

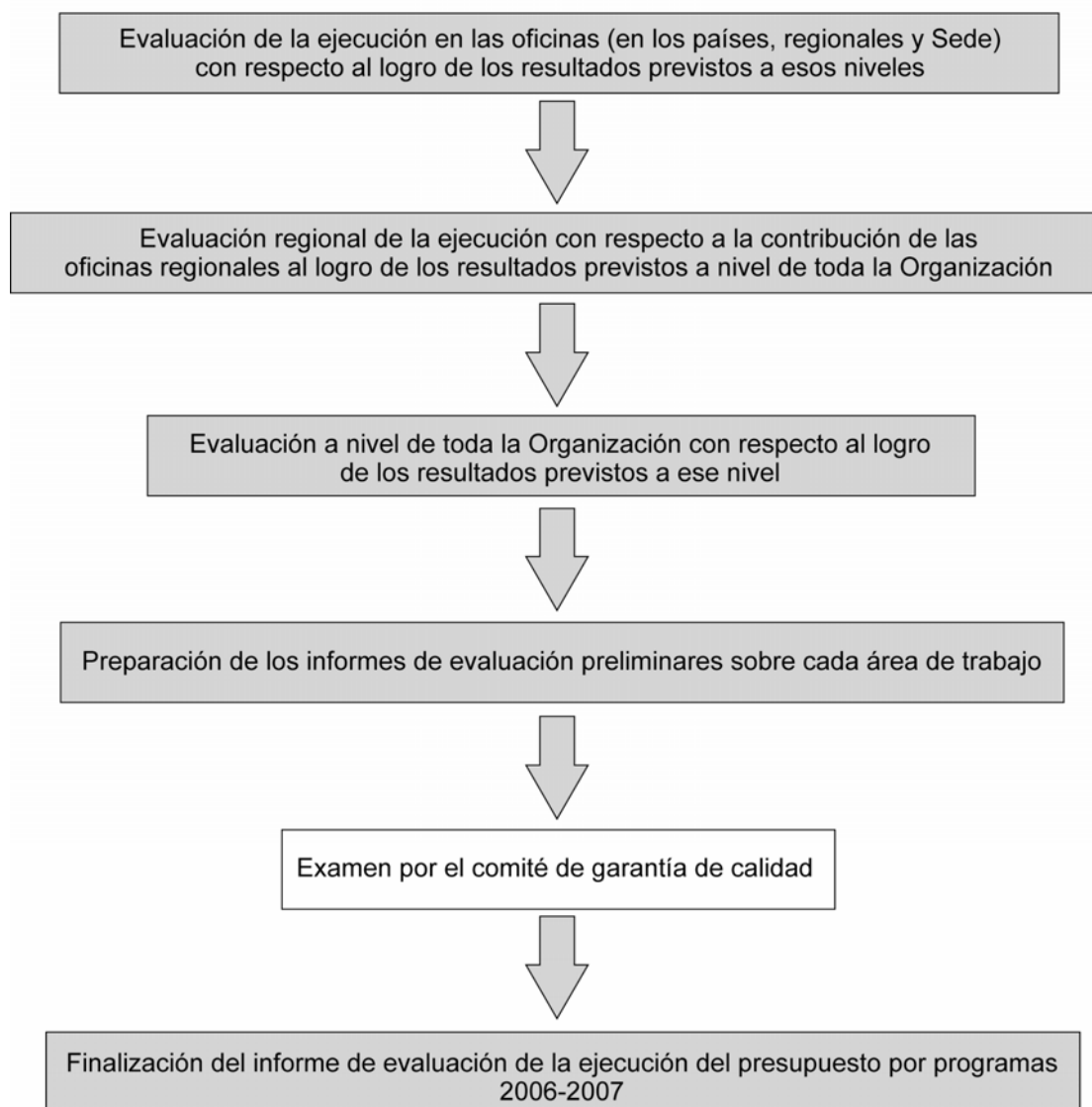
Presupuesto por programas 2006-2007: evaluación de la ejecución

Informe de la Secretaría

1. La presente evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2006-2007 tiene dos finalidades: evaluar el desempeño de la Secretaría en el logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización, de cuya realización debe rendir cuentas plenamente la Secretaría; y determinar los principales resultados conseguidos por los Estados Miembros y la Secretaría en relación con los objetivos de la OMS.
2. La evaluación de la ejecución es un componente del marco de gestión basada en los resultados de la OMS. Los procesos bienales de vigilancia y evaluación, de los que forma parte la evaluación de la ejecución, también abarcan la vigilancia periódica del plan de trabajo y el examen de mitad de período sobre los progresos realizados en el logro de los resultados previstos. En su séptima reunión,¹ el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo destacó la importancia que tienen la vigilancia y evaluación oportunas para evaluar la ejecución del presupuesto por programas.
3. Además de determinar los principales logros, la evaluación de la ejecución también abarca un análisis de los factores de éxito, los obstáculos, las enseñanzas extraídas y las medidas necesarias para mejorar la ejecución del presupuesto por programas, incluida su ejecución financiera, en cada área de trabajo.
4. La evaluación correspondiente al bienio 2006-2007 ha consistido básicamente en un proceso de autoevaluación de las distintas oficinas (Sede y oficinas regionales y en los países) sobre su desempeño en el logro de los resultados previstos en cada caso. Las oficinas examinaron la realización de los productos y servicios previstos, identificaron y actualizaron los valores de los indicadores correspondientes a los resultados previstos y proporcionaron información descriptiva sobre el logro de esos resultados.
5. Los valores de los indicadores y las observaciones basadas en las evaluaciones de la ejecución en las oficinas se consolidaron a nivel regional y se incluyeron en un informe de síntesis sobre las contribuciones regionales al logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización.

¹ Véase el documento EB122/3.

Proceso de evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2006-2007



WHO 08.18

6. Posteriormente, los resultados de las evaluaciones de la ejecución en toda la Organización se consolidaron en la Sede para preparar informes de evaluación sobre las distintas áreas de trabajo, también a nivel de toda la Organización.

7. A fin de lograr una mayor fiabilidad y exactitud en los resultados de las evaluaciones, un comité de garantía de calidad, integrado por dos expertos externos y un funcionario superior de la OMS, examinó los informes relativos a las 36 áreas de trabajo de toda la Organización para detectar incoherencias, omisiones o errores fácticos. Se prestó especial atención al examen de las pruebas justificativas de los valores indicados en los informes con respecto al logro de los objetivos de los indicadores. Posteriormente, los informes se revisaron teniendo en cuenta las recomendaciones del comité de garantía de calidad.

8. Se considera que la evaluación de la ejecución es sólida y representa la evaluación más amplia realizada por la Organización; sin embargo, presenta algunas limitaciones y en el futuro será preciso mejorarla. La introducción del Sistema Mundial de Gestión facilitará en gran medida esas mejoras al asegurar una mayor transparencia y la disponibilidad de datos «en tiempo real».

9. En el análisis de los logros se prestó especial atención a los valores correspondientes a los objetivos de los indicadores establecidos en el presupuesto por programas 2006-2007. Puesto que los indicadores no miden todos los aspectos de un resultado previsto, la sola utilización de sus valores para determinar el grado de realización de un resultado previsto a nivel de toda la Organización puede considerarse una limitación metodológica. Otras deficiencias se refieren a la inexactitud o falta de disponibilidad de los valores correspondientes a los niveles de base de algunos indicadores, la existencia de indicadores deficientes no aptos para realizar mediciones, el establecimiento de resultados previstos y objetivos de indicadores demasiado ambiciosos, y la falta de un seguimiento adecuado de los indicadores por algunos administradores. Se mejorarán las definiciones y la aptitud de los indicadores para efectuar mediciones.

10. Además de proporcionar información a los órganos deliberantes y al personal directivo, los resultados de la evaluación de la ejecución se utilizarán en la preparación del proyecto de presupuesto por programas 2010-2011, así como en la reprogramación de los planes operacionales para el bienio 2008-2009 y la adopción de decisiones sobre asignación y reasignación de recursos humanos y financieros.

11. La Secretaría considera que el informe de evaluación de la ejecución es un elemento central de su marco de gestión basada en los resultados y constituye una expresión tangible de su adhesión a los principios de transparencia y rendición de cuentas.

12. A continuación se resumen los resultados de la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2006-2007. El informe completo será examinado por los comités regionales en el curso del presente año y en enero de 2009 por el Consejo Ejecutivo en su 124ª reunión, de acuerdo con el calendario recomendado por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración al Consejo en enero de 2007.¹

OBJETIVOS DE LA OMS: LOGROS Y DESAFÍOS

13. En esta sección se presenta un resumen de los principales logros registrados, así como de los desafíos planteados, en las actividades encaminadas a cumplir los objetivos establecidos en el presupuesto por programas 2006-2007.

Enfermedades infecciosas

14. Las enfermedades infecciosas y transmisibles, en especial el VIH, la tuberculosis y la malaria, siguieron contribuyendo a aumentar la morbilidad y mortalidad, a deteriorar los medios de subsistencia y a impedir el desarrollo durante el bienio. El optimismo suscitado por la reducción de las tasas de incidencia de la tuberculosis y la mayor aplicación de la estrategia de la OMS para el control de esta enfermedad (DOTS), lo cual supuso un incremento en la detección de casos y el mantenimiento de una tasa elevada de éxito terapéutico, se vio empañado por la propagación de la tuberculosis multifarmaco-

¹ Documento EB120/3.

rristente y la aparición de la tuberculosis extremadamente resistente. Si bien se redujeron las tasas mundiales de prevalencia de esta enfermedad, es poco probable que ese ritmo de disminución permita lograr la meta de reducir a la mitad las tasas de incidencia para 2015. Los resultados preliminares indican que en todas las regiones disminuyó la incidencia de casos graves y no complicados de malaria y que la proporción de hogares con al menos un mosquitero tratado con insecticida también aumentó a nivel mundial, en particular en África. Al final de 2007, en 74 países la política nacional de tratamiento de la malaria se centraba en los tratamientos combinados basados en la artemisinina. Sin embargo, esta enfermedad provocaba al menos un millón de defunciones anuales, de las cuales el 82% en niños menores de cinco años. La aplicación de una metodología más sólida para estimar la incidencia del VIH/SIDA permitió concluir que tal vez ya se había registrado el nivel máximo de incidencia de la pandemia, en parte debido a las medidas preventivas y a los progresos realizados en la introducción y difusión del tratamiento antirretroviral. Al final del bienio unos 140 países aplicaban programas integrales de prevención y atención del VIH.

15. Al final de 2007, las actividades emprendidas en el marco de la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomiélitis habían permitido reducir en un 84% el número de casos de esta enfermedad con respecto a 2006; la transmisión autóctona del poliovirus salvaje se había interrumpido en Egipto y el Níger y cada vez estaba más limitada geográficamente en los cuatro países endémicos restantes. La inmunización contra el sarampión seguía aportando considerables beneficios de salud pública. La reducción del número de defunciones por sarampión había superado las metas previstas, en particular en la Región de África, la más afectada por esta enfermedad. Si bien a nivel mundial la cobertura con tres dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina sólo aumentó en un 2% (hasta el 79%), la tasa de cobertura en la Región de África se incrementó en un 7% hasta situarse en el 72%. En otros 12 Estados Miembros, la cobertura de inmunización con tres dosis fue superior al 90%.

16. Durante el bienio 2006-2007 se mantuvo la amenaza de una pandemia de gripe aviar: casi ninguno de los países donde se registraron brotes importantes en explotaciones agrícolas comerciales o domésticas había logrado eliminar el virus de su territorio y la tasa de mortalidad en seres humanos infectados seguía siendo alta. El 15 de junio de 2007 entró en vigor el Reglamento Sanitario Internacional (2005), uno de cuyos objetivos es yugular los eventos en su origen, antes de que se transformen en una amenaza internacional. En respuesta a las preocupaciones por la gripe aviar, al menos 105 países han actualizado sus planes estratégicos nacionales contra las enfermedades zoonóticas. También aumentó el número de países con capacidad suficiente para aportar una contribución significativa a las investigaciones internacionales sobre las enfermedades transmisibles. Se amplió la capacidad de realizar investigaciones de laboratorio y clínicas, así como de ciencias sociales, en instituciones clave de África, Asia y América Latina.

