundial. Estas cuestiones pueden abordarse con más facilidad mediante el mejor acatamiento de los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra, al menos en los países donde hay muchos asociados para el desarrollo.

Varios participantes reconocieron cuán arduo era convencer a la población y los parlamentos de la necesidad de aumentar la financiación, sobre todo la destinada a un fin específico. La OMS puede hacer mucho más para dar a conocer sus logros de una manera que resulte interesante al público.

Al mismo tiempo, se admitió que la situación actual, en la que el 80% de los ingresos de la OMS dependen de las contribuciones voluntarias de los donantes, y que generalmente están destinadas a un fin específico, no es sostenible. A menos que esto cambie, no podrá lograrse una mayor concordancia con las prioridades acordadas. Los participantes estuvieron de acuerdo en que la mejora del desempeño está estrechamente vinculada con la forma como se financia la OMS.

En las conversaciones se pusieron de relieve los elementos de un programa de reforma de la financiación de la OMS y, por lo tanto, las pautas fundamentales para el debate futuro: una definición y una armonización más ajustadas de la financiación esencial con las prioridades y el cometido esencial; aplicación de un criterio más disciplinado y coordinado a la movilización de recursos; exploración de nuevos mecanismos para recaudar fondos a fin de seleccionar nuevos donantes y fuentes de financiación; y mejor comunicación de la imagen institucional, el impacto y los éxitos de la OMS.

En la reunión se palpó una sensación de urgencia; las reformas administrativas para mejorar el desempeño que son competencia de la Secretaría deben emprenderse sin dilación. Al mismo tiempo, es necesario conocer el punto de vista de los Estados Miembros sobre las amplias cuestiones surgidas en esta reunión. Las cuestiones plasmadas en este informe servirán de base para una consulta mediante la web a la que todos los países podrán aportar sus puntos de vista. Una síntesis de los debates se presentará como un documento al Consejo Ejecutivo en enero de 2011 y posteriormente a la Asamblea Mundial de la Salud.

INFORME DE LA REUNIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El impulso inicial para realizar esta reunión surgió de los debates en torno al presupuesto que tuvieron lugar en las sesiones del Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud. En esencia, el debate tuvo como ejes dos cuestiones clave: ¿cómo podemos lograr una mejor paridad entre las prioridades acordadas por los Órganos Deliberantes de la OMS y el dinero que hay para financiarlas?, y ¿cómo podemos lograr una forma más predecible y estable de financiar la Organización para impulsar una planificación más realista y una gestión eficaz?

Si bien la forma que debe adoptar la financiación de la OMS ocupó el primer plano en las primeras conversaciones, estas propiciaron el surgimiento de una serie de cuestiones fundamentales y previas sobre el cometido esencial de la Organización según los Estados Miembros. Por ejemplo, ¿cómo debería entenderse el mandato de ser la «autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional» en las circunstancias radicalmente cambiadas en que la OMS actúa hoy, sesenta años después de haberse redactado su constitución?

La reunión tuvo como finalidad brindar la oportunidad de examinar las nuevas circunstancias en que la OMS trabaja y vincular esto con un debate acerca de la manera como la Organización puede definir su cometido esencial con más precisión, y qué se debe hacer para que en el futuro la Organización cuente con una base de financiación más segura y sostenible.

La reunión no se proponía alcanzar conclusiones definitivas ni lograr el consenso. Más bien adoptó la forma de una conversación de estrategia: definir los asuntos clave en relación con la labor de la OMS a escala mundial y nacional; reconocer las opiniones divergentes que pudiera haber; y trazar el camino a seguir, que inicialmente ampliará el círculo de los Estados Miembros que participan en el debate y en última instancia llevará este al ámbito más formal de los Órganos Deliberantes.

Después de esta introducción, el informe se divide en dos partes. En la primera se traza el panorama general de las cuestiones debatidas. Para que los lectores que no pudieron asistir se den una idea más clara, esta parte reproduce las palabras de bienvenida de la Directora General al inaugurarse la reunión. En la segunda sección se resumen los temas claves del debate, con la idea de captar en parte el tono y la esencia de lo dicho en la reunión, aunque sin atribuir ninguna intervención a un participante individual.

2. EL PANORAMA GENERAL TRAZADO POR LA DIRECTORA GENERAL

Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS

Les agradezco que hayan accedido a participar en esta que espero sea una conversación franca, instructiva y mutuamente beneficiosa. Quisiera que fuese además una conversación de estrategia: les pido su orientación; quiero conocer sus puntos de vista, inquietudes, sugerencias y juicios críticos; por mi parte, me esmeraré en responder sus preguntas.

Nos proponemos examinar el futuro de la financiación de la OMS. Los recursos llegan, y está bien que así sea, acompañados de expectativas de que se consigan resultados. Una conversación sobre el mejor modo de financiar la OMS debe también examinar la función de esta. Cuando examinamos el papel de la OMS, tanto ahora como en el futuro, necesitamos hacerlo en un contexto más amplio de desafíos sanitarios complejos, necesidades que van en aumento, prioridades que entran en conflicto y expectativas cada vez mayores.

Los desafíos de la salud mundial

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han sido buenos para la salud pública porque han demostrado el valor de concentrar la acción internacional en un número reducido de objetivos con un plazo definido. Desde luego, los objetivos son escogidos y no abarcan todos los problemas sanitarios que interesan tanto a la OMS como a sus Estados Miembros; pero al tratar de cumplirlos se han descubierto puntos flacos y se está tratando de encontrar soluciones que beneficien a la salud pública en general.

En algunas esferas, los logros han sido sorprendentes. Este éxito, y el impulso incesante por hacer cada vez más por más personas, son aún más impresionantes si se tienen en cuenta los obstáculos que ha sido necesario superar.

Desde el comienzo del presente siglo, la salud pública se ha visto sacudida por muchas crisis mundiales en muchos frentes. Los acontecimientos como la crisis financiera actual causan daños tan extensos porque ahora se producen cuando existe una interdependencia considerablemente mayor entre las naciones.

En nuestros días, las consecuencias de una crisis en una parte del mundo son sumamente contagiosas y se difunden relativamente por todo el planeta, pero no se dejan sentir de manera uniforme. Los países en desarrollo son los que tienen la mayor vulnerabilidad y la menor capacidad de resistencia; también son los que reciben los golpes más duros y tardan más tiempo en recuperarse.

Ahora mismo, las diferencias entre los países y dentro de estos en lo relativo a niveles de ingresos, oportunidades, estado de salud, esperanza de vida y acceso a la asistencia son mayores que en cualquier momento de la historia reciente. La equidad, que por mucho tiempo ha sido uno de los principales motivos de interés de la salud pública, está amenazada como nunca antes.

Desde el principio de este siglo también hemos constatado cómo en todas partes la salud está determinada por las mismas fuerzas poderosas, tales como el envejecimiento de la población, la urbanización rápida y la universalización de modos de vida malsanos.

Cada vez más, las causas de la mala salud provienen de otros sectores o de políticas de los sistemas internacionales que rigen las finanzas, el comercio y los asuntos exteriores. Con frecuencia creciente, las causas fundamentales de la mala salud escapan al control directo del sector sanitario. La tarea de la prevención, otra preocupación tradicional de la salud pública, se ha vuelto muchísimo más compleja.

