



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



50º CONSELHO DIRETOR

62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro á 1 de outubro de 2010

Tema 8.1 da agenda provisória

CD50/INF/1 (Port.)
26 de agosto de 2010
ORIGINAL: INGLÊS

ORÇAMENTO POR PROGRAMA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE*

- A. Presupuesto por programas 2008-2009: Evaluación de la ejecución
(Orçamento por programa 2008-2009: Avaliação da execução)

* Este documento não está disponível em português. Adjunto está a versão em espanhol.



Presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución

Informe resumido

PRÓLOGO DE LA DIRECTORA GENERAL

En el presente documento se ofrece una evaluación sistemática del desempeño de la OMS durante el periodo 2008-2009 según cada uno de los 13 objetivos estratégicos a nivel de toda la Organización establecidos en el presupuesto por programas. Su preparación concuerda con mi compromiso personal con la gestión basada en la consecución de resultados y otras reformas que pueden hacer de la OMS una organización adecuada a sus fines frente a los desafíos singulares del siglo XXI.

Este ha sido un bienio lleno de acontecimientos en el ámbito de la salud pública. En todo el mundo la salud se vio afectada por la peor recesión económica desde la gran depresión de 1929, la primera pandemia de gripe en cuatro decenios, grandes pérdidas de vidas por conflictos y desastres naturales, algunos brotes epidémicos espectaculares de enfermedades transmitidas por los alimentos, más indicios de que el clima está cambiando y un alza tremenda en el precio de los alimentos que golpeó con la mayor fuerza a los pobres. La desnutrición y la incertidumbre en materia de seguridad alimentaria persistieron, al tiempo que el número de personas obesas y con sobrepeso, en particular niños, siguió aumentando, como también aumentaron las pruebas de que las enfermedades crónicas no transmisibles se concentran abrumadoramente en el mundo en desarrollo.

No obstante, el bienio también trajo consigo progresos notables y buenas noticias en muchos frentes. En general, la OMS y los Estados Miembros lograron los mayores adelantos cuantificables merced a la ampliación de intervenciones como la entrega de medicamentos, vacunas y mosquiteros. Este logro pone de relieve el poder de los objetivos ambiciosos que se fijan un plazo, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para recabar recursos y concentrar los esfuerzos y el ingenio de muchos asociados.

La epidemia de VIH/sida y tuberculosis mostró una desaceleración lenta pero segura. El número de muertes de menores de cinco años por enfermedades prevenibles mediante la vacunación disminuyó considerablemente y las reducciones de las muertes por sarampión superaron los objetivos internacionales. Aumentó el número de países que adoptaron la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia como la estrategia principal a favor de la supervivencia infantil. Algunos países lograron avanzar contra el paludismo, lo cual indica que el uso correcto de los instrumentos existentes, de conformidad con las estrategias recomendadas, puede en efecto hacer retroceder la enfermedad. A raíz de este éxito, se reavivó el objetivo de erradicar el paludismo. Los progresos continuos logrados indicaron que algunas enfermedades tropicales antiguas podían ser eliminadas de aquí a 2015, y la dracunculosis ya está al borde de la erradicación. Aun cuando la iniciativa para erradicar la poliomielitis sufrió algunos reveses, la determinación de dar cima a la tarea sigue inquebrantable.

Al mismo tiempo, la falta de progreso a pesar de las intervenciones adecuadas y un sólido apoyo económico subrayó la necesidad urgente de fortalecer los sistemas y servicios de salud. Las iniciativas que se centran en una sola enfermedad revelaron algunos problemas graves que se abordaron ampliamente durante el bienio: infraestructuras sanitarias débiles, sistemas de información sanitaria inadecuados, una escasez crítica de personal sanitario, desabasto de medicamentos esenciales y aparición de productos falsificados y de mala calidad. Es significativo que las reducciones de la mortalidad materna y de recién nacidos, que dependen absolutamente del buen funcionamiento de los sistemas de salud, fueron decepcionantes.

Las grandes iniciativas sanitarias también revelaron cuan difícil es modificar el comportamiento de las personas, como lograr que tengan relaciones sexuales sin riesgo, terminen el tratamiento prescrito o utilicen correctamente los mosquiteros.

El desplazamiento de la carga de las enfermedades crónicas al mundo en desarrollo muestra el verdadero significado de la debilidad de los sistemas de salud: la carga de la atención de enfermos crónicos sobre los establecimientos y el personal, la necesidad de un suministro constante de medicamentos de buena calidad, y el costo elevado de la atención de los enfermos crónicos que empuja a las familias por debajo del umbral de pobreza en una época en que la comunidad internacional se ha comprometido a reducir la pobreza. El aumento de las enfermedades crónicas también viene a reforzar la importancia de la promoción de la salud para modificar el comportamiento.

Prosiguieron los esfuerzos para lograr que la ayuda para el desarrollo sanitario sea más eficaz, lo cual subraya la importancia de armonizar la ayuda y compatibilizarla con las prioridades y la capacidad nacionales. La OMS y sus oficinas regionales y en los países colaboraron estrechamente con los países para formular estrategias sanitarias nacionales, pero también para trazar y poner a prueba planes para responder a emergencias como las ocasionadas por brotes epidémicos y desastres naturales. También se procuró lograr mayor eficacia mediante los métodos integrados y la colaboración a escala regional, ya sea para realizar investigaciones o para compartir servicios de laboratorio.

Las investigaciones sanitarias produjeron algunas innovaciones importantes. Por ejemplo, se introdujeron nuevas vacunas antineumocócicas y antirrotavíricas para combatir las dos causas principales de mortalidad en los niños pequeños del mundo en desarrollo. Se lograron resultados impresionantes con otras innovaciones menos espectaculares como unos gráficos mejorados para evaluar la nutrición infantil y una sencilla lista de comprobación para reducir los errores médicos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.

En una época en que el acuerdo internacional sobre asuntos distintos de la salud parecía cada vez más difícil de lograr, los Estados Miembros de la OMS lograron el consenso en torno a varias cuestiones difíciles, en particular la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Tengo para mí que lograr acuerdos internacionales en torno a cuestiones que pueden causar división es una prueba de lo mucho que los gobiernos, de países ricos o pobres, desean que la salud pública se fortalezca.

Como un aporte a la prevención, durante el bienio también se desplegaron esfuerzos para abordar los determinantes fundamentales de la salud que surgen en otros sectores. Algunas iniciativas giraron en torno a las preocupaciones tradicionales como el mejoramiento del abastecimiento de agua y el saneamiento, la gestión de las sustancias químicas en el ambiente y el lugar de trabajo, y la salvaguarda del público con relación a los peligros de los alimentos y el agua contaminados. Pero otras iniciativas revelaron nuevas ambiciones pues se propusieron abordar las causas fundamentales de las inequidades sanitarias que se originan en las políticas que en principio influyen en las circunstancias económicas, sociales y ambientales. En su informe final, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud puso la responsabilidad de las deficiencias en materia de resultados sanitarios directamente sobre los hombros de las instancias normativas. Como se afirma en el informe, las inequidades sanitarias no están determinadas por el destino sino que son indicadores de políticas fallidas.

Al igual que la Declaración de Alma-Ata y la Declaración del Milenio y sus objetivos, las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud tienen todas que ver con la equidad. Me parece que el deseo de lograr una mayor igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria y una mayor equidad en los resultados sanitarios es la fuerza motriz detrás de las tentativas más poderosas para mejorar la salud mundial. Creo que muchos de los diversos problemas abordados durante el bienio tienen que ver con los valores, principios y métodos de la atención primaria de salud. El hecho de que los Estados Miembros de todas las regiones de la OMS estén comprometidos con la renovación de la atención primaria de salud es un buen augurio.

SINOPSIS DE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

La evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2008-2009 es la primera que se efectúa en el marco del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Esto se hizo con dos fines principales: evaluar el desempeño de la Secretaría en la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización, cuya responsabilidad compete por entero a la Secretaría, y determinar el progreso general y los logros principales de los Estados Miembros con relación a los objetivos estratégicos.

La evaluación se realizó y se presenta de conformidad con la decisión tomada por los órganos deliberantes de cambiar el formato y las fechas de presentación.¹ La finalidad es que el informe sobre la ejecución del presupuesto por programas pueda presentarse a la Asamblea Mundial de la Salud el año siguiente al final de cada bienio. Aunque esto representó una dificultad, reportó ciertos beneficios; en particular, se utilizó para preparar el proyecto de presupuesto por programas 2012-2013 y para ajustar los planes operativos para el bienio 2010-2011.

El informe de la ejecución ofrece un análisis de los resultados logrados por la Secretaría, evaluados en función de los resultados previstos a nivel de toda la Organización y de los indicadores del desempeño establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013² modificado, aprobado por la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud.³ De los 81 resultados previstos a nivel de toda la Organización, 42 fueron «totalmente logrados» y 39 fueron «parcialmente logrados»; no hubo ninguno que no se hubiera logrado. A continuación se presenta el desglose por objetivo estratégico.

Objetivo estratégico	Resultados previstos a nivel de toda la Organización		
	Totalmente logrados	Parcialmente logrados	Total
1. Enfermedades transmisibles	6	2	8
2. VIH/sida, tuberculosis y paludismo	3	3	6
3. Enfermedades crónicas no transmisibles	4	2	6
4. Salud del niño, del adolescente, de la madre, sexual y reproductiva, y envejecimiento	3	5	8
5. Emergencias y desastres	3	3	6
6. Factores de riesgo	4	2	6
7. Determinantes sociales y económicos de la salud	4	1	5
8. Un entorno más saludable	0	5	5
9. Nutrición y seguridad alimentaria	3	3	6
10. Sistemas y servicios de salud	6	6	12
11. Productos médicos y tecnologías sanitarias	1	2	3
12. Liderazgo, gobernanza y alianzas de la OMS	4	0	4
13. Funciones instrumentales y de apoyo	1	5	6
Total	42	39	81

¹ Documento EB124/3.

² Véase http://apps.who.int/gb/e/e_amtsp3.html.

³ Véase la resolución WHA62.11.

El grado en que se lograron los resultados previstos a nivel de toda la Organización se determinó principalmente sobre la base de los siguientes criterios:

- **Totalmente logrado:** se cumplieron o sobrepasaron todos los indicadores de los objetivos del resultado previsto a nivel de toda la Organización.¹
- **Parcialmente logrado:** no se cumplieron uno o varios indicadores de los objetivos del resultado previsto a nivel de toda la Organización.
- **No logrado:** no se cumplió ninguno de los indicadores de los objetivos del resultado previsto a nivel de toda la Organización.

Como ha sucedido en bienios anteriores, la evaluación representó en realidad una autoevaluación. Comenzó con la evaluación del desempeño de cada oficina (en el país, regionales y Sede) para obtener los resultados previstos en oficinas concretas. Todos los equipos y unidades examinaron la entrega de los productos y la prestación de los servicios previstas, reunieron y actualizaron los valores de los indicadores de los resultados previstos y proporcionaron información descriptiva de los logros, las enseñanzas extraídas y el camino a seguir.

Las evaluaciones del desempeño a nivel de las oficinas se refundieron y sintetizaron en informes sobre los aportes regionales y de la Sede al cumplimiento de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. Posteriormente, los resultados de toda la Organización se combinaron para elaborar los informes de evaluación correspondientes a este nivel.

La evaluación fue coordinada por los equipos de los objetivos estratégicos. Los principales requisitos fueron la aportación de datos fidedignos acerca de la consecución de los resultados y la medición sistemática de los indicadores de desempeño acordados a cada nivel. Se prestó especial atención a los logros en los países.

Con el fin de mejorar la fiabilidad y exactitud de los resultados de la evaluación, se estableció un mecanismo de garantía de la calidad. Los equipos de los objetivos estratégicos compartieron sus proyectos de informe antes de que estos fuesen examinados por colegas de las unidades técnicas y por el equipo de planificación y evaluación del desempeño. Se sometieron a escrutinio los informes acerca de los 13 objetivos estratégicos con miras a descubrir incongruencias y omisiones y para comprobar que el centro de la atención fuesen los logros y no las meras acciones, y que los informes reflejaran exactamente la labor que se está llevando a cabo en los países. El proceso se complementó con la retroinformación sistemática con respecto al examen de la calidad.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA

El presupuesto aprobado de la OMS para el bienio 2008-2009 fue de US\$ 4200 millones. Los fondos disponibles distribuidos para la ejecución en el bienio sumaron US\$ 4600 millones, incluidos los fondos recibidos en el periodo 2006-2007 para ser utilizados en 2008-2009. Se utilizaron en total US\$ 3900 millones (o sea US\$ 3800 millones de gastos y US\$ 100 millones de fondos comprometidos). A continuación se desglosa la ejecución financiera por objetivo estratégico.

¹ Las valoraciones también se ajustaron cuando, a pesar de haberse cumplido el objetivo a nivel de toda la Organización, los resultados no se lograron en todas las regiones; en tal caso, la evaluación mundial se cambió a «parcialmente logrado».

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en millones de US\$)

Objetivo estratégico	Presupuesto aprobado 2008-2009	Fondos disponibles para 2008-2009	Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos 2008-2009	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
1. Enfermedades transmisibles	894	1 482	166%	1 236	138%	83%
2. VIH/sida, tuberculosis y paludismo	707	645	91%	488	69%	76%
3. Enfermedades crónicas no transmisibles	158	107	68%	87	55%	82%
4. Salud del niño, del adolescente, de la madre, sexual y reproductiva, y envejecimiento	360	226	63%	191	53%	84%
5. Emergencias y desastres	218	453	207%	369	169%	82%
6. Factores de riesgo	162	118	73%	96	59%	81%
7. Determinantes sociales y económicos de la salud	66	43	66%	35	53%	80%
8. Un entorno más saludable	130	110	84%	86	66%	78%
9. Nutrición y seguridad alimentaria	127	55	44%	46	37%	84%
10. Sistemas y servicios de salud	514	426	83%	318	62%	75%
11. Productos médicos y tecnologías sanitarias	134	160	120%	127	94%	79%
12. Liderazgo, gobernanza y alianzas de la OMS	214	235	110%	218	102%	93%
13. Funciones instrumentales y de apoyo	542	513	95%	490	90%	95%
Total	4 227	4 594^a	109%	3 789^b	90%	82%

^a Esta suma incluye US\$ 20 millones que no se habían distribuido al 31 de diciembre de 2009.

^b El total de gastos no incluye US\$ 111 millones correspondientes a compromisos (fondos comprometidos) relacionados con bienes o servicios que no se habían suministrado al 31 de diciembre de 2009.

En el bienio 2008-2009, el presupuesto aprobado se dividió por vez primera en tres segmentos. El primero incluye los programas básicos sobre cuyas actividades la OMS tiene el control estratégico y operativo exclusivo, así como la labor normativa de la Organización. Al momento de aprobarse el presupuesto, este segmento se estimó en US\$ 3700 millones. El segundo segmento, asociaciones y acuerdos de colaboración,

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

abarca las actividades comprendidas en la jerarquía de resultados de la OMS y sobre las cuales esta tiene autoridad ejecutiva; pero las actividades se realizan en colaboración, lo cual puede incidir en la cantidad de recursos disponibles y en los gastos. El tercer segmento, respuesta a los brotes y las crisis, comprende las actividades determinadas por eventos agudos externos, por lo que es difícil predecir la ubicación de las actividades o los recursos que se ejecutarán.

A lo largo del bienio, la Organización mejoró sus métodos de seguimiento de los fondos recibidos y la manera como se gastan según los tres segmentos, y seguirá procurando lograr mayor exactitud en el monitoreo de los fondos por segmento en el futuro. A continuación se presenta el desglose de la ejecución financiera por segmento.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en millones de US\$)

Segmento	Presupuesto aprobado 2008-2009	Fondos disponibles para 2008-2009	Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos 2008-2009	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
Programas básicos	3 742	3 079	82%	2 524	67%	82%
Asociaciones y acuerdos de colaboración	370	1 060	286%	812	220%	77%
Respuesta a los brotes y las crisis	116	455	392%	453	391%	100%
Total	4 227	4 594	109%	3 789^a	90%	82%

^a El total de gastos no incluye US\$ 111 millones correspondientes a compromisos (fondos comprometidos) relacionados con bienes o servicios que no se habían suministrado al 31 de diciembre de 2009.

Se estimó que los programas básicos estaban insuficientemente financiados en relación con el presupuesto aprobado, lo cual repercutió en la ejecución en todas las regiones. Se estimó que aproximadamente el 67% del segmento de programas básicos se ejecutó, lo que representa un nivel de ejecución de alrededor del 82% de los fondos disponibles para este segmento.

La cuantía de los fondos disponibles para el segmento de asociaciones y acuerdos de colaboración fue mayor de lo que se había estimado originalmente y equivale a un 286% de la estimación original del presupuesto. El aumento de fondos disponibles para el presupuesto original se observó sobre todo en relación con las actividades contra la poliomielitis como parte del objetivo estratégico 1. El gasto total de este segmento se estimó en US\$ 812 millones, por comparación con los US\$ 370 millones presupuestados originalmente. Mientras que la estimación original de este segmento fue inferior a un 10% del presupuesto total, el gasto correspondiente representó más de un 20% del gasto total.

También aumentó el segmento de respuesta a los brotes y las crisis, donde el gasto sumó alrededor de US\$ 453 millones, por comparación con la estimación original de US\$ 116 millones. Aproximadamente, un 30% del gasto se destinó a las actividades de respuesta a los brotes según el objetivo estratégico 1, en particular las relacionadas con la pandemia por el virus gripal A (H1N1) 2009. El resto se asignó a las actividades de respuesta a las crisis de conformidad con el objetivo estratégico 5, y casi dos tercios se ejecutaron en la Región del Mediterráneo Oriental. Como consecuencia, los resultados previstos globales para esta Región resultaron afectados, pues grandes porciones del presupuesto se asignaron ya sea a las actividades vinculadas con la respuesta a los brotes y las crisis o a los acuerdos de colaboración para realizar actividades de lucha contra la po-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

liomielitis. Por consiguiente, tanto el gasto como el monto de los fondos disponibles fueron mayores que en el presupuesto original.

En casi todas las oficinas, los fondos disponibles en conjunto alcanzaron para cubrir las estimaciones del presupuesto; sin embargo, fue variable su distribución y, por lo tanto, su ejecución según los objetivos estratégicos. Los objetivos estratégicos 3, 4, 7 y 9 fueron los que menos financiación recibieron, mientras que los objetivos estratégicos 1 y 5 recibieron la mayor parte de la financiación, aunque esta se dirigió principalmente a actividades al margen del segmento correspondiente a los programas básicos. La disponibilidad de un nivel mayor de fondos totales para estos dos objetivos estratégicos oculta la insuficiencia de recursos para los programas básicos en varias oficinas, especialmente las Oficinas Regionales para África y el Mediterráneo Oriental, donde porciones considerablemente mayores de los fondos para los objetivos estratégicos 1 y 5 se destinaron a las asociaciones y acuerdos de colaboración, especialmente las relacionadas con la poliomielitis, y a diversas actividades de respuesta a los brotes y las crisis. Se presenta enseguida el desglose de la ejecución financiera por ubicación y con relación al presupuesto por programas.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en millones de US\$)

Región	Presupuesto aprobado 2008-2009	Fondos disponibles para 2008-2009	Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos 2008-2009	Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado	Gastos como porcentaje de los fondos disponibles
Región de África	1 194	1 112	93%	1 007	84%	91%
Región de las Américas	279	148	53%	135	49%	91%
Región de Asia Sudoriental	492	458	93%	363	74%	79%
Región de Europa	275	251	91%	203	74%	81%
Región del Mediterráneo Oriental	465	632	136%	531	114%	84%
Región del Pacífico Occidental	348	296	85%	213	61%	72%
Sede	1 176	1 655	141%	1 337	114%	81%
Total	4 227	4 594^a	109%	3 789^b	90%	82%

^a Esta suma incluye US\$ 42 millones que no se habían distribuido al 31 de diciembre de 2009.

^b El total de gastos no incluye US\$ 111 millones correspondientes a compromisos (fondos comprometidos) relacionados con bienes o servicios que no se habían suministrado al 31 de diciembre de 2009.

En 2006-2007, el gasto en las áreas sustantivas de trabajo del presupuesto por programas fue de US\$ 3100 millones. Por comparación con ese bienio, se produjo un aumento global del 22% en 2008-2009, con un alza del 21% en la Sede y del 23% en las regiones. El mayor aumento porcentual de los gastos se observó en la Región de África con un 31%.

El informe financiero comprobado del bienio 2008-2009 muestra un arrastre de asignaciones del bienio 2006-2007 por valor de US\$ 1600 millones, y US\$ 3800 millones de ingresos percibidos, lo que suma en total US\$ 5400 millones. Los ingresos percibidos incluyen fondos al margen del presupuesto por programas, en particular el Servicio Farmacéutico Mundial (US\$ 122 millones), el Convenio Marco para el Control del Tabaco (US\$ 10 millones), las compras reembolsables efectuadas en nombre de los Estados Miembros (US\$ 53 millo-

nes) y otros ingresos de explotación (US\$ 71 millones). La cantidad total disponible para la ejecución del presupuesto por programas fue de US\$ 5000 millones. De esta suma, US\$ 4600 millones estuvieron disponibles para ejecución en el bienio analizado, y el saldo, que en parte se recibió con retraso, se dejó para ejecución en periodos posteriores.