17. Al menos 90 países aplicaban programas nacionales de lucha contra una o varias enfermedades tropicales endémicas. Más de 75 países estaban haciendo progresos hacia el logro de los objetivos establecidos por la Asamblea de la Salud para la erradicación o eliminación de diversas enfermedades. La intensificación de las actividades en el marco de la campaña para la erradicación de la dracunculosis permitió reducir el número de casos de más de 25 200 en 2006 a menos de 10 000 al final de 2007.

Enfermedades no transmisibles

18. Las enfermedades crónicas no transmisibles, cuya carga es elevada en todas las regiones, provocan el 60% de las defunciones a nivel mundial y el 80% de las que se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Por primera vez se registró una reducción de la carga mundial de ceguera y discapacidades visuales y se hicieron progresos en la documentación de los casos de sordera y discapacidades auditivas. Un número creciente de países se benefició del apoyo técnico de la OMS para elaborar políticas, planes y programas nacionales sobre prevención y control de las enfermedades no trans-

misibles. Ochenta y nueve países habían formulado, o estaban formulando, políticas o programas de prevención de los traumatismos y la violencia, mientras que 49 países habían formulado políticas sobre discapacidad y habían aplicado planes para reforzar los servicios de rehabilitación. Durante el bienio aumentó rápidamente el número de estrategias nacionales de promoción de la salud; muchas de estas estrategias abarcaban áreas y planes prioritarios para realizar actividades de salud pública, por ejemplo, el envejecimiento, los jóvenes, el enfoque de la promoción de la salud basado en los entornos, la salud bucodental, las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo. Un número cada vez mayor de países, incluso de ingresos bajos y medianos, también adoptaron medidas para reforzar las políticas y los servicios de atención a las personas con trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias.

19. Al final del bienio, 151 Estados Miembros se habían convertido en Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, con lo cual este tratado pasó a ser uno de los instrumentos ratificados con más rapidez y apoyados más ampliamente en toda la historia de la salud pública. Dieciséis países habían aplicado una prohibición bastante amplia del consumo de tabaco en al menos ocho sitios (hospitales, escuelas, universidades, oficinas públicas, lugares de trabajo interiores, restaurantes, bares y otros lugares públicos cerrados). Otros 35 países habían completado la imposición de prohibiciones en establecimientos de atención de salud y de educación, así como en al menos otros tres lugares. En 55 países la proporción de los impuestos en el precio de un paquete de cigarrillos se situaba entre el 50% y 75%, mientras que en otros cuatro países era superior al 75%. Veinte países habían cumplido la norma del Convenio Marco relativa a la prohibición de la publicidad del tabaco y 41 habían satisfecho los criterios del Convenio sobre advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos.

20. En la esfera de la nutrición, 101 países aplicaban políticas y programas para combatir la malnutrición y al menos 59 países habían hecho progresos hacia el logro del Objetivo del Desarrollo del Milenio relacionado con la nutrición. En cuanto a los esfuerzos encaminados a fomentar la inocuidad de los alimentos, el 78% de los Estados Miembros compartían datos sobre enfermedades de transmisión alimentaria en el contexto de su participación en la red mundial de vigilancia de la *Salmonella*, de la OMS, y el 85% de los Estados Miembros participaban en la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos. En septiembre de 2007 más de 50 países y organizaciones internacionales asistieron al Foro Internacional de Alto Nivel sobre Inocuidad de los Alimentos (Beijing, 26 y 27 de noviembre de 2007) y adoptaron la Declaración de Beijing sobre Inocuidad de los Alimentos, en la que se insta a los países a que elaboren programas integrales para mejorar la protección de los consumidores.

Sistemas de salud

21. Durante el bienio 2006-2007 se registró un aumento considerable del número de alianzas, iniciativas, mecanismos de financiación y organismos de ejecución dedicados a la salud pública; también se acordó más prioridad a la salud en las agendas mundiales sobre asuntos políticos y de desarrollo. Al final del bienio, 72 países habían adoptado nuevos métodos de gobernanza para abordar las cuestiones relativas a los sistemas de salud y 51 países aplicaban estrategias o enfoques institucionales encaminados a reforzar la prestación de servicios sanitarios. Mediante la realización de esfuerzos concertados en esta esfera se logró sensibilizar a un número mucho mayor de países acerca de la importancia de asegurar la disponibilidad de suficientes recursos humanos para la salud; en casi todas las regiones se habían adoptado soluciones sobre planes regionales de recursos humanos para la salud y la mayor parte de los países estaban revisando sus planes y políticas nacionales en materia de recursos humanos o formulando otros nuevos. En las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental se establecieron observatorios regionales de los recursos humanos para la salud y se siguió ampliando la red de la Región de las Américas.

22. Al final del bienio, al menos 132 países habían introducido durante los 10 años precedentes nuevas políticas médicas nacionales, o habían actualizado las políticas existentes, para abarcar todos los componentes del programa médico básico. Al menos 88 países de cinco regiones utilizaban marcos operacionales básicos para integrar tecnologías de salud esenciales en los sistemas de salud como parte de sus políticas nacionales de gestión de las tecnologías sanitarias.

23. En al menos 50 países se había reforzado notablemente la capacidad de producir información esencial para la formulación de políticas, incluida la de producir información sobre corrientes de gastos sanitarios y sobre la importancia de las catástrofes financieras y el empobrecimiento debido al pago directo de prestaciones sanitarias por el usuario. Un número considerable de países evaluaron su sistema de información sanitaria y empezaron a subsanar sus deficiencias. Se dispuso de mejores datos sobre la cobertura de las intervenciones y los países utilizaron en mayor medida datos integrales para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Sin embargo, siguió siendo insuficiente la capacidad nacional de informar sobre los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, y no se constató ninguna reducción del déficit de financiación de las investigaciones en salud. Con respecto al género, la mujer y la salud, aumentó la proporción de Estados Miembros que utilizaban instrumentos de la OMS para integrar consideraciones de género en la elaboración de sus políticas, estrategias y programas de salud.

Salud materno infantil

24. Se estima que durante el bienio el 85% de las mujeres embarazadas fueron examinadas por asistentes cualificados al menos una vez durante el periodo prenatal. También se registró un fuerte incremento de la presencia de asistentes cualificados en el parto. En la mayor parte de los países de Asia, Europa y el Oriente Medio casi todas las mujeres recibieron este tipo de asistencia. A nivel mundial, aproximadamente el 70% de las mujeres contaron con esos servicios, si bien la proporción variaba según se tratase de poblaciones urbanas o rurales y de ingresos altos o bajos. Al final del bienio, el examen de los progresos realizados a nivel mundial hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil) indicó que 16 de los 68 países con las tasas de mortalidad más altas estaban en camino de alcanzar ese Objetivo; 26 estaban haciendo progresos pero debían acelerar el ritmo de reducción; y 12 no habían hecho progresos. Los países de todas las regiones habían elaborado estrategias de salud infantil y en su mayoría aplicaban una gestión integral de las afecciones de la infancia como principal plataforma para reducir la mortalidad infantil. La cobertura de tratamiento de casos estaba aumentando y el 56% de los casos sospechosos de neumonía en niños se derivaban a dispensadores de salud apropiados, mientras que el 38% de los niños con diarrea recibían rehidratación oral sin interrupción de la alimentación. Se habían ampliado las intervenciones encaminadas a mejorar la salud de los adolescentes y los principales objetivos consistían en crear servicios de salud atentos a sus necesidades y llegar a los adolescentes más expuestos a riesgos.

Salud y medio ambiente

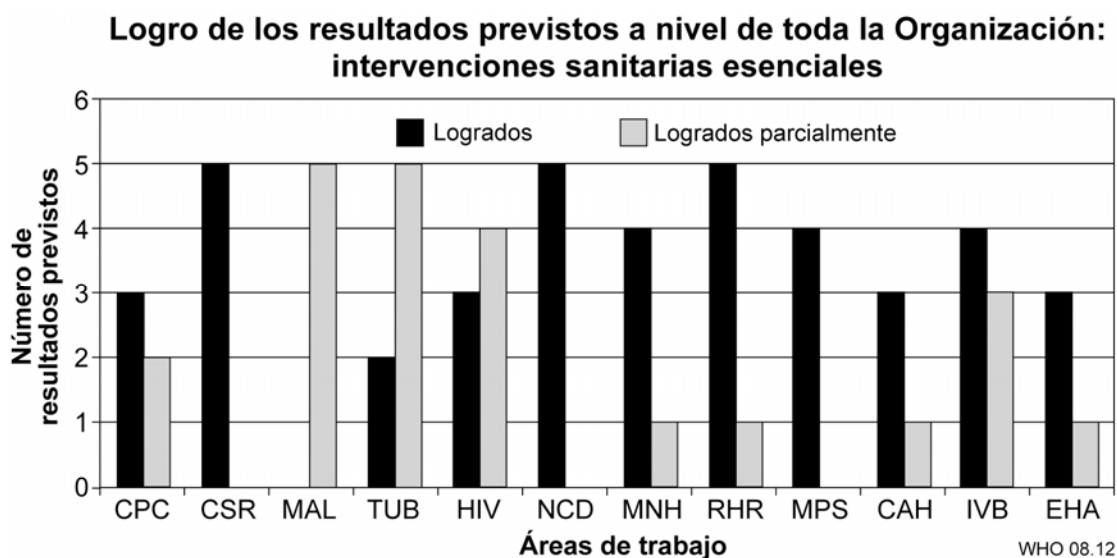
25. Durante el bienio se asumieron diversos compromisos para proteger el medio ambiente y la salud a nivel nacional, regional e internacional. Algunos de estos compromisos fueron amplios, como la Declaración de Bangkok sobre el Medio Ambiente y la Salud, adoptada en el Primer Foro Ministerial Regional sobre el Medio Ambiente y la Salud (Bangkok, 8 y 9 de agosto de 2007). Otros se referían a cuestiones específicas, como el agua y el saneamiento o la salud ocupacional. La atención internacional se centró cada vez más en el área del cambio climático y la salud como parte de los esfuerzos emprendidos en todo el sistema de las Naciones Unidas para combatir el calentamiento de la atmósfera.

DESEMPEÑO DE LA SECRETARÍA EN EL LOGRO DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

26. Durante la preparación del presupuesto por programas 2006-2007, las 36 áreas de trabajo se dividieron en cuatro grupos de actividades interdependientes: intervenciones sanitarias esenciales; políticas, sistemas y productos sanitarios; determinantes de la salud; y apoyo eficaz a los Estados Miembros. En este informe, cuya estructura se ajusta a esa misma agrupación de actividades, se presenta un resumen de los principales resultados; también se clasifica el desempeño en relación con los resultados previstos a nivel de toda la Organización en el presupuesto por programas 2006-2007, de cuya realización debe rendir cuentas plenamente la Secretaría. El grado de éxito en el logro de estos resultados previstos se indica mediante los términos siguientes: «Logrados» significa que todos los objetivos de los indicadores de los resultados previstos se alcanzaron o sobrepasaron; «Logrados parcialmente» significa que uno o varios de los objetivos de los indicadores no se lograron; y «Suprimidos, aplazados, o sin suficientes datos probatorios» significa que debido a la modificación de los planes iniciales se suprimió el resultado previsto, que su logro se aplazó hasta un bienio posterior al 2006-2007, o que no se dispone de suficientes datos probatorios para determinar el grado de realización.