Por si fuera poco, el sector sanitario se ve obligado cada vez más a desempeñar una función reactiva. La salud pública no tuvo voz en la determinación de las políticas que desencadenaron la crisis económica o que hicieron inevitable el cambio climático, pero la salud paga el precio. Tampoco la tuvo en las políticas que condujeron a la industrialización de la producción de alimentos y la globalización de su comercialización; pero la salud paga el precio de un aumento extraordinario en la frecuencia de obesidad, cardiopatías, diabetes sacarina, algunos cánceres y muchos otros trastornos relacionados con el régimen alimentario. Las enfermedades crónicas, que por mucho tiempo se consideraron propias de las sociedades ricas, ahora imponen la mayor parte de su carga al mundo en desarrollo, es decir, a los países con la menor capacidad de hacer frente a las exigencias y los costos de la asistencia de enfermos crónicos.

Estas tendencias son nuevas y hacen infinitamente más complejo el trabajo de la salud pública, sobre todo por lo que toca a las medidas preventivas y el logro de una mayor equidad y justicia en el acceso a la asistencia. Las esferas de políticas han dejado de tener límites netos; las líneas de responsabilidad están difuminadas; la agenda sanitaria sigue creciendo. Por ejemplo, ya no se trata solo de la protección de la salud sino también de la protección social, especialmente contra los costos catastróficos de la asistencia. La estrategia bastante neta y francamente muy atractiva de realizar intervenciones —tales como distribuir mosquiteros, píldoras, vacunas y condones— ha dejado de surtir efecto frente a muchos de los problemas importantes con que nos enfrentamos en la actualidad.

Pero, por atractivo que parezca, centrarse en las intervenciones es por cierto una de las razones por las cuales el paisaje de la salud pública se ha poblado tan densamente de organismos ejecutores. También es uno de los motivos por los cuales las actividades fundamentales, como el fortalecimiento de los sistemas de salud y otras capacidades básicas, se han desatendido por tanto tiempo.

En mi opinión, la buena ayuda para el desarrollo sanitario apunta a eliminar al final la necesidad de dicha ayuda, y lo consigue construyendo los cimientos, la capacidad y la infraestructura necesarios para alcanzar a la autosuficiencia. Si la ayuda no se propone explícitamente lograr la autosuficiencia, la necesidad de ayuda nunca cesará.

Este es, pues, mi punto de vista sobre algunas de las tendencias y realidades que necesitamos tener en cuenta al reflexionar sobre la forma de financiar la OMS para que haga su labor de manera apropiada. Es decir, conocer las tareas que la OMS está en la mejor posición de desempeñar, desempeñarlas bien y, francamente, dejar que otras tareas las desempeñen otros.

El papel de la OMS en el siglo XXI

Como muchos de ustedes saben, la necesidad de una reunión de esta índole se hizo patente en el curso de los debates del año pasado en torno al presupuesto durante las sesiones del Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud. Buena parte de estos debates giraron en torno a dos cuestiones fundamentales: ¿cómo podemos lograr una mejor paridad entre las prioridades

acordadas por nuestros órganos deliberantes y el dinero que hay para financiarlas?, y ¿cómo podemos lograr una forma más predecible y estable de financiar la Organización?

Llevo mucho tiempo preocupada por la necesidad de hacer que la OMS sea apta para cumplir sus finalidades, habida cuenta de los singulares desafíos sanitarios que afrontamos en el siglo XXI. Personalmente, no veo indicio alguno de que las tendencias que he mencionado vayan a disminuir.

La Constitución de la OMS, que entró en vigor hace más de 60 años, prescribe que esta debe ser la «autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional». En el campo tan superpoblado de la salud pública de nuestros días, el liderazgo no se obtiene por mandato; tiene que ganarse. Y para ganarlo hay que involucrarse estratégica y selectivamente. En nuestros días, la OMS ya no puede aspirar a dirigir y coordinar todas las actividades y políticas en muchos sectores que influyen en la salud pública.

La reflexión en este sentido tiene que correr paralela al examen de la financiación. La cuestión de lo que los países quieren a cambio de su dinero tiene que considerarse junto con la cuestión de lo que la OMS es capaz de proporcionar bien. La cantidad de dinero asignada a un programa o a la resolución de un problema no debe ser un indicador de la importancia del programa ni de la magnitud del problema; en vez de ello, debe regirse por la capacidad de la OMS para obtener resultados.

Ya no podemos hacer mella en todos y cada uno de los problemas relacionados con la salud; reitero que tenemos que ser selectivos y estratégicos.

Para decirlo sin ambages: la OMS necesita dinero para funcionar bien y obtener resultados en las esferas en que posee una ventaja comparativa, lo que plantea otras preguntas. ¿Qué puede hacer la OMS mejor que cualquier otro organismo, grupo, iniciativa, alianza... (y la lista continúa sin cesar)? Y también: ¿qué tareas pueden ser ejecutadas únicamente por la OMS?

La gobernanza de la salud mundial

La crisis financiera ha venido a poner de relieve de manera extraordinaria la necesidad de mejorar la forma en que se rigen los sistemas internacionales. Pero los mecanismos para la gobernanza de la acción sanitaria internacional se venían discutiendo desde mucho antes de la crisis financiera; el argumento es sencillo: los bienes que el mundo tiene a su disposición para mejorar la salud podrían desplegarse mucho más eficazmente si estuviesen mejor gestionados.

Personalmente, creo que la OMS interviene en la gobernanza sanitaria mundial, a veces en formas importantes. En fecha muy reciente esta participación se evidenció en los dos instrumentos jurídicos que entraron en vigor a mediados del decenio anterior: el Convenio Marco para el Control del Tabaco y el Reglamento Sanitario Internacional revisado. En ambos se reconoce la índole cada vez más transnacional de las amenazas sanitarias, y ambos apuntan a la prevención; por conducto de estos instrumentos, los países se protegen colectivamente contra amenazas comunes.

De manera análoga, la OMS participa en la gobernanza cuando emite estrategias mundiales, ya sea para el control de las enfermedades crónicas o para la promoción o innovación de productos médicos nuevos o más asequibles.

Podemos enorgullecernos de estos logros, pues en nuestros días lograr el acuerdo internacional sobre problemas potencialmente conflictivos es un indicio del grado en que los gobiernos, ya sean ricos o pobres, desean ver que la salud pública se fortalezca.

La OMS también participa en la gobernanza sanitaria mundial por medio de su función de larga data consistente en establecer normas y patrones, ya que unas y otros aportan salvaguardas universales y constituyen los cimientos de los servicios de salud pública, además de ayudar a lograr la equidad. En todas partes, las personas merecen tener la seguridad de que el aire que respiran, el agua que beben, los alimentos que consumen y los medicamentos que toman son inocuos. Las normas y patrones internacionales, como parte del mecanismo de gobernanza, permiten que los ciudadanos responsabilicen a sus gobiernos cuando estos dejan de proteger la salud pública.