Las asignaciones arrastradas en el ingreso contable suman US\$ 1500 millones. Se requiere un mínimo estimado de aproximadamente US\$ 800 millones para empezar el bienio a fin de asegurar los sueldos del personal por seis meses y la continuidad de las actividades. En la práctica, el alto grado de especificación de los fondos y el hecho de que una parte de los ingresos se reciben y especifican para proyectos multianuales significa que hay una cantidad mayor de asignaciones arrastradas.

Del total de US\$ 5000 millones disponibles para la ejecución del presupuesto, un 19% provino de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. El mecanismo de la cuenta de contribuciones voluntarias básicas, que son fondos plenamente flexibles para apoyar el presupuesto por programas, proporcionó un 3% del total. Otro 7% de la financiación se consideró medianamente flexible, es decir, eran fondos asignados a un fin específico de alto nivel, por ejemplo para un objetivo estratégico. Otro 6% provino del rubro de gastos de apoyo a programas y se usó para apoyar solamente los objetivos estratégicos 12 y 13. El resto, o sea el 65% de los fondos totales disponibles, estaba especificado en grados diversos, a menudo de manera estricta. La Organización sigue trabajando con los donantes para aumentar la proporción de fondos flexibles y mejorar los mecanismos para usar los fondos flexibles con objeto de reducir los déficit de financiación de los objetivos estratégicos que no están bien financiados.

El análisis del gasto se efectuó el 3 de marzo de 2010, antes del cierre final de las cuentas del bienio 2008-2009, y puede ser que no incluya los ajustes finales que se hicieron. Las cifras proporcionadas corresponden únicamente al gasto. Además, las cargas (compromisos aprobados en los que los bienes o servicios estaban previstos para 2010) por un total de otro 3%, o sea US\$ 111,3 millones, se han contabilizado al final del bienio.

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

En el informe que empieza a continuación, se reseñan los puntos destacados de los progresos logrados y los logros alcanzados con relación a cada objetivo estratégico por los Estados Miembros, especialmente aquellos a los que la Secretaría debía prestar asistencia técnica. El resultado de la evaluación global de cada resultado previsto a nivel de toda la Organización se calificó como totalmente logrado o parcialmente logrado, y se resumieron los logros principales de la Secretaría en el cumplimiento de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. Con respecto a cada objetivo estratégico, se analiza la ejecución financiera y se destacan los factores que propiciaron el éxito y los impedimentos importantes, las enseñanzas extraídas y el camino a seguir.

Esa información resumida se preparó a partir de los informes completos presentados por los equipos de los 13 objetivos estratégicos. Además, se está preparando un informe completo¹ que ofrece mayores detalles, particularmente acerca del logro de los resultados en los países, los resultados concretos fundamentales y las áreas prioritarias en las que se prestó asistencia técnica durante el bienio. Lo más importante es que revela la manera como la labor realizada se relaciona con los indicadores establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio para el periodo 2008-2013.

¹ Documento WHO/PRP/10.1, en prensa.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1**Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles**

La pandemia por (H1N1) 2009 dominó las actividades de la Organización y dio lugar al perfeccionamiento de los planes nacionales de preparación en todos los Estados Miembros, y al establecimiento de equipos nacionales y subnacionales de respuesta rápida. Los Estados Miembros y la Secretaría respondieron mediante una colaboración más estrecha de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y una intensificación del intercambio de información, las consultas y los procesos de adopción de decisiones. De las respuestas presentadas por 119 Estados Miembros a los cuestionarios sobre el Reglamento Sanitario Internacional (2005) distribuidos por la Secretaría en 2008 y 2009 se desprende que siguen estableciéndose vínculos intersectoriales y que existe una creciente concienciación del personal sanitario respecto de los requisitos del RSI. Para el final de 2009, las contribuciones de los Estados Miembros y otros donantes, canalizadas por conducto de la iniciativa para el desarrollo de una vacuna contra la pandemia, permitieron a la OMS establecer un marco logístico y jurídico destinado a facilitar el acceso de 95 países en desarrollo a vacunas contra la infección con el virus de la gripe pandémica por A (H1N1) 2009.

Se mantuvo la tendencia positiva en lo que respecta a la cobertura mundial de vacunación que, según estimaciones, alcanzó en 2009 el 82%. Durante el bienio se evitaron unos cinco millones de defunciones en todos los grupos de edad gracias a la inmunización. En el periodo 2000-2008 las defunciones por sarampión en todo el mundo disminuyeron un 78%, o sea de 733 000 defunciones registradas en 2000, a 164 000 en 2008. Hacia fines de 2008 se habían introducido vacunas antineumocócicas y antirrotavirus en 31 y 19 Estados Miembros, respectivamente.

No obstante la persistente transmisión de poliovirus salvaje autóctono en el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán, se realizaron progresos hacia su erradicación en esos cuatro países. La recurrente reintroducción o la persistencia de los virus en 19 países que anteriormente estaban exentos de poliomielitis complicó aún más la situación.

La labor de la OMS relativa al control de enfermedades tropicales desatendidas, entre ellas la lepra, la tripanosomiasis africana humana y la oncocercosis, mereció mayor atención y reconocimiento a raíz de planes regionales relacionados con el Plan Mundial de Lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015. La dracunculosis está próxima a su erradicación.

Los países intensificaron sus trabajos de investigación por conducto de redes tales como la Red africana de innovación en materia de medicamentos y medios de diagnóstico. Se establecieron cuatro centros regionales de referencia para la capacitación en la esfera de investigación en Colombia, Indonesia, Kazajstán y Rwanda. El elevado nivel de compromiso político alcanzado en la Conferencia Ministerial sobre Investigación para la Salud en la Región de África, celebrada en Argel del 23 al 26 de junio de 2008, y en el Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud, que tuvo lugar en Bamako del 17 al 19 de noviembre de 2008, permitió dar mayor prioridad a la investigación para la salud.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **ocho resultados previstos a nivel de toda la Organización** en relación con este objetivo estratégico, seis se consideraron «totalmente logrados» y dos «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (6)						Parcialmente logrados (2)	

1.1	Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para asegurar en la mayor medida posible a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada, incluidos nuevos productos y tecnologías de inmunización, y para integrar otras intervenciones esenciales de salud del niño con la inmunización. <i>Parcialmente logrado</i> El apoyo de la OMS y de otros asociados de la GAVI dio lugar a un marcado incremento en la cobertura vacunal mundial. El apoyo a las campañas de inmunización sistemática se centró en la prestación de ayuda a los países para superar deficiencias o compensar retrocesos en la cobertura, especialmente en las Regiones de África y Asia Sudoriental, en las que los inapropiados sistemas asistenciales limitan el acceso a la vacunación, y la falta de capacidad para la planificación y la prestación de los servicios en el plano operacional menoscaban los esfuerzos orientados a fortalecer la atención primaria de salud. La OMS facilitó la adopción de decisiones relativas al empleo de nuevas vacunas en países en desarrollo que reunían las condiciones necesarias y prestó apoyo a los países que inicialmente adoptaron las vacunas antineumocócicas y contra el rotavirus para planificar su introducción. En 2009, la OMS recomendó la inclusión de la vacuna contra el rotavirus en todos los programas nacionales en todas las regiones. Sin embargo, el precio de las nuevas vacunas dificulta su introducción en los países de bajos y medianos ingresos. Las alianzas, los organismos bilaterales, las empresas privadas y las instituciones de la sociedad civil contribuyeron al fortalecimiento de la movilización y la participación social y al mejoramiento de la garantía de la calidad en los programas de inmunización.
1.2	Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo para lograr la certificación de la erradicación de la poliomielitis y la destrucción, o contención apropiada, de todas las cepas de poliovirus, lo que resultará en la supresión simultánea de la vacunación antipoliomielítica oral en el mundo entero. <i>Parcialmente logrado</i> Debido a la persistente transmisión endémica del poliovirus en los cuatro países en los que la poliomielitis aún es endémica, a saber, el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán, así como a la nueva propagación internacional desde esas zonas, y a la existencia de nuevos reservorios secundarios de poliovirus en Angola, el Chad, la República Democrática del Congo y el Sudán, el plazo para la certificación final, el confinamiento y el cese de las actividades de vacunación con la vacuna antipoliomielítica oral se retrasó por lo menos de 12 a 24 meses. En respuesta a la grave situación epidemiológica planteada a mediados de 2008 en relación con la poliomielitis, y a la luz de la resolución WHA61.1 en la que se pide a la Directora General que elabore una nueva estrategia para la erradicación de la poliomielitis, la OMS y los asociados de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis suspendieron la ejecución del plan estratégico multianual a mediano plazo y lo reemplazaron por el programa anual de trabajo 2009 de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis, dividido en tres partes, a fin de poner a prueba y evaluar rápidamente nuevos enfoques orientados a proporcionar la vacuna antipoliomielítica oral a más niños en cada una de las cuatro zonas en las que la enfermedad aún es endémica; desarrollar y evaluar nuevos tipos de vacuna y vías de administración, y evaluar de manera independiente los principales obstáculos para interrumpir totalmente la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo. Además, se introdujeron rigurosas medidas de control de brotes en los 19 países en los que se han vuelto a registrar infecciones. Consiguientemente, en una reunión extraordinaria del Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis convocada por la OMS en noviembre de 2009, los Estados Miembros y asociados en la ejecución reconocieron que los importantes progresos concernientes a los instrumentos y enfoques operacionales para completar la erradicación de la poliomielitis justificaban la formulación y aplicación de un nuevo Plan Estratégico de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis 2010-2012 destinado a interrumpir en todo el mundo la transmisión del poliovirus salvaje.

	A pesar de esos acontecimientos positivos, y aunque el número fijado de Estados Miembros se alcanzó en relación con ambos indicadores, los resultados generales previstos se evaluaron como parcialmente logrados, porque a fines de 2009 los resultados no se habían logrado plenamente en las dos Regiones con mayor incidencia de casos de poliomielitis.
1.3	Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones un acceso a intervenciones de prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades tropicales desatendidas, como por ejemplo las enfermedades zoonóticas. <i>Totalmente logrado</i> El Plan Mundial de Lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015 recibió el respaldo de todos los organismos técnicos y los países afectados y promovió el reconocimiento internacional respecto de las consecuencias de salud pública de esas enfermedades. La OMS elaboró un informe en que se evalúan las experiencias de los países relativas a la quimioterapia preventiva integrada, incluidos enfoques para intensificar las intervenciones. Se elaboró y se puso en práctica un marco orientado a movilizar recursos para el control de las enfermedades tropicales desatendidas, y se prestó apoyo a los países en los que esas enfermedades son endémicas a fin de establecer la base de datos mundiales de referencia sobre ese tema. Las actividades concernientes a enfermedades específicas incluyeron el fortalecimiento de la vigilancia en zonas exentas de dracunculosis y el apoyo a la certificación; la consolidación de la eliminación de la lepra y la preparación de planes de eliminación en los planos subnacional y de distrito; la evaluación de los instrumentos y estrategias existentes para la vigilancia y el control de la leishmaniasis, con miras a lograr una mayor armonización de las políticas; el desarrollo de nuevos instrumentos de diagnóstico de la tripanosomiasis africana humana mediante la colaboración con la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores (FIND); el desarrollo de un sistema de evaluación y vigilancia mundial de la OMS para el mal de Chagas y la puesta en marcha de una red mundial quinquenal de la OMS para el mal de Chagas; la evaluación de los programas nacionales relativos a la úlcera de Buruli en cinco países de África occidental; la elaboración de un plan de acción estratégico mundial para el control integrado de los vectores en colaboración con asociados clave; y la prestación de apoyo al desarrollo de planes nacionales para el manejo responsable de plaguicidas en 10 países prioritarios de diferentes regiones. Gracias a una donación de praziquantel, la OMS pudo respaldar la utilización de la quimioterapia preventiva para el tratamiento de la esquistosomiasis en países africanos en los que esa enfermedad es altamente endémica. En la Región de la Américas, las iniciativas de control de la OMS contribuyeron a reducir el número de casos de rabia en personas y perros y crearon condiciones propicias para eliminar la rabia humana transmitida por perros en un plazo breve.
1.4	Se habrá prestado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para aumentar su capacidad de vigilancia y supervisión de todas las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública. <i>Totalmente logrado</i> En 2009 se estableció una red mundial de centros de vigilancia «Centinela» para el rotavirus y las enfermedades bacterianas invasivas, que permitirá hacer un seguimiento de los efectos de las vacunas contra <i>Haemophilus influenzae</i> de tipo b, antineumocócica y antimeningocócicas y proporcionará información crucial a las instancias decisorias nacionales. La OMS y sus asociados publicaron nuevas estimaciones de la carga de morbilidad debida a <i>Haemophilus influenzae</i> de tipo b y a la enfermedad neumocócica en niños menores de cinco años. La red mundial de laboratorios para el sarampión y la rubéola se amplió e incluye 678 laboratorios que prestan servicio a 164 Estados Miembros. En países que atraviesan situaciones de crisis y de emergencia se fortalecieron las actividades de vigilancia y respuesta relativas a las enfermedades transmisibles mediante la asistencia técnica y la evaluación de riesgos, el apoyo sobre el terreno, la planificación para emergencias, la capacitación y el

	suministro de insumos y asistencia financiera. Se prestó apoyo a algunos países para la ejecución de iniciativas específicas, a saber: en la Región de África para la vigilancia del sarampión basada en exámenes de casos y en la confirmación mediante estudios de laboratorio; en la Región de las Américas para el desarrollo de protocolos e instrumentos de vigilancia de enfermedades; en la Región del Mediterráneo Oriental para impartir capacitación en materia de vigilancia y respuesta ante brotes; en la Región de Europa para establecer una plataforma de vigilancia de la gripe; en la Región de Asia Sudoriental para fortalecer la preparación hospitalaria en materia de control de infecciones y reforzar la infraestructura de laboratorio; y en la Región del Pacífico Occidental para la vigilancia y el seguimiento de enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública.
1.5	Se habrán formulado y validado nuevos instrumentos y estrategias de gestión de conocimientos e intervención acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles, asegurándose de que los científicos de países en desarrollo desempeñen cada vez más un papel protagonista en las investigaciones conexas. <i>Totalmente logrado</i> Con la colaboración de la OMS se introdujeron seis instrumentos y estrategias de aplicación nuevos o mejorados en por lo menos un país en desarrollo. En el mecanismo de compra en grandes cantidades de la OMS se incluyeron tres nuevas pruebas de diagnóstico del dengue, obtenidas a precios negociados, lo que permitió a muchos países detectar y hacer un seguimiento de brotes de dengue de manera más eficaz. La información obtenida por medio de un estudio que abarcó diversos países posibilitó que muchos países adoptaran decisiones relativas a la dosis óptima de praziquantel para el tratamiento de la esquistosomiasis. Las investigaciones patrocinadas por la OMS demostraron la viabilidad de la eliminación de la oncocercosis en algunas zonas de África en las que la enfermedad es endémica y contribuirán a la formulación de estrategias de eliminación. En 2009 se aprobó la comercialización de una vacuna conjugada, desarrollada conjuntamente con la OMS y el Programa de Tecnología Sanitaria Apropriada (PATH), una iniciativa catalizadora en la esfera de la salud mundial, lo que allanó el camino para su introducción en el cinturón africano de la meningitis en 2010. Se otorgaron donaciones iniciales y se prestó asistencia técnica a 11 fabricantes de vacunas de países en desarrollo, para contribuir a la producción de vacunas antigripales. Además, se determinaron las características para las nuevas vacunas antineumocócicas destinadas a países en desarrollo. En la Región de África, las autoridades nacionales de reglamentación de 19 países aprobaron directrices comunes para la presentación y el examen de solicitudes de ensayos clínicos de vacunas; en la Región de las Américas, se aprobó un nuevo instrumento centrado en la «ecosalud», que permitirá luchar contra el mal de Chagas; en la Región del Mediterráneo Oriental, una evaluación de cuatro estrategias, instrumentos y/o políticas de salud pública proporcionó pruebas para apoyar cambios normativos; y en la Región del Pacífico Occidental se realizaron progresos en la preparación de un plan regional de acción en materia de investigación.
1.6	Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para adquirir las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para el establecimiento y fortalecimiento de sistemas de alerta y respuesta aplicables en epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional. <i>Totalmente logrado</i> La OMS elaboró materiales para abordar aspectos particulares del Reglamento Sanitario Internacional (2005), entre ellos el aumento de la concienciación; enfoques relativos a la aplicación, por ejemplo mediante estrategias regionales; calidad de los sistemas de laboratorio; difusión de información y directrices técnicas, incluso sobre gestión de la pandemia por (H1N1) 2009, por conducto de la Biblioteca electrónica del RSI accesible en el sitio web de la OMS; y la adaptación de las legislaciones nacionales con el fin de facilitar a los países la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Además, las oficinas regionales organizaron talleres interpaíses sobre la aplicación del

	Reglamento, y prestaron apoyo a las evaluaciones y planes de acción nacionales, así como a iniciativas regionales de vigilancia, por ejemplo en el Caribe, el Océano Índico y la Cuenca del Mekong. Se fortaleció la cooperación con los Centros Colaboradores de la OMS, entre ellos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los Institutos Pasteur de los Estados Unidos, así como con otras organizaciones, tales como la FAO, la Organización Marítima Internacional, la OIE, la Organización Mundial del Turismo y el Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades.
1.7	Se habrá dotado a los Estados Miembros y la comunidad internacional de medios de detección, evaluación, respuesta y solución respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandémicas (como la gripe, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste o la viruela), elaborando y aplicando instrumentos, metodologías, prácticas, redes y alianzas para prevención, detección, preparación e intervención. <i>Totalmente logrado</i> En respuesta a la pandemia por (H1N1) 2009, la OMS prestó asistencia a los Estados Miembros para elaborar planes nacionales de preparación y prever en esos planes la integración de equipos de respuesta rápida, incluso en el plano subnacional. En todas las regiones se amplió la capacidad de laboratorio y se fortalecieron las redes técnicas, entre ellas la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe. Además, la OMS apoyó investigaciones sobre la gripe en todo el mundo y en determinados países afectados, por ejemplo, sobre la gripe por H5N1 en Indonesia y sobre la pandemia de gripe por el virus A (H1N1) 2009 en Tailandia. La OMS colaboró con el UNICEF para poner de relieve la función crucial de las comunicaciones eficaces durante situaciones de emergencia, y con la FAO y la OIE para fortalecer la colaboración intersectorial en relación con el control de las enfermedades transmisibles originadas en la interacción entre los seres humanos y los animales. En 2009 se realizaron progresos en el contexto de iniciativas destinadas a controlar y gestionar otras amenazas de enfermedades transmisibles graves, entre ellas la Iniciativa contra la Fiebre Amarilla, el proyecto (MERIT) sobre aprovechamiento de las tecnologías de la información para abordar los riesgos ambientales de meningitis, el proyecto de estudios sobre portadores de meningitis en África y la reserva de vacuna antivariólica de la OMS. Las donaciones de la industria farmacéutica permitieron a la OMS proporcionar medicamentos antivíricos a 72 países en desarrollo en un plazo de tres semanas a partir de la identificación de la pandemia de gripe por el virus A (H1N1) 2009, y reponer o ampliar las existencias. Las donaciones de los fabricantes de vacunas y de los gobiernos posibilitaron a la OMS la puesta en marcha de una iniciativa de distribución de vacunas en prevención de una pandemia en gran escala, destinada a facilitar el acceso de países de bajos y medianos ingresos a las vacunas.
1.8	Se contará con medios regionales y mundiales, coordinados y rápidamente accesibles a los Estados Miembros, para las tareas de detección, verificación, evaluación del riesgo y respuesta ante epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional. <i>Totalmente logrado</i> En respuesta a la pandemia por (H1N1) 2009 la OMS introdujo el sistema mundial de gestión de eventos en todas las regiones y en algunas oficinas en los países, principalmente en la Región de África, la Región de las Américas y la Región de Europa. En el bienio 2008-2009 la OMS respondió a todas las peticiones de los Estados Miembros que solicitaron asistencia para controlar brotes de enfermedades, incluidas el cólera, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, el dengue, la fiebre hemorrágica del Ebola, la hepatitis A, la leptospirosis y las infecciones por norovirus, y prestó su respaldo a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Se fortalecieron los canales y protocolos de comunicación de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) revisado, y se fortaleció la capacidad de los coordinadores nacionales y de la OMS en su conjunto.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	316 203	32 387	134 742	29 925	101 095	53 525	226 166	894 043
Fondos disponibles ¹	543 339	25 442	175 335	32 449	208 601	76 194	379 944	1 481 538
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	<i>172%</i>	<i>79%</i>	<i>130%</i>	<i>108%</i>	<i>206%</i>	<i>142%</i>	<i>168%</i>	<i>166%</i>
Gastos	485 905	20 923	127 430	26 094	171 038	50 999	353 693	1 236 082
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	<i>154%</i>	<i>65%</i>	<i>95%</i>	<i>87%</i>	<i>169%</i>	<i>95%</i>	<i>156%</i>	<i>138%</i>
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	<i>89%</i>	<i>82%</i>	<i>73%</i>	<i>80%</i>	<i>82%</i>	<i>67%</i>	<i>93%</i>	<i>83%</i>

El presupuesto total aprobado para el objetivo estratégico era de US\$ 894 millones, de los cuales US\$ 626 millones correspondían a programas básicos de la OMS, US\$ 237 millones a alianzas y arreglos de colaboración y US\$ 31 millones a actividades de respuesta ante situaciones de crisis y brotes.