Intervenciones sanitarias esenciales

27. Este grupo abarca 12 áreas de trabajo.¹



28. **Prevención y control de las enfermedades transmisibles (CPC).** Durante el bienio prosiguió la labor encaminada a consolidar y modernizar las estrategias de prevención y control de las enfermedades tropicales desatendidas y las pruebas señalaron a la quimioterapia preventiva masiva como posible medio para interrumpir las cadenas de transmisión. Se elaboraron diferentes intervenciones, técnicas e instrumentos innovadores y costoeficaces, que se validaron en entornos de escasos recursos; durante el bienio el acceso a esas innovaciones se incrementó según las previsiones. Dos resultados

¹ Prevención y control de las enfermedades transmisibles (CPC); Alerta y respuesta ante epidemias (CSR); Malaria (MAL); Tuberculosis (TUB); VIH/SIDA (HIV); Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles (NCD); Salud mental y abuso de sustancias (MNH); Salud reproductiva (RHR); Reducción de los riesgos del embarazo (MPS); Salud del niño y del adolescente (CAH); Inmunización y desarrollo de vacunas (IVB); y Preparación y respuesta ante emergencias (EHA).

previstos a nivel de toda la Organización en el área de la prevención y el control de las enfermedades transmisibles sólo se lograron parcialmente: los relativos a la elaboración de directrices, políticas y estrategias, y al fomento de asociaciones innovadoras.

29. **Alerta y respuesta ante epidemias (CSR).** Como parte de un enfoque más integral de la seguridad sanitaria internacional, la Secretaría estableció un mecanismo para las actividades de alerta y respuesta de la OMS ante epidemias y otras emergencias de salud pública, que funciona durante las 24 horas todos los días del año. En respuesta a lo prescrito en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), durante el bienio se aceleró la prestación de apoyo a otros programas, incluso en el área de la seguridad química, la protección radiológica y la inocuidad de los alimentos. Se proporcionó apoyo técnico a los países afectados por epidemias de cólera, meningitis, gripe aviar, fiebres hemorrágicas de Marburgo y del Ebola, y fiebre amarilla. Se lograron todos los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a alerta y respuesta ante epidemias.

30. **Malaria (MAL).** Se reactivó el Programa Mundial sobre Malaria y se constataron mejoras en el control de esta enfermedad, incluida la reducción de la mortalidad. Sin embargo, en la mayor parte de los países no progresó la labor encaminada a combinar las campañas «de puesta al día» con la vacunación «de rutina» en las actividades del Programa Ampliado de Inmunización y en los servicios de atención prenatal. La previsión insuficiente y la falta de capacidad en materia de adquisiciones y de gestión de la cadena de suministros obstaculizaron los esfuerzos encaminados a ampliar las actividades y efectuar la transición de la cloroquina a las terapias combinadas a base de artemisinina para el tratamiento de esta enfermedad. En muchos casos siguió habiendo deficiencias en el tratamiento domiciliario de la malaria y en los sistemas de vigilancia sistemática en los países. Por estas razones, los cinco resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo relativa a la malaria sólo se lograron parcialmente.

31. **Tuberculosis (TUB).** Durante el bienio se pusieron en marcha el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, de la Alianza Alto a la Tuberculosis, y la estrategia Alto a la Tuberculosis, en la que se basa dicho Plan. En la mayoría de los países mejoró la coordinación entre las partes interesadas en la lucha antituberculosa; además, se hicieron progresos considerables en la labor encaminada a introducir nuevos enfoques para ampliar el acceso a medios más eficaces de lucha contra esta enfermedad mediante la colaboración publicoprivada, la colaboración entre programas de lucha contra la tuberculosis y contra el VIH, la participación comunitaria y la movilización social. El Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis y el Comité Luz Verde también ampliaron su cobertura, incluso en entornos de escasos recursos. Cinco de los siete resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo relativa a la tuberculosis sólo se lograron parcialmente. Se trata de los siguientes resultados previstos: aplicación de un plan mundial para la expansión de la estrategia DOTS; apoyo a la aplicación de planes nacionales a largo plazo para la expansión de la estrategia DOTS y la lucha sostenida contra la tuberculosis; el mantenimiento del compromiso político y la movilización de recursos adecuados; el mantenimiento y la expansión de sistemas de vigilancia y evaluación a nivel nacional, regional y mundial; y el suministro a los países de orientación y apoyo adecuados para combatir la tuberculosis multifarmacorresistente en los países con alta prevalencia del VIH.

32. **VIH/SIDA (HIV).** Durante el bienio, la cobertura con tratamiento antirretroviral registró un incremento considerable en todas las regiones. Asimismo, hubo un aumento significativo en los recursos destinados a combatir el VIH/SIDA y se prestó apoyo para facilitar el acceso de los países a los fondos. Los países también recibieron apoyo a fin de reforzar la capacidad de sus sistemas de salud para responder al VIH/SIDA y a afecciones conexas. En la Región de África el porcentaje de distritos con al menos un servicio de pruebas del VIH y de apoyo psicológico registró un aumento del 60%, aproximadamente, con lo que se decuplicó con respecto al bienio anterior. En cuanto a la Región de las Américas, el Consejo Directivo de la OPS, en su 46ª Sesión, aprobó el Plan Estratégico Regional

para el control de la infección por el VIH/SIDA y las ITS, 2006-2015, cuya finalidad es prestar apoyo para conseguir el acceso al tratamiento universal del VIH/SIDA.¹ Cuatro de los resultados previstos a nivel de toda Organización para el área de trabajo relativa al VIH/SIDA sólo se lograron parcialmente. Se trata de los siguientes resultados previstos: prestación de apoyo para expandir el tratamiento y la atención; utilización de directrices normativas y otros instrumentos; fortalecimiento de los sistemas de notificación y vigilancia; y prestación de apoyo para asegurar la continuidad del suministro de productos y medicamentos relacionados con el VIH.

33. **Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles (NCD).** En tres regiones se elaboraron y adoptaron diversas estrategias y marcos regionales para la vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles; en la mayor parte de las regiones hubo progresos considerables en la recopilación de datos mediante encuestas basadas en el método PASOS de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo. Un número cada vez mayor de países se beneficiaron del apoyo técnico de la OMS para elaborar políticas, planes y programas nacionales de prevención y control de estas enfermedades. Se lograron todos los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área relativa a la vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles.

34. **Salud mental y abuso de sustancias (MNH).** Durante el bienio aumentó considerablemente la calidad y cantidad de las actividades de apoyo técnico a los Estados Miembros en el área de los trastornos mentales y neurológicos y los relacionados con el consumo de sustancias. La OMS, como proveedor mundial de datos científicos y de investigación de alta calidad sobre los aspectos de salud pública de estos trastornos, ha desempeñado una función rectora en la promoción de la protección de los derechos de quienes los padecen. Se llevó a cabo una evaluación a nivel mundial de los problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol; también se completó un examen de las pruebas de la eficacia para la salud pública de diferentes opciones normativas, que se basó en amplias consultas con las partes interesadas pertinentes. Uno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a la salud mental y abuso de sustancias sólo se logró parcialmente. Se trata del siguiente resultado previsto: prestación de apoyo a los países para la elaboración basada en datos probatorios de estrategias, programas e intervenciones para la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos.

35. **Salud reproductiva (RHR).** Las oficinas regionales y en los países continuaron aplicando la Estrategia mundial OMS de salud reproductiva, que incluye el desarrollo de planes nacionales. Además, en 2007 se elaboró un plan de acción mundial para aplicar la Estrategia mundial OMS de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. El Programa de colaboración estratégica OMS/UNFPA contribuyó a fomentar vínculos indispensables entre las actividades nacionales relativas a salud sexual y salud reproductiva, particularmente en lo concerniente a planificación familiar e infecciones de transmisión sexual. Uno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a la salud reproductiva se logró sólo parcialmente. Se trata del resultado concerniente a asegurar el acceso a nuevos datos fehacientes, productos y tecnologías para mejorar la salud reproductiva y sexual, y fortalecer la capacidad de investigación.

36. **Reducción de los riesgos del embarazo (MPS).** Los esfuerzos orientados a reducir los riesgos del embarazo se beneficiaron del aumento de la concienciación, el compromiso político y la financiación de los donantes bilaterales y los propios países. Se mejoraron la planificación y el seguimiento conjuntos, lo que permitió la elaboración coordinada de políticas y estrategias y la prestación de ma-

¹ Resolución CD46.R15.

yor asistencia técnica a los países. Asimismo, se fortaleció la capacidad nacional e institucional para mejorar los resultados relativos a la supervivencia y la salud materna y neonatal. En este bienio se lograron plenamente los cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a la reducción de los riesgos del embarazo.

37. **Salud del niño y del adolescente (CAH).** La aplicación de la Estrategia OMS de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia se amplió considerablemente en todas las regiones y dio lugar a una cobertura geográfica más extendida y a un mayor hincapié en lo relativo a capacitación previa al servicio, mejoramiento de la atención hospitalaria, salud del recién nacido, e intervenciones de ámbito comunitario. En consonancia con la creciente sensibilización respecto de la importancia relativa de las defunciones neonatales en el contexto de la mortalidad total de menores de cinco años, aumentaron en todas las regiones las actividades de apoyo a la promoción de la salud del recién nacido y se amplió la gestión integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia a fin de incluir el periodo neonatal. También se incrementaron las actividades relativas a la salud del adolescente en todos los ámbitos de la Organización, con el principal objetivo de crear servicios de salud orientados a los adolescentes y llegar a los grupos de adolescentes más expuestos a riesgos. Los trabajos en esta esfera se beneficiaron de un estudio publicado en el contexto de una serie sobre desarrollo de programas para la salud de los adolescentes,¹ que incluye el enfoque «Preparados, listos, ya» relativo a la evaluación de pruebas científicas sobre la eficacia de las intervenciones. El resultado previsto a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a la salud del niño y del adolescente sólo se alcanzó parcialmente. Ese resultado se refiere al suministro de orientación y asistencia técnica y a la realización de investigaciones destinadas a mejorar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo neonatales e infantiles.

38. **Inmunización y desarrollo de vacunas (IVB).** Durante el bienio, la OMS y el UNICEF desarrollaron y pusieron en práctica la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización para 2006-2015. Además, en colaboración con la GAVI comenzaron a desarrollarse actividades destinadas a acelerar la introducción de nuevas vacunas. Se elaboró un plan de acción sobre vacunas nuevas y subutilizadas, orientado a proporcionar una plataforma de coordinación para las actividades pertinentes en países cuya necesidad de vacunas es acuciante. Tras la puesta en marcha del Plan de Acción Mundial de la OMS contra la Gripe Pandémica destinado a aumentar el suministro de vacunas, se registraron importantes progresos en la evaluación de las estrategias más promisorias para apoyar a los países en la adquisición de tecnologías de fabricación de vacunas contra la gripe y establecer prioridades de investigación. Se obtuvieron buenos resultados en las investigaciones apoyadas por la OMS, incluidas la investigación (en colaboración con el Programa de Tecnología Sanitaria Apropiada) sobre una vacuna antimeningocócica conjugada para el grupo A, e investigaciones sobre una vacuna antisarampionosa en aerosol. Además, se elaboró una estrategia de investigación y desarrollo de vacunas antipalúdicas. Tres de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a inmunización y desarrollo de vacunas se lograron sólo parcialmente. Se trata de los resultados concernientes a fortalecer la capacidad de los países para ejecutar políticas y asegurar que en los programas de inmunización se utilicen vacunas de calidad garantizada; maximizar el acceso a vacunas y acelerar los esfuerzos en materia de control de enfermedades; y facilitar una coordinación y un apoyo eficaces para interrumpir la circulación de cualquier poliovirus reintroducido, y lograr la certificación de la erradicación mundial de la poliomielitis.