Otra función tradicional de la OMS es la de coordinación, que tiene un valor agregado. A lo largo de los años, la Organización ha venido forjando redes de expertos y centros colaboradores que pueden resolver un problema o llegar a un consenso sobre asuntos técnicos de vanguardia.

Asimismo, la colaboración con redes de laboratorio y asociaciones profesionales permite que todos los países se beneficien de aptitudes y establecimientos especializados. Los ejemplos van desde el monitoreo de la tuberculosis y el paludismo farmacorresistentes hasta el diagnóstico de agentes patógenos peligrosos durante los brotes epidémicos, pasando por formas sencillas de evitar los errores quirúrgicos. Este tipo de coordinación presta un servicio ágil y rentable a la comunidad internacional.

También me parece útil considerar la función coordinadora de la gobernanza sanitaria mundial en diferentes terrenos. Las divisiones son un poco artificiales, pero ayudan a concentrarse en las esferas donde surgen problemas.

Podemos empezar por la seguridad sanitaria; reconozco que este término admite diferentes interpretaciones, pero convengamos de momento en que es una forma abreviada de referirse al tipo de función que desempeñamos durante los brotes y epidemias, y para ayudar a los países a aplicar el Reglamento Sanitario Internacional. Desde el punto de vista de la gobernanza mundial, las reglas del juego están claramente explicitadas en un instrumento jurídicamente vinculante, el propio Reglamento. La mayoría de las personas estarían de acuerdo en que esta es una función medular de la OMS.

¿Qué podemos decir acerca de la acción humanitaria? Desde el punto de vista de la gobernanza, aquí también las reglas están definidas por acuerdo entre los protagonistas en lo que concierne a funciones, normas y procedimientos.

El papel de la OMS como líder del grupo orgánico de salud en las crisis y emergencias está bien establecido; es más, creo que cada vez somos más eficientes en esta esfera; pero una conversación realmente franca debería plantear algunas preguntas osadas. Por ejemplo: ¿debemos continuar con el trabajo de emergencia o sería mejor dejárselo a otros?

El terreno en el que las cosas se ponen más difíciles es el del desarrollo, que además es el más superpoblado y el que la gente tiene en mente cuando habla de la necesidad de una mejor gobernanza sanitaria. Es aquí donde la idea de una arquitectura o estructura se torna más difusa y la función coordinadora de la OMS, tal como está definida en su Constitución, es menos clara.

La salud y el desarrollo

¿Por qué es tan difícil el ámbito del desarrollo por comparación con los otros? La larga lista de los problemas sanitarios mundiales nos da una pista: la cantidad de prioridades urgentes es grande, como también lo es el número de formas de acometerlos.

De modo parecido, la lista de agentes es larga pues incluye diferentes partes de los gobiernos centrales y locales, las sociedades civiles, las organizaciones religiosas y los proveedores del sector privado, desde la farmacia de aldea hasta las empresas gigantescas. Incluye asimismo una multitud de donantes, bancos para el desarrollo y fondos mundiales con finalidades específicas, la familia de organizaciones de las Naciones Unidas, fundaciones caritativas, sindicatos, grupos de pacientes... y la lista es interminable.

Lo anterior no constituye por fuerza un problema si todas las partes colaboran bien; pero tengo la sensación de que el asunto es más complejo de lo necesario.

La complejidad innecesaria es costosa, ineficiente y va en contra de la buena gobernanza. Los países en desarrollo se apresurarán a contarnos sobre los elevados costos de transacción, la duplicación de esfuerzos y la fragmentación de la asistencia. También acarrea gastos a la comunidad internacional. ¿Alguna vez ha calculado alguien el tiempo y el gasto cada vez mayores que se necesitan para organizar las sesiones de los Órganos Deliberantes, reuniones preparatorias, consejos directivos de las alianzas, grupos de trabajo y grupos especiales internacionales? También en este caso, una conversación franca plantearía si estas actividades podrían agilizarse y racionalizarse.

Así pues, ¿qué debe hacerse y cuál debería ser la función de la OMS? Las ideas no escasean; permítanme esbozar algunas.

Si un instrumento como el Reglamento Sanitario Internacional puede poner orden en el terreno de la seguridad sanitaria, ¿sería posible conseguir algo parecido en el campo del desarrollo? Esta idea tiene varios partidarios.

Por cierto, me encanta que se considere que la OMS respalda con hechos sus palabras cuando se trata de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra, instrumentos que codifican las mejores prácticas en materia de desarrollo y se pueden aplicar fácilmente al sector sanitario. Se han registrado progresos rápidos en algunos países, pero desde luego no en todos. Algunos observadores consideran que estos instrumentos cobrarían un mayor impulso si formasen parte de un marco legal más formal.

En relación con la eficacia de la ayuda, tenemos mucha experiencia práctica; la premisa es sencilla: si hay demasiados agentes, conviene crear una entidad coordinadora que los reúna.

También en este caso la lista de ejemplos es larga, ustedes los conocen y no quiero destacar una alianza o iniciativa en particular. Pero sí necesitamos preguntarnos: ¿cuántas de las estructuras coordinadoras que se han implantado en años recientes han ayudado efectivamente a arreglar el desorden? ¿Cuántas de ellas se han constituido en un fin en sí mismas y simplemente han venido a aumentar la confusión y la competencia por los fondos?

Otro punto de vista se centra en el hecho de que muchos Estados han dejado de ser los proveedores principales de servicios sanitarios. En las tentativas por mejorar la gobernanza hay que incluir a otras partes, como la sociedad civil y el sector privado; incluso, en el contexto de la Asamblea Mundial de la Salud, hemos escuchado llamados para crear una comisión C con el fin de ampliar la participación más allá de los Estados Miembros.

Finalmente, es importante reconocer algunas otras formas de impartir mayor cohesión y coherencia a la acción sanitaria internacional.

Como he mencionado, los Objetivos de Desarrollo del Milenio nos han servido muy bien para lograr que la atención se concentre en la salud y el desarrollo y que ambos ocupen el primer plano político en tiempos difíciles. Desde luego, los valores comunes como la equidad, la solidaridad y la justicia social imparten cohesión. La atención primaria de salud es el hilo conductor que une los sistemas y la prestación de servicios con un conjunto de valores esenciales y la comprensión de que la salud es el producto de los esfuerzos de toda la sociedad. Además, la atención primaria de salud se fusiona muy bien con el reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de que la salud sea vista con un criterio que englobe a todo el gobierno, de manera que las inquietudes con respecto a la sanidad sean recogidas en todas las políticas gubernamentales.

La OMS en los países

La función de la OMS en los países ocupa un lugar central en todas nuestras preocupaciones. Tengo que decirlo con franqueza: aquí es donde oigo mensajes conflictivos de nuestros asociados y, para ser justos, también dentro de la Organización.

Hay cosas que en definitiva no somos: no somos un donante y, en la mayoría de las circunstancias, no somos un organismo ejecutor; hay otros que cumplen estas funciones mucho mejor que nosotros.