Del presupuesto aprobado, US\$ 1482 millones (166%) se obtuvieron por concepto de contribuciones señaladas y voluntarias. Unos US\$ 620 millones se destinaron a programas básicos y US\$ 780 millones a alianzas y acuerdos de colaboración. Aproximadamente el 74% de los fondos disponibles para alianzas y acuerdos de colaboración se destinaron a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y el resto a otras alianzas, en particular al Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

Durante el bienio se utilizaron US\$ 1236 millones (83%) de los fondos disponibles. Unos US\$ 473 millones se asignaron a programas básicos; US\$ 624 millones se destinaron a alianzas y a acuerdos de colaboración, y US\$ 138 millones para dar respuesta a brotes y situaciones de crisis. El presupuesto para dar respuesta a brotes y situaciones de crisis se estimó al inicio del bienio y se incrementó en función de las necesidades. El financia-

¹ Incluye US\$ 40 millones, de los cuales un 75% corresponde a actividades de erradicación de la poliomielitis, que aún no se han distribuido a las principales oficinas.

miento y los gastos correspondientes a esta sección incluyen importantes contribuciones en especie de medicamentos contra la infección con el virus de la gripe pandémica por A (H1N1) 2009.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Aunque en general se han realizado progresos para aumentar la cobertura de inmunización sistemática, las cifras globales ocultan deficiencias persistentes e incluso retrocesos en muchos países, en particular en las Regiones de África y Asia Sudoriental. Las deficiencias en los sistemas de suministro son un obstáculo importante para mantener y acelerar los progresos realizados, por ejemplo, en lo que concierne al control y la eliminación del sarampión. Era preciso fortalecer la planificación y el suministro de servicios en el plano operacional en consonancia con el renovado interés por la atención primaria de salud. El compromiso y la implicación de los países fueron elementos clave para alcanzar los objetivos de inmunización. La planificación y la coordinación conjunta entre la Sede y las oficinas regionales y en los países, incluida la integración con otros programas de la OMS, facilitaron enormemente la realización de las actividades.

El Plan Estratégico 2010-2012 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se basa en la experiencia adquirida en 20 años de actividades destinadas a erradicar la poliomielitis. Cuatro de esas enseñanzas son cruciales para completar la erradicación, a saber: el reconocimiento de que la transmisión del poliovirus puede persistir en zonas geográficas y subgrupos de población más pequeños de los que se creía anteriormente, lo que exige el desarrollo y la ejecución de nuevos planes específicos para cada zona y cada problema; la aparente previsibilidad de la propagación nacional e internacional de poliovirus salvajes, que sigue rutas de migración conocidas y explota las debilidades de los sistemas de salud, lo que facilita las actividades de prevención; la cambiante epidemiología de la poliomielitis demuestra, por medio de modelos matemáticos, que los umbrales de inmunidad de la población necesarios para interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje difieren entre las diversas áreas que aún permanecen infectadas (son más elevados en Asia que en África), lo que facilita la adaptación de estrategias de conformidad con las circunstancias locales; y que si bien la vacuna oral monovalente contra el poliovirus ha proporcionado a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis instrumentos más eficaces para alcanzar rápidamente la inmunización de la población, la optimización de su equilibrio se reveló más difícil de lo previsto y, en ciertos entornos, se produjeron brotes alternados de poliovirus 1 y 3 que propiciaron el desarrollo acelerado de una nueva vacuna oral «bivalente» contra el poliovirus. Estos cuatro elementos influyeron directamente en la adaptación del Plan Estratégico 2010-2012, efectuada con el fin de satisfacer las necesidades geográficas y emplear métodos operacionales comunes, proporcionando así un enfoque múltiple para abordar obstáculos que desde hace mucho obstaculizan la erradicación total. Los desafíos cruciales consistirán en asegurar el financiamiento del Plan Estratégico, la disponibilidad de instrumentos adecuados y el acceso a los niños de las zonas afectadas por conflictos y/o carentes de capacidad para gestionar el programa.

El notable aumento de recursos financieros y de la producción de nuevos instrumentos para el tratamiento de enfermedades infecciosas en los países en desarrollo durante los últimos decenios no se ha correspondido con un aumento equivalente en el financiamiento de la OMS, lo que ha limitado la capacidad de la Organización para satisfacer la demanda de apoyo en la esfera de investigación y desarrollo. El recurso a un elevado nivel de financiación generó desafíos adicionales: por ejemplo, los fondos y compromisos o acuerdos suscritos, con cargo a los cuales se pueden asignar fondos para el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, a veces llegan con posterioridad a la fecha prevista. Es preciso establecer vínculos más estrechos entre la recepción de fondos y los desembolsos y otros gastos contractuales, a fin de mejorar la gestión financiera y del flujo de tesorería. La negociación de acuerdos de financiación multianuales contribuye a aliviar el problema. Un nuevo marco de colaboración mejorará la coordinación entre el Programa Especial y las oficinas regionales.

Gracias, en parte, a los progresos realizados en el tratamiento del mal de Chagas, la filariasis linfática, la esquistosomiasis y el tracoma, es creciente el reconocimiento de que las intervenciones destinadas a controlar enfermedades tropicales desatendidas pueden mejorar las vidas de millones de personas y a un costo menor que el necesario para tratar muchas otras enfermedades infecciosas. Esas intervenciones, que dependen del apoyo de

los donantes y de las donaciones de la industria, se deben respaldar mediante procedimientos administrativos eficientes.

La capacidad para gestionar emergencias de salud pública graves exige el fortalecimiento mediante la inversión en sistemas y recursos humanos, así como el establecimiento de centros de operaciones conjuntos. Experiencias recientes han puesto de relieve la dificultad que plantea la integración de los tres niveles de la OMS en las actividades de alerta y respuesta ante epidemias y en la gestión de emergencias de salud pública. La plena aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) exigirá una estrategia más clara de toda la Organización para desarrollar capacidades integradas de alerta y respuesta que abarquen la colaboración internacional; el intercambio rápido, oportuno y transparente de información; planes y ejercicios de preparación esenciales, y la adecuada información sobre los riesgos. Las enseñanzas adquiridas a raíz de la pandemia por (H1N1) 2009 y la consiguiente revisión de los planes y procesos de preparación para una pandemia fortalecerán aún más la base de conocimientos de la OMS y su capacidad de respuesta. En la Región de las Américas, el 70% de los casos previstos en el Reglamento incluyeron zoonosis, enfermedades que afectaban a personas y animales y cuestiones relativas a la seguridad alimentaria, lo que pone de relieve la importancia de la coordinación intersectorial en lo concerniente a la interacción entre personas y animales.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo

Los Estados Miembros con alta carga de morbilidad por VIH, tuberculosis y/o paludismo han hecho progresos en la lucha contra estas enfermedades centrándose en planes a plazo medio vinculados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y respondiendo a las necesidades específicas de las poblaciones en riesgo y muy vulnerables, como las mujeres, los niños, las personas muy pobres y los grupos marginados. Estos resultados se han podido conseguir gracias a la innovación, el incremento de la asistencia financiera y técnica y la mayor colaboración entre los asociados mundiales. Se intensificaron las actividades encaminadas a medir la farmacoresistencia emergente y adoptar las correspondientes medidas de respuesta. Sin embargo, para conseguir el acceso universal a la atención aún habrá que superar retos importantes, como las deficiencias en los sistemas de salud, los distintos grados de compromiso político y las limitaciones de recursos.

A finales de 2008 se había proporcionado terapia antirretroviral a más de cuatro millones de personas en todos los Estados Miembros. Se hizo hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de salud para ejecutar con eficacia los programas contra el VIH, entre otras cosas, en lo que se refiere a la capacidad de recursos humanos, los sistemas de información para la gestión de las adquisiciones y el suministro de medicamentos y medios de diagnóstico, la capacidad de diagnóstico de los laboratorios en relación con el VIH y la tuberculosis, y la vigilancia del tratamiento y la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. En los países de ingresos bajos y medianos la cobertura de este último aspecto aumentó del 35% en 2007 al 45% en 2008; en 13 países del África subsahariana con alta carga de morbilidad por VIH se promovieron métodos de prevención para las poblaciones más vulnerables, entre otras cosas, mediante una ampliación de los programas de circuncisión.

En todas las regiones la incidencia de la tuberculosis se fue reduciendo hasta alcanzar la pertinente meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 y en todo el mundo se mantiene la tendencia a la disminución. En todo el mundo se expandió la administración del tratamiento DOTS y la aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis. Entre 1995 y finales de 2008, 36 millones de personas recibieron ese tratamiento y se salvaron más de seis millones de vidas. A finales de 2008, el 22% de los pacientes con tuberculosis se sometieron a pruebas del VIH y el 32% de las personas con resultados positivos recibieron tratamiento antirretroviral. Sin embargo, se estima que sólo en el 3% de los casos anuales de tuberculosis multirresistente se administra atención de calidad. Según se informó, en 58 países la tuberculosis farmacoresistente está muy difundida. Por consiguiente, es preciso modificar con urgencia las políticas de atención universal tanto para ampliar el acceso a los medios diagnósticos modernos y al tratamiento adecuado como para mejorar la reglamentación relativa a la calidad de los medicamentos y promover su uso racional en el marco de unos sistemas de salud reforzados.

Se incrementó el compromiso internacional para financiar la lucha contra el paludismo. También se intensificó la labor de los Estados Miembros mediante el suministro de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración y, en alguna medida, de medios de diagnóstico rápido y de tratamiento combinado basado en la artemisinina. Tanto la aplicación como las repercusiones de esta terapia fueron mayores en los países menos poblados y con mayor inversión por habitante en actividades de eliminación del paludismo. Una vez demostrada la relación que existe entre la incidencia de esta enfermedad y el menor ritmo de desarrollo, empezó a fortalecerse el apoyo político para su erradicación en los países poco endémicos. La innovación y las tecnologías mejoradas despertaron mayor atención e interés estratégico, impulsadas por las inversiones de la Fundación Bill y Melinda Gates y por las experiencias positivas con asociaciones publicoprivadas, como la Operación Medicamentos Antipalúdicos, la FIND y el Consorcio para la Innovación en el Control de Vectores.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **seis resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, tres se consideraron «totalmente logrados» y otros tres «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (3)			Parcialmente logrados (3)		

2.1

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

Parcialmente logrado

La OMS elaboró directrices e instrumentos para prestar asistencia a los países a fin de ampliar el alcance de las intervenciones prioritarias relacionadas con el VIH/sida, incluida la administración de la terapia antirretroviral a adultos, adolescentes y niños menores de un año. Las directrices se adaptaron a la situación de las distintas regiones. Se prestó asistencia a los países para que establecieran prioridades en sus intervenciones sobre la base de pruebas científicas y ampliaran la escala de su respuesta al VIH en consecuencia; por ejemplo, entre 2007 y 2008 en la Región de África se registró un aumento del 51% en el número de establecimientos de salud que suministraban terapia antirretroviral y la cobertura del tratamiento aumentó del 33% al 44%.

Se actualizaron las normas internacionales para la atención de la tuberculosis y la política de la OMS de control de las infecciones; se mejoró la estrategia Alto a la Tuberculosis, en particular los componentes relativos a la detección de casos, las poblaciones vulnerables, los determinantes sociales, la participación de todos los dispensadores de atención y de las comunidades, y el acceso universal a la atención para cualquier tipo de tuberculosis. Las oficinas regionales adaptaron directrices relativas a la tuberculosis y el VIH para tener en cuenta las situaciones específicas de cada región. La OMS participó en la organización de una reunión ministerial de países con alta carga de tuberculosis multi-resistente y extremadamente farmacorresistente, que se celebró en Beijing del 1 al 3 de abril de 2009.

Gracias a la elaboración y actualización de recomendaciones y directrices sobre políticas se adoptaron políticas de tratamiento en todos los países en que la enfermedad es endémica y se logró un aumento considerable en la distribución de mosquiteros impregnados con insecticida, lo cual redundó en una disminución del 50% de los casos de paludismo en más de un tercio de esos países. Sobre la base de la orientación sobre políticas y de las directrices técnicas a nivel mundial se formularon políticas y directrices regionales e interpaíses para la erradicación del paludismo en los países de la Comunidad de Desarrollo del África Austral y en las Regiones de Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. Los Comités Regionales para África y el Pacífico Occidental aprobaron planes para acelerar el control y la eliminación del paludismo. Se celebraron consultas con asociados a fin de elaborar un plan estratégico regional de lucha contra el paludismo en las Américas para el periodo 2011-2015. Con el apoyo de la Sede, las Oficinas Regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental hicieron progresos en la preparación de una estrategia para detectar y contener la resistencia a la artemisinina.

2.2	Se habrá prestado apoyo político y técnico a los países con miras a extender la realización de intervenciones - que tengan en cuenta las cuestiones de género - en materia de prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, con inclusión de la capacitación y la prestación de servicios integrados, la ampliación de las redes de proveedores de servicios, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio, y mejores vínculos con otros servicios de salud, como los de salud sexual y reproductiva, salud de la madre, el recién nacido y el niño, infecciones de transmisión sexual, nutrición, tratamiento de la drogodependencia, atención respiratoria, enfermedades desatendidas e higiene del medio. <i>Parcialmente logrado</i> Se prestó apoyo a los centros de intercambio de conocimientos para la vigilancia, la prevención, la atención y el tratamiento del VIH/sida en las Regiones de África, Europa y el Mediterráneo Oriental, con el fin de aumentar su capacidad de impartir capacitación y prestar asistencia técnica, así como para ampliar la escala de las actividades de prevención de transmisión de la madre al niño en 11 países y lograr un mayor compromiso con las intervenciones en las esferas de la nutrición y del VIH/sida, incluso mediante la celebración de una consulta regional de 21 países de África. Un total de ocho países, entre los que figuraron Camboya, China y Fiji, recibieron orientación y apoyo técnico, entre otras cosas, sobre pruebas de laboratorio de calidad del VIH y enfermedades de transmisión sexual, así como sobre prevención y tratamiento de estas enfermedades. La Oficina Regional para las Américas puso en marcha una iniciativa de eliminación para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño y la sífilis congénita. En la Región del Mediterráneo Oriental se celebró una consulta regional sobre políticas en materia de pruebas y asesoramiento relacionadas con el VIH. Se establecieron asociaciones en todos los niveles y se celebraron reuniones en cinco regiones para aplicar la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Por conducto del Mecanismo de Asistencia Técnica sobre la Tuberculosis, la Sede y las oficinas regionales coordinaron las actividades de apoyo técnico prestado de una amplia variedad de asociados. La labor se centró en la revisión y actualización de los planes estratégicos nacionales en países con alta carga de morbilidad; la ampliación de la capacidad de la red de laboratorios, incluso mediante mecanismos externos de garantía de la calidad; el acceso a las pruebas de farmacosenibilidad; el mejoramiento de los instrumentos; y las intervenciones relacionadas con la tuberculosis multirresistente y la doble infección tuberculosis/VIH. La OMS en su conjunto prestó firme apoyo a los Estados Miembros para la evaluación de nuevos recursos, en particular por conducto del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a fin de ampliar la atención y el control de la tuberculosis, como resultado de lo cual los recursos disponibles para el control de esta enfermedad casi se duplicaron. Gracias al firme apoyo que las dependencias regionales de lucha contra el paludismo prestaron a los programas de país destinados a afrontar una demanda creciente de apoyo técnico se logró una mayor cobertura de las poblaciones más necesitadas, en consonancia con las directrices y recomendaciones de la OMS. Las oficinas regionales, con el apoyo de la Sede, ensayaron nuevos medios de preparar el apoyo para responder a la farmacorresistencia y reforzar la capacidad de laboratorio, en especial mejorando la garantía de calidad de los servicios de laboratorio. Un nuevo plan de acción regional desempeña una función rectora con miras a la eliminación del paludismo en la Región del Pacífico Occidental. El Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y la Oficina Regional para África están reforzando la capacidad de los países para determinar temas de investigación prioritarios, elaborar propuestas de investigación apropiadas y llevar a cabo investigaciones destinadas a resolver problemas de ejecución. La coordinación entre el Plan Estratégico Regional para la Malaria en las Américas 2006-2010 y las actividades de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud permitió integrar una perspectiva de género, etnicidad y salud en las actividades regionales de lucha contra esta enfermedad. El género y la etnicidad figuran entre las cuestiones intersectoriales cuya promoción se aborda en el Plan Estratégico Regional para la Malaria en las Américas 2011-2015.
-----	--

	Se intensificó la colaboración entre las iniciativas de lucha contra el VIH, el paludismo y la tuberculosis, en especial mediante la cooperación técnica con los Estados Miembros para la obtención de nuevos recursos destinados a financiar esas actividades.
2.3	Se habrá dado orientación y apoyo técnico a nivel mundial respecto de las políticas y los programas a fin de promover el acceso equitativo a medicamentos, medios de diagnóstico y tecnologías sanitarias esenciales de calidad garantizada para la prevención y el tratamiento del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y su utilización racional por los prescriptores y consumidores; y para asegurar el suministro ininterrumpido de medios de diagnóstico, sangre y productos sanguíneos seguros, inyecciones y otras tecnologías y productos sanitarios esenciales. <i>Totalmente logrado</i> En la Región de África 30 países recibieron apoyo para reforzar sus sistemas de gestión de adquisiciones y suministros, lo cual redundó en un mayor acceso a medicamentos contra el VIH/sida más asequibles. En la Región de las Américas se prestó apoyo a 19 países para adquirir medicamentos a través del Fondo para suministros estratégicos de la OPS. Los centros colaboradores de la OMS en la Región del Pacífico Occidental prestaron apoyo de laboratorio en relación con la aplicación de estrategias para garantizar la calidad de las pruebas rápidas del VIH. La OMS promovió el acceso equitativo a medicamentos esenciales mediante la elaboración de previsiones de la demanda, la publicación de informes y boletines sobre precios, la aplicación de indicadores, la actualización de informaciones y la publicación de un manual revisado sobre gestión de adquisiciones y suministros. En 11 países de la Región de África y 13 de las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental se organizaron talleres de capacitación sobre detección con garantía de calidad de patógenos en sangre donada para evitar la transmisión de infecciones por transfusión sanguínea. La OMS en su conjunto ha colaborado con el Servicio Farmacéutico Mundial (GDF) de la Alianza Alto a la Tuberculosis, el mecanismo del Comité Luz Verde y los Estados Miembros para conseguir apoyo a fin de ampliar el acceso a medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea asequibles y de calidad garantizada, así como para asegurar su distribución oportuna mediante ciclos de suministro más eficientes. Hasta el momento, el GDF ha atendido a 110 países, y el mecanismo del Comité Luz Verde ha apoyado la ejecución de proyectos en 67 países. Las oficinas regionales y en los países organizaron talleres sobre gestión farmacéutica racional para el control de la tuberculosis farmacorresistente, en consonancia con la revisión de las directrices de la OMS sobre el tratamiento de esta enfermedad, y la intensificación de la vigilancia de la farmacorresistencia, y la ampliación del suministro de tratamiento de la tuberculosis y de la tuberculosis multirresistente; en esos talleres se alentó a los dispensadores de atención a que se ajustaran a las normas internacionales para la atención de esta enfermedad y utilizaran los medicamentos de una manera segura y eficaz. Se hicieron progresos en la vigilancia de la calidad de los fármacos antipalúdicos y en la lucha contra las falsificaciones. Se elaboraron normas y procedimientos de garantía de calidad y control de productos/servicios y manuales sobre la gestión de casos y la fumigación de interiores con efecto residual, así como directrices y material de capacitación para reforzar el examen microscópico y la realización de pruebas de diagnóstico rápido de esta enfermedad. La vigilancia de la calidad de los fármacos antipalúdicos en la subregión del Gran Mekong, que se llevó a cabo con el apoyo de asociados y de actividades coordinadas por la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, pusieron de relieve la importancia de luchar contra la difusión de fármacos antipalúdicos falsificados o de calidad insuficiente. La OMS prestó apoyo a los países más endémicos para la adquisición de fármacos y productos antipalúdicos de calidad. En el marco del Programa Mundial sobre Malaria se siguió promoviendo la supresión gradual de las monoterapias basadas en la artemisinina con miras a su total eliminación.