39. **Preparación y respuesta ante emergencias (EHA).** Los trabajos de la OMS concernientes al establecimiento de alianzas para realizar actividades en los Estados Miembros relacionadas con la reducción de riesgos, la preparación, la respuesta y la recuperación en casos de desastres progresaron

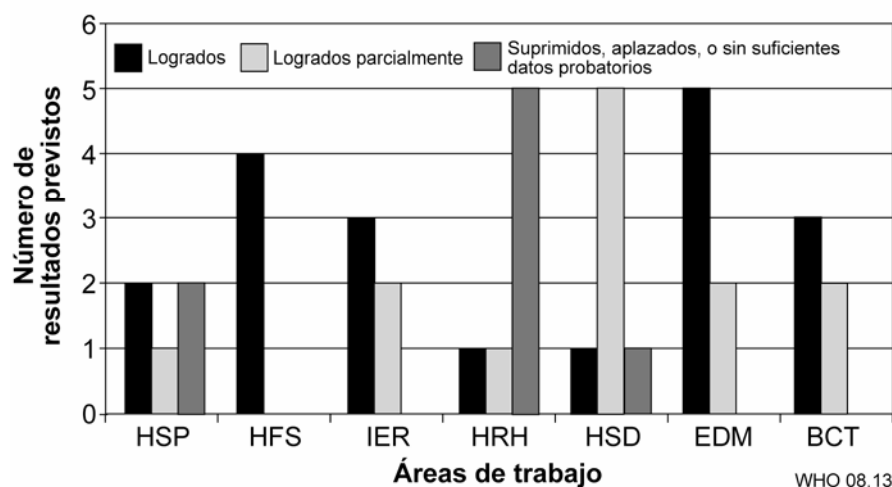
¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 938, 2006.

considerablemente en todas las regiones. La OMS cumplió su cometido como organismo rector del sector sanitario en el marco del proceso de reforma de las actividades de ayuda humanitaria de las Naciones Unidas, para lo cual congregó entre 30 y 40 asociados del sistema de las Naciones Unidas y de otros ámbitos. Por otra parte, la Organización participó activamente en la labor de diversos organismos de asistencia humanitaria del Comité Permanente entre Organismos. Se revisaron los procedimientos normalizados de funcionamiento para emergencias sanitarias y los arreglos internos de gestión y administración, y se introdujo un nuevo mecanismo destinado a ampliar la capacidad para responder a un gran aumento de la demanda en casos de crisis sanitarias, y permitir la movilización más eficaz de los conocimientos técnicos especializados. En todas las oficinas regionales se realizaron actividades técnicas entre países con el fin de fortalecer la preparación para casos de desastre y la reducción de riesgos, y mejorar la capacidad de gestión de desastres en lo que concierne al sector sanitario. Uno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a preparación y respuesta ante emergencias sólo se logró parcialmente. Se trata del fortalecimiento de la presencia operativa en los países.

Políticas, sistemas y productos de salud

40. A este grupo corresponden siete áreas de trabajo.¹

Logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización: políticas, sistemas y productos de salud



41. **Políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios (HSP).** El personal de la OMS colaboró con funcionarios gubernamentales de todas las regiones en la formulación de políticas, estrategias y reformas del sector sanitario. Además de incrementar su participación y su influencia en las fases preliminares, la OMS efectuó una contribución importante para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la forma en que los organismos externos financian los sistemas de salud. La asignación de recursos por parte de la GAVI, «el mecanismo de fortalecimiento del sistema sanitario», fue una importante iniciativa a ese respecto: durante el bienio se elaboraron 40 propuestas

¹ Políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios (HSP); Financiación de la salud y protección social (HFS); Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación (IER); Recursos humanos para la salud (HRH); Formulación de políticas para la salud en el desarrollo (HSD); Medicamentos esenciales (EDM); y Tecnologías sanitarias esenciales (BCT).

con el apoyo de la OMS, y se pusieron a disposición de los países unos US\$ 420 millones procedentes de esa fuente de financiamiento. En este periodo, la labor de la OMS sobre seguridad del paciente se expandió rápidamente. Se elaboró y se publicó un marco para orientar la labor relativa al fortalecimiento de los sistemas de salud titulado *Everybody's business*,¹ y los trabajos destinados a fortalecer los sistemas de salud se relacionaron e integraron más estrechamente con las actividades sobre programas específicos, a fin de mejorar los resultados. Uno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo concerniente a políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios se logró sólo parcialmente. Es el resultado relativo a la preparación de orientaciones y al suministro de asistencia técnica en materia de formulación de políticas, reglamentación, planificación estratégica, introducción de reformas y coordinación interinstitucional. No se pudo determinar en qué medida se habían logrado otros dos resultados previstos a nivel de toda la Organización. Estos resultados conciernen al suministro de orientación y asistencia técnica para mejorar la armonización de políticas de salud pública basadas en criterios demográficos y las políticas relativas a los servicios de salud; y al suministro de orientación y asistencia técnica para integrar eficazmente los servicios de salud en programas centrados en enfermedades específicas.

42. **Financiación de la salud y protección social (HFS).** Mediante el diálogo sobre políticas, los análisis y el desarrollo de la capacidad, la OMS pudo promover y facilitar procesos normativos de ámbito nacional compatibles con la meta de proporcionar cobertura universal y los objetivos relativos a financiación de la salud y protección social. Asimismo, la OMS efectuó una contribución sustancial para recopilar, analizar y difundir información esencial necesaria para las instancias decisorias, e intercambiar experiencias sobre las mejores prácticas concernientes a la financiación de la salud. Se reforzó en toda la Organización la colaboración con asociados internos y externos en el área de financiación de la salud y protección social. En el área de trabajo relativa a financiación de la salud y protección social se lograron plenamente los cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización.

43. **Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación (IER).** En las regiones y en la Sede se publicaron estadísticas sanitarias esenciales, entre ellas las *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, lo que se tradujo en un gran número de visitas al sitio web de la OMS. Se reforzaron las investigaciones sobre sistemas de salud y los sistemas de información sanitaria en los países, y en la Región de África y la Región de las Américas se realizaron importantes análisis de la situación y las tendencias en materia de salud. También se llevaron a cabo importantes análisis de alcance mundial concernientes a la carga mundial de morbilidad, la mortalidad y las causas de defunción. Dos de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación se lograron sólo parcialmente. Son los resultados relativos al fortalecimiento de las investigaciones sanitarias para el desarrollo de los sistemas de salud; y a la formulación de directrices y pautas para asegurar el carácter ético de las actividades de investigación sanitaria y las prácticas óptimas en la OMS.

44. **Recursos humanos para la salud (HRH).** El *Informe sobre la salud en el mundo 2006*² destaca la crisis mundial de recursos humanos para la salud. El Día Mundial de la Salud 2006 se dedicó al personal sanitario, y en mayo de 2006 se estableció la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, una alianza mundial destinada a fortalecer las actividades de promoción. Esta y otras iniciativas de promoción contribuyeron a otorgar la máxima prioridad a la crisis de recursos humanos para la salud

¹ *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

² *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

en el marco del programa internacional de acción sanitaria. Se elaboró un marco común de acción, que ya se está aplicando en algunos países, destinado a proporcionar un enfoque coherente y amplio al análisis y desarrollo de políticas de recursos humanos. Uno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a recursos humanos para la salud se logró sólo parcialmente. Es el resultado relativo al fortalecimiento de las capacidades en materia de liderazgo, formulación de políticas, salud pública, gestión e investigación. No se pudo determinar en qué medida se habían logrado otros cinco resultados previstos a nivel de toda la Organización por cuanto sus valores fijados como objetivos estaban definidos en relación con un estudio de referencia que no se había realizado durante el bienio, como estaba previsto originalmente.

45. **Formulación de políticas para la salud en el desarrollo (HSD).** Se forjaron o, en su caso, se fortalecieron algunas alianzas importantes en materia de salud y desarrollo, incluidas alianzas con organismos de las Naciones Unidas, diversos países, instituciones nacionales de derechos humanos, comités nacionales sobre ética y organizaciones no gubernamentales. En este bienio se elaboraron y difundieron algunos documentos normativos, entre ellos el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, notas descriptivas sobre salud y derechos humanos, un informe sobre consideraciones éticas para la elaboración de una respuesta de salud pública a la pandemia de gripe, y un marco metodológico para evaluar el comercio de servicios sanitarios. Cinco de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a formulación de políticas para la salud en el desarrollo se lograron sólo parcialmente. Estos resultados conciernen al fortalecimiento de la capacidad de los países para asegurar que los planes y estrategias propicien mayores inversiones en salud; la participación de la OMS en los diálogos globales, así como en la divulgación de las prácticas óptimas y en los procesos de desarrollo; la puesta en marcha de la aplicación de la estrategia de la OMS sobre salud y derechos humanos y el fortalecimiento de la capacidad regional para ayudar a los Estados Miembros a incorporar criterios de derechos humanos en las políticas, legislaciones y medidas relacionadas con la salud; el desarrollo de la capacidad en el ámbito nacional, regional y mundial para apreciar y evaluar los riesgos transfronterizos de salud pública y adoptar medidas al respecto; y el fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para formular y aplicar legislación y reglamentos orientados a proteger y promover la salud pública. Se aplazó el logro de un resultado concierne al respaldo de los órganos deliberantes de la OMS, y a la adopción, por los países, de la recomendación de la Comisión de la OMS sobre equidad y determinantes sociales de la salud.

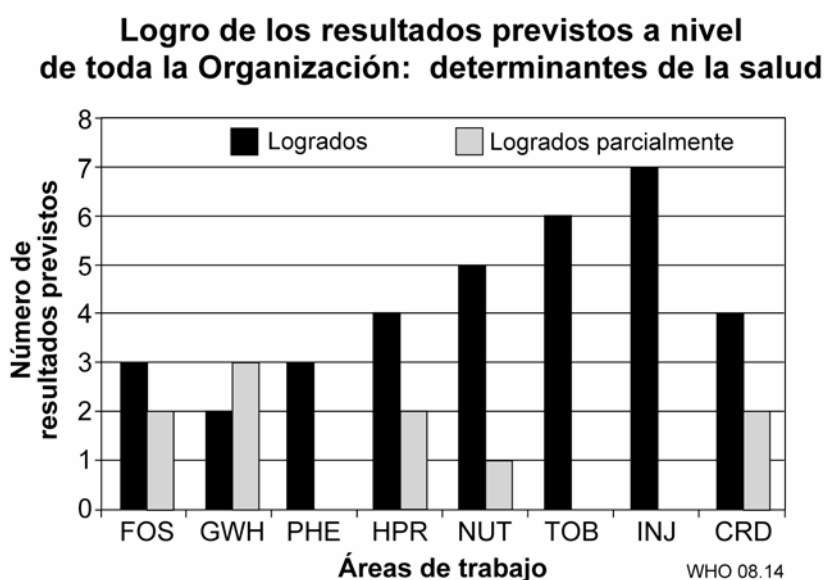
46. **Medicamentos esenciales (EDM).** Durante este bienio se amplió el programa de precalificación de medicamentos esenciales administrado por la OMS, y se fortaleció la aplicación de la metodología Acción Salud Internacional de la OMS utilizada para realizar encuestas sobre el precio de los medicamentos. Un gran número de países elaboraron o actualizaron sus políticas farmacéuticas nacionales, y se agruparon todos los componentes del programa de medicamentos esenciales. Durante el bienio se elaboraron 27 normas mundiales, incluidas normas de calidad para nuevos medicamentos esenciales contra el VIH/SIDA y la malaria, normas sobre medicamentos de uso pediátrico, y normas interinstitucionales de las Naciones Unidas destinadas a los organismos de adquisición de medicamentos; por otra parte, se puso en marcha un programa de lucha contra la falsificación de medicamentos. Dos de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a medicamentos esenciales se lograron sólo parcialmente. Estos resultados conciernen a la promoción de sistemas eficaces y seguros para el suministro de medicamentos; y al fortalecimiento y la promoción de normas, patrones y directrices mundiales sobre calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos.