Algunos Estados Miembros quieren que tengamos una presencia más sólida en los países y utilizan su financiación para expresar sus puntos de vista; justifican su apoyo a la OMS basándose en la forma en que los ayudamos a lograr sus propios objetivos de desarrollo. No hay nada malo en utilizar la salud como un instrumento de política exterior; pero la OMS debe proteger constantemente su integridad como un organismo neutral y objetivo.

Hay quienes nos dicen que deberíamos ser más activos en la colaboración técnica, pero otros nos aconsejan ser intermediarios neutrales y no proveedores directos de apoyo técnico. Algunos más consideran que nuestra función debería ser facilitar los intercambios entre países y fomentar más cooperación Sur-Sur. Las reformas dirigidas al sistema de las Naciones Unidas en su conjunto generan mayores expectativas.

Por último, con parecida vehemencia, los hay que nos instan a ceñirnos a nuestra función de establecimiento de normas y otras actividades internacionales, aduciendo que ninguna otra organización puede tomar a su cargo nuestras funciones normativas, mientras que el campo del desarrollo está cada vez más poblado.

He querido plantear estos asuntos con franqueza.

Debo agregar que percibo también un incipiente impulso hacia delante, según el cual podemos utilizar los conocimientos técnicos y los datos científicos que la Organización posee para ayudar a los países a definir sus propias prioridades y estrategias, y luego pedir a los aliados que armonicen su trabajo con los objetivos y capacidades que los países consideran suyos. Esto le confiere a la OMS la función de crear un ambiente facilitador en el que otros agentes puedan actuar según sus puntos fuertes. Para lograr esto hacen falta autoridad técnica y poder de convocatoria, que son puntos fuertes tradicionales de la OMS.

Como dije al principio, esta es mi opinión personal de la ayuda eficaz para el desarrollo sanitario. Francamente, así es como me gustaría ver que nuestras oficinas en los países trabajasen en el futuro. Pero quiero escuchar las opiniones de ustedes.

La reforma de la financiación

Para concluir esta presentación, quisiera hacer algunos comentarios acerca del dinero.

Establecer prioridades claras y convincentes siempre es importante, pero nunca lo ha sido más que en el clima financiero actual. Sé que tenemos que apretarnos el cinturón y es mucho lo que podemos hacer si efectuamos unos cuantos cambios a la forma en que se financia la Organización, ejercemos la disciplina presupuestaria, logramos ahorros y somos más eficientes. En este sentido, hay mucho por hacer.

Pero llega un momento en que no basta con buscar ahorros ni tampoco podemos recurrir al viejo criterio de hacer recortes generalizados so pretexto de que las restricciones presupuestarias se deben compartir por igual, pues esto solo nos restará eficiencia en general.

En este momento, tenemos que depender de un sistema de financiación que favorece algunas partes del presupuesto y deja muchas áreas y funciones peligrosamente infrafinanciadas.

Quisiera proponer por lo tanto que en nuestra conversación sigamos dos líneas esenciales. En primer lugar, me gustaría que nos apartáramos de la consideración de los diferentes tipos de financiación; no se trata de que los fondos flexibles son buenos y las contribuciones destinadas a un fin específico son siempre malas. En vez de ello, espero que podamos ponernos de acuerdo sobre un conjunto de atributos en los que debería basarse el criterio general para financiar esta Organización. Entre ellos podrían figurar el carácter predecible, la alineación, la flexibilidad, la armonización de las prácticas entre los donantes y un fuerte vínculo con la obtención de resultados. Soy consciente de que estos atributos son un trasunto de los pilares de la Declaración de París, lo cual es lógico porque afrontamos problemas semejantes.

En segundo lugar, necesitamos estudiar lo que la Secretaría puede hacer para reforzar la confianza que nuestros donantes necesitan para hacer suyos estos atributos cuando toman las decisiones de financiación.

Esta ha sido una exposición larga, pero he querido trazar el mapa del terreno que espero podamos cubrir en los dos días que pasaremos juntos.

Quiero dejar algo muy claro: no espero que entre hoy y mañana lleguemos a conclusiones firmes. Tenemos un programa de trabajo a plazo largo y es posible que ni siquiera se cumpla plenamente con el siguiente plan estratégico a plazo medio.

Como he dicho en otras oportunidades, mi finalidad es dejarle a mis sucesores una organización en mejores condiciones que cuando asumí el cargo, una OMS apta para lograr su finalidad: que sea pertinente, desempeñe una función focalizada y sea creíble.

Habrán muchos otros que querrán unirse a esta conversación de estrategia: bienvenidos sean. En los próximos dos días, espero que podamos hacer el trabajo preliminar para un viaje estimulante.

3. RESUMEN DE LOS DEBATES

a) Reflexiones iniciales

1. En general, se consideró que la exposición hecha por la Directora General planteaba cuestiones fundamentales acerca del papel de la OMS en un ambiente que está cambiando rápidamente. Eso, sin embargo, no se consideró síntoma de una crisis de identidad sino que más bien varios participantes encomiaron a la Organización por enunciar claramente unos problemas a los que otros organismos especializados se enfrentaban.
2. Se reconoció por otro lado que las cuestiones relativas a la financiación de la OMS no podían abordarse sin antes hablar de las prioridades y la transición que está atravesando el cometido esencial de la OMS y el valor agregado que esta representa. La capacidad de la Organización para prever las nuevas tendencias sanitarias mundiales y adelantarse a ellas es buena, pero no se equipara con su capacidad para establecer prioridades. Por ejemplo, el actual Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 abarca muchas cosas.
3. La salud sigue descollando en el ámbito político como un asunto mundial y una inquietud nacional. La OMS posee una imagen pública y un capital social valiosos. Uno de los mayores haberes de la Organización es la confianza que se tiene en ella. No obstante, otros participantes recalcaron la dificultad de persuadir a parlamentos escépticos, y sus votantes, de la utilidad de la OMS y del sistema de las Naciones Unidas en general, tanto por lo que hace a sus logros como por su rentabilidad. La OMS tiene que mejorar mucho su capacidad de comunicar la forma como agrega valor a los presupuestos de desarrollo de los países donantes y el impacto que logra a escala mundial y sobre el terreno.
4. No se pone en tela de juicio que la salud sea un elemento central del desarrollo humano, pero varían mucho las perspectivas del modo como deben definirse las prioridades en materia de salud mundial y, en consecuencia, de los límites que se deben trazar a la labor de la OMS. Se plantearon preguntas acerca de la magnitud y la índole de la implicación de la OMS para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, que revisten particular importancia por lo que atañe a la carga cada vez mayor de enfermedades no transmisibles. Cuestiones parecidas surgieron con respecto a la implicación de la OMS en la reforma del servicio público y otras manifestaciones del cambio de las funciones del Estado que influirán en la organización y eficacia de los sistemas de salud. Y lo mismo puede decirse en relación con los vínculos entre la salud y otras esferas de las políticas a escala mundial y nacional, como el comercio, la propiedad intelectual, el ambiente, la economía, los derechos humanos y los asuntos exteriores.
5. Sea como fuere que se definan esos límites, hay ciertas funciones que solo la OMS puede desempeñar. Un tema recurrente en las conversaciones fue la necesidad de

ponerse de acuerdo en torno al carácter y la magnitud de las funciones de la OMS que se consideraron indispensables (y no meramente complementarias).