2.4	Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, evaluación y seguimiento en los planos mundial, regional y nacional para seguir de cerca los progresos en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y para determinar las repercusiones de las medidas de lucha y la evolución de la farmacorresistencia. <u>Totalmente logrado</u> La OMS continuó sus actividades de vigilancia e información sobre la epidemia mundial de VIH y la respuesta del sector sanitario.^{1,2} También elaboró un instrumento de vigilancia y presentación de informes con el UNICEF y el ONUSIDA. En la Región de África se revisaron los protocolos de vigilancia del VIH/sida en 18 países, con los consiguientes ajustes en 13 programas nacionales de lucha contra el VIH/sida. Nueve países de la Región del Pacífico Occidental tienen sistemas de vigilancia acordes con las recomendaciones de la OMS. Diez países de la Región de Asia Sudoriental que tienen planes de vigilancia y evaluación presentan regularmente informes sobre los progresos del sector de la salud en esa esfera. Gracias a la acreditación de 24 laboratorios y al fortalecimiento de la capacidad de laboratorio se logró mejorar la vigilancia de la farmacorresistencia relacionada con el VIH. Se publicaron informes anuales^{3,4} que contenían datos actualizados sobre la epidemia mundial de tuberculosis y los progresos realizados en el control de esta enfermedad. El Grupo Especial de la OMS sobre la Medición de la Tuberculosis publicó recomendaciones relativas a la medición de la carga de morbilidad hasta 2015. En todas las regiones se había promovido un instrumento de planificación y presupuestación para el control de esta enfermedad y se habían introducido nuevas mejoras en los mecanismos de búsqueda de recursos. En 2009 más de 100 países, en los que se registra el 94% de los casos de tuberculosis, notificaron datos financieros. A raíz de la intensificación de la vigilancia en los países se publicó el primer informe sobre la resistencia a la artemisinina. Con la publicación de los <i>Informes mundiales sobre el paludismo 2008 y 2009</i> la OMS estableció un sistema de actualización anual, incluso acerca de las corrientes mundiales de recursos destinados a financiar las actividades de lucha contra esta enfermedad.
-----	---

¹ *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2008.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

³ *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

⁴ *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

2.5	Se habrá mantenido el compromiso político y asegurado la movilización de recursos a través de la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo en los planos nacional, regional y mundial; se habrá prestado apoyo a los países, cuando haya sido procedente, para elaborar o fortalecer y aplicar mecanismos de movilización y utilización de recursos y aumentar la capacidad de absorción de los recursos disponibles; y se habrá intensificado el compromiso de las comunidades y las personas afectadas para potenciar al máximo el alcance y los resultados de los programas de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo. <i>Parcialmente logrado</i> Se reforzaron las asociaciones estratégicas mundiales mejorando la promoción y la comunicación, por ejemplo, mediante la publicación de dos informes sobre el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/sida,^{1,2} y el incremento de la financiación de actividades de prevención y control. La Oficina Regional para África preparó un documento de orientación sobre asociaciones y movilización de recursos; en la Región del Pacífico Occidental se mejoraron las asociaciones con actores clave en el tratamiento y la prevención del VIH mediante su participación activa en grupos especiales regionales. La Alianza Alto a la Tuberculosis se amplió hasta contar con 1100 asociados y se duplicó el número de asociaciones nacionales de la Alianza, que ya son 25. Hay una firme demanda de donaciones de la Alianza destinadas a la sociedad civil y se ha establecido un nuevo mecanismo de donaciones (TB REACH) acogido por la Alianza, cuya finalidad es apoyar las innovaciones en la detección exhaustiva de casos, en especial en los países de ingresos bajos y los grupos vulnerables. Se reforzó el apoyo a las actividades de promoción y la ampliación de la colaboración y se celebraron contactos a nivel ministerial para abordar la amenaza creciente de la tuberculosis multirresistente. Se prestó apoyo y se actualizaron las normas para impulsar las actividades mundiales de promoción acerca de los perjuicios causados por esta enfermedad. En 2009 los compromisos financieros destinados a la lucha contra el paludismo superaron la cifra de US\$ 1400 millones, pero esa aportación dista mucho de los US\$ 5000 a US\$ 6000 millones que se necesitan cada año para el pleno aprovechamiento de los medios disponibles. Todas las oficinas regionales celebraron el Día Mundial del Paludismo, que despertó muchísimo interés, en particular en las poblaciones en las que la enfermedad es endémica. Las oficinas regionales también colaboraron con asociados de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo y con el Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la lucha contra la malaria. En todas las regiones la OMS desplegó esfuerzos considerables para apoyar el desarrollo de propuestas con miras a su financiación por el Fondo Mundial, facilitar la concertación de acuerdos bilaterales y establecer asociaciones.
-----	--

¹ *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2008.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

2.6	Se habrán elaborado y validado nuevos conocimientos e instrumentos y estrategias de intervención para responder a las necesidades prioritarias en materia de prevención y control del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, poniéndose los científicos de los países en desarrollo cada vez más a la cabeza de estas investigaciones. <i>Totalmente logrado</i> La OMS elaboró y ensayó métodos para informar a los varones jóvenes acerca de la circuncisión y prestar apoyo psicosocial a los jóvenes de ambos sexos con VIH. En la Región de África se ultimó la preparación de protocolos e instrumentos para evaluar la calidad de la atención. En la Región del Pacífico Occidental se llevaron a cabo investigaciones gracias a las cuales se mejoraron las estrategias para la prueba del VIH. En la Región del Mediterráneo Oriental se prestó apoyo a ocho equipos de investigadores para revisar investigaciones operacionales y epidemiológicas sobre el VIH. En la Región de Asia Sudoriental la OMS colaboró con programas nacionales sobre el sida para definir planes de investigación sobre el VIH/sida; en la Región de las Américas se realizaron estudios para comparar distintas definiciones de casos de sida. En una consulta de expertos organizada por la OMS, conjuntamente con el ONUSIDA, la Agrupación Mundial para la Vacuna contra el VIH y la Estrategia Regional para la Nutrición en África, se elaboró un documento que ha facilitado a las autoridades nacionales de reglamentación la toma de decisiones relativas a ensayos recientes en gran escala de la vacuna contra el VIH, en particular en los países en desarrollo. La OMS prestó apoyo al Movimiento en pro de la investigación de la Alianza Alto a la Tuberculosis y a la labor de actualización del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. El Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, en colaboración con la Alianza Alto a la Tuberculosis, estableció un grupo de referencia sobre tuberculosis para definir prioridades en materia de investigación. La OMS también prestó apoyo a la realización de estudios experimentales multipaíses para abreviar y simplificar el tratamiento de la tuberculosis. En África, los Estados Unidos y Europa se está aplicando un protocolo, elaborado con la participación de la OMS, sobre pruebas de laboratorio para su uso en ensayos clínicos de vacunas contra la tuberculosis. En los servicios de adquisiciones y en la adopción de decisiones de la OMS sobre diagnóstico del paludismo se están utilizando los resultados de la primera evaluación completa de pruebas para el diagnóstico rápido del paludismo disponibles en el mercado. En 2009 la OMS organizó una consulta científica en el Senegal para formular recomendaciones consensuadas sobre investigaciones relativas a vacunas antipalúdicas basadas en el parásito entero destinadas a los países endémicos. También se publicó un documento de orientación sobre evaluación clínica de vacunas para <i>P. vivax</i> en poblaciones endémicas. En el Camerún, Malawi y la República Democrática del Congo se puso en marcha un proyecto de evaluación multipaíses para evaluar la repercusión de la gestión comunitaria de casos de paludismo, neumonía y diarrea en la mortalidad infantil. La OMS siguió acelerando la producción de vacunas contra el paludismo. En 2009 se completó un amplio estudio sobre la labor de los diferentes actores en relación con la seguridad y eficacia real de los fármacos antipalúdicos, incluido el acceso a esos fármacos, con indicación de los temas abarcados, así como de la distribución geográfica y de las deficiencias existentes.
-----	---

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	242 912	48 673	80 979	35 926	53 769	59 332	185 341	706 932
Fondos disponibles ¹	126 495	16 527	84 322	27 267	66 065	57 447	265 343	644 637
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	52%	34%	104%	76%	123%	97%	143%	91%
Gastos	109 780	14 463	66 961	23 057	50 019	38 205	184 849	487 335
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	45%	30%	83%	64%	93%	64%	100%	69%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	87%	88%	79%	85%	76%	67%	70%	76%

El total del presupuesto estratégico ascendió a US\$ 707 millones, de los cuales US\$ 635 millones se asignaron a programas básicos y US\$ 72 millones a alianzas y acuerdos de colaboración. Del presupuesto aprobado, US\$ 645 millones (91%) se obtuvieron mediante contribuciones asignadas y voluntarias. Un total de US\$ 525 millones se destinaron a programas básicos y US\$ 119 millones a alianzas y acuerdos de colaboración. El incremento de los fondos disponibles para alianzas y acuerdos de colaboración se debió principalmente a que el presupuesto aprobado por la Junta Coordinadora Común del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales superó al que se había previsto cuando la OMS presentó el presupuesto. Por consiguiente, el Programa Especial recaudó US\$ 109 millones adicionales para ejecutar el presupuesto aprobado por la Junta Coordinadora Común.

En la Sede y en la Región del Mediterráneo Oriental el nivel de la financiación recibida fue superior a las asignaciones presupuestarias previstas, debido a que la utilización de algunos fondos era multianual, y no para el bienio 2008-2009 como se indicaba. Por ejemplo, US\$ 12 millones comprometidos por la USAID y US\$ 3,5 millones de diversos donantes se recibieron a fines de 2009 y no se pudieron utilizar sino en el ejercicio 2010-2011. Además, en el bienio 2008-2009 se recaudaron otros fondos para proyectos multianuales, pero las sumas no se pudieron desglosar por año. Los recursos se recaudan para cubrir las necesidades del ejercicio en curso, y una parte se retiene para las iniciales del ejercicio siguiente, en particular los gastos de personal y las

¹ Incluyen US\$ 1,2 millones que aún no se han distribuido a las principales oficinas.

actividades que se prolongan de un ejercicio a otro. Ahora bien, la movilización de recursos sigue siendo un desafío en toda la Organización, y en la Región de África se registra la mayor diferencia entre los recursos recibidos y el presupuesto previsto. El 64% de los recursos para el objetivo estratégico se han asignado estrictamente a un fin específico, y el 36% es medianamente flexible, a pesar de estar asignado a determinadas regiones, países y oficinas principales, pero no se pueden transferir entre oficinas. La recaudación de fondos suficientes para ejecutar el presupuesto de US\$ 243 millones, que representa el 34% del presupuesto para el objetivo estratégico en la Región de África, plantea el mayor desafío.

De los fondos disponibles, US\$ 487 millones (76%) se utilizaron durante el bienio. Un total de US\$ 402 millones se utilizaron para programas básicos y US\$ 85 millones para alianzas y acuerdos de colaboración. En la Sede y en la Región del Pacífico Occidental la utilización inferior a la prevista de los fondos recibidos para programas básicos se debió principalmente a compromisos multianuales registrados en el bienio 2008-2009.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

El compromiso político firme y constante, la estrecha asociación de las partes interesadas y la coordinación del apoyo técnico en toda la OMS han sido los factores principales que contribuyeron al logro del objetivo estratégico. La participación de una amplia gama de expertos científicos y otras partes interesadas en la formulación normativa permitió alcanzar un consenso y fortalecer el sentido de participación en lo que concierne a políticas, estrategias e instrumentos. Persistió el desafío que supone asegurar las sinergias y la complementariedad en una red cada vez más amplia de diversos asociados que participan en la lucha contra las tres enfermedades. El apoyo activo de la OMS a los países en sus esfuerzos por movilizar fondos de los mecanismos mundiales para luchar contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo dieron lugar a un incremento de los recursos y al consiguiente aumento de la demanda de asistencia técnica. Sin embargo, los incrementos en los fondos no siempre se correspondieron con la adecuada capacidad de la OMS en materia de recursos humanos, lo que afectó el desempeño de sus funciones básicas y modificó el equilibrio entre los fondos asignados a proyectos específicos y el apoyo a los Estados Miembros para llevar a cabo trabajos prioritarios. Por lo tanto, es preciso armonizar el apoyo con las funciones básicas. La demanda de asistencia técnica exigirá una minuciosa asignación de prioridades y la identificación de esferas que merecen particular atención, entre ellas el otorgamiento de atribuciones a las oficinas en los países y el desarrollo de sus capacidades, especialmente en materia de recursos humanos; el incremento de las inversiones en los sistemas de información sanitaria sistemática de los países, a fin de realizar el seguimiento de los progresos en la ejecución de intervenciones; la vigilancia de la resistencia a los medicamentos y a los insecticidas y la evaluación de los resultados de las intervenciones; las garantías relativas a las pautas de la atención y la calidad de los productos; y la colaboración con los servicios y sistemas de salud para desarrollar una respuesta integrada y un enfoque basado en la atención primaria de salud. En ese contexto, la imprevisibilidad en la obtención de fondos y su asignación a fines específicos representan los principales obstáculos para la prestación de asistencia técnica destinada a satisfacer las prioridades de los Estados Miembros, en particular en los casos en que las oficinas de la OMS en los países son responsables de adquisiciones y prestación de apoyo en gran escala.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

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

El compromiso de los Estados Miembros quedó demostrado por la adopción de las resoluciones WHA61.14 sobre Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial, y WHA62.1 sobre Prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables, así como por las numerosas resoluciones de los comités regionales, por ejemplo, las relativas a la prevención de los traumatismos causados por el tránsito en la Región del Mediterráneo Oriental,¹ a la estrategia regional de lucha contra el cáncer en la Región de África² y al plan regional de prevención de las enfermedades no transmisibles en la Región del Pacífico Occidental,³ así como a un plan de acción regional para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables en la Región de las Américas.⁴ Además, se acordó un marco regional para la prevención de los traumatismos en la Región del Pacífico Occidental y se ultimó una evaluación de los progresos realizados en la aplicación de una resolución sobre la prevención de los traumatismos en la Región de Europa.⁵ La Primera Conferencia Mundial sobre Seguridad Vial, celebrada en Moscú el 19 y 20 de noviembre de 2009, culminó en la adopción de la Declaración de Moscú, en la que se determinan las buenas prácticas y se insiste en la necesidad de fortalecer las políticas al respecto en todo el mundo. Se puso en marcha el Programa de Acción Mundial en Salud Mental para ampliar la cobertura de los servicios de salud a las personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias. La OMS hizo progresos en la aplicación de las medidas fundamentales incluidas en los seis objetivos del plan de acción adoptado mediante la resolución WHA61.14. Aun cuando un mayor número de Estados Miembros nombraron a coordinadores nacionales y fortalecieron sus sistemas de salud y asistencia social para vigilar y atender mejor las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud conexos, en muchos países aún no se otorga alta prioridad a esas enfermedades. Por consiguiente, se deben reforzar aun más la capacidad técnica y los recursos de los coordinadores y unidades nacionales. Las carencias que presentan los sistemas de información sanitaria también deberían subsanarse para que las intervenciones en los países sean objeto de una correcta priorización y una orientación eficaz.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **seis resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, cuatro se consideran «totalmente logrados» y dos «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (4)				Parcialmente logrados (2)	

¹ Resolución EM/RC56/R.7.

² Resolución AFR/RC57/RT/1.

³ Resolución WPR/RC59.R5.

⁴ Resolución CD49.R11.

⁵ Resolución RC55/R9.

3.1	Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera. <i>Parcialmente logrado</i> El fortalecimiento de la capacidad de los coordinadores que tienen a su cargo la prevención de los traumatismos y la violencia nombrados en más de 100 Estados Miembros constituyó una prioridad y se les ofreció apoyo organizando una reunión mundial que se celebró en 2008, reuniones de las redes regionales y talleres de capacitación. Se publicó el informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños¹ y se creó una red de organizaciones no gubernamentales sobre seguridad vial. Se celebraron consultas regionales y temáticas para preparar el proyecto de informe mundial sobre discapacidad y rehabilitación. Se comenzó a aplicar el Programa de Acción Mundial en Salud Mental para ampliar la cobertura de los servicios de salud a las personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos; el programa ha demostrado su eficacia para que se preste más atención a la salud mental y atraer más fondos. Para aumentar la prioridad asignada a las enfermedades no transmisibles y los traumatismos en las actividades de desarrollo, se realizaron varias actividades fundamentales, como consultas y la preparación de una monografía sobre los vínculos entre las enfermedades no transmisibles y los traumatismos, por un lado, y el desarrollo, por el otro, de acuerdo con el elemento 1 de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. La integración de la prevención de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos en la agenda de desarrollo fue también el tema de dos reuniones ministeriales organizadas en colaboración con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas y la serie de sesiones de alto nivel del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que se celebraron en Ginebra del 6 al 9 de julio de 2009. En la Conferencia Internacional sobre la Diabetes y las Enfermedades Conexas, celebrada en Port-Louis (Mauricio) del 12 al 14 de noviembre de 2009, se aprobó el Llamamiento a la Acción de Mauricio. Otras actividades de prevención de la ceguera en el plano nacional se llevaron a cabo en colaboración con las alianzas internacionales encabezadas por la OMS, en particular la iniciativa «Visión 2020: El derecho a ver» y la Alianza para la Eliminación Mundial del Tracoma para el año 2020. Aunque se alcanzó el número previsto de coordinadores o unidades para la prevención de los traumatismos y la violencia, y para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, el objetivo se consideró «logrado parcialmente» porque no se dispuso en todos los casos de presupuestos y personal dedicados.
3.2	Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera. <i>Totalmente logrado</i> La asistencia técnica facilitada por la Secretaría a los Estados Miembros abarcó la preparación y aplicación de: estrategias y políticas de prevención de la violencia y los traumatismos y de prevención y control de las enfermedades no transmisibles; estrategias y reglamentación para mejorar la vida de las personas discapacitadas, y políticas y legislación en materia de salud mental basadas en los principios de los derechos humanos y las prácticas óptimas. Con la ayuda de la OMS, en 2008 se puso en marcha el primer Diploma Internacional en Legislación sobre Salud Mental y Derechos

¹ Peden M. et al., eds. *World report on child injury prevention*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

	Humanos, de un año de duración. China y la India recibieron apoyo para poner en práctica la serie de recursos de capacitación en atención primaria del oído y la audición, que se comenzaron a aplicar también en el Brasil, Burkina Faso, Indonesia, Nepal y Tailandia con el fin de facilitar la preparación de planes nacionales.
3.3	Se habrá mejorado la capacidad de los Estados Miembros para recoger, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera. <u>Parcialmente logrado</u> Las orientaciones técnicas sobre la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y su integración en los sistemas nacionales de información sanitaria también abarcaron los indicadores básicos de seguimiento de los factores de riesgo y la mortalidad y de evaluación de la capacidad nacional de los Estados Miembros. La OMS suministró asistencia técnica y apoyo a los países para fortalecer los sistemas y la capacidad de vigilancia de los traumatismos y la violencia, organizando, por ejemplo, talleres regionales de capacitación. Gracias a la preparación del <i>Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial</i>¹ y de la segunda actualización del informe mundial sobre discapacidad y rehabilitación se aumentó considerablemente la cantidad y calidad de los datos disponibles sobre seguridad vial y discapacidad. Se prestó especial atención a mejorar la capacidad de los países para realizar encuestas que permitieran realizar estimaciones más fidedignas sobre la incidencia de las enfermedades mentales; esos datos se utilizaron para planificar y ejecutar programas y para ampliar la vigilancia de los factores de riesgo, en particular en el contexto de las estrategias integradas de lucha contra las enfermedades no transmisibles. Se puso en marcha una red mundial para combatir las enfermedades no transmisibles; la primera reunión, dedicada a la planificación, se celebró en octubre de 2009. Como resultado de todo lo anterior, se produjo un aumento mensurable del grado de participación de las partes interesadas y del apoyo a la puesta en práctica del plan de acción. Se está validando una herramienta para evaluar la capacidad nacional de hacer frente al cáncer.
3.4	La OMS habrá compilado mejores datos objetivos sobre la costoeficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, neurológicos y asociados al consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera. <u>Totalmente logrado</u> A raíz de una evaluación de los datos probatorios disponibles acerca de la eficacia de las intervenciones sobre las afecciones prioritarias identificadas en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental, se formularon recomendaciones para realizar intervenciones en centros de atención de salud no especializados, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. Se reunió un conjunto de intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles y se realizaron estudios de viabilidad para integrarlos en la atención primaria en algunos países de las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental, Europa, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. En agosto de 2008, investigadores, organizaciones internacionales no gubernamentales, organismos donantes y Centros Colaboradores de la OMS analizaron las prioridades de investigación y los mecanismos para reforzar la capacidad de investigación en los países de ingresos bajos y medianos y mejorar la colaboración internacional encaminada a hacer progresar una agenda de investigación coordinada y coheren-