47. **Tecnologías sanitarias esenciales (BCT).** El mecanismo de la OMS de compra en grandes cantidades permitió suministrar elementos de alta calidad para el diagnóstico del VIH a 45 Estados Miembros. De esta forma, el mecanismo pudo realizar importantes ahorros y, al mismo tiempo, asegurar la calidad. Se proporcionó asesoramiento a algunos Estados Miembros sobre estrategias relativas a pruebas de VIH, incluida la selección y utilización de conjuntos de elementos de prueba. En la

mayoría de los países de todas las regiones se celebró el Día Mundial del Donante de Sangre, que se puso de relieve en un acto de proyección mundial realizado en Ottawa. En el contexto del Día Mundial del Donante de Sangre se estableció la iniciativa mundial sobre sangre segura para una maternidad sin riesgos. En este bienio, otros 29 países elaboraron políticas nacionales y planes estratégicos relativos a la seguridad de la sangre. En lo que respecta a la seguridad de las inyecciones, otros 44 países introdujeron políticas y estrategias amplias relativas a esa esfera. Dos de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a tecnologías sanitarias esenciales se lograron sólo parcialmente. Estos resultados se refieren al suministro de apoyo para la creación de capacidad orientada al desarrollo de procedimientos normalizados y la utilización de listas modelo de dispositivos médicos esenciales; y a la promoción y apoyo para el establecimiento de elementos apropiados de información electrónica destinados a su utilización en los sistemas de atención sanitaria.

Determinantes de la salud

48. A este grupo corresponden ocho áreas de trabajo.¹



49. **Inocuidad de los alimentos (FOS).** Se realizaron más de 238 evaluaciones de riesgos en la esfera de peligros alimentarios microbiológicos y químicos, que permitieron proporcionar asesoramiento científico y orientación a los Estados Miembros en sus esfuerzos por fortalecer la capacidad de gestión de riesgos sanitarios de origen alimentario. En 2006 se puso en práctica una estrategia destinada a estimar la carga mundial de morbilidad derivada de enfermedades de origen alimentario y se estableció un grupo consultivo internacional de expertos encargado de proporcionar estimaciones sobre todas las causas de enfermedad de origen patogénico y químico. Las «cinco claves de la OMS para mejorar la inocuidad de los alimentos» se difundieron en los países. Además, el Fondo Fiduciario del Codex apoyó la participación de 338 expertos nacionales en inocuidad de los alimentos procedentes de 100 países en 34 reuniones de la Comisión del Codex Alimentarius. Dos de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a inocuidad de los alimentos se lograron sólo parcialmente. Estos resultados conciernen al fortalecimiento de los programas de vigi-

¹ Inocuidad de los alimentos (FOS); Género, mujer y salud (GWH); Salud y medio ambiente (PHE); Promoción de la Salud (HPR); Nutrición (NUT); Tabaco (TOB); Violencia, traumatismos y discapacidades (INJ); e Investigaciones sobre enfermedades transmisibles (CRD).

lancia de las enfermedades transmitidas por alimentos, y los de control y respuesta ante los peligros de origen alimentario, así como al establecimiento de redes internacionales; y al suministro de asesoramiento técnico para evaluar y gestionar los riesgos y beneficios relacionados con los productos obtenidos mediante nuevas tecnologías alimentarias.

50. **Género, mujer y salud (GWH).** En la resolución WHA60.25, la Asamblea de la Salud tomó nota con reconocimiento de la estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS. En este bienio se inició la aplicación de la estrategia y se elaboraron mecanismos de colaboración para la necesaria planificación y prestación conjunta de asistencia técnica. La OMS reforzó su papel en las actividades interinstitucionales, como parte de la respuesta de las Naciones Unidas a la violencia sexual y de género en situaciones de crisis y emergencias. Se recopilaron datos fidedignos sobre los vínculos entre la equiparación de los sexos y la salud en esferas tales como VIH/SIDA, paludismo, salud ocupacional, control del tabaco, envejecimiento y enfermedades transmisibles. Se forjaron nuevas alianzas con miras a desarrollar métodos e instrumentos para fortalecer el análisis sobre cuestiones de género en la OMS, y se mejoró la armonización de los trabajos pertinentes. Tres de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a género, mujer y salud se lograron sólo parcialmente. Estos resultados se refieren a la traducción de las pruebas científicas en normas y estrategias; el mejoramiento de las aptitudes y capacidades del personal de la OMS para incorporar perspectivas de género en sus trabajos; y el mejor conocimiento de las cuestiones de género por parte del público, mediante actividades de sensibilización.

51. **Salud y medio ambiente (PHE).** La elaboración del plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017 y el respaldo de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud¹ a ese plan propiciaron algunas iniciativas regionales y medidas nacionales relativas al medio ambiente y la salud orientadas a superar problemas que afectan a los trabajadores. Durante el bienio se realizaron evaluaciones de la carga mundial de morbilidad relacionada con la salud medioambiental, y se fortaleció la capacidad regional en lo concerniente a: gestión de calidad del agua potable, planes relativos a la salubridad del agua, contaminación del aire en interiores, inocuidad de los alimentos, desechos peligrosos, gestión integrada de la lucha antivectorial, mitigación de los efectos del arsénico, gestión de los desechos sanitarios, salud ocupacional y seguridad en el trabajo, y desarrollo de criterios sobre entornos saludables. En el área de trabajo relativa a salud y medio ambiente se lograron plenamente los tres resultados previstos a nivel de toda la Organización.

52. **Promoción de la salud (HPR).** Gran parte de los trabajos de la OMS con los países incluyeron el desarrollo de la capacidad mediante el apoyo, en el ámbito regional, a cursos universitarios, cursos de capacitación en el servicio y cursos especiales. Asimismo, se prestó asistencia a los países para facilitar sus progresos hacia la financiación sostenible de la promoción de la salud, si bien las inversiones totales en esa esfera se mantuvieron en un bajo nivel y las formas de financiación fueron limitadas. Se editaron importantes publicaciones sobre teoría y eficacia de la promoción de la salud; no obstante, los estudios sobre países en desarrollo siguieron siendo escasos. Los trabajos de la OMS sobre promoción de la salud abarcaron otras áreas, entre ellas la promoción de la salud en el ámbito escolar y la vigilancia del comportamiento de los escolares en materia de salud. Dos de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a promoción de la salud se lograron sólo parcialmente. Estos resultados conciernen a la validación y divulgación de datos científicos sobre la eficacia de estrategias e intervenciones de promoción de la salud, y al establecimiento de una alianza mundial para apoyar a los países en la aplicación de las recomendaciones de la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Bangkok, 7 a 11 de agosto de 2005).

¹ Resolución WHA60.26.

53. **Nutrición (NUT).** En abril de 2006, la presentación de los patrones de crecimiento infantil de la OMS fue un acontecimiento crucial. Se lograron progresos en la difusión mundial de esos patrones y de trabajos conexos orientados a desarrollar la capacidad regional, y 83 países ya están aplicando los patrones. Se publicaron las *WHO/FAO guidelines on food fortification with micronutrients*,¹ que abordan cuestiones de salud pública y tecnológicas. La declaración conjunta de la OMS, el PMA, el UNICEF y el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas sobre gestión comunitaria de la malnutrición aguda y severa supuso otro importante logro que podría tener repercusiones positivas sobre la mortalidad infantil. La primera fase del proyecto «Landscape Analysis on Countries' Readiness to Act in Nutrition» se puso en marcha en 36 países con elevada prevalencia de retraso del crecimiento infantil. Uno de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a nutrición se logró sólo parcialmente. Este resultado se refiere al suministro de asistencia técnica y normativa para mejorar la nutrición en situaciones de crisis y en circunstancias especiales.

54. **Tabaco (TOB).** El número de países signatarios del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco aumentó rápidamente; al mismo tiempo, se completó con éxito la transición de la secretaría interina del Convenio Marco a la Secretaría permanente. En los planos nacional, regional y mundial las actividades de la OMS de sensibilización y de asistencia técnica para la aplicación y ratificación del Convenio Marco facilitaron la adhesión de los Estados Miembros a ese instrumento. Hacia el final del bienio un gran número de países estaban aplicando políticas costoeficaces para el control del tabaco. Se estableció un sistema de vigilancia que abarca la amplia mayoría de los Estados Miembros, y se formularon importantes recomendaciones de política de la OMS. En el área de trabajo relativa a tabaco se lograron los seis resultados previstos a nivel de toda la Organización.

55. **Violencia, traumatismos y discapacidades (INJ).** La OMS incrementó la concienciación respecto de los peligros relacionados con los accidentes de tránsito, la violencia y los traumatismos, y promovió medios para abordar estas cuestiones. Asimismo, la Organización trabajó para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad. Se crearon o, en su caso, se fortalecieron algunas alianzas importantes en todos los ámbitos, incluidas las redes mundiales y regionales de coordinadores en los ministerios de salud, el grupo de Colaboración de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, la Alianza para la Prevención de la Violencia y alianzas con diversos organismos de las Naciones Unidas. En casi todos los países del mundo se celebró la primera Semana Mundial de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, dirigida a los conductores jóvenes, en cuyo marco dirigentes juveniles de 100 países asistieron a la Asamblea Mundial de la Juventud sobre la Seguridad Vial (Ginebra, 23 a 29 de abril de 2007). Algunos países recibieron apoyo para establecer programas orientados a fortalecer la prevención y mejorar los servicios de emergencia y rehabilitación. Además, durante el bienio se elaboraron algunos importantes documentos normativos. En el área de trabajo relativa a violencia, traumatismos y discapacidades se lograron los siete resultados previstos a nivel de toda la Organización.

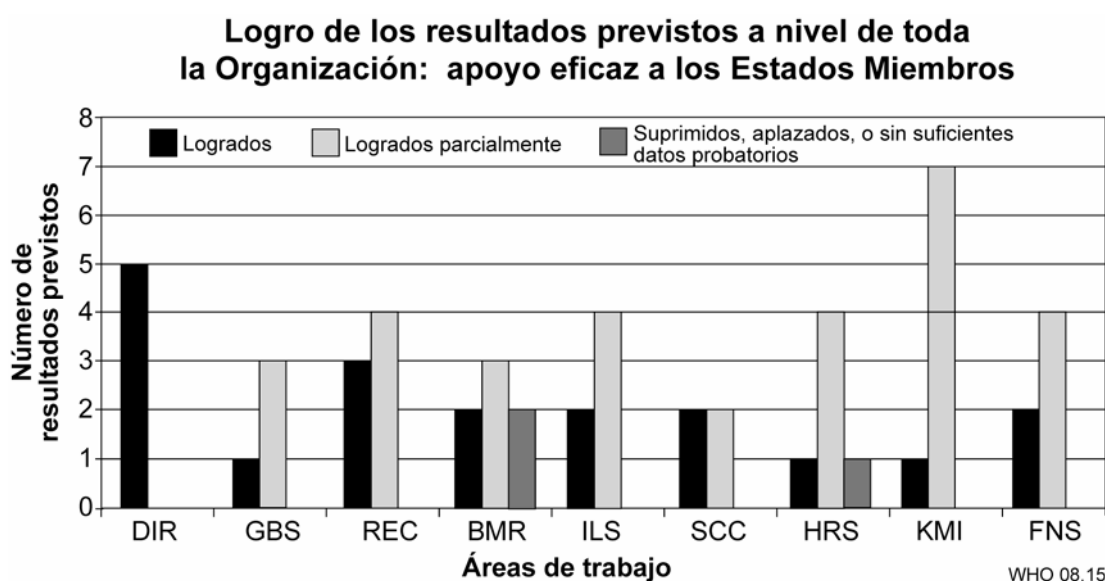
56. **Investigaciones sobre enfermedades transmisibles (CRD).** La investigación sobre la participación comunitaria en la prestación de servicios y atención de salud continúa arrojando importantes resultados. Amplios estudios multipaíses demostraron que, en África, las intervenciones dirigidas por las comunidades se pueden expandir de forma tal que abarquen la ejecución conjunta de hasta cinco intervenciones, entre ellas el tratamiento domiciliario del paludismo y la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas. Con miras a desarrollar nuevos medicamentos, la OMS estableció redes de innovación «precompetitivas» que incluyen círculos académicos e industriales tanto de paí-

¹ *Guidelines on food fortification with micronutrients*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2006 (en prensa).

ses desarrollados como de países en desarrollo. Estas redes han comenzado a proponer nuevos proyectos orientados al desarrollo de medicamentos para enfermedades desatendidas. Dos de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el área de trabajo relativa a investigaciones sobre enfermedades transmisibles se lograron sólo parcialmente. Estos resultados conciernen al desarrollo de instrumentos para la prevención y el control de enfermedades transmisibles; y la formulación y validación de políticas de salud pública para aplicar las estrategias de prevención y control.