6. Habida cuenta de los diversos puntos de vista con respecto a las prioridades, la precisión en el lenguaje cobra una importancia decisiva. Es preciso definir con más claridad los conceptos que se emplean para definir los diferentes aspectos de la labor de la OMS, tales como seguridad, equidad, vulnerabilidad y desarrollo sanitarios.
7. Las funciones que debe desempeñar la OMS tienen que considerarse en el contexto de una organización descentralizada; ¿en qué lugar deben situarse las funciones clave para lograr los mejores resultados?
8. Por su naturaleza, la OMS debe ser pertinente para todos los Estados Miembros. En los países donde hay una oficina de la OMS, la finalidad debe ser lograr la paridad entre el nivel de asignación de recursos humanos y económicos y el grado de desarrollo y necesidad del país en cuestión. La Organización debe asimismo reevaluar la mejor manera de prestar apoyo a los países donde no tiene presencia física o donde esta ya no es necesaria.
9. Muchas partes interesadas implicadas en la salud mundial siguen la pauta trazada por la OMS, particularmente con relación a las principales reuniones cumbre de las Naciones Unidas. Habida cuenta de los sucesos que se avecinan en 2010, la resolución de las cuestiones planteadas en esta reunión cobra cierta urgencia. Al mismo tiempo, el proceso de toma de decisiones que entrañan consecuencias de largo alcance debe ser integral. La presente reunión debe considerarse como una oportunidad para obtener puntos de vista y enmarcar los asuntos a tratar, para aprovechar la gran experiencia que aportan todos los participantes. El proceso deberá continuar con la participación de todos los Estados Miembros y, finalmente, de los Órganos Deliberantes.

b) El cometido esencial: para lograr algunos elementos del consenso

10. La reunión reveló que hay consenso en torno a ciertos elementos de lo que debería considerarse el cometido esencial. Entre ello debe figurar el establecimiento de normas y patrones en todo el ámbito de las cuestiones de salud pública. Esta es la función que define a la OMS como la autoridad sanitaria técnica del mundo.
11. Deben también considerarse indispensables las funciones normativa y coordinadora en relación con la vigilancia de las amenazas para la salud y la respuesta correspondiente. Este punto de vista se ha reforzado gracias al desempeño de la Organización en respuesta al SARS, la gripe aviar y la gripe por el virus A (H1N1).
12. La OMS ha desempeñado una función decisiva al facilitar las negociaciones entre los Estados Miembros relacionadas con asuntos de importancia para la salud pública. Ejemplos destacados de ello son el Convenio Marco para el Control del Tabaco, el Reglamento Sanitario Internacional y la Estrategia mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Bien puede suceder que, como la salud interactúa

con otras esferas normativas, aumente la demanda de códigos de conducta y otras formas de acuerdo negociado. Resulta asimismo evidente que cada vez resulta más imperioso encontrar puntos de contacto cuando se abordan cuestiones muy politizadas. Si bien está claro que convocar las negociaciones y proporcionarles información técnica es un cometido esencial de la OMS, persisten las dudas acerca de la gama de temas que pueden manejarse de esta manera así como la cuantía de los recursos de la Secretaría que pueden destinarse a este fin.

13. Los participantes se refirieron a la OMS como la conciencia sanitaria del mundo, puesto que señala a la atención de los líderes políticos y la población que estos representan los principales factores impulsores de la salud y la enfermedad. Ello equivale a abordar asuntos difíciles y a veces delicados, como el impacto de los conflictos armados o la influencia de las políticas industriales, comerciales o económicas sobre la salud. Pero esto no significa que haya que actuar en todas estas esferas. Se puede proporcionar buena información y análisis a otros que estén mejor situados para actuar. No obstante, es imprescindible que la OMS examine su función como promotora de la causa sanitaria.
14. A la vista del número cada vez mayor de crisis, que además son imprevisibles, la OMS debería seguir desempeñando su función en la acción humanitaria. La función de la Organización como coordinadora del Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias está consolidada y la prioridad es desempeñarla eficazmente, compartiendo responsabilidades con otras partes según sea necesario. Algunos participantes señalaron la necesidad de que haya una relación más estrecha entre la acción humanitaria y una actividad a más largo plazo en pro del desarrollo. Otros propugnaron aplicar al ámbito del desarrollo el concepto del Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias, que ha resultado eficaz en las crisis.

c) El ámbito superpoblado de la salud y el desarrollo

15. En muchos países de ingresos bajos los gobiernos tratan de mejorar los resultados sanitarios con recursos escasos y se enfrentan con una proliferación de socios y aliados que con excesiva frecuencia compiten entre sí por los recursos, brindan orientaciones contradictorias e influyen en la priorización en diferentes direcciones. Entre tantos protagonistas en los países el desempeño de la OMS es de lo más variable y su función es menos clara. En esta parte del informe se reseñan los señalamientos hechos durante la reunión acerca del entorno en transición. Más adelante, se desglosan los señalamientos más concretos a propósito de las alianzas, el apoyo a los países y la colaboración técnica.
16. Los recursos internacionales destinados a la salud han aumentado considerablemente, pero a costa de una mayor fragmentación. Resulta por tanto esencial entender los incentivos que determinan la estructura y el funcionamiento del sistema internacional. Hoy por hoy, se favorecen las iniciativas descollantes, con auspicio político y centradas en un problema concreto. Las entidades coordinadoras a menudo se

convierten en un fin en sí mismas o compiten por los fondos con las entidades a las que pretenden coordinar. Las pequeñas secretarías tienden a crecer inexorablemente y los mandatos se amplían en la misma proporción. Ni los gobiernos donantes ni los países a los que apoyan hablan con una sola voz. Será muy difícil cambiar esta situación, particularmente a escala mundial, pues son muy pocos los indicios de que haya inclinación política para efectuar una reforma estructural de fondo. Por consiguiente, es preciso que los objetivos sean realistas.

17. Lo que plantea aún más dificultades es que los problemas alcanzan a todo el sistema y las soluciones exigen la actuación de diversas organizaciones sanitarias en el mundo (dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas), pero las correspondientes estructuras de gobierno son particulares de cada organización. Lo que corresponde, por lo tanto, es buscar oportunidades para unificar la gobernanza en este ámbito de la salud mundial (véase también el tema de la gobernanza en el párrafo 45).
18. Aunque no hay dudas de que la acción de alcance mundial es imprescindible para racionalizar el sistema vigente, adoptar un criterio centrado en los países puede brindar mejores perspectivas de lograr mejoras en el corto plazo. La Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra aportan instrumentos que pueden aplicarse rápidamente en el sector de la salud. También existe ahora mismo un movimiento dirigido a lograr mayor concordancia en torno a los planes nacionales, una esfera en que la OMS participa cada vez más activamente.

d) Las alianzas

19. Aliarse con otros es fundamental para todos los aspectos de la labor de la OMS. Esto incluye las relaciones con todos los donantes de la Organización, otros organismos de las Naciones Unidas y una gran gama de asociados de la sociedad civil y de los sectores público y privado. Algunas alianzas se basan en un contrato, pero en todas debe mediar la confianza. Con el propósito de centrar el debate, los participantes se propusieron definir los diferentes tipos de alianzas y sus implicaciones para el cometido de la OMS.