¹ *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: es hora de actuar*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

	te sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles. La OMS publicó, en colaboración con la OCDE, un documento de trabajo titulado «Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies» y, junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, un manual para calcular los costos económicos de los traumatismos provocados por la violencia interpersonal y autoinfligida.¹
3.5	Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población, destinados a promover la salud mental y a prevenir los trastornos mentales y comportamentales, la violencia y los traumatismos, y las deficiencias auditivas y visuales, en particular la ceguera. <i>Totalmente logrado</i> En el marco del plan estratégico 2009-2013 para la creación de capacidad en materia de prevención de la violencia y los traumatismos, se han difundido varios productos nuevos, como un compendio de datos probatorios para elaborar estrategias eficaces de prevención de la violencia; un plan para la prevención y el cuidado de las quemaduras, y manuales de buenas prácticas en la esfera de la seguridad vial relativos al uso del cinturón de seguridad, los sistemas de retención para niños, el control de la velocidad y la conducción bajo los efectos del alcohol. Se recibieron muchas solicitudes para poner en práctica el plan de estudios por módulos TEACH-VIP de la OMS, relativo a la prevención y el control de los traumatismos, y se organizaron varias sesiones regionales de formación de instructores; se produjo una versión en línea de TEACH-VIP para difundir su utilización. En el marco MENTOR-VIP, el programa mundial de tutoría de la OMS para la prevención de los traumatismos y la violencia, se asignaron tutores cualificados a 25 expertos en prevención de traumatismos menos experimentados provenientes de países de ingresos bajos y medianos. El Programa de Acción Mundial en Salud Mental se dio a conocer a los Estados Miembros para preparar su puesta en práctica en 2010-2011 y se realizaron actividades preparatorias en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental. De los 88 Estados Miembros que habían elaborado planes nacionales de prevención de la ceguera conforme a las estrategias de la OMS para la prevención de la discapacidad visual, 13 recibieron apoyo para poner en práctica la estrategia SAFE de la OMS para la eliminación del tracoma y 25 para aplicar la estrategia sobre tratamiento con ivermectina dirigido por la comunidad para eliminar la oncocercosis.
3.6	Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para mejorar la capacidad de sus sistemas de salud y seguridad social para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera. <i>Totalmente logrado</i> La OMS puso al día los métodos que habían de utilizarse para realizar la tercera encuesta mundial sobre evaluación de la capacidad nacional de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, cuyos resultados constituirán una valiosa aportación para el primer informe mundial de situación que se preparará en 2010. Tomando como base los resultados de dos reuniones de expertos, se elaboró un marco de acción a nivel de los países para hacer frente a las enfermedades no transmisibles. La OMS publicó unas directrices para los programas de mejora de la calidad del tratamiento de los traumatismos² con el fin de complementar las directrices vigentes sobre sistemas de atención prehospitalaria y atención traumatológica esencial. El primer Foro Mundial sobre Atención Traumatológica, celebrado en Río de Janeiro (Brasil) los días 28 y 29 de octubre de 2009, constituyó una oportunidad para determinar formas asequibles y sostenibles de mejorar los servicios de atención traumatológica que podían aplicarse

¹ Butchart A. et al. *Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² *Guidelines for trauma quality improvement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

a nivel mundial. La OMS publicó asimismo un documento sobre el suministro de sillas de ruedas en entornos de escasos recursos.¹ Las personas discapacitadas han comenzado a reclamar mejores servicios basados en esas directrices y algunos donantes han supeditado la financiación a su aplicación. El instrumento de la OMS para evaluar los sistemas de salud mental (WHO-AIMS) se promovió en varios países, y se publicó un informe sobre la salud mental en la atención primaria de salud. Se siguió prestando ayuda a países de todas las regiones para que adoptaran estrategias integradas de atención primaria de salud encaminadas a la detección de los riesgos cardiovasculares y la atención integrada de las enfermedades no transmisibles. Se determinó un conjunto básico de intervenciones eficaces y asequibles para integrar las principales enfermedades no transmisibles en los sistemas de salud en entornos con recursos limitados, aplicando un enfoque basado en la atención primaria de salud. También se prestó apoyo a 37 Estados Miembros de todas las regiones para que fortalecieran sus sistemas de atención oftálmica, y al Brasil, China, la India e Indonesia para sus sistemas de atención de los trastornos auditivos. Se revisaron los criterios diagnósticos relativos al infarto de miocardio y la diabetes. Se presentaron varios productos técnicos, en particular material de capacitación para los gestores de los sistemas sanitarios y los profesionales de la atención de salud, a fin de ayudar a los países a aplicar el artículo 14 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, y se realizaron estudios piloto en el Brasil y Nepal acerca de la integración de los servicios de ayuda para dejar de fumar en los programas de lucha contra la tuberculosis.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	20 723	9 848	17 679	15 909	19 808	21 735	52 402	158 104
Fondos disponibles	14 214	6 469	10 295	12 105	6 673	13 085	44 156	107 091
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	69%	66%	58%	76%	34%	60%	84%	68%
Gastos	13 509	6 760	9 662	8 053	5 713	9 902	33 895	87 494
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	65%	69%	55%	51%	29%	46%	65%	55%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	95%	105%	94%	67%	86%	76%	77%	82%

¹ *Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less-resourced settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

El presupuesto total aprobado para este objetivo estratégico fue de US\$ 158 millones, de los cuales se pusieron a disposición US\$ 107 millones (68%) mediante contribuciones señaladas y voluntarias. Si bien ha aumentado el interés de los donantes en las esferas abarcadas por el objetivo estratégico, en particular la seguridad vial y el control del tabaco, otras esferas, como la prevención de las enfermedades crónicas, la salud mental, la prevención de la violencia y la discapacidad y rehabilitación, siguen adoleciendo de una grave insuficiencia de fondos. También escasearon los recursos disponibles para financiar las actividades a nivel de país, lo que provocó un déficit del personal en las oficinas en los países dedicado específicamente a la prevención de las enfermedades crónicas, las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos, y la discapacidad visual. En consecuencia, la capacidad a nivel regional y de país es insuficiente para atender las solicitudes de apoyo técnico de los Estados Miembros.

De los fondos disponibles, durante el bienio se utilizaron US\$ 87 millones (82%).

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

La atención de alto nivel y un claro mandato político, aspectos evidenciados en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, las declaraciones ministeriales, las resoluciones de los comités regionales y los marcos y redes regionales, contribuyeron a reforzar el compromiso de los Estados Miembros con las enfermedades no transmisibles, la prevención de los traumatismos y la violencia, la discapacidad y rehabilitación, y la salud mental. Debido a la mayor sensibilización de los planificadores sanitarios respecto del impacto que estas afecciones tienen sobre la salud pública, la demanda de asistencia técnica ha aumentado, al tiempo que una mejor coordinación de la labor en la Organización y unas funciones y responsabilidades definidas con claridad han contribuido a los progresos alcanzados. La integración de las actividades de la iniciativa Liberarse del Tabaco en el programa antituberculoso ha acelerado el abandono del consumo de tabaco.

Los recursos humanos y financieros asignados siguen siendo insuficientes en comparación con la gravedad de la situación y del potencial de intervención de la OMS, en particular a nivel de las oficinas regionales y en los países. El hecho de que los organismos de desarrollo y los donantes no otorguen prioridad a las afecciones no transmisibles es un obstáculo importante para los países que necesitan ayuda para hacerles frente. Ha sido difícil promover medidas intersectoriales y lograr la participación de los sectores no sanitarios, lo que ha entorpecido la labor de prevención. Las carencias de los sistemas de información sanitaria inhiben la adopción de decisiones de salud pública basadas en datos probatorios y la orientación eficaz de las intervenciones, y habría que prestar especial atención a garantizar la aplicación de directrices basadas en datos probatorios para mejorar los resultados sanitarios.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

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

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, la OMS colaboró más estrechamente con el UNFPA, el UNICEF y el Banco Mundial a fin de asegurar la financiación y mejorar la coherencia en los 25 países que registran la carga más alta de mortalidad materna. La iniciativa Cuenta regresiva para 2015 ayudó a seguir de cerca los progresos realizados para aumentar la cobertura de las intervenciones destinadas a reducir la mortalidad de niños menores de cinco años. Dieciséis de los 68 países que representan más del 97% de las defunciones maternas y de recién nacidos y niños en todo el mundo están bien encaminados hacia la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4. Aunque los progresos hacia el logro del ODM 5 han sido más lentos, desde el comienzo del bienio ha aumentado de 21 a 28 el número de países de la Región de África en los que más del 50% de los nacimientos tienen lugar con la asistencia de parteras cualificadas. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia ya se ha aplicado al menos en el 75% de los distritos de 50 países, y en cinco países de la Región del Mediterráneo Oriental la estrategia abarca también el desarrollo y el bienestar del niño. En la Región de Europa, 35 Estados Miembros compartieron experiencias y acordaron medidas adicionales para fortalecer los sistemas de salud con miras a mejorar la salud de los jóvenes. Algunos Estados Miembros de la Región de las Américas adoptaron una estrategia y un plan de acción regionales para mejorar la salud de los adolescentes, y en la Región del Pacífico Occidental se elaboró un marco relativo a la salud de los adolescentes. Todos los países de la Región de Asia Sudoriental y cinco de la Región del Mediterráneo Oriental aplicaron estrategias orientadas a lograr el acceso universal a las intervenciones de salud sexual y reproductiva. Se realizaron progresos para promover el envejecimiento sano a nivel mundial, gracias a que 28 Estados Miembros adoptaron programas de envejecimiento activo.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **ocho resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, tres se consideraron «totalmente logrados» y cinco «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (3)			Parcialmente logrados (5)				

4.1	Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para formular políticas, planes y estrategias integrales que contribuyan a intensificar los esfuerzos encaminados al logro del acceso universal a unas intervenciones eficaces, en colaboración con otros programas, prestando atención a la reducción de las desigualdades de género y en materia de salud, asegurando la continuidad asistencial durante todo el ciclo vital, integrando la prestación de servicios en todos los niveles diferentes del sistema de salud y reforzando la coordinación con la sociedad civil y el sector privado. <i>Parcialmente logrado</i> En todas las regiones, se prestó asistencia técnica a los Estados Miembros en la formulación de políticas y la elaboración de estrategias, incluida la preparación de hojas de ruta destinadas a acelerar la reducción de la mortalidad materna y neonatal en 42 países de la Región de África. En la Región de Europa, los Estados Miembros desarrollaron y emplearon otros instrumentos para aplicar la estrate-
-----	--

	gia europea de salud y desarrollo del niño y del adolescente. La pertinente meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, referida al logro, para 2015, del acceso universal a la salud reproductiva, así como los principios consagrados en la Estrategia Mundial OMS de Salud Reproductiva, proporcionaron el impulso necesario para revisar o desarrollar estrategias nacionales de salud reproductiva.
4.2	Se habrán fortalecido las capacidades investigadoras nacionales, según proceda, y habrá disponibles nuevos datos probatorios, productos, tecnologías, intervenciones y enfoques de ejecución de interés mundial y/o nacional para mejorar la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, promover el envejecimiento activo y saludable y mejorar la salud sexual y reproductiva. <i>Totalmente logrado</i> Se siguió prestando apoyo a una red de instituciones nacionales de investigación, a la que se incorporaron nuevos centros de todas las regiones. Se dio más importancia a la creación de capacidad en materia de investigaciones operacionales y a la realización de encuestas que reflejaron las necesidades nacionales de datos probatorios sobre los que basar la planificación de programas. Se publicaron e incorporaron a las directrices clínicas y programáticas los nuevos resultados obtenidos en relación con, por ejemplo, la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto y el tratamiento antirretrovírico contra la transmisión del VIH de la madre al niño durante el parto y la lactancia materna. La elaboración de programas, así como el apoyo a los mismos, se basó en los resultados de las investigaciones, las nuevas recomendaciones sobre el tratamiento de la diarrea en Malí y la adopción de enfoques novedosos para expandir los servicios de salud sexual y reproductiva.
4.3	Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la atención materna, por ejemplo ofreciendo apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la prestación de atención especializada a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el periodo posnatal, en particular en lo que respecta a las poblaciones pobres y desfavorecidas, con un seguimiento de los avances realizados. <i>Parcialmente logrado</i> Se apoyó a más de 74 países en actividades de formulación normativa, elaboración de estrategias, ejecución de programas y seguimiento de los progresos. La OMS colaboró con ocho Estados Miembros de la Región de África y la Región de las Américas, en la ejecución de un programa apoyado conjuntamente por la Comisión Europea y el Grupo de los Estados de África, el Caribe y el Pacífico. Se desarrollaron instrumentos para realizar proyecciones de las necesidades de recursos humanos, con el fin de ayudar a los países a elaborar planes destinados a los servicios de atención de salud para la madre y el recién nacido. Se siguió prestando apoyo para mejorar las capacidades del personal sanitario en lo concerniente a la atención ordinaria y de urgencia del embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido y el mejoramiento de la calidad de la atención. Se publicaron perfiles de país que ilustran los logros de los servicios de salud de la madre y del recién nacido y las disparidades en 75 países. Se movilizó a parlamentarios para que asignaran presupuestos adecuados al mejoramiento de la salud y la atención de la madre y el recién nacido. Se fortaleció más aún la cooperación entre la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial orientada a ayudar a los países a mejorar la salud de la madre y del recién nacido y sus tasas de supervivencia. El resultado previsto se evaluó como logrado parcialmente a pesar de que se superó el número de países destinatarios del apoyo, debido a que la escasez de recursos alteró la continuidad del suministro de asistencia.

4.4	Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la supervivencia y salud neonatal, mediante la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas al logro de la cobertura universal, intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados. <u>Totalmente logrado</u> Se actualizaron las directrices sobre la atención normal y de emergencia a los recién nacidos, y se impartió un cursillo de capacitación sobre atención esencial al recién nacido en 15 países de las Regiones de África y Asia Sudoriental. Se realizaron análisis de las situaciones regionales y, con el apoyo de la OMS, un total de 70 países de todas las regiones empezaron a ampliar la cobertura de las intervenciones de salud y supervivencia del recién nacido. Se promovió además el aumento de la cobertura de la atención neonatal durante la primera semana de vida mediante visitas domiciliarias, y en algunas regiones y países se impartió formación para realizar tales visitas.
4.5	Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño, ofreciendo apoyo técnico a los Estados Miembros para que intensifiquen sus esfuerzos encaminados al logro de la cobertura universal de la población con intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados, teniendo en cuenta las normas y criterios internacionales y de derechos humanos, en particular los previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño. <u>Parcialmente logrado</u> La aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia se expandió en todas las regiones, y las actividades conexas se intensificaron en los planos comunitario y hospitalario. En el ámbito comunitario se introdujeron nuevas directrices clínicas actualizadas sobre el tratamiento de la diarrea y la neumonía. Se actualizaron las directrices sobre la alimentación del lactante en el contexto del VIH. Se ensayaron y se adoptaron instrumentos para llevar a cabo análisis breves de los programas y encuestas de hogares sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño (y opcionalmente la salud de los adolescentes). Unas 25 universidades y centros de formación de la Región de África y 40 de la Región del Mediterráneo Oriental recibieron apoyo para incorporar la estrategia en los programas de capacitación, y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental realizó inversiones en actividades informatizadas de adaptación y capacitación. En todas las regiones se incrementó la asistencia técnica y financiera para actividades comunitarias orientadas a ampliar el acceso a la atención de salud. El resultado previsto se evaluó como parcialmente logrado pese a que se alcanzó el número de Estados Miembros destinatarios en lo relativo a los dos indicadores, debido a la dudosa calidad de la aplicación de las estrategias y a las incongruencias de las evaluaciones en los distritos.
4.6	Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente basadas en datos probatorios, asegurando al mismo tiempo la expansión de un conjunto de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, de conformidad con las normas establecidas. <u>Parcialmente logrado</u> En todas las regiones, se prestó un apoyo más coherente a los Estados Miembros, incluida la promoción de un enfoque sistemático para mejorar la prestación de servicios de salud a los adolescentes en el país. En todas las oficinas regionales hay un funcionario técnico especialmente dedicado a esa labor. Se realizaron progresos hacia el logro de un consenso con asociados de las Naciones Unidas respecto de indicadores clave para la salud de los adolescentes, y se puso en marcha un sistema de examen de intervenciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes. La respuesta del

	sector sanitario a la infección por VIH/sida en los jóvenes se plasmó en material de orientación sobre los jóvenes infectados por el VIH/sida y los adolescentes «más expuestos». Se prepararon diversos instrumentos, entre ellos, directrices de ayuda para el trabajo con los adolescentes y una guía de evaluación de la calidad. El resultado previsto se evaluó como parcialmente logrado, pese a que se alcanzó el número previsto de Estados Miembros destinatarios, debido a que los criterios de evaluación eran diferentes entre las regiones.
4.7	Se contará con directrices, enfoques e instrumentos y se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico para acelerar las medidas destinadas a la aplicación de la estrategia con miras a apresurar la marcha hacia el logro de los objetivos y metas relacionados con la salud reproductiva, con énfasis especial en la garantía de un acceso equitativo a unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, sobre todo en esferas que presentan necesidades desatendidas, y en consonancia con los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva. <i>Totalmente logrado</i> Con el apoyo de las oficinas regionales y de la Sede, en 16 países se adaptó un marco interinstitucional para el seguimiento de los progresos hacia el logro del acceso universal a la salud reproductiva, haciendo hincapié en los indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. En todas las regiones se aplicaron diversos enfoques para difundir ampliamente, adaptar y utilizar, directrices, herramientas y prácticas óptimas basadas en pruebas científicas, con el fin de mejorar la calidad y ampliar el acceso a los servicios en todas las áreas prioritarias de salud reproductiva. Además, se intensificó la colaboración con asociados que actúan en ámbitos afines, como la Federación Internacional de Planificación de la Familia, el UNFPA, el UNICEF y la USAID, así como con sus organismos colaboradores.
4.8	Se contará con directrices, enfoques e instrumentos y se habrá facilitado a los Estados Miembros asistencia técnica para intensificar los esfuerzos de promoción para que el tema del envejecimiento se considere una cuestión de salud pública, para formular y aplicar políticas y programas que promuevan el mantenimiento de la máxima capacidad funcional durante todo el ciclo vital y para facilitar a los dispensadores de atención sanitaria formación sobre enfoques que aseguran un envejecimiento saludable. <i>Parcialmente logrado</i> Un total de 52 Estados Miembros de cuatro regiones notificaron que estaban aplicando un programa de envejecimiento activo y saludable en consonancia con la resolución WHA58.16. El envejecimiento saludable fue un área prioritaria para la Fase V de la Red Europea de Ciudades Sanas de la OMS, y fue el tema de dos publicaciones presentadas en la Conferencia Internacional sobre Ciudades Sanas, celebrada en Zagreb del 15 al 18 de octubre de 2008.^{1,2} La publicación <i>Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía</i>, está disponible en formato electrónico en numerosos idiomas. Se realizaron diversas publicaciones sobre temas tales como los malos tratos a las personas mayores, las personas de edad avanzada en situaciones de emergencia, y la atención primaria de salud adecuada a las personas de edad.

¹ Anna Ritsakis, ed. *Demystifying the myths of ageing*. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2008.

² Lena Kanström et al., eds. *Healthy ageing profiles: guidance for producing local health profiles of older people*. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2008.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Pese a que se había alcanzado el número de Estados Miembros previsto, el resultado previsto se evaluó como parcialmente logrado, porque sólo cuatro regiones habían abordado la cuestión relativa al envejecimiento sano.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	115 695	27 414	50 614	14 418	39 815	25 216	86 761	359 933
Fondos disponibles ¹	58 910	9 144	14 235	7 514	8 008	11 505	116 795	226 185
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	51%	33%	28%	52%	20%	46%	135%	63%
Gastos	55 331	9 227	11 423	6 973	6 325	8 562	93 269	191 109
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	48%	34%	23%	48%	16%	34%	108%	53%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	94%	101%	80%	93%	79%	74%	80%	85%

El presupuesto total aprobado para el objetivo estratégico fue de US\$ 360 millones, de los cuales US\$ 319 millones se asignaron a programas básicos y US\$ 40,5 millones a las alianzas y los acuerdos de colaboración, principalmente al Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana y a la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño.

Del presupuesto aprobado US\$ 226 millones (63%) se obtuvieron mediante contribuciones asignadas y voluntarias. De los fondos disponibles, US\$ 167 millones (52% del presupuesto aprobado) se destinaron a programas básicos, y US\$ 58,6 millones (145% del presupuesto aprobado) a las alianzas y los acuerdos de colaboración. El nivel de financiación de los programas básicos inferior a lo previsto en el presupuesto aprobado se debió principalmente a dificultades para recaudar recursos financieros que permitieran apoyar las actividades en los países y, en consecuencia, se redujo la financiación de dichas actividades. Sin embargo, gracias a las alianzas dentro y fuera de la Organización, el personal de las oficinas en los países pudo seguir prestando asistencia a los Estados

¹ Esta suma incluye US\$ 70 000 que aún no se han distribuido a las principales oficinas.

Miembros mediante la utilización de fondos de asociados en el país. El nivel de fondos disponibles en la Sede superior a lo previsto en el presupuesto aprobado se debió principalmente a una mayor financiación de actividades de alianzas. Esto permitió fortalecer la labor de promoción relativa a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 e intensificar los trabajos de investigación sobre salud sexual y reproductiva.

De los fondos disponibles, US\$ 191 millones (85%) se utilizaron durante el bienio. Del total de gastos, US\$ 147 millones se destinaron a programas básicos y US\$ 44 millones a alianzas y acuerdos de colaboración. El nivel de ejecución inferior a lo previsto en relación con las alianzas y los acuerdos de colaboración se debió principalmente a que una gran parte de la financiación se recibió para su ejecución en varios años, y por lo tanto continuará en el bienio 2010-2011.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

La promoción global de la salud materna, del recién nacido, del niño y del adolescente permitió hacer hincapié en las actividades correspondientes al objetivo estratégico, especialmente como parte de los esfuerzos por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y esto, a su vez, intensificó la demanda de asistencia técnica por parte de los Estados Miembros. La estrecha colaboración entre los gobiernos y los asociados en los países dio lugar a mejores resultados.

Las estrategias regionales se revelaron valiosas para el desarrollo de estrategias nacionales y planes de acción y para orientar las actividades conexas. El trabajo normativo de la OMS sigue influyendo en los trabajos que realizan las partes interesadas en apoyo de los Estados Miembros.

Para ser eficaces, las estrategias de planificación y ejecución destinadas a promover el acceso universal y una mayor cobertura en lo que respecta a servicios de salud para la madre, el recién nacido, los niños y los adolescentes, así como de salud sexual y reproductiva, se deben aplicar en los países.