Apoyo eficaz a los Estados Miembros

57. Este grupo incluye nueve elementos considerados con frecuencia como áreas de trabajo de respaldo.¹



58. **Dirección (DIR).** La Organización consiguió superar con éxito las consecuencias de una tragedia imprevisible de grandes proporciones, como fue la súbita muerte del Dr. Lee Jong-wook, y continuó proporcionando orientación y asistencia a los Estados Miembros durante el periodo de transición hasta el nombramiento de la nueva Directora General. Durante el bienio se alentó a los Estados Miembros a respaldar algunas estrategias y planes de acción mundiales importantes, en particular la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual,² la estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS,³ y el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores.⁴ En el área de trabajo relativa a dirección se lograron los cinco resultados previstos a nivel de toda la Organización.

¹ Dirección (DIR); Órganos deliberantes (GBS); Relaciones externas (REC); Planificación, coordinación de recursos y supervisión (BMR); Infraestructura y logística (ILS); Presencia básica de la OMS en los países (SCC); Gestión de recursos humanos en la OMS (HRS); Gestión de conocimientos y tecnologías de la información (KMI); y Gestión presupuestaria y financiera (FNS).

² Resolución WHA59.19.

³ Resolución WHA60.25.

⁴ Resolución WHA60.26.

59. **Órganos deliberantes (GBS).** Los servicios proporcionados aseguraron el buen funcionamiento de las reuniones ordinarias de los órganos deliberantes en la Sede y en las regiones. Se organizaron y celebraron otras reuniones de los órganos deliberantes, incluidas las reuniones extraordinarias del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud en 2006, así como dos Conferencias de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Se recurrió con creciente frecuencia a las consultas oficiosas para asegurar una mayor cooperación, comunicación y coordinación en materia normativa entre los Estados Miembros y la Secretaría. Tres de los resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo relativa a órganos deliberantes se lograron sólo parcialmente. Estos resultados se refieren a la adopción de resoluciones centradas en las políticas y estrategias y el suministro de orientaciones claras a los Estados Miembros y a la Secretaría; al mejoramiento de la comunicación entre los Estados Miembros, los miembros del Consejo Ejecutivo y la Secretaría; y a la celebración de reuniones de los órganos deliberantes en los idiomas oficiales de la OMS.

60. **Relaciones externas (REC).** La eficacia de las consultas y de la coordinación con las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas quedó demostrada durante el bienio, y la OMS participó en la iniciativa de reforma de las Naciones Unidas en ocho países piloto. La Organización intensificó sus actividades con los bancos de desarrollo, los foros y las instituciones de ámbito regional. Cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo de relaciones externas sólo se lograron parcialmente. Esos resultados se refieren a asegurar la base de recursos de la OMS; aumentar el valor añadido de la participación del sector privado en los programas de salud pública; mejorar la transparencia y el acceso a información sobre organizaciones no gubernamentales; y ampliar el proyecto de la Academia de la Salud.

61. **Planificación, coordinación de recursos y supervisión (BMR).** El marco de gestión basada en los resultados de la OMS fue revisado durante el bienio, pasándose de un ciclo de planificación estratégica bienal a uno de seis años, y se introdujo una planificación y programación más inclusiva y horizontal mediante la nueva orientación de las prioridades programáticas de 36 áreas de trabajo a 13 objetivos estratégicos. Se movilizó una cantidad de recursos de financiación sin precedentes, lo que permitió reforzar la financiación del presupuesto por programas 2006-2007. Se aprobó el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015¹ y se refrendó el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013;² en su Resolución de Apertura de Créditos,³ la Asamblea de la Salud aprobó el presupuesto por programas 2008-2009. Tres resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo de planificación, coordinación de recursos y supervisión se lograron sólo parcialmente. Esos resultados se refieren a la aplicación del marco de gestión revisado y los procedimientos correspondientes; la aplicación de un sistema mundial de planificación y administración de contribuciones voluntarias; y el sostenimiento de la cultura y la práctica de la gestión basada en los resultados a todos los niveles de la Organización. Se suprimió un resultado previsto a nivel de toda la Organización sobre la puesta en marcha de un sistema de información para la gestión de programas compatible a nivel mundial, y los esfuerzos se centraron en el desarrollo del Sistema Mundial de Gestión. No se disponía de datos suficientes para determinar en qué grado se había alcanzado otro resultado previsto a nivel de toda la Organización relativo al fortalecimiento de la capacidad de los servicios de garantía de la calidad.

62. **Infraestructura y logística (ILS).** Se llevaron a cabo varias obras de ampliación y renovación de oficinas y proyectos de construcción, y se completaron el nuevo edificio de la OMS/ONUSIDA en

¹ Resolución WHA59.4.

² Resolución WHA60.11.

³ Resolución WHA60.12.

la Sede y los nuevos edificios y renovaciones de oficinas en la Región de las Américas y en las Regiones de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental. La OMS ocupó el nuevo Centro Mundial de Servicios en Kuala Lumpur a fines de 2007, y el plan de mejoras - que establecía una previsión a 10 años de las necesidades globales de infraestructura de la Organización - fue finalizado y reconocido por la Asamblea de la Salud, que aprobó el presupuesto para los gastos de capital en la Resolución de Apertura de Créditos.¹ Las negociaciones con las compañías aéreas permitieron usar rutas más favorables y mancomunar recursos con organismos hermanos, lo que se tradujo en un ahorro considerable gracias a la reducción de las tarifas aéreas. Cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo de infraestructura y logística sólo se lograron parcialmente. Esos resultados se refieren al desempeño de las funciones de apoyo logístico aprovechando los recursos de manera eficaz y eficiente; la prestación de servicios eficaces de infraestructura y apoyo logístico a los órganos deliberantes y reuniones técnicas mundiales; el incremento de la seguridad y protección de todos los recintos y edificios; y el mejoramiento de las instalaciones físicas.

63. Presencia básica de la OMS en los países (SCC). A finales del bienio el 80% de las oficinas en los países estaban conectadas a la Red Privada Mundial, lo que mejoró sustancialmente la comunicación a través de toda la Organización. Todas las regiones se avinieron a adoptar progresivamente un proceso institucional de selección por concurso para la contratación de los jefes de las oficinas de la OMS en los países. Se mejoró la delegación de atribuciones en algunas regiones. La cuarta reunión mundial de los jefes de las oficinas de la OMS en los países con la Directora General y los Directores Regionales se organizó y se celebró a finales de 2007. Dos resultados previstos a nivel de toda la Organización en esta área de trabajo sólo se lograron parcialmente. Esos resultados se refieren a mejorar la presencia básica y la capacidad de la OMS para aplicar su programa estratégico a nivel de país; y a fortalecer mecanismos para una aplicación y un seguimiento eficaces de la atención de la OMS centrada en los países y de las políticas de descentralización.

64. Gestión de recursos humanos en la OMS (HRS). Se introdujeron varias mejoras en la gestión de recursos humanos, como procesos de selección acelerada, pruebas electrónicas, herramientas electrónicas, y procesos de contratación agrupados para puestos similares. Se prestó apoyo al establecimiento del Centro Mundial de Servicios mediante la clasificación de puestos, la contratación y proyección externa; la promoción profesional y el examen del régimen de remuneración y prestaciones. Cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo de gestión de recursos humanos sólo se lograron parcialmente. Esos resultados se refieren al establecimiento de un nuevo sistema mundial de información sobre recursos humanos; la puesta en marcha de programas eficaces de formación; el mantenimiento de procedimientos y sistemas para contratar personal y cumplir con obligaciones contractuales; y la creación de sistemas de gestión de la seguridad del personal. Otro resultado previsto a nivel de toda la Organización, relativo a la implantación del sistema de rotación y movilidad del personal, fue aplazado.

65. Gestión de conocimientos y tecnologías de la información (KMI). La estrategia global en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones se hizo pública durante el bienio, y la Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación y sus dos programas hermanos proporcionaron acceso gratuito a información en línea sobre temas médicos, medioambientales, agrícolas y nutricionales, a unas 4500 instituciones en más de 100 Estados Miembros. Siete resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo de gestión de conocimientos y tecnologías de la información sólo se lograron parcialmente. Esos resultados se refieren a desarrollar políticas y estrategias de gestión de conocimientos; integrar en los sistemas de aprendizaje los productos de información de la OMS; diseñar y aplicar en la OMS una arquitectura unificada de gestión y tecnologías de la infor-

¹ Resolución WHA60.12.

mación; poner en marcha infraestructuras de tecnología y estrategias de información apropiadas; aplicar productos y herramientas de información de la OMS; suministrar a la Organización de manera costoeficaz las tecnologías disponibles; y tener un sistema mundial de gestión plenamente operativo.

66. **Gestión presupuestaria y financiera (FNS).** Se registraron progresos en la preparación de los nuevos sistemas de gestión presupuestaria y financiera y de contabilidad que se implantarán como parte del Sistema Mundial de Gestión. Todos los plazos prescritos de presentación de informes se respetaron durante el bienio. La aplicación de las recomendaciones de las auditorías interna y externa fue razonable, y se mantuvieron mecanismos adecuados de control interno. Se avanzó en la aplicación de las nuevas prácticas contables (Normas Contables Internacionales para el Sector Público), y los ingresos por concepto de intereses evolucionaron positivamente. Cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización en el área de trabajo de gestión presupuestaria y financiera sólo se lograron parcialmente. Esos resultados se refieren a preparar políticas y orientaciones para el desempeño de funciones con arreglo al Sistema Mundial de Gestión; elaborar previsiones presupuestarias integradas y realizar previsiones de ingresos y gastos, aplicando medidas de vigilancia y presentando los correspondientes informes; preparar y presentar a la Asamblea de la Salud los informes financieros preceptivos y de otro tipo; y aplicar una estrategia financiera para una gestión presupuestaria integrada.

LECCIONES APRENDIDAS Y MEDIDAS NECESARIAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO

67. Las siguientes lecciones aprendidas y medidas necesarias para mejorar el desempeño se refieren únicamente a cuestiones de gestión y de organización; las relativas a cuestiones técnicas específicas se incluyen en el informe completo.

68. Las principales lecciones aprendidas por la Secretaría en el bienio 2006-2007 son las siguientes:

- las sesiones de información amplias y los procesos de consulta amplios con los Estados Miembros son mecanismos eficaces para facilitar la comprensión de los puntos complejos de los programas de las reuniones de órganos deliberantes;
- la promoción, información y difusión de los materiales de la OMS desempeñan un papel indispensable en la promoción de las políticas con los Estados Miembros y los asociados;
- la planificación coordinada a través de los tres niveles de la Organización es fundamental para la aplicación armonizada de los programas;
- la capacidad de poner en aplicación estrategias mundiales o regionales a nivel de los países sigue siendo limitada para algunas áreas de trabajo;
- los indicadores utilizados a veces no se prestaban a la medición y los objetivos eran, en ciertos casos, excesivamente ambiciosos;
- las limitaciones administrativas y de procedimiento siguieron frenando la expansión de las actividades en muchas áreas de trabajo y lugares;
- la externalización y la deslocalización de servicios pueden reducir los costos operativos en algunas oficinas.