A nivel mundial

20. La forma más amplia de alianza es la formación de la alianza en pro del desarrollo prevista por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que promueve la solidaridad entre las naciones y, por lo tanto, un mundo más equitativo. Exige además que la OMS reconozca los vínculos recíprocos entre los ODM y la necesidad de aplicar un criterio integrado para cumplirlos.
21. Los participantes en la reunión separaron las alianzas que se habían establecido a nivel mundial principalmente para recaudar fondos para fines específicos. En este caso lo que importa es la claridad de las funciones: conseguir que las normas y procedimientos

elaborados por la OMS se apliquen al preparar y ejecutar las propuestas, y que las organizaciones financiadoras resistan la tentación de establecer su propia capacidad normativa o de apoyo técnico. Se propuso codificar mejor la división de tareas y responsabilidades —más allá de las cuestiones de colaboración técnica— entre la OMS y las principales alianzas de financiación.

22. Hay más polémica en torno a la función de las alianzas mundiales que consideran que su papel principal es la promoción de la causa o la coordinación de políticas. Algunos sostienen que estas alianzas entrañan el riesgo de duplicar las funciones de convocatoria y coordinación de la OMS. Los problemas surgen especialmente cuando los intereses (y la necesidad de recursos humanos y económicos) chocan o socavan la capacidad de la organización que les da albergue.
23. El punto de vista opuesto, expresado con igual vigor, es que ciertos asuntos exigen una respuesta no solo rápida sino focalizada y que involucre en pie de igualdad a partes interesadas que no formen parte automáticamente de la composición normal de la OMS. Los propugnadores de ambas opciones reconocieron, sin embargo, que se podía argumentar a favor de que las alianzas centradas en una finalidad concreta tengan una duración limitada (aunque no hay antecedentes de que ninguna de ellas se haya dado por concluida).
24. En el curso del debate sobre las alianzas estuvo presente de nuevo la idea de definir el cometido y la función esenciales de la OMS. Así, al establecer cualquier alianza, ¿qué aporta la OMS a la relación que no pueda ser aportado por otros? Y a la inversa, antes de establecer nuevas alianzas también es válido preguntarse ¿qué funciones va a desempeñar la OMS que no puedan ser desempeñadas por las instituciones existentes?

A nivel de los países

25. Establecer alianzas en los países resulta igualmente complejo. Es útil para la exposición presentar primero, en los párrafos que siguen, las intervenciones que se centraron en la relación entre la OMS, otras organizaciones técnicas y de financiación y diferentes partes del gobierno. La función más amplia de la OMS consistente en coordinar o facilitar la actuación de todos los asociados en el ámbito de un país se aborda en la siguiente sección acerca del apoyo a los países.
26. Muchos participantes dijeron que sería aconsejable adoptar un criterio de mayor unión entre los organismos de las Naciones Unidas. Se ha comprobado que en las circunstancias apropiadas, cuando interviene la combinación justa de personalidades y el apoyo del gobierno anfitrión, el método de «actuar de consuno» puede arrojar resultados positivos. Se instó firmemente a la OMS a proseguir sus esfuerzos en esa dirección, aceptando la autoridad de otros cuando convenga hacerlo o buscando deliberadamente un papel protagónico cuando esto pudiera agregar valor.
27. Al mismo tiempo, se dejaron oír voces en desacuerdo. Algunos consideran que la reforma de las Naciones Unidas es un experimento cuyos resultados distan de estar

garantizados (y prefieren volver a la situación en que los organismos especializados se limitaban a tratar con sus interlocutores naturales en los países). Otros opinaron que la actuación de consuno se tomaría mucho más en serio si el Banco Mundial se involucrase más sistemáticamente con otras partes de las Naciones Unidas. Por último, algunos más señalaron que la tarea normativa de la OMS, que también exige actuar en los países, no siempre encaja cómodamente dentro del ámbito estrecho de los instrumentos de planificación de todo el sistema de las Naciones Unidas que tienen un carácter puramente reactivo.

28. Con todo, algunas alianzas revisten una importancia decisiva. Evidentemente, es prioritario que la OMS mejore la colaboración con el Banco Mundial y el UNICEF, pues con excesiva frecuencia estas organizaciones emiten mensajes contradictorios.
29. El interlocutor natural de la OMS en los países es el ministerio de salud. Si bien esto será siempre así, se instó a la OMS a abarcar otros ministerios (en particular el de finanzas y el de asuntos exteriores) y, además, ser más eficaz para formar una red más amplia de relaciones con quienes influyen y tienen incumbencia en la formulación de las políticas sanitarias nacionales, ya sea en el gobierno central o local, en el parlamento, en la sociedad civil o en el sector privado.

e) Apoyo a los países

30. La conversación empezó por la presencia y coordinación en los países, y de ahí pasó a otras cuestiones. En primer lugar, se reconoció que la cuestión es saber cómo apoya la OMS a los países. En algunos lo hace mediante la presencia física, pero en otros no es así. Se propuso que la OMS examinara los medios por los que apoya a los países donde no tiene presencia física, en particular con el fin de hacer más atractiva la idea de que los países involucrados no necesitan en verdad una oficina en el país.
31. En segundo lugar, en los países donde la OMS está presente junto con muchos otros asociados para el desarrollo la función principal no es coordinar sino facilitar. De conformidad con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra, determinar las prioridades, formular estrategias y preparar planes es una responsabilidad nacional. La función de la OMS es ayudar a las autoridades nacionales a coordinar a los asociados para el desarrollo y lograr la concordancia con las prioridades nacionales.
32. Los planes y estrategias sólidos, elaborados y poseídos por las autoridades nacionales forman los cimientos para la armonización y el alineamiento. No obstante, los participantes reconocieron las dificultades que hay que vencer para hacer realidad la coordinación. A pesar de todo, si el sector de la salud, como se señaló, es donde más difícil resulta lograr la coherencia, la función de la OMS es mejorar la calidad de las estrategias nacionales, no actuar como árbitro que decide sobre su contenido. Esto es prerrogativa del gobierno y de sus representantes elegidos democráticamente.