La promoción de un enfoque integrado de los servicios de salud y la clara articulación con el trabajo que se está llevando a cabo para desarrollar y fortalecer los sistemas de salud, se han revelado como estrategias eficaces.

Muchas actividades realizadas a todos los niveles de la Organización se ejecutaron sobre la base de la distribución de costos con las organizaciones asociadas. La falta de previsibilidad y flexibilidad en lo que atañe a los fondos disponibles afecta directamente la calidad y la cobertura de la ayuda prestada a los Estados Miembros. El fortalecimiento de los recursos humanos, especialmente en los países, es crucial para apoyar eficazmente la ejecución de las actividades.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

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

Un total de 102 Estados Miembros tienen planes nacionales de preparación para emergencias, al menos un 60% tienen planes de preparación, alerta y respuesta ante emergencias sanitarias de origen químico, radiológico y ambiental, y 46 tienen programas para mejorar la seguridad en los establecimientos de salud durante emergencias. En total, el 75% de los Estados Miembros cuentan con personal de enlace para la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) y para emergencias sanitarias ambientales. De los 27 países con emergencias prolongadas y coordinadores de la acción humanitaria, 26 tienen grupos de acción sanitaria dirigidos por la OMS. En todos los casos graves de desastres naturales y situaciones de conflicto se llevaron a cabo intervenciones de control de las enfermedades transmisibles, incluido el establecimiento de sistemas de pronta alarma y vigilancia. Un total de 12 países en transición formularon una estrategia de recuperación en materia de salud.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **seis resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, tres se consideraron «totalmente logrados» y tres «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (3)			Parcialmente logrados (3)		

5.1	Se habrán formulado normas y criterios, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas nacionales de preparación para emergencias. <i>Parcialmente logrado</i> Con sus asociados, la OMS amplió el apoyo destinado a evaluaciones de riesgos y capacidad, la planificación de contingencia, la atención de emergencias de salud pública y de víctimas en gran escala, y la preparación hospitalaria y para pandemias. Se hizo mayor hincapié en las actividades de promoción de establecimientos sanitarios seguros y mejor preparados, en consonancia con el tema del Día Mundial de la Salud 2009: «Para salvar vidas: hagamos que los hospitales sean seguros en las situaciones de emergencia». Con la secretaría de la Estrategia internacional de las Naciones Unidas para la reducción de los desastres, la OMS lanzó la plataforma temática mundial sobre reducción de los riesgos sanitarios de los desastres. Se fortaleció la capacidad del personal de la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países y los asociados para responder prontamente a las crisis humanitarias. Se estableció una plataforma de capacitación/aprendizaje en el Centro Mediterráneo de la OMS para la Reducción de Riesgos Sanitarios, con sede en Túnez, cuya unidad de evaluación y cartografía de la vulnerabilidad y los riesgos ha iniciado proyectos en cinco regiones de la OMS. El resultado previsto se consideró logrado parcialmente aun cuando se cumplieron los objetivos referentes a ambos indicadores, porque no se logró plenamente en dos regiones.
-----	---

5.2	Se habrán formulado normas y criterios y se habrá creado capacidad necesaria para que los Estados Miembros puedan dar una respuesta oportuna a los desastres asociados a fenómenos naturales y las crisis relacionadas con conflictos. <i>Parcialmente logrado</i> La labor de la OMS, que comprendía la colaboración con asociados para la prestación de asistencia sanitaria humanitaria en esta esfera, en el Grupo de Acción Sanitaria, dio lugar a la formulación y aplicación de los componentes sanitarios de varios llamamientos urgentes, en particular los relativos a importantes emergencias en China (Sechuán), la República Democrática del Congo (Congo oriental), Georgia, Haití, Myanmar, Filipinas, Zimbabwe, y en la Franja de Gaza. A fin de aumentar la reserva de personal disponible para su despliegue en casos de emergencia, la OMS organizó cursos de dos semanas de duración sobre despliegue previo de personal de salud pública y prosiguió el establecimiento de una plataforma logística central para su respuesta a las crisis humanitarias y las emergencias de salud pública en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005). A nivel regional y nacional se impartieron cursos de capacitación en operaciones de salud pública y respuesta ante emergencias. Se almacenaron kits básicos para emergencias en los centros de suministro de las Naciones Unidas en cinco regiones.
5.3	Se habrán formulado normas y criterios y se habrá creado capacidad para que los Estados Miembros puedan evaluar las necesidades y planificar intervenciones durante las fases de transición y recuperación de los conflictos y desastres. <i>Parcialmente logrado</i> La experiencia de la OMS en situaciones de emergencia y recuperación sirvió de base al componente sanitario de alrededor de 30 procesos de formulación de llamamientos unificados referentes a distintos países. El mecanismo del Grupo de Acción Sanitaria abarca la mayoría de los países que experimentan emergencias prolongadas y se ha activado en 26 de los 27 países que tienen coordinadores de la acción humanitaria. Se preparó la <i>Health cluster guide</i> (Guía del grupo de acción sanitaria) para aclarar las funciones y responsabilidades de los actores del sector sanitario en la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. Con sus asociados, la OMS estableció metodologías y herramientas para el componente sanitario de las evaluaciones conjuntas de las necesidades, en particular la herramienta de evaluación intersectorial rápida y el sistema de cartografía de la disponibilidad de recursos de salud. Se impartió un curso de capacitación sobre el análisis de los sistemas de salud deteriorados que fue muy importante para ayudar a los profesionales de la acción humanitaria y a los funcionarios de los países a abordar las causas fundamentales de la debilidad de los sistemas de salud. Las disposiciones del Consenso de Granada sobre salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia crónica y de recuperación, preparadas en la consulta mundial celebrada en septiembre de 2009, se utilizaron en actividades técnicas y de promoción conexas.
5.4	Se habrá facilitado a los Estados Miembros un apoyo técnico coordinado en relación con el control de las enfermedades transmisibles en situaciones de desastres naturales y conflictos. <i>Totalmente logrado</i> La Organización, en todos sus niveles, trabajó junto con las autoridades nacionales, otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales e internacionales para establecer sistemas de pronta alarma y vigilancia, así como para proporcionar capacitación para la lucha contra las enfermedades transmisibles, y elaborar estándares y directrices, por ejemplo sobre evaluación de riesgos de enfermedades y establecimiento de prioridades de salud pública, destinados a países y territorios afectados por crisis, a saber: Afganistán, Filipinas, Georgia, Indonesia (Sumatra occidental), Iraq, Myanmar, Nepal, Pakistán, Somalia, Sri Lanka, Sudán, Yemen, y la Ribera Occidental y la Franja de Gaza. Se prepararon perfiles nacionales de riesgos basados en las enfermedades trans-

	misibles dentro de las primeras 48 a 76 horas de producida una crisis en Afganistán, Filipinas, Haití, Pakistán, Yemen, y la Ribera Occidental y la Franja de Gaza. En Darfur (Sudán), la OMS y sus asociados determinaron y se ocuparon del 85% de los brotes de diarrea acuosa aguda y de cólera a través de un sistema que vinculaba a 144 sitios de envío de información.
5.5	Se habrá facilitado apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la preparación nacional y para establecer mecanismos de alerta y respuesta para las emergencias sanitarias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente. <i>Totalmente logrado</i> Se han fortalecido las redes de expertos en emergencias relacionadas con el medio ambiente, el agua y el saneamiento, en particular las redes ChemiNet y las de los centros de toxicología, la Red de Preparación y Asistencia Médica para las Situaciones de Emergencia relacionadas con la Radiación (REMPAN) y BioDoseNet. Conforme al Reglamento Sanitario Internacional (2005), los sistemas de alerta y respuesta de la OMS ante incidentes químicos y radiológicos fueron reforzados, y se transmitió sistemáticamente información acerca de esos incidentes a las oficinas regionales y a los países a efectos de profundizar la investigación. Se proporcionó asistencia técnica adicional en relación con la gestión de salud pública de las emergencias ambientales, principalmente a través de la publicación de un manual de la OMS.¹ El personal nacional de enlace para el Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional y para el Reglamento Sanitario Internacional (2005) recibió instrucción actualizada sobre emergencias químicas. La Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) de la OMS tuvo una intervención decisiva en eventos internacionales relacionados con la inocuidad de los alimentos, como los casos de presencia de melamina en los preparados para lactantes y de dioxinas en la carne de cerdo.
5.6	Se habrán emitido comunicaciones eficaces, formado alianzas y estrechado los lazos de coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los gobiernos, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales a nivel de país, regional y mundial. <i>Totalmente logrado</i> Se reconoce ya ampliamente el valor del liderazgo de la OMS en relación con el Grupo de Acción Sanitaria en Crisis Humanitarias. El conocimiento y el ejercicio de las responsabilidades que conlleva la dirección de los grupos de este tipo se están institucionalizando en toda la Organización a través de sesiones de capacitación, seminarios y reuniones y misiones en los países. Los grupos de acción sanitaria dirigidos por la OMS ya están establecidos en 26 países que tienen emergencias prolongadas y cuentan con coordinadores de la acción humanitaria, y su presencia es sistemática en todas las grandes emergencias de súbita aparición. La OMS participa activamente en 40 mecanismos interinstitucionales, en particular el Comité Permanente entre Organismos. A fines de 2009, todas las crisis graves y el 50% de las situaciones de emergencia prolongadas habían recibido cobertura mediática, incluida la función de la OMS. Se han fortalecido las alianzas, por ejemplo con el Fondo Mundial para la Reducción de los Desastres y la Recuperación, y se han elaborado planes de contingencia y celebrado consultas en relación con el mantenimiento de la seguridad de los establecimientos sanitarios.

¹ Manual for the public health management of chemicals incidents. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

RESUMEN DE DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	66 021	19 931	24 356	20 914	40 912	16 722	29 557	218 413
Fondos disponibles ¹	96 678	10 587	53 802	14 515	208 854	11 821	56 180	452 770
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	<i>146%</i>	<i>53%</i>	<i>221%</i>	<i>69%</i>	<i>510%</i>	<i>71%</i>	<i>190%</i>	<i>207%</i>
Gastos	87 522	9 931	37 393	10 609	175 931	7 085	40 750	369 221
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	<i>133%</i>	<i>50%</i>	<i>154%</i>	<i>51%</i>	<i>430%</i>	<i>42%</i>	<i>138%</i>	<i>169%</i>
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	<i>91%</i>	<i>94%</i>	<i>70%</i>	<i>73%</i>	<i>84%</i>	<i>60%</i>	<i>73%</i>	<i>82%</i>

El presupuesto total aprobado para el objetivo estratégico fue de US\$ 218 millones, de los cuales US\$ 134 millones se destinaron a programas básicos y un presupuesto inicial estimado en US\$ 84 millones para la respuesta ante brotes y crisis, teniendo en cuenta los fondos recibidos tras llamamientos concretos en favor de los distintos países para dar respuesta a situaciones de crisis.

Del presupuesto aprobado, US\$ 453 millones (207%) procedieron de contribuciones asignadas y voluntarias. De los fondos disponibles, US\$ 369 millones (82%) se gastaron durante el bienio. La tasa de ejecución muestra una capacidad de absorción muy superior al tope del presupuesto aprobado, lo que representa un notorio aumento con respecto a la tasa del bienio anterior que fue del 67%.

Se estima que un 15% de los fondos totales se destinaron a programas básicos. El resto se recibió en respuesta a llamamientos específicos en relación con situaciones de crisis en los países y se gastó en más de 40 países, particularmente en la gran emergencia de súbita aparición en Myanmar en mayo de 2008 y en la prolongada crisis en el Pakistán causada por los movimientos de población en gran escala. Sin embargo, durante el bienio no existió un mecanismo adecuado para diferenciar claramente entre la financiación destinada a programas básicos y la destinada a la respuesta ante brotes y crisis.

¹ Esta suma incluye US\$ 300 000 para el objetivo estratégico, que aún no se han distribuido entre las principales oficinas.

La financiación global destinada a la respuesta ante brotes y crisis ocurridos en los países fue suficiente, aunque los programas básicos estuvieron infrafinanciados. En efecto, la financiación de las actividades en los países sigue aumentando, mientras que la destinada a los programas básicos esenciales se reduce. Es fundamental contar con una financiación predecible, segura y flexible destinada a los programas básicos para poder cumplir el objetivo estratégico a medida que las exigencias a nivel de toda la Organización en el área de trabajo se incrementan.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

La estrecha cooperación entre departamentos, grupos orgánicos y otros organismos ha facilitado la realización de las actividades pertinentes. El lanzamiento de la plataforma técnica común en el Centro Mediterráneo para la Reducción de Riesgos Sanitarios, con sede en Túnez, representa un valor añadido por lo que respecta a la costoe-ficacia y a la puesta en común de los recursos técnicos.

La prestación de apoyo para la lucha contra las enfermedades transmisibles en situaciones de crisis exige una estrecha cooperación en toda la Organización y con otros organismos que puede resultar en actividades suplementarias así como en el establecimiento de mecanismos de coordinación en los planos regional y subregional.

Las grandes emergencias recientes, en particular la pandemia por (H1N1) 2009, ha demostrado los beneficios, sobre todo para los sistemas de salud, que supone la preparación de los países y las comunidades, y ha estimulado un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de invertir en esta esfera.

Se debería incrementar la asistencia técnica que se presta a los países para el desarrollo de sus capacidades básicas de conformidad con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con eventos de origen químico.

El eficaz liderazgo ejercido en el Grupo de Acción Sanitaria en los países refleja la dedicación y la capacidad de los jefes de las oficinas de la OMS en los países para hacer participar toda la comunidad de ayuda sanitaria en las crisis humanitarias de manera coherente en apoyo de los Estados Miembros.

Disponer de recursos financieros predecibles y recursos humanos apropiados, particularmente personal en régimen de dedicación total y personal de enlace especializado, es un requisito indispensable para llevar a cabo actividades de preparación y respuesta duraderas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

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

La Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Nairobi del 26 al 30 de octubre de 2009, examinó los progresos realizados en cinco áreas relativas a la promoción de la salud, a saber: comportamientos y conocimientos básicos en materia de salud, fortalecimiento del papel de la comunidad, sistemas de salud eficientes, alianzas y actividades intersectoriales, y desarrollo de la capacidad para la promoción de la salud. Para el final de 2009, la introducción del instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los centros urbanos dio lugar a una nueva evaluación de las desigualdades y los determinantes en materia de salud, y permitió seleccionar y priorizar intervenciones en 17 ciudades de 10 países piloto. En la actualidad, 89 países utilizan el enfoque progresivo de la OMS (STEPwise) para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles entre sus grupos de población adulta, y 56 países utilizan el Estudio mundial de la salud de los alumnos en las escuelas para el seguimiento de los factores de riesgo entre los adolescentes. Hasta fines de 2009, 167 Estados Miembros habían suscrito el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 20 habían aprobado legislación general sobre entornos sin humo de tabaco, y 26 habían prohibido totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. En 2008 se realizó la Encuesta Mundial de la OMS sobre el Alcohol y la Salud, que proporcionó datos de referencia valiosos para el seguimiento de los progresos hacia el logro de este objetivo estratégico. Se están aplicando o elaborando marcos regionales para reducir el consumo nocivo de alcohol. La Secretaría, en colaboración con los Estados Miembros, elaboró un proyecto de estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol, que se someterá a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 126.ª reunión. Si bien los métodos de aplicación difieren entre los diferentes países y regiones, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud mereció un alto grado de atención en todas las regiones. Las intervenciones orientadas a prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, un determinante principal de las prácticas sexuales de riesgo, se incluyen actualmente entre las nueve áreas prioritarias del marco de resultados para 2009-2011 del ONUSIDA.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **seis resultados previstos a nivel de toda la Organización** en relación con este objetivo estratégico, cuatro se consideraron «totalmente logrados» y dos «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (4)				Parcialmente logrados (2)	

6.1	Se habrá facilitado a los Estados Miembros asesoramiento y apoyo para desarrollar su capacidad de promoción de la salud en todos los programas pertinentes y establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces, con miras a promover la salud y prevenir o reducir los principales factores de riesgo. <i>Totalmente logrado</i> Todas las regiones procuraron fortalecer las estrategias y la capacidad de promoción de la salud de los países, en consonancia con las diferentes perspectivas regionales, que abarcan desde la documentación de la política nacional de promoción de la salud y la elaboración de cursos virtuales sobre
------------	--

	la promoción y los determinantes sociales de la salud, hasta la elaboración de la legislación aplicable. Algunos países realizaron progresos en la obtención de financiación para promover la salud, por ejemplo, mediante gravámenes sobre los productos de tabaco. El llamamiento a la acción de Nairobi, formulado en el marco de la Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, identificó cinco áreas específicas. Las medidas intersectoriales incluyeron actividades de capacitación en materia de prevención de enfermedades no transmisibles, la creación de comisiones intersectoriales y la realización de exámenes nacionales de determinantes sociales. Se efectuó una consulta mundial en cuyo marco se examinaron ejemplos de medidas intersectoriales relativas a la prevención de enfermedades no transmisibles y enseñanzas adquiridas. Para fines de 2009, 17 ciudades habían adoptado el instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los centros urbanos para evaluar las desigualdades en materia de salud e identificar intervenciones prioritarias.
6.2	Se habrá facilitado orientación y apoyo para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo, elaborando, validando y difundiendo marcos, instrumentos y procedimientos operativos para los Estados Miembros en los que la carga de morbilidad y mortalidad atribuible a esos factores de riesgo es elevada o va en aumento. <i>Parcialmente logrado</i> Se elaboraron indicadores básicos para realizar el seguimiento de los factores de riesgo. En un documento técnico sobre vigilancia de enfermedades no transmisibles se proporcionó orientación sobre la vigilancia de los factores de riesgo, incluidos aspectos concernientes a tabaco, dieta, actividad física, hipertensión, hiperglicemia, mediciones antropométricas y alcohol. En el contexto de la colaboración interregional entre grupos orgánicos se puso en marcha un proyecto destinado a incluir el seguimiento de los factores de riesgo en el informe sobre la situación mundial en lo relativo a las enfermedades no transmisibles. En total, 89 países están utilizando el enfoque progresivo (STEPwise) de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles entre su población adulta. Se realizaron 18 nuevos estudios y 14 misiones en los países proporcionaron asesoramiento, apoyo y capacitación a Estados Miembros que están estableciendo o ampliando sus sistemas de vigilancia de los factores de riesgo. Se realizaron progresos tecnológicos en lo que respecta al análisis y la comunicación de datos sobre factores de riesgo mediante el uso de dispositivos personales digitales portátiles. Con el apoyo en materia de capacitación y asistencia técnica de la OMS y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos se llevaron a cabo 22 nuevos estudios para los que se adoptó la metodología del Estudio mundial de la salud de los alumnos en las escuelas. El resultado previsto se evaluó como parcialmente logrado, aun cuando se había alcanzado el número fijado de Estados Miembros para ambos indicadores, porque, en la práctica, los valores de referencia eran más altos y los correspondientes a los logros eran ligeramente inferiores a los previstos.
6.3	Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros con una carga alta o creciente de morbimortalidad asociada al consumo de tabaco, capacitándolos para fortalecer las instituciones, con miras a atajar o prevenir los problemas de salud pública relacionados. También se habrá prestado apoyo a la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en relación con la aplicación de las disposiciones del Convenio y la elaboración de protocolos y directrices. <i>Totalmente logrado</i> Se prestó asistencia técnica a los países en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la adopción de medidas de eficacia probada orientadas a reducir la demanda, como parte del Plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no

	transmisibles. Para fines de 2009, 57 países disponían de datos fidedignos actualizados sobre la prevalencia del consumo de tabaco entre la población adulta. La Secretaría desarrolló y aplicó una nueva metodología para evaluar la capacidad de los Estados Miembros de aplicar políticas eficaces para el control del tabaco, y publicó un informe en el que se analizan sus progresos.¹ La OMS completó la ejecución sobre el terreno de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos. Se prestó asistencia en lo concerniente a la imposición de gravámenes sobre los productos de tabaco y a una base de datos sobre precios, y se utilizaron instrumentos para estimar los costos económicos y sanitarios de la mortalidad y la morbilidad provocada por el consumo de tabaco. La OMS continuó prestando apoyo a los trabajos de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco relativos a la formulación de recomendaciones y la adopción de directrices para determinados artículos del Convenio Marco, así como a la negociación de un protocolo sobre el comercio ilícito de productos de tabaco. Se promovieron alianzas tanto con sectores privados como públicos y se realizaron esfuerzos por fortalecerlas.
6.4	Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros con una carga alta o creciente de morbilidad asociada al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, capacitándolos así para fortalecer las instituciones con miras a combatir o prevenir los problemas de salud pública asociados. <u>Totalmente logrado</u> En colaboración con los Estados Miembros, y teniendo en cuenta los resultados de un amplio proceso de consultas, se elaboró un proyecto de estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol. Se iniciaron nuevas actividades de investigación en esferas relativas al alcohol, la salud y el desarrollo. Se obtuvieron datos sobre el consumo de alcohol, sus efectos perjudiciales y las respuestas normativas nacionales de los Estados Miembros y, para fines de 2009, las Oficinas Regionales para África, las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental habían desarrollado sistemas regionales y los habían incorporado en el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud. En la Región del Pacífico Occidental se elaboró un plan de acción regional orientado a mitigar los perjuicios relacionados con el consumo de alcohol. En marzo de 2009 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la OMS comenzaron a ejecutar un programa conjunto sobre tratamiento de la farmacodependencia y atención del toxicómano, con miras a aplicarlo inicialmente en los países de Europa. Se siguió desarrollando el proyecto de la OMS relativo a las pruebas de detección de la dependencia del alcohol, el tabaco y otras sustancias, y se realizaron actividades de capacitación en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental. Se perfeccionaron y pusieron en práctica indicadores para los sistemas nacionales, regionales y mundiales de seguimiento de los efectos del alcohol sobre la salud, y se siguieron desarrollando indicadores e instrumentos para el acopio de datos relativos a recursos terapéuticos contra los trastornos derivados del abuso de sustancias.