69. Las medidas necesarias para mejorar el desempeño incluyen las siguientes:

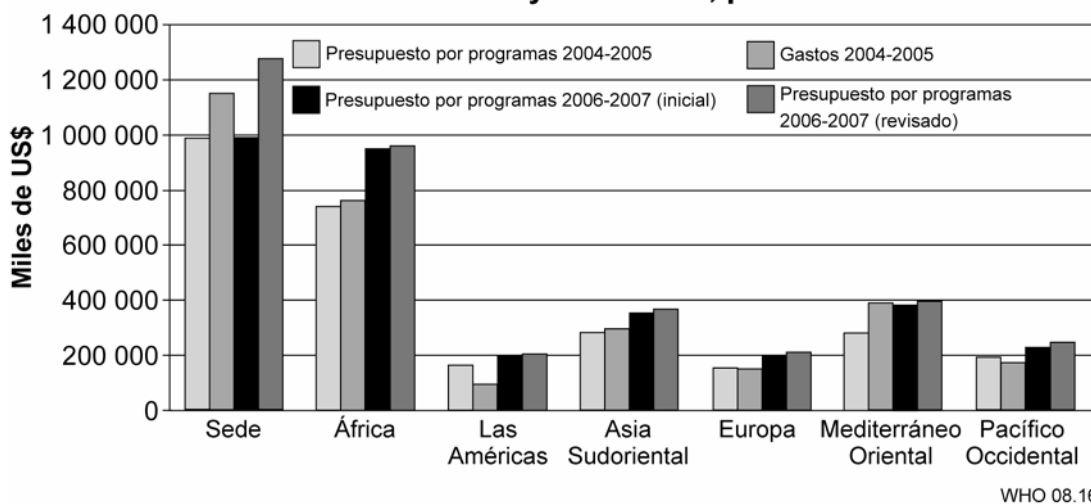
- el fomento de la capacidad de los equipos de la OMS en los países con relación a las asociaciones y al programa de alineamiento y armonización de las Naciones Unidas;
- el mejoramiento de las herramientas y los métodos para examinar el desempeño de la OMS en los países;
- el fortalecimiento de las capacidades de las oficinas regionales y las oficinas en los países para mantener una comunicación efectiva con el público y los medios de comunicación;
- la mejora de la coordinación y la cohesión con los organismos del sistema de las Naciones Unidas, los organismos bilaterales, los bancos de desarrollo, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el mundo académico;
- el inicio de un debate con los principales donantes a fin de buscar una financiación más flexible y previsible de acuerdo con las prioridades establecidas en el presupuesto por programas de la OMS;
- la revisión de los indicadores del desempeño en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, a fin de garantizar su mensurabilidad;
- la racionalización de las políticas y procedimientos administrativos y de gestión con el fin de aumentar la eficacia y facilitar la expansión de las actividades, sobre todo a nivel de los países;
- la mayor racionalización de los procedimientos de recursos humanos a fin de acelerar la contratación;
- el fortalecimiento del presupuesto de la OMS y de la función de coordinación de recursos;
- el aumento de la capacidad de las unidades técnicas para analizar los recursos disponibles, los gastos y las tasas de ejecución financiera.

EJECUCIÓN FINANCIERA

70. La cifra inicial de US\$ 3313 millones para el presupuesto por programas 2006-2007 aumentó a US\$ 3670 millones durante el bienio. Esta última cifra representa un incremento del 30% respecto del presupuesto por programas 2004-2005. La OMS tuvo que hacer frente a nuevas exigencias y se pusieron a disposición nuevos mecanismos de financiación para apoyar la ejecución de las prioridades aprobadas a un nivel superior al previsto inicialmente en el presupuesto por programas 2006-2007.

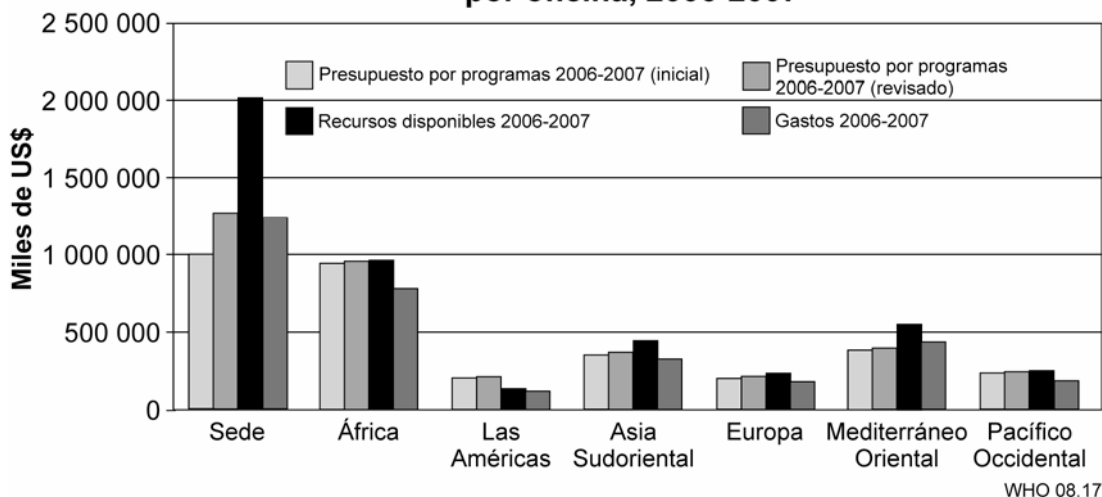
71. El crecimiento que experimentó el presupuesto por programas 2006-2007 se debió en gran medida al aumento de las asignaciones presupuestarias para lo siguiente: el Servicio Farmacéutico Mundial de la Alianza Alto a la Tuberculosis, las actividades relacionadas con la gripe aviar, la labor adicional sobre vacunas e inmunización en relación con la Alianza GAVI, la precalificación de medicamentos, los recursos humanos para la salud y la seguridad de los pacientes. Las actividades en estas esferas se llevan a cabo principalmente por conducto de la Sede; por esta razón, el mayor incremento en el presupuesto se atribuyó a la Sede, y se registraron pequeños aumentos a nivel regional y nacional.

Niveles del presupuesto por programas 2004-2005 y 2006-2007, por oficina



72. A pesar del nivel de gasto sin precedentes para la ejecución de los programas, que aumentó un 14% en relación con el bienio 2004-2005, la ejecución financiera no pudo mantener el rápido ritmo de crecimiento que experimentó el presupuesto durante el bienio 2006-2007. Los gastos por concepto de programas en el bienio 2006-2007 ascendieron a US\$ 3098 millones, cifra que representa el 93,5% de la cantidad inicial cubierta por el presupuesto por programas 2006-2007 y el 84,4% de la cifra correspondiente del presupuesto por programas revisado para el mismo periodo.

Presupuesto por programas, recursos disponibles y gastos, por oficina, 2006-2007



73. Los recursos financieros a disposición de la Organización para las actividades programáticas durante el bienio 2006-2007 ascendieron a US\$ 4257 millones. En consecuencia, una parte importante - US\$ 1600 millones - podrá arrastrarse para las actividades programáticas del bienio 2008-2009. El análisis de la ejecución del presupuesto por programas 2006-2007 revela lo siguiente:

- la financiación del presupuesto por programas se asignó, en gran medida, a fines específicos y fue prorrateada de manera desigual entre los programas y las principales oficinas;

- el presupuesto ordinario representó sólo el 21% de los ingresos reales, en comparación con el 29% en el bienio 2004-2005;
- una consecuencia de la creciente dependencia de la OMS de los recursos voluntarios es que una cantidad sustancial de la financiación es probable que se arrastre de un bienio al siguiente. Por otra parte, esos fondos son esenciales para asegurar el funcionamiento ininterrumpido de la Organización, en particular con respecto a la confirmación de los contratos del personal. Es difícil estimar la cantidad mínima que debe arrastrarse de un bienio a otro para que la Organización funcione de manera eficiente; esto se debe a que el momento en que se reciben los fondos de contribuciones voluntarias varía, la distribución de los fondos es desigual como resultado de la asignación a fines específicos, y determinados fondos van destinados a las asociaciones;
- en el marco de la política contable revisada, aplicando una metodología según la cual las contribuciones voluntarias se reconocen a partir de la firma de los acuerdos con los donantes, aumentaron en US\$ 423,8 millones los ingresos reconocidos en el bienio 2006-2007, lo que tuvo un impacto sustancial sobre el importe arrastrado;
- la aplicación del principio de ejecución efectiva en virtud de las nuevas normas contables, según el cual el registro de los gastos se debe ajustar exactamente a los resultados logrados, ha tenido una incidencia en el nivel de gasto declarado, lo que hace parecer que la tasa de ejecución haya sido más baja (la diferencia estimada para el bienio 2006-2007 es de US\$ 125 millones aproximadamente). Esto distorsiona un poco la comparación del gasto entre bienios;
- entre los factores que influyen en el nivel de ejecución presupuestaria cabe citar las dificultades a la hora de ampliar la capacidad técnica y administrativa de manera acorde con el aumento de la demanda y los ingresos. La ampliación de las actividades a nivel de los países revistió especial dificultad, y la situación se agravó por el desfase en el despliegue de recursos humanos y las demoras, por razones administrativas, en la transferencia de fondos a las regiones y los países;
- el rápido crecimiento de la financiación del sector de la salud no sólo presenta un desafío para la OMS en lo que respecta a su capacidad de ejecución, sino que también ejerce cierta presión sobre los ministerios de la salud y otros asociados y homólogos con los que trabaja la OMS;
- el impacto en el gasto también se ve influido por las donaciones otorgadas a finales del bienio; sin embargo, éste es un tema recurrente y el volumen de esas donaciones no ha cambiado sustancialmente entre el bienio 2004-2005 y el bienio 2006-2007;
- los recursos recibidos por las asociaciones que tienen su base en la OMS y los recursos para responder a brotes de enfermedades y crisis tienen un impacto sobre la tasa de ejecución; sin embargo, ninguna de estas categorías puede ser rigurosamente controlada por la Secretaría ya que las asociaciones, por definición, son acuerdos de colaboración, mientras que la respuesta a los brotes y las crisis la impulsan circunstancias externas. Durante el bienio 2006-2007, el crecimiento de los ingresos para estas dos categorías tuvo un impacto significativo en el presupuesto global. En el futuro, la diferenciación entre los distintos segmentos del presupuesto por programas se mejorará gracias a una mejor separación de los presupuestos y las fuentes de ingresos de las distintas categorías;
- la asignación a fines específicos de gran parte de los fondos proporcionados a la Organización representó otro obstáculo importante; a pesar de una financiación en general robusta,

algunas actividades recibieron financiación insuficiente como consecuencia de ello. Aunque los ingresos aumentaron sustancialmente durante el bienio 2006-2007, en comparación con el bienio 2004-2005, el crecimiento no fue uniforme en todas las áreas de trabajo o entre las oficinas principales, y la alineación de los recursos disponibles con el presupuesto por programas no mejoró.

74. La diferencia entre los gastos de la Sede y de las regiones se mantuvo sin cambios entre los bienios 2004-2005 y 2006-2007 (Sede, 38%; regiones y países, 62%). Se espera que con la introducción de algunas mejoras administrativas - sobre todo en relación con la reforma de la gestión de recursos humanos, la racionalización de los procesos de contratación y la introducción del Sistema Mundial de Gestión - mejore la tasa de ejecución a largo plazo.

75. Durante el bienio 2006-2007 la Organización tomó medidas para acelerar la ejecución equilibrada en todos los lugares y áreas de trabajo. Se estableció un grupo consultivo sobre los recursos financieros, integrado de forma permanente por todos los Subdirectores Generales y los Directores de Gestión del Programa en las oficinas regionales. Este grupo, actualmente presidido por el Director General Adjunto, desempeñará un papel cada vez más importante durante el bienio 2008-2009. El grupo asesorará a la Directora General sobre la disponibilidad y utilización de los recursos y los resultados logrados frente a los objetivos fijados en el presupuesto por programas. El grupo supervisará la totalidad de los resultados programáticos de la Organización y prestará asesoramiento sobre todas las medidas que sean necesarias a efectos de garantizar la ejecución efectiva para lograr los resultados previstos a nivel de toda la Organización enunciados en el Plan Estratégico a Plazo Medio, y los resultados formulados en los planes de trabajo a todos los niveles de la Organización.