33. A pesar de los códigos de prácticas y los memorandos de entendimiento para guiar el comportamiento, la indisciplina cunde entre los asociados. Para lograr un cambio efectivo, los incentivos que se brindan al personal, incluido el de la OMS, tienen que ser acordes con los principios de la Declaración de París.
34. Las circunstancias difieren entre los distintos países. En algunos, la ayuda humanitaria es una prioridad inmediata; en otros, no hay una separación neta entre la necesidad de asistencia humanitaria y el apoyo para el desarrollo a largo plazo. La respuesta de la OMS y otros aliados debe orientarse a las necesidades de cada país. Los participantes plantearon si no sería útil que en los países donde la capacidad del gobierno es limitada se formase un grupo de acción sanitaria encabezado por la OMS.
35. Para lograr que la función facilitadora de la OMS a escala nacional sea más eficaz, hay que garantizar la financiación de estas actividades. Como se señaló anteriormente, la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas y de otro tipo no será eficaz si compiten entre sí por el mismo dinero. Si esto es parte del cometido esencial, hay que destinarle fondos suficientes del presupuesto ordinario.
36. Si la facilitación en los países va a ser un componente clave del cometido esencial de la OMS, será preciso definir los resultados y productos específicos que se pretende obtener de una manera que permita demostrar la eficacia de la Organización.

f) Colaboración técnica

37. «El nombre determina una diferencia», se dijo al distinguir entre la asistencia técnica, que implica el suministro de conocimientos y experiencia en una sola dirección, y la colaboración técnica, en la que el intercambio está explícito y ambas partes se benefician de la interacción. Se instó a la OMS a facilitar este tipo de intercambio mediante la cooperación Sur-Sur y la interacción triangulada entre los Estados Miembros.
38. La colaboración y el apoyo técnicos a los países ha sido y sigue siendo una de las funciones fundamentales de la OMS, y ello se refleja lo mismo en la Constitución que en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Por consiguiente, debe ser preocupante para la OMS que se haya dicho explícitamente que esta es la esfera de su desempeño más necesitada de mejora.
39. Durante la reunión se dejaron oír muchos consejos prácticos: no nos digan qué tenemos que hacer, más bien oriéntennos sobre cómo hacer lo que en nuestra opinión es una prioridad; no lleguen y se vayan en seguida: tómense el tiempo necesario para crear la capacidad local, entendiendo que el objetivo fundamental es lograr la autosuficiencia; traigan a gente que tenga experiencia práctica en el trabajo que se tiene que hacer; la mejor orientación proviene de quienes están más cerca.
40. Por otro lado, se señaló que la OMS debería concentrar el apoyo técnico en un nivel más estratégico o preliminar, lo que a su vez requeriría que en las oficinas en

los países hubiese un personal de características diferentes: en general, menos gente con una experiencia más variada. También plantearía el reto de cómo cuantificar el resultado de esta clase de apoyo.

41. La demanda de apoyo técnico ha aumentado considerablemente por la necesidad que tienen los países de preparar propuestas para presentarlas a las iniciativas sanitarias mundiales. Esto ha propiciado las sugerencias en el sentido de que hacen falta criterios completamente nuevos para prestar la cooperación técnica. En vez de considerarse principalmente como proveedora de apoyo técnico, y por lo tanto como participante activo en la elaboración y ejecución de propuestas, la OMS debería considerar la posibilidad de actuar como «intermediario»: es decir, ayudar a las autoridades nacionales a entrar en contacto con las mejores personas e instituciones; asegurar la calidad de los servicios prestados; y crear la capacidad necesaria dentro de los gobiernos para que estos gestionen el proceso por sí mismos.
42. Por último, se recordó a los participantes que el apoyo técnico hace falta no solo en el ámbito nacional, sino también para afrontar las amenazas transfronterizas.

g) Las implicaciones para la gobernanza

43. A pesar de la complejidad de las dificultades que hay que superar, hubo consenso en torno a la necesidad de afrontarlas diligentemente y con la intención real de cambiar la situación, sin recurrir a modificar la Constitución de la OMS.
44. Las implicaciones para la función de la OMS en el ámbito de la gobernanza que se desprenden del debate se clasifican en dos niveles. Por un lado, reconociendo que la proliferación de partes interesadas y la complejidad del entorno a escala mundial exigen medidas sistémicas, se comentó que la OMS debería ser la voz de la «racionalidad sistémica». Dicho de otro modo, cuando las cosas vayan mal en la forma como estén trabajando las organizaciones sanitarias mundiales, la OMS deberá hacer sonar la alarma señalando los problemas y proponiendo soluciones.
45. Más allá de expresar las inquietudes en torno a la falta de racionalidad, las opiniones se dividieron: por un lado estaban los que propusieron que la OMS debería asumir una función directiva más fuerte en la gobernanza mundial; por el otro, los que consideraban necesario que la OMS se «situara» más claramente como un participante entre otros, basándose en una mejor comprensión de su ventaja relativa.
46. La otra cuestión principal con respecto a la gobernanza se centra en la propia OMS. Si se reconoce que en el mundo moderno el Estado-nación ha dejado de ser el único protagonista, y ni siquiera es el actor más influyente, en la conformación de las políticas sanitarias mundiales, ¿no debería la gobernanza de la OMS reflejar esta realidad en transición y abarcar más a la sociedad civil y el sector privado?
47. Se examinaron brevemente las formas como podría lograrse lo anterior. Por un lado, podría crearse un foro enteramente nuevo que incluiría a los principales interesados

en el ámbito de la salud mundial (y que probablemente se centraría principalmente en las cuestiones del desarrollo) o una adición a la Asamblea Mundial de la Salud bajo la forma de una comisión separada para las partes interesadas que no fuesen estatales (la propuesta de la Comisión C).

h) Las consecuencias para la financiación: no más, sino mejor

48. La forma como la OMS se financia es el factor determinante clave de la manera como funciona. La mayoría de los participantes reconocieron las dificultades inherentes a la situación actual en que menos del 20% de los ingresos proviene de las contribuciones señaladas y la mayoría de las contribuciones voluntarias están destinadas a un fin específico. Se reconoció asimismo que esta división de los ingresos dificulta enormemente la paridad entre los recursos y las prioridades acordadas; pero era muy poco probable que las contribuciones asignadas aumentaran a los niveles del pasado. Por lo tanto, hacían falta nuevos enfoques.
49. Para corregir la situación prevaleciente se necesitaban cambios por parte de los donantes y de la Secretaría. Por el lado de los donantes, la posibilidad de predecir las aportaciones es clave. No cabía esperar que la OMS realizara cambios administrativos complejos sin el margen que le proporcionaría una financiación más predecible a largo plazo. Además, era importante evitar las situaciones en que, debido a la insistencia de los donantes de contribuciones voluntarias en conseguir tasas artificialmente bajas de gastos de apoyo a los proyectos, las contribuciones señaladas terminan utilizándose para subsidiar el déficit.
50. Los donantes lanzaron mensajes igualmente claros a la Secretaría sobre la cuantía de los fondos que se transfieren al final de los bienios y las tasas de ejecución, así como la necesidad de desplegar mayores esfuerzos para hablar con una sola voz cuando se trata de movilizar recursos. En un plano más fundamental, el aumento del apoyo de los donantes para que aporten una financiación mayor y más flexible solo será el resultado de una mayor claridad de los propósitos, prioridades más estrictas, mayor eficiencia, excelencia en la prestación y la capacidad de comunicar eficazmente a un público amplio la forma y el lugar donde se están logrando los resultados. La buena comunicación pública, especialmente en los países donantes, aunada a un desempeño eficaz en los países son fundamentales para influir a los que deciden en esos países.
51. Se manifestó cierta inquietud en torno a la proporción cada vez mayor de las contribuciones voluntarias y la medida en que, en virtud de estas, se pide a la OMS que trabaje más en favor de los intereses de unos cuantos estados que de todos sus miembros. Algunos participantes consideraron que la solución radica en ampliar la lista de donantes voluntarios, aun si la cuantía de sus aportaciones es relativamente modesta. La OMS debe proseguir el diálogo que ha iniciado con donantes nuevos.
52. Varios participantes se refirieron a las nuevas fuentes de financiación. ¿No debería la OMS conseguir fondos mediante relaciones con entidades deportivas a la manera

del UNICEF? Sin menoscabo de su independencia e integridad, ¿no podría la OMS buscar otras fuentes de financiación en el sector privado? Algunos donantes mencionaron la tendencia en ascenso de mancomunar los fondos de varios organismos, particularmente en los países. Esto significaría recibir dinero de otros organismos en vez de recibirlo directamente de los donantes o, en realidad, manejar fondos que después se distribuyen a otros. La OMS ha empezado a tener acceso a recursos del fondo para los ODM a nivel de país.