¹ Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: consecución de entornos sin humo de tabaco. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

6.5	Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros en los que la carga de morbilidad asociada a las dietas malsanas y la inactividad física es elevada o va en aumento, capacitándolos para fortalecer las instituciones, con miras a combatir o prevenir los problemas de salud pública asociados. <i>Totalmente logrado</i> En todas las regiones se elaboraron mecanismos e instrumentos para adaptar las estrategias y los planes sobre dietas saludables y actividad física en función de las necesidades nacionales. Se constituyeron redes nacionales con el fin de promover la actividad física y la reducción del consumo de sal y prevenir los riesgos para la salud relacionados con las técnicas de comercialización de alimentos y bebidas sin alcohol dirigidas a los niños. Un total de 66 países notificaron que disponen de estrategias o planes multisectoriales basados en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Se desarrollaron varios instrumentos nuevos, incluidos exámenes sistemáticos de intervenciones eficaces, documentos de orientación normativa y programática para entornos específicos, por ejemplo, escuelas y lugares de trabajo, con el fin de ayudar a los países en la formulación y aplicación de estrategias destinadas a mejorar las dietas y aumentar la actividad física y realizar el seguimiento y la evaluación de la aplicación de las políticas pertinentes.
6.6	Se habrán formulado políticas, estrategias, intervenciones, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico para promover prácticas sexuales más seguras y fortalecer las instituciones, con miras a atajar y gestionar las consecuencias sociales e individuales de las prácticas sexuales de riesgo. <i>Parcialmente logrado</i> En los diferentes países se obtuvieron datos fidedignos sobre la prevalencia, los determinantes y las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo y sobre intervenciones que permiten reducir los riesgos. Entre las nueve áreas prioritarias del marco de resultados del ONUSIDA, 2009-2011 se incluyeron medidas para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas. Se elaboró y se introdujo en los países un instrumento normalizado para la vigilancia de las prácticas sexuales de riesgo, compatible con el enfoque progresivo (STEPwise). En reuniones interregionales se proporcionó orientación relativa al acopio de datos de vigilancia destinados a los programas sobre salud de los adolescentes. La Oficina Regional para Europa elaboró un conjunto de normas y políticas sobre educación y salud sexual y adaptó directrices de la OMS sobre anticoncepción, aborto peligroso y enfermedades de transmisión sexual. En países de la Región del Pacífico Occidental se establecieron relaciones entre los diferentes servicios de salud sexual y reproductiva. La Oficina Regional para las Américas elaboró una estrategia dirigida a los jóvenes más expuestos a los riesgos, e instrumentos para evaluar la función de los servicios sanitarios en la promoción de prácticas sexuales sin riesgo. El resultado previsto se evaluó como parcialmente logrado, porque los objetivos no se alcanzaron totalmente en dos de las regiones, y dos oficinas regionales no comunicaron ningún resultado específico.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	25 566	13 862	14 590	9 959	24 809	31 729	41 542	162 057
Fondos disponibles	15 100	7 583	12 473	11 495	9 743	12 950	49 026	118 381

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	59%	55%	85%	115%	39%	41%	118%	73%
Gastos	14 494	6 175	10 919	9 559	7 731	10 270	37 049	96 196
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	57%	45%	75%	96%	31%	32%	89%	59%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	96%	81%	88%	83%	79%	79%	76%	81%

El presupuesto aprobado para el objetivo estratégico fue de US\$ 162 millones, de los cuales US\$ 118 millones (73%) se obtuvieron mediante contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias. El nivel de financiamiento fue inferior al previsto, debido, principalmente, a las dificultades por asegurar las contribuciones destinadas a apoyar las actividades de colaboración multisectorial y multidisciplinaria en los países. Si bien se alcanzaron muchos objetivos, los niveles de financiación representan una amenaza para la cobertura, el afianzamiento y la sostenibilidad de algunos de los resultados previstos. De los fondos disponibles, US\$ 96 millones (81%) se ejecutaron durante el bienio. En particular, las demoras en la contratación en las regiones y en los países obstaculizaron la intensificación de las actividades de control del tabaco en los países y dieron lugar a la postergación de los programas. Prosiguen los esfuerzos orientados a asegurar la dotación de personal suficiente en las esferas de alcohol y drogas de los programas de salud mental y abuso de sustancias en todas las regiones.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Las medidas intersectoriales y el desarrollo del potencial de la comunidad son esferas de la promoción de la salud que se deben fortalecer y documentar más aún. A fin de compensar la falta de atención prestada en el pasado para traducir los conceptos de promoción de la salud en directrices eficaces y medidas concretas y reforzar la capacidad de los países en desarrollo para evaluar la promoción de la salud, el plan de trabajo 2010-2011 se centrará principalmente en esas esferas. Asimismo, se requieren marcos apropiados, asistencia técnica para los homólogos locales y una colaboración más estrecha con los organismos pertinentes de las Naciones Unidas.

La colaboración coordinada y coherente con la Secretaría del Convenio Marco ha facilitado a las Partes la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, y esa colaboración se seguirá reforzando en el bienio 2010-2011. La inversión en infraestructura de salud pública y el desarrollo de la capacidad siguen siendo aspectos cruciales para la plena aplicación del Convenio Marco, en vista de los constantes esfuerzos de la industria tabacalera por socavar las actividades de control.

Los progresos alcanzados en la formulación de una política sobre el alcohol fueron posibles gracias a la eficaz colaboración en la Secretaría y con los Estados Miembros, así como a una actividad multisectorial destinada a abordar cuestiones relativas a la dieta, la actividad física y la salud. En el futuro, se deberían tener en cuenta las experiencias adquiridas en otras esferas en relación con los sectores industriales correspondientes.

Es preciso adoptar medidas urgentes para promover las prácticas sexuales sin riesgo, dado que se están registrando nuevas infecciones con el VIH en personas de 15 a 24 años.

Se ha observado que para abordar las desigualdades de salud en los centros urbanos es necesaria la coordinación intersectorial en el plano municipal. La intensificación de las evaluaciones de la equidad en materia de salud en los centros urbanos y las respuestas pertinentes exigirán la adopción de compromisos y políticas gubernamentales firmes.

El papel y el liderazgo de la OMS en las esferas prioritarias de este objetivo estratégico están limitados por la falta de fondos y la escasez de personal en todos los niveles. La asignación de recursos, tanto para el control del tabaco y el alcohol como para los programas sobre dieta y actividad física, sigue siendo insuficiente en relación con la magnitud de los problemas. El otorgamiento de mayor prioridad a las tareas y la división de responsabilidades y recursos en la OMS, así como entre la Organización y los centros colaboradores y otras redes, contribuirán al logro de los resultados previstos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

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

Como resultado de su mayor sensibilización e interés por la equidad sanitaria, los Estados Miembros, en coordinación con una amplia variedad de partes interesadas, entre las que figuraban asociados internacionales, adoptaron medidas concretas para aplicar las recomendaciones clave de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esas medidas abarcaron: la incorporación de dichos determinantes en el programa de salud pública de Chile; el establecimiento de comisiones multisectoriales sobre equidad sanitaria en el Brasil, Marruecos y Sri Lanka; y el análisis en ocho países de las posibles repercusiones sanitarias de políticas relativas a otras esferas. Los Estados Miembros ampliaron su capacidad, entre otras cosas, para detectar y analizar posibles oportunidades y desafíos para el desempeño del sector de la salud y el logro de resultados sanitarios derivados del comercio y los acuerdos comerciales; llevar a cabo análisis desglosados de la equidad sanitaria; analizar otros determinantes sociales de la salud que impiden el acceso a los servicios sanitarios; aplicar un enfoque basado en los derechos humanos, por ejemplo en la prevención del VIH/sida; e integrar consideraciones eficaces e incorporar una perspectiva de género en los programas de salud pública. Después de la adopción de la resolución WHA62.14 sobre la reducción de las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud, unos 40 Estados Miembros incorporaron los determinantes sociales en sus estrategias de cooperación en los países.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **cinco resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, cuatro se consideraron «totalmente logrados» y uno «parcialmente logrado».

Totalmente logrados (4)				Parcialmente logrado (1)

7.1	Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y éstos se habrán incorporado al trabajo normativo y a la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros asociados. <i>Parcialmente logrado</i> Todas las oficinas regionales de la OMS adoptaron medidas para definir estrategias e iniciativas encaminadas a abordar los determinantes sociales de la salud: las Regiones de Asia Sudoriental, Europa y el Mediterráneo Oriental completaron su labor acerca de este tema, y la Región de África está a punto de concluir el proceso. Al menos cinco países organizaron consultas o prepararon informes basados en las recomendaciones de la Comisión, y varios asignaron prioridad estratégica a la consideración de los determinantes sociales. Hasta enero de 2009 el texto completo de la versión electrónica del informe¹ se había descargado 56 000 veces; este informe se tradujo a los idio-
------------	--

¹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

	mas oficiales de la OMS y también al eslovaco, el esloveno, el húngaro, el japonés, el noruego, el sueco y el vietnamita. El logro de este resultado se consideró parcial porque en una región se habían aplazado las consultas relativas a una estrategia regional para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud.
7.2	La OMS habrá tomado la iniciativa de facilitar oportunidades y medios de colaboración intersectorial en los planos nacional e internacional para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud, por ejemplo en lo referente a la comprensión de las repercusiones del comercio y de los acuerdos comerciales en la salud pública y la adopción de medidas al respecto, y alentar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. <i>Totalmente logrado</i> Las experiencias de 31 países en la consideración de los determinantes sociales de la salud fueron objeto de publicación, en algunos casos con la colaboración de la Agencia de Salud Pública del Canadá; de esa manera la OMS dispuso de datos comprobados para estudiar medios de organizar la colaboración intersectorial a nivel nacional. Se elaboraron y ensayaron diversos instrumentos, por ejemplo, para evaluar la capacidad de las instituciones de los Estados Miembros de abordar los determinantes sociales de las desigualdades sanitarias, para mejorar la coherencia entre las políticas comerciales y sanitarias a fin de lograr un máximo de beneficios con los menores riesgos para la salud, y para evaluar las repercusiones de la liberalización del comercio en los servicios sanitarios.
7.3	Se habrán recogido, cotejado y analizado datos sociales y económicos pertinentes para la salud en forma desglosada (por sexo, edad, pertenencia étnica, ingresos y condiciones de salud, como enfermedades o discapacidades). <i>Totalmente logrado</i> Tanto en la sede de la OMS como en sus oficinas regionales y en los países se organizaron sesiones de capacitación a nivel regional y nacional para analizar en forma desglosada la situación en materia de equidad sanitaria. Todas las regiones mejoraron sus marcos de evaluación y desglose de los determinantes sociales y económicos, con inclusión del género, como causas de inequidades sanitarias. Esta labor se basó en unos 45 perfiles nacionales de todas las regiones y se documentó en dos informes conjuntos regionales. Se incrementó el apoyo técnico para las actividades de supervisión y la producción de pruebas sobre intervenciones que mejoran la equidad en la gestión de las enfermedades no transmisibles, la tuberculosis y la salud urbana. Se estableció un mecanismo mundial para difundir los conocimientos especializados de todas las regiones a fin de mejorar la utilización de las normas de la OMS relativas a la recolección, el cotejo y el análisis de datos desglosados.
7.4	Se habrán promovido los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos, tanto en la OMS como en los niveles nacional y mundial. <i>Totalmente logrado</i> Se celebraron reuniones oficiales de alto nivel para mejorar la colaboración entre la OMS y los órganos de derechos humanos de las Naciones Unidas. Se logró una mayor integración de un enfoque basado en los derechos humanos en las actividades técnicas de la OMS, como las relacionadas con la Alianza Alto a la Tuberculosis y con la Acción Sanitaria en las Crisis, y se introdujeron consideraciones éticas en los programas de salud pública de la Organización, como los relativos a la tuberculosis y la gripe pandémica, y a las actividades de investigación. Se prestó asistencia técnica a los países para determinar las prioridades sanitarias nacionales, elaborar programas sobre la salud y los derechos humanos y garantizar la inclusión de consideraciones relativas a los derechos humanos y al género en la planificación, ejecución y evaluación de las estrategias y los planes nacionales. Se realizaron talleres de capacitación sobre: consideraciones éticas en ensayos biomédicos de preven-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

	ción del VIH, en colaboración con el ONUSIDA; cuestiones éticas en las actividades de preparación y respuesta para pandemias en Burkina Faso, la República del Congo y Uganda, por conducto del Programa Mundial OMS de la Gripe; y coordinación de los organismos de reglamentación nacionales y los comités sobre los aspectos éticos de las investigaciones, en Nigeria y Tailandia.
7.5	Se habrán incorporado el análisis de género y medidas de respuesta a la labor normativa de la OMS y su apoyo a los Estados Miembros con miras a la elaboración de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género. <i>Totalmente logrado</i> Se completó una evaluación de referencia para el seguimiento de las actividades de incorporación de las cuestiones de género en todas las regiones y en la sede de la OMS. Se publicó un informe sobre la salud de las mujeres y las niñas,¹ así como directrices sobre género y VIH; del 23 al 27 de noviembre de 2009 se celebró en Salzburgo (Austria) un taller sobre capacitación de instructores en prevención de la violencia sexista y los traumatismos conexos. Mediante nuevos instrumentos de planificación y programas de capacitación se intensificó el apoyo encaminado a integrar una perspectiva de género en la planificación operacional y el monitoreo del desempeño de la OMS. En todas las regiones se celebraron sesiones de capacitación relacionadas con el género y se completaron actividades de apoyo a los países.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	9 116	6 937	4 838	5 975	11 975	2 496	24 568	65 905
Fondos disponibles	8 782	2 292	3 016	6 797	4 828	1 339	16 378	43 433
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	96%	33%	62%	114%	40%	54%	67%	66%
Gastos	8 071	2 291	2 169	4 165	3 942	683	13 618	34 938
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	89%	33%	45%	70%	33%	27%	55%	53%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	92%	100%	72%	61%	82%	51%	83%	80%

¹ La mujer y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

Para este objetivo estratégico se aprobó un presupuesto de US\$ 66 millones y se obtuvieron US\$ 43 millones (66%) correspondientes a contribuciones señaladas y voluntarias. El déficit de financiación con respecto al presupuesto aprobado limitó la capacidad de la OMS de responder a un número creciente de peticiones de apoyo de los Estados Miembros, en particular para reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud, con arreglo a la resolución WHA62.14. Durante el bienio se utilizaron US\$ 35 millones (80%) de los fondos disponibles. En las Regiones de Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico Occidental el nivel de utilización de los fondos inferior a lo previsto se debió fundamentalmente a retrasos en la contratación de personal y a la asignación para el bienio 2010-2011 de fondos registrados en el bienio 2008-2009.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Este objetivo estratégico abarca una variedad de aspectos interrelacionados que, según se ha reconocido ampliamente, pueden tener un efecto considerable en la equidad sanitaria. Se ha comprobado la utilidad de las actividades de sensibilización y de promoción para crear una plataforma eficaz que permita fomentar una mayor colaboración entre las esferas de actividad pertinentes, intensificar los esfuerzos de incorporación, por ejemplo, con respecto al género y a la salud y los derechos humanos, y establecer asociaciones con partes interesadas fuera de la OMS. Esto supuso una mayor demanda de asistencia técnica por parte de los Estados Miembros.

La falta de una estrategia de derechos humanos a nivel de toda la Organización limitó la capacidad de la OMS de responder a la creciente demanda interna de orientación sobre la incorporación de cuestiones éticas en esferas técnicas. Será necesario responder adecuadamente a las expectativas despertadas por la reciente publicación de varios informes. La falta de recursos humanos y financieros adecuados para este objetivo estratégico dificultó la aplicación del plan de trabajo en la Organización. Para mejorar la eficacia en el futuro se deberán estudiar soluciones innovadoras, por ejemplo, en materia de perfeccionamiento del personal, enfoques colectivos y coherencia, incluso mediante el establecimiento de inventario de actividades y recursos disponibles, la determinación de una masa crítica de personal en todos los niveles y la colaboración con diversos asociados para lograr los objetivos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

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

Se desplegaron esfuerzos en varios frentes para abordar el 25% de la carga de morbilidad causada por factores de riesgo ambiental. En el marco de un plan mundial destinado a afrontar la interrelación entre salud y medio ambiente mediante la adopción de medidas preventivas, la OMS y el PNUMA colaboraron en la organización de la Primera Conferencia Interministerial sobre Salud y Medio Ambiente en África, que se celebró en Libreville (Gabón) del 26 al 29 de agosto de 2008. En la Declaración de Libreville, adoptada a raíz de esa conferencia, se abogó por la creación de una alianza estratégica en los ámbitos sanitario y ambiental para África, a la que 10 países respondieron compilando análisis de situación y evaluaciones de las necesidades para que sirvieran de base en la formulación de planes nacionales de acción conjunta. En el marco del Convenio de Estocolmo se puso en marcha un proyecto interinstitucional para reducir la excesiva dependencia del DDT en la lucha antivectorial y, en 2009, gracias a una iniciativa mundial para eliminar el mercurio en la atención de salud, respaldada por la Alianza Mundial sobre el Mercurio del PNUMA, se promovió la adopción de medidas rápidas al respecto en el sector de la salud, entre las que destacan los anuncios de la Argentina y Filipinas de que irían eliminando paulatinamente el uso del mercurio en los productos médicos. En la segunda reunión de la Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos, celebrada del 11 al 15 de mayo de 2009 en Ginebra, se aprobó una resolución en la que se pedía, entre otras cosas, que el sector de la salud reforzara su participación en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos. De conformidad con la resolución WHA60.26, «Salud de los trabajadores: plan de acción mundial», se reforzó la colaboración interinstitucional para acabar con las enfermedades relacionadas con el amianto. En respuesta a la resolución WHA61.19 sobre cambio climático y salud, se presentó al Consejo Ejecutivo, en su 124.ª reunión, un proyecto de plan de trabajo que fue aprobado.¹ El tema del Día Mundial de la Salud 2008, «Proteger la salud frente al cambio climático», fue el eje de actividades de promoción en todas las regiones, así como de los aportes de la OMS al 15.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

Los **cinco resultados previstos a nivel de toda la Organización** relativos a este objetivo estratégico se consideran «parcialmente logrados».

Parcialmente logrados (5)				

¹ Resolución EB124.R5.

8.1	Se habrán realizado evaluaciones y formulado y actualizado normas y patrones basados en datos probatorios sobre los principales riesgos ambientales para la salud (p. ej., la mala calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la mala calidad del agua de bebida, y la reutilización de las aguas residuales). <u>Parcialmente logrado</u> Se elaboraron instrumentos para evaluar los riesgos de la exposición a los productos químicos y la radiación. Se editaron publicaciones sobre los temas siguientes: la calidad del agua potable,¹ el saneamiento y la higiene en los transportes aéreos,² normas sobre higiene del medio ambiente en la atención de salud³ y normas de higiene en entornos de bajo costo.⁴ Se proporcionó asistencia técnica a los países para aplicar los acuerdos internacionales, vinculantes y no vinculantes, sobre gestión racional de los productos químicos. Las dificultades encontradas en la aplicación de las directrices a nivel nacional se han afrontado en parte organizando talleres y elaborando material informativo, como la tercera edición de las <i>Guidelines for the safe use of wastewater, excreta and greywater in agriculture and aquaculture</i>. Se llevaron a cabo actividades en todas las regiones para respaldar la aplicación de las guías de la OMS para la calidad del agua potable y se difundió ampliamente un manual para formular planes de seguridad del agua. El Programa Conjunto OMS/UNICEF estableció un grupo consultivo estratégico y elaboró una estrategia para el periodo 2010-2015 con miras a reforzar el seguimiento de los progresos realizados hacia la consecución de la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 7 orientada a reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. La iniciativa de ONU-Agua «Evaluación anual mundial del saneamiento y el agua potable», encabezada por la OMS, publicó su primer informe piloto.⁵ El seguimiento mundial de los combustibles sólidos registró una mejora notable ya que actualmente son 144 los países que presentan informes al respecto. Aun cuando el objetivo relativo al número de Estados Miembros se alcanzó en los dos indicadores fijados, el resultado previsto se consideró parcialmente logrado porque en dos regiones los resultados no se consiguieron plenamente.
8.2	Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos ambientales para la salud, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, en particular en entornos específicos (p. ej., el lugar de trabajo, el hogar o entornos urbanos) y entre grupos de población vulnerables (p. ej., los niños). <u>Parcialmente logrado</u> La OMS proporcionó apoyo técnico y orientaciones a los Estados Miembros en los ámbitos siguientes: en los centros de atención sanitaria, acerca del abandono del uso de aparatos que contienen mercurio, la prevención de la exposición a agentes patógenos transmitidos por la sangre, el agua y el

¹ *Guidelines for drinking-water quality [electronic resource]: incorporating 1st and 2nd addenda, Vol.1, Recommendations*. 3.^a ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

² *Guide to sanitation and hygiene in aviation*. 3.^a ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

³ Adams J et al., eds. *Essential environmental health standards in health care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

⁴ Adams J et al., eds. *Water, sanitation and hygiene standards for schools in low-cost settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

⁵ *UN-water global annual assessment of sanitation and drinking-water: 2008 pilot report - testing a new approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

	saneamiento, la calidad del aire en interiores, tecnologías alternativas y políticas de gestión de los desechos sanitarios; en los lugares de trabajo, sobre la eliminación de las enfermedades relacionadas con el amianto, los peligros químicos e intervenciones psicosociales y de salud; en los hogares, sobre el tratamiento de aguas domésticas, el saneamiento público, el radón, la humedad y el moho, y la utilización de combustibles sólidos en los países en desarrollo; en las zonas rurales, en lo relacionado con planes sobre la salubridad del agua; en las zonas urbanas, sobre planes para la salubridad del agua y medios de transporte salubres; y, en la esfera de la salud infantil, sobre los riesgos ambientales y la realización de estudios de cohortes sobre las repercusiones ambientales y químicas. Además, la tercera Conferencia Internacional de la OMS sobre Riesgos Ambientales para la Salud de los Niños, que tuvo como país anfitrión a la República de Corea, se celebró en Busan del 7 al 10 de junio de 2009. Aun cuando el objetivo se alcanzó, el resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque en una región no se consiguió plenamente.
8.3	Se habrá facilitado a los Estados Miembros asistencia técnica y apoyo para fortalecer los sistemas, las funciones y los servicios nacionales de gestión de los riesgos de salud ocupacional y ambiental. <i>Parcialmente logrado</i> En el marco del Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores (2008-2017), se proporcionó apoyo técnico a 29 países de todas las regiones de la OMS para la elaboración de políticas de desarrollo y planes de acción nacionales relativos a la salud de los trabajadores. Se están formulando planes nacionales de acción sobre salud y medio ambiente en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, así como en 10 países de la Región de África, de conformidad con el proceso estratégico establecido en la Declaración de Libreville. En respuesta al lanzamiento de una iniciativa mundial sobre la eliminación del mercurio en la atención de salud, la Argentina y Filipinas anunciaron planes para eliminar paulatinamente el uso del mercurio en los productos médicos. Sigue proporcionándose asistencia técnica para la gestión de la contaminación del aire en interiores y el fomento de la capacidad en el seguimiento del agua potable y el saneamiento en la Región de África, así como para las cuestiones ligadas a la salud ocupacional en las Regiones de Europa y de Asia Sudoriental. La gestión de la calidad del agua potable en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental se está abordando a través de la ejecución de proyectos multianuales y, en otros países, en el marco de los planes de trabajo en curso. Se han reforzado los sistemas de información sobre salud ambiental y ocupacional y se han ensayado indicadores ambientales relacionados con los niños. Se prestó apoyo a la gestión de los riesgos químicos, en particular mediante conjuntos de instrumentos para la evaluación y la gestión, así como para eliminar las enfermedades relacionadas con el amianto en el lugar de trabajo. Aun cuando el objetivo se alcanzó con creces, el resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque en una región no se consiguió plenamente.
8.4	Se habrán establecido directrices, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector de la salud a ejercer influencia sobre las políticas de otros sectores con miras a posibilitar la identificación y adopción de políticas que contribuyan a la mejora de la salud, el medio ambiente y la seguridad. <i>Parcialmente logrado</i> En cinco países y en un grupo de 26 ciudades africanas se ampliaron las actividades destinadas a promover la inclusión de evaluaciones del impacto sobre la salud en la elaboración de las políticas sectoriales. Se puso en marcha una iniciativa para alentar a los bancos de desarrollo a incluir criterios sanitarios en las políticas de concesión de créditos y se elaboraron instrumentos para promover ese cambio en las prácticas crediticias bancarias. En siete países se celebraron talleres para ayudar a los países a evaluar la vulnerabilidad y poner en práctica medidas eficaces para proteger la salud de

	las personas de los efectos del cambio climático. En la Región de Europa el apoyo a los países se prestó a través del Programa Paneuropeo de Transporte, Salud y Medio Ambiente y de la Red europea de ciudades sanas de la OMS. Aun cuando el objetivo se alcanzó con creces, el resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque en tres regiones los resultados no se consiguieron plenamente.
8.5	Se habrá reforzado el liderazgo del sector de la salud para promover un entorno más saludable y modificar las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de los riesgos ambientales para la salud, por ejemplo atendiendo las consecuencias emergentes y reemergentes del desarrollo en la salud ambiental y la modificación de las pautas de consumo y producción, así como a los efectos nocivos asociados a la evolución tecnológica. <i>Parcialmente logrado</i> En el marco de un plan mundial de medidas preventivas para abordar la interrelación entre salud y medio ambiente, en Libreville (Gabón), del 26 al 29 de agosto de 2008, se organizó la Primera Conferencia Interministerial sobre Salud y Medio Ambiente en África. Allí se trazó una hoja de ruta para completar análisis de situación y evaluaciones de las necesidades que sirvieran de base para la elaboración de planes nacionales de medidas sanitarias y ambientales conjuntas en los países africanos. En respuesta a la resolución WHA61.19 sobre cambio climático y salud, el Consejo Ejecutivo, en su 124.^a reunión, aprobó un plan de trabajo para expandir el apoyo técnico que la OMS presta a los Estados Miembros para evaluar y afrontar las repercusiones del cambio climático en la salud y los sistemas de salud.¹ El tema del Día Mundial de la Salud 2008 propició la realización de actividades de promoción en todas las regiones. Actividades similares relacionadas con el cambio climático y la salud humana caracterizaron asimismo la contribución de la OMS al 15.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Por otra parte, en mayo de 2009 se puso en marcha oficialmente un nuevo proyecto OMS/PNUMA, con el apoyo del Fondo para el Medio Ambiente Mundial, para reducir la excesiva dependencia del DDT en las actividades de control antivectorial. De conformidad con la resolución WHA60.26 (Salud de los trabajadores: plan de acción mundial), se fortaleció la colaboración inter-institucional para acabar con las enfermedades relacionadas con el amianto. Aun cuando se alcanzó el número de estudios o informes publicados por la OMS, en solitario o conjuntamente, que se había fijado como objetivo, el resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque en una región no se consiguió plenamente.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS ²	Total
Presupuesto aprobado	18 749	12 057	13 827	17 951	16 358	12 364	39 150	130 456
Fondos disponibles ¹	11 096	6 628	8 956	22 748	7 006	8 305	44 697	109 738

¹ Resolución EB124.R5.² Las cifras correspondientes a la sede de la OMS incluyen las del Consejo de Colaboración para el Abastecimiento de Agua y el Saneamiento Ambiental, que se separó de la OMS en el bienio 2008-2009 (fondos disponibles: US\$ 7,7 millones; gastos: US\$ 6,9 millones).

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	59%	55%	65%	127%	43%	67%	114%	84%
Gastos	9 611	6 255	8 157	16 988	4 788	5 898	34 244	85 941
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	51%	52%	59%	95%	29%	48%	87%	66%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	87%	94%	91%	75%	68%	71%	77%	78%

El presupuesto total aprobado para el objetivo estratégico fue de US\$ 130 millones, de los que US\$ 110 millones (el 84% del total aprobado) se pusieron a disposición mediante contribuciones señaladas y voluntarias. El nivel de fondos disponibles, inferior al previsto en el presupuesto aprobado, se puede atribuir principalmente a la dificultad de obtener recursos para programas de apoyo a los países en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental.

De los fondos disponibles, durante el bienio se utilizaron US\$ 86 millones (78%). La tasa de ejecución inferior al nivel previsto se debió principalmente a que la financiación para los programas relativos al cambio climático y la evaluación del impacto ambiental no se recibió hasta muy entrado el bienio. La ejecución de ambos programas proseguirá en 2010-2011.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Para la OMS sigue representando un desafío convencer a las instancias normativas del sector público para que tengan en cuenta los beneficios que supondrían unos entornos más saludables. Pese a que se han obtenido resultados satisfactorios en el ámbito de la colaboración multisectorial sobre la mitigación del cambio climático y el análisis de su impacto en la salud a nivel nacional e internacional, hay que reconocer que ese tipo de actividades en régimen de colaboración resultan complejas. Tropiezan asimismo con problemas parecidos las iniciativas para generar un sentido de identificación intersectorial de alcance nacional respecto de los proyectos realizados para poner en práctica la Declaración de Libreville en África.

A pesar de la colaboración más estrecha entre la sede de la OMS y las oficinas regionales, de un compromiso mayor a nivel nacional y de la disponibilidad de nuevas fuentes de financiación, la ejecución de las actividades planificadas sigue siendo desigual en las distintas regiones.

¹ Se incluyen US\$ 300 000 de fondos no distribuidos.

Habría que conceder más importancia a ciertas actividades, como las destinadas a disminuir la dependencia del uso de combustibles sólidos para cocinar o como medio de calefacción, y a fortalecer las bases de datos probatorios acerca de la eficacia de las intervenciones ambientales y de atención primaria de salud en entornos urbanos, así como a coordinar el apoyo prestado a la salud ocupacional.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

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

En 2008-2009 la mayoría de los Estados Miembros adoptó medidas intersectoriales para mejorar los mecanismos nacionales de coordinación con objeto de reforzar tanto los componentes de nutrición, salubridad de los alimentos y seguridad alimentaria de sus estrategias de reducción de la pobreza como sus programas integrales establecidos en esas tres esferas para afrontar la repercusiones del cambio climático y del aumento de los precios de los alimentos. En 109 países se adoptaron los patrones de crecimiento y otros 69 países estaban estudiando la posibilidad de adoptarlos. En la base de datos mundial sobre el crecimiento infantil y la malnutrición figuran casi 3000 estudios de 145 países y los resultados se presentan en un formato normalizado que permite la comparación internacional. En el marco de la iniciativa del sistema de información sobre la situación general de la nutrición, 108 Estados Miembros analizaron sus políticas y prácticas en materia de alimentación y nutrición; 173 Estados Miembros se incorporaron a la Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria (anteriormente denominada Global Salm-Surv) para reforzar tanto la vigilancia integrada de las enfermedades zoonóticas y de transmisión alimentaria como la capacitación en el monitoreo intersectorial de la resistencia a los antimicrobianos. La OMS puso marcha una iniciativa encaminada a estimar la carga mundial de enfermedades de transmisión alimentaria. Gracias a las actividades de colaboración con asociados internacionales y a la creación de redes tales como la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) y la red Asia FoodNet, la OMS mejoró su capacidad de respuesta a emergencias, como la crisis mundial de los precios de los alimentos y la contaminación de preparados para lactantes con melamina. La colaboración con organismos del sistema de las Naciones Unidas así como con el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales y donantes, incluida la reactivación del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y la consolidación de la iniciativa REACH de lucha contra el hambre y la desnutrición infantil, permitió mejorar la coherencia y eficacia de la arquitectura institucional en materia de nutrición.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **seis resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, tres se consideraron «totalmente logrados» y tres «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (3)			Parcialmente logrados (3)		

9.1	Se habrán establecido fórmulas de asociación y alianzas, formado líderes y desarrollado la coordinación y la creación de redes con todas las partes interesadas en los planos nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, alentar actividades intersectoriales, aumentar la inversión en intervenciones relativas a la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, y elaborar y apoyar un programa de investigación. <i>Parcialmente logrado</i> Gracias a las asociaciones de la OMS con, entre otras organizaciones, la FAO, la OIE, el PMA, el UNICEF y el Banco Mundial, se amplió la capacidad de respuesta a emergencias, como la crisis mundial de los precios de los alimentos y la contaminación de preparados para lactantes con melamina. Actualmente, la Organización coordina sus medidas de emergencia en relación con la inocui-
-----	--

	dad de los alimentos con los sistemas mundiales para emergencias relacionadas con los animales y la producción primaria. La OMS convocó una reunión de los otros tres principales organismos de las Naciones Unidas en la esfera de la nutrición, a saber, la FAO, el PMA y el UNICEF, para elaborar una propuesta conjunta de reforma del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. La cooperación técnica se centró en reducir la ingesta de sal y la protección de los niños de las presiones a que los someten las técnicas de comercialización, en la Región de Europa; responder a los problemas de seguridad alimentaria y nutrición, en la Región de África; ampliar un enfoque integrado de la planificación y la financiación, en la Región del Pacífico Occidental; promover la aplicación de medidas intersectoriales entre las partes interesadas en la seguridad alimentaria, en la Región de las Américas; mitigar las repercusiones del cambio climático en la nutrición, en la Región de Asia Sudoriental; y elaborar una estrategia regional de nutrición por conducto del Comité Asesor de Nutrición, recientemente creado, en la Región del Mediterráneo Oriental.
9.2	Se habrán elaborado normas, con inclusión de referencias, requisitos, prioridades de investigación, directrices, manuales de capacitación y estándares, y se habrán difundido entre los Estados Miembros a fin de aumentar su capacidad para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y promover prácticas de alimentación saludables. <u>Totalmente logrado</u> En el marco de la Comisión FAO/OMS del Codex Alimentarius se elaboraron nuevas normas, entre otras cosas, para evaluar los alimentos genéticamente modificados y prevenir la resistencia a los antimicrobianos. La OMS y la FAO examinaron posibles vías para mejorar la calidad del asesoramiento técnico que proporciona el Codex; a tal efecto se propuso convocar reuniones conjuntas de expertos en nutrición. En la OMS se ha centralizado el suministro de asesoramiento relacionado con la inocuidad de los alimentos y actualmente todos los riesgos relacionados con los alimentos se evalúan con arreglo a criterios de coordinación uniformes. Se preparó una biblioteca con pruebas sobre medidas eficaces en materia de nutrición para estandarizar, actualizar y difundir el asesoramiento de la OMS en esa esfera. Se publicaron orientaciones en materia de nutrición y VIH. Más de 100 países han adoptado un nuevo manual de procedimiento para simplificar la elaboración de directrices alimentarias.
9.3	Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá perfeccionado la capacidad para determinar las mejores opciones de política, tanto en situaciones de estabilidad como de emergencia. <u>Totalmente logrado</u> Se ha seguido prestando apoyo a los Estados Miembros para adoptar y aplicar los patrones de crecimiento infantil de la OMS, incluso mediante la organización de talleres de capacitación en 25 países de cinco regiones. En la actualidad la base de datos mundial de la OMS sobre el crecimiento infantil y la malnutrición, que permite comparar los datos a nivel internacional, contiene más de 3000 estudios de 145 países. La base de datos mundial de la OMS sobre el índice de masa corporal se ha establecido para proporcionar datos nacionales sobre peso y obesidad en adultos; la OMS también está creando un banco de datos mundial sobre alimentación del lactante y del niño pequeño. Se ha establecido un sistema de información sobre la situación general en materia de nutrición para elaborar perfiles nutricionales de países y consolidar los indicadores de nutrición, seguridad alimentaria y desarrollo utilizados en las bases de datos de otros organismos asociados. En los informes sobre <i>Estadísticas Sanitarias Mundiales</i> se publicaron estimaciones sobre la prevalencia y las tendencias relativas a la obesidad. Se puso en marcha un examen de los indicadores y métodos para fines de vigilancia nutricional.

9.4	Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros destinatarios para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes, políticas y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, tanto en situaciones estables como de emergencia. <i>Parcialmente logrado</i> En el marco de un examen mundial de las políticas alimentarias y nutricionales, 108 países analizaron sus respectivas políticas en esas esferas. La OMS, en colaboración con la FAO, el ONUSIDA, el PMA y el UNICEF, promovió la realización de consultas regionales sobre nutrición y VIH/sida en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, como resultado de las cuales se formularon planes de acción nacionales para integrar en los programas gubernamentales la atención nutricional y el apoyo de las personas infectadas por el VIH. La OMS examinó las repercusiones de la crisis mundial de los precios de los alimentos en la dieta y la nutrición, y prestó apoyo a 12 países de cuatro regiones para elaborar respuestas eficaces a esa crisis. Como parte del fomento de la aplicación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño se siguió promoviendo y apoyando la utilización del enfoque basado en la comunicación para lograr un cambio comportamental, con miras a aumentar las tasas de lactancia natural. También se reforzó la capacidad de tratamiento de la malnutrición grave, lo cual abarcó la elaboración de directrices nacionales.
9.5	Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos; se habrán establecido programas de vigilancia y evaluación de los peligros alimentarios e integrado en los sistemas nacionales de vigilancia existentes, y se habrán difundido los resultados entre todos los actores principales. <i>Parcialmente logrado</i> La Red Mundial OMS sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria (anteriormente denominada Global Salm-Surv), que abarca 173 Estados Miembros, promueve la vigilancia integrada de las enfermedades zoonóticas y de transmisión alimentaria en las esferas de la veterinaria, la producción de alimentos y la salud pública, y ofrece capacitación sobre monitoreo intersectorial de la resistencia a los antimicrobianos. Se establecieron otros dos centros de capacitación, en las Regiones de África y del Pacífico Occidental, y se impartió capacitación al menos a 400 profesionales de 106 países. La OMS puso en marcha una iniciativa para estimar la carga mundial de enfermedades de transmisión alimentaria y estableció el Grupo de Referencia de Epidemiología de la Carga de Morbilidad de Transmisión Alimentaria. En 26 países se midió el nivel de contaminación por contaminantes orgánicos resistentes en la leche humana; esos resultados se utilizarán como puntos de referencia para el monitoreo de la contaminación del medio ambiente. Si bien se alcanzaron los dos objetivos de los indicadores, este resultado se consideró parcialmente logrado porque en algunos países se aplazó la iniciación de los estudios sobre la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria.
9.6	Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros, incluida su participación en el establecimiento de normas a nivel internacional, para incrementar su capacidad de evaluación de riesgos en las esferas de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas de transmisión alimentaria y de la inocuidad de los alimentos, así como para idear y aplicar sistemas nacionales de control bromatológico, con vínculos con los sistemas internacionales para casos de emergencia. <i>Totalmente logrado</i> Prosiguió el desarrollo de la INFOSAN y se la vinculó con el Sistema mundial FAO/OIE/OMS de alerta anticipada ante las principales enfermedades de los animales, incluidas la zoonosis, para faci-

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

	litar el intercambio de información entre las autoridades en materia de inocuidad de los alimentos y los jefes de los servicios veterinarios en los Estados Miembros. La importancia de contar con una red integrada se puso de manifiesto en recientes emergencias internacionales relacionadas con la inocuidad de los alimentos, como la contaminación de preparados para lactantes con melanina y la presencia de dioxina en la carne de cerdo.
--	---

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	39 778	14 608	13 939	5 975	8 938	19 273	24 423	126 934
Fondos disponibles	7 964	3 432	4 046	3 761	3 146	5 445	27 579	55 372
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	20%	23%	29%	63%	35%	28%	113%	44%
Gastos	7 597	3 093	3 431	2 840	1 921	4 363	23 201	46 447
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	19%	21%	25%	48%	21%	23%	95%	37%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	95%	90%	85%	76%	61%	80%	84%	84%

Para este objetivo estratégico se aprobó un presupuesto de US\$ 127 millones y se recaudaron US\$ 55 millones (44%) correspondientes a contribuciones señaladas y voluntarias. US\$ 53 millones se asignaron a programas básicos y US\$ 2,7 millones a asociaciones y acuerdos de colaboración, principalmente con el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas.

Las dificultades para recibir contribuciones voluntarias destinadas a financiar este objetivo estratégico limitaron la capacidad de la OMS de responder a las peticiones de asesoramiento científico sobre nutrición y sobre inocuidad de los alimentos. Las nuevas actividades relacionadas con el consumo de alimentos se centran cada vez más en la interrelación riesgos-beneficios. Aún no se han conseguido fondos suficientes para el nuevo mecanismo de financiación, la Iniciativa Mundial en pro del Asesoramiento Científico relativo a la Alimentación, que abarca el asesoramiento tanto sobre nutrición como sobre inocuidad de los alimentos. Si bien los Estados Miembros han reconocido la importancia de la Red Mundial sobre Infecciones de Transmisión Alimentaria (antes denominada Global Salm-Surv), sus actividades se financian principalmente mediante contribuciones en especie de los encargados de impartir capacitación, lo cual indica la necesidad de intensificar los esfuerzos encaminados a recaudar fondos.

Se registró un déficit considerable en los recursos destinados a financiar el desarrollo de la INFOSAN. Los progresos en estas actividades se ven obstaculizados por la falta de sistemas nacionales para evaluar los riesgos relacionados con las enfermedades zoonóticas y de transmisión alimentaria. Es preciso integrar esos sistemas en los sistemas nacionales de control de los alimentos y vincularlos de una manera directa y eficaz con las redes internacionales para casos de emergencia, como la INFOSAN y el Sistema mundial FAO/OIE/OMS de alerta anticipada ante las principales enfermedades de los animales, incluidas las zoonosis. Los fondos que se destinan actualmente a las actividades de vigilancia y