76. El establecimiento de cuentas institucionales es esencial para apoyar la labor del grupo consultivo. Durante el bienio 2006-2007 esas cuentas poseían recursos plenamente flexibles o recursos cuya asignación específica simplemente identificaba un área de trabajo. Las decisiones relativas a la distribución de recursos entre las principales oficinas se basaron en el diálogo dentro de las áreas de trabajo, tanto a nivel de la Sede como de las regiones. Este proceso fue diseñado para apoyar la aplicación de las prioridades establecidas en el presupuesto por programas. El apoyo de los donantes a esta iniciativa fue alentador, ya que 11 Estados Miembros donantes aportaron fondos suficientemente flexibles a esta categoría de ingresos.

77. El mecanismo de la cuenta institucional permitió, tanto interna como externamente, una comprensión más clara de las complejidades y los desafíos relacionados con la financiación de la OMS. En vista de las interconexiones que existen entre las diferentes partes de la Organización, el grupo consultivo sobre los recursos financieros puede desempeñar un papel importante en la superación de esos desafíos. Prosigue el diálogo con los donantes a fin de implantar un mecanismo sólido para hacer aumentar la proporción de fondos que estén menos rígidamente asignados a fines específicos en futuros bienios.

78. Sobre la base de la experiencia positiva del grupo consultivo y el mecanismo de la cuenta institucional, se ha creado un fondo central de contribuciones voluntarias que es administrado de manera transparente y responsable y garantiza la disponibilidad de financiación para cubrir déficits críticos de financiación respecto de los objetivos estratégicos a nivel de la Sede y de las regiones. El fondo tiene como objetivo proporcionar una descripción general de alto nivel de la ejecución del presupuesto por programas para que puedan aplicarse intervenciones que mejoren los resultados específicos y el desempeño general de la Organización.

Tablas

Tabla 1 - Resumen del presupuesto y el gasto
Presupuesto ordinario por nivel orgánico y total de contribuciones voluntarias
Ejercicio 2006-2007
(en miles de US\$)

	Presupuesto por programas 2006-2007	Transferencias realizadas y saldos sin asignar	Presupuesto ^{a/} operacional al 31 dic. 2007	Gastos 2006-2007	Tasa de ^{c/} ejecución como porcentaje del presupuesto operacional
Presupuesto ordinario					
Países	355 021	(12 700)	342 321	337 194	98,5
Oficinas regionales	246 257	63	246 320	245 222	99,6
Actividades mundiales (Sede)	278 528	3 060	281 588	280 932	99,8
<i>Subtotal</i>	879 806	(9 577)	870 229	863 348	99,2
Ingresos varios	35 509	(231)	35 278	35 278	100,0
<i>Total: presupuesto ordinario</i>	915 315	(9 808)	905 507	898 626	99,2
Contribuciones voluntarias	2 754 846 ^{b/}		2 754 846	2 372 488	86,1
Total	3 670 161	(9 808)	3 660 353	3 271 114	89,4
 Menos:					
Supresiones - Actividades programáticas de la OMS					
Estado I, anexo 2 (con exclusión de					
US\$ 152 091 000 de gastos de apoyo a programas)					
				172 850	
Total - Actividades programáticas de la OMS					
Estado I	<u>3 670 161</u>			<u>3 098 264</u>	<u>84,4</u>

^{a/} El presupuesto operacional es la parte del presupuesto por programas que ha sido asignada y ajustada para reflejar las transferencias entre las secciones de la Resolución de Apertura de Créditos y/o las oficinas.

^{b/} La cifra de otras procedencias es la indicada en el documento EB120/3 (documento EBPBAC5/5).

^{c/} En la tabla 1 la tasa de ejecución se basa en el presupuesto operacional, mientras que en las tablas 2, 3 y 4 la referencia es el presupuesto por programas aprobado en la resolución WHA58.4 e indicado en el documento EB120/3 (documento EBPBAC5/5).

**Tabla 2 - Resumen del presupuesto y el gasto por área de trabajo - todas las oficinas
Ejercicio 2006-2007 (en miles de US\$)**

Área de trabajo	Presupuesto ordinario			Contribuciones voluntarias			Financiación total		
	Presupuesto			Presupuesto			Presupuesto		
	por programas	Gasto	%	por programas	Gasto	%	por programas	Gasto	%
Prevención y control de las enfermedades transmisibles	20 059	24 112		132 924	79 060		152 983	103 172	67,4
Investigación sobre enfermedades transmisibles	3 757	3 375		104 700	73 852		108 457	77 227	71,2
Alerta y respuesta ante epidemias	47 925	41 439		182 594	101 428		230 519	142 867	62,0
Malaria	15 085	15 905		122 424	154 795		137 509	170 700	124,1
Tuberculosis	11 836	10 600		222 690	174 927		234 526	185 527	79,1
VIH/SIDA	16 148	14 474		258 745	138 694		274 893	153 168	55,7
Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles	30 728	25 951		33 375	13 437		64 103	39 388	61,4
Promoción de la salud	14 577	17 488		38 070	15 855		52 647	33 343	63,3
Salud mental y abuso de sustancias	12 772	10 738		19 492	10 004		32 264	20 742	64,3
Tabaco	13 856	10 870		26 214	16 036		40 070	26 906	67,1
Nutrición	9 431	7 787		17 077	10 850		26 508	18 637	70,3
Salud y medio ambiente	36 799	33 997		53 613	32 010		90 412	66 007	73,0
Inocuidad de los alimentos	8 390	9 114		17 627	7 814		26 017	16 928	65,1
Violencia, traumatismos y discapacidades	4 973	4 724		17 628	10 332		22 601	15 056	66,6
Salud reproductiva	8 074	8 697		68 498	52 525		76 572	61 222	80,0
Reducción de los riesgos del embarazo	24 857	17 068		40 294	17 621		65 151	34 689	53,2
Género, mujer y salud	4 373	3 172		13 330	5 224		17 703	8 396	47,4
Salud del niño y del adolescente	27 453	17 576		75 004	40 333		102 457	57 909	56,5
Inmunización y desarrollo de vacunas	14 371	17 089		512 369	636 490		526 740	653 579	124,1
Medicamentos esenciales	17 029	18 807		53 839	43 592		70 868	62 399	88,0
Tecnologías sanitarias esenciales	12 139	11 637		16 547	12 177		28 686	23 814	83,0
Formulación de políticas para la salud en el desarrollo	16 160	14 825		29 203	14 807		45 363	29 632	65,3
Políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios	43 302	50 869		88 365	35 564		131 667	86 433	65,6
Recursos humanos para la salud	38 987	39 663		52 661	18 715		91 648	58 378	63,7
Financiación de la salud y protección social	16 145	12 436		28 822	6 640		44 967	19 076	42,4
Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación	21 151	20 812		69 255	36 744		90 406	57 556	63,7
Preparación y respuesta frente a emergencias	9 035	10 666		100 402	271 354		109 437	282 020	257,7
Presencia básica de la OMS en los países	128 624	135 052		61 979	31 758		190 603	166 810	87,5
Gestión de conocimientos y tecnologías de la información	57 319	59 319		88 861	53 230		146 180	112 549	77,0
Planificación, coordinación de recursos y supervisión	12 213	13 956		13 479	7 910		25 692	21 866	85,1
Gestión de recursos humanos en la OMS	22 384	21 444		29 489	34 386		51 873	55 830	107,6
Gestión presupuestaria y financiera	21 827	20 439		21 050	22 770		42 877	43 209	100,8
Infraestructura y logística	68 524	66 309		61 259	101 338		129 783	167 647	129,2
Órganos deliberantes	24 933	26 810		10 446	8 113		35 379	34 923	98,7
Relaciones externas	17 783	15 619		15 043	11 061		32 826	26 680	81,3
Dirección	26 787	30 509		11 417	15 170		38 204	45 679	119,6
Áreas de trabajo sustantivas - total	879 806	863 348		2 708 785	2 316 616		3 588 591	3 179 964	88,6
Varios									
Cobertura del riesgo cambiario	15 000	14 775		5 000	1 825		20 000	16 600	
Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles	7 509	7 396		6 061	409		13 570	7 805	
Fondo para la Tecnología de la Información	10 000	9 850		15 000	27 188		25 000	37 038	
Fondo para Cuestiones de Seguridad	3 000	3 257		20 000	26 450		23 000	29 707	
Varios - total	35 509	35 278		46 061	55 872		81 570	91 150	
Total - TODAS LAS OFICINAS	915 315	898 626	98,2	2 754 846	2 372 488	86,1	3 670 161	3 271 114	89,1

Tabla 3 - Resultados previstos a nivel de toda la Organización logrados, logrados parcialmente, suprimidos, aplazados, o cuyo grado de consecución no puede determinarse por insuficiencia de datos probatorios - por área de trabajo

Sigla	Área de trabajo	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - logrados	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - logrados parcialmente	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - suprimidos, aplazados, o sin suficientes datos probatorios	Totales
Intervenciones sanitarias esenciales					
CPC	Prevención y control de las enfermedades transmisibles	3	2	0	5
CSR	Alerta y respuesta ante epidemias	5	0	0	5
MAL	Malaria	0	5	0	5
TUB	Tuberculosis	2	5	0	7
HIV	VIH/SIDA	3	4	0	7
NCD	Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles	5	0	0	5
MNH	Salud mental y abuso de sustancias	4	1	0	5
RHR	Salud reproductiva	5	1	0	6
MPS	Reducción de los riesgos del embarazo	4	0	0	4
CAH	Salud del niño y del adolescente	3	1	0	4
IVB	Inmunización y desarrollo de vacunas	4	3	0	7
EHA	Preparación y respuesta ante emergencias	3	1	0	4
Políticas, sistemas y productos de salud					
HSP	Políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios	2	1	2	5

Sigla	Área de trabajo	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - logrados	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - logrados parcialmente	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - suprimidos, aplazados, o sin suficientes datos probatorios	Totales
HFS	Financiación de la salud y protección social	4	0	0	4
IER	Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación	3	2	0	5
HRH	Recursos humanos para la salud	1	1	5	7
HSD	Formulación de políticas para la salud en el desarrollo	1	5	1	7
EDM	Medicamentos esenciales	5	2	0	7
BCT	Tecnologías sanitarias esenciales	3	2	0	5
Determinantes de la salud					
FOS	Inocuidad de los alimentos	3	2	0	5
GWH	Género, mujer y salud	2	3	0	5
PHE	Salud y medio ambiente	3	0	0	3
HPR	Promoción de la salud	4	2	0	6
NUT	Nutrición	5	1	0	6
TOB	Tabaco	6	0	0	6
INJ	Violencia, traumatismos y discapacidades	7	0	0	7
CRD	Investigación sobre enfermedades transmisibles	4	2	0	6
Apoyo eficaz a los Estados Miembros					
DIR	Dirección	5	0	0	5
GBS	Órganos deliberantes	1	3	0	4

Sigla	Área de trabajo	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - logrados	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - logrados parcialmente	Resultados previstos a nivel de toda la Organización - suprimidos, aplazados, o sin suficientes datos probatorios	Totales
REC	Relaciones externas	3	4	0	7
BMR	Planificación, coordinación de recursos y supervisión	2	3	2	7
ILS	Infraestructura y logística	2	4	0	6
SCC	Presencia básica de la OMS en los países	2	2	0	4
HRS	Gestión de recursos humanos en la OMS	1	4	1	6
KMI	Gestión de conocimientos y tecnología de la información	1	7	0	8
FNS	Gestión presupuestaria y financiera	2	4	0	6
Totales		113	77	11	201

= = =