53. Además de nuevas fuentes, se exhortó a la OMS a considerar nuevos procesos para recaudar fondos que puedan aumentar su carácter predecible y flexible. Se expresaron argumentos en favor de aplicar un proceso de reaprovisionamiento de fondos basado en prioridades claras y un plan de ingresos, y vinculado con los procesos de los Órganos Deliberantes.

i) El camino a seguir: un mapa de ruta

54. Hubo acuerdo general en el sentido de que la conversación de estrategia en esta reunión representaba el inicio de un proceso más amplio. Por tal motivo, el presente informe señala cuestiones y plantea preguntas para un debate ulterior, no formula recomendaciones.
55. Al resumir el camino a seguir, la Directora General dijo que el siguiente paso sería informar a los Estados Miembros acerca de esta reunión, inicialmente por medio de su alocución ante el Consejo Ejecutivo. En ese discurso, indicó que se presentaría un informe oficial al Consejo en su reunión de enero de 2011 para que este lo transmitiera a la Asamblea Mundial de la Salud, que sesionaría en mayo de ese año.
56. Para alcanzar este hito, se solicitarían los puntos de vista de los Estados Miembros. El presente informe se transmitirá con una nota verbal a todas las misiones, por medio de la cual se las invitará a participar en una consulta por la web sobre los asuntos abordados en la reunión y resumidos en estas páginas.
57. Las oficinas regionales también pueden considerar la conveniencia de organizar debates con motivo de las reuniones de los comités regionales más tarde este año, invitando cuando proceda a participantes de esta reunión para dar cierta continuidad a los temas del debate.
58. En octubre de 2010 se refundirán todas las observaciones y se tendrá así la base para redactar un documento para el Consejo Ejecutivo en enero de 2011.

LISTA DE PARTICIPANTES

- Sr. Bennani Abdellatif, Director de Presupuesto, Ministerio de Economía y Finanzas, Marruecos
- Sr. Shaikh Altaf Ali, Secretario, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Bangladesh
- Sr. F. López Álvarez, Embajador, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, España
- Sra. Reina Buijs, Jefa de la Sección de Salud, Ministerio de Asuntos Exteriores, Países Bajos
- Dra. Merceline Dahl-Regis, Miembro del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, Médico Jefe, Ministerio de Salud, Bahamas
- Sra. Maria Luisa Escorel, Ministra Consejera, Misión Permanente del Brasil en Ginebra, Brasil
- Sr. Jean Feyder, Embajador, Representante permanente del Gran Duque de Luxemburgo ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Luxemburgo
- Sra. Diane Jacovella, Vicepresidenta, División de Programas Multilaterales y Mundiales, Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, Canadá
- Sr. Manfred Konukiewitz, Jefe de la Dirección de Políticas Mundiales y Sectoriales, Ministerio Federal Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ), Alemania
- Sr. Mozzam Malik, Director, Naciones Unidas, División de Conflictos y Ayuda Humanitaria, Reino Unido
- Sr. Christian Masset, Director General, Dirección General de Globalización, Desarrollo y Alianzas, Ministerio de Asuntos Exteriores y Europeos, Francia
- Babacar Carlos Mbaye, Embajador, Representante Permanente de la República del Senegal ante la Oficina de las Naciones Unidas e instituciones especializadas en Ginebra, Senegal
- Sr. Tom Mboya, Embajador, Representante Permanente de la República de Kenya ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y otras organizaciones internacionales en Suiza, Kenya
- Dra. Sigrun Møgedal, Asesora Especial, Iniciativas Mundiales y Género, Ministerio de Asuntos Exteriores, Noruega

- Sr. John Monahan, Director Interino, Oficina de Asuntos de la Salud Mundial, Departamento de Salud y Servicios Sociales, Estados Unidos de América
- Dr. Masato Mugitani, Viceministro para la Salud Mundial, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, Japón
- Sr. V. A. Nebenzia, Representante Permanente Adjunto, Misión Permanente de la Federación de Rusia ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra, Federación de Rusia
- Dr. Anders Nördstrom, Director General, Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional, Ministerio de Asuntos Exteriores, Suecia
- Sr. Joon Oh, Ministro Adjunto para Asuntos Multilaterales y Mundiales, Ministerio de Asuntos Exteriores y Comercio Exterior, República de Corea
- Sra. Cath Patterson, Subsecretaria, División de Estrategias Internacionales, Departamento de Salud y Envejecimiento, Australia
- Dr. Liu Peilong, Asesor Principal, Departamento de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud, China
- Sr. Partha Satpathy, Ministro, Misión Permanente de la India ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y otras organizaciones internacionales en Suiza
- Sra. Kampeta Pitchette Sayinzoga, Directora de la Unidad de Políticas Macroeconómicas, Ministerio de Finanzas y Planificación Económica, Rwanda
- Dr. Gaudenz Silberschmidt, Vicedirector, Jefe de la División de Asuntos Internacionales, Suiza
- Dr. Suwit Wibulpolprasert, Asesor Principal en materia de Control de Enfermedades, Ministerio de Salud Pública, Tailandia
- Sr. Philip Yeo, Asesor Especial para Desarrollo Económico, Oficina del Primer Ministro, Singapur
- Dr. Sam Zaramba, Presidente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, Director General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Uganda (fue invitado pero no pudo asistir)
- Sr. Kouros Ahmadi, Consejero, Misión Permanente de la República Islámica del Irán ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra, Irán (República Islámica del)
- Sr. Asif Bajwa, Secretario Especial, Ministerio de Finanzas, Pakistán
- Sra. Elisabetta Belloni, Directora General, Dirección General de Cooperación para el Desarrollo, Ministerio de Asuntos Exteriores, Italia
- Sra. Manal Hussein, Primer Asistente del Ministro de Finanzas, Ministerio de Finanzas, Egipto
- Sr. F. Muñoz, Miembro del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, Agregado, Misión Permanente de Chile ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra, Chile

- Dr. Ayanda Ntsaluba, Director General de Asuntos Exteriores, Departamento de Relaciones Internacionales y Cooperación Internacional, Sudáfrica
- Profesor Batatunde Osotimehin, Ministro de Salud, Ministerio Federal de Salud, Nigeria
- Dr. Lester Ross, Secretario Permanente, Ministerio de Salud y Servicios Médicos, Islas Salomón



**World Health
Organization**

Para obtener más información:
www.who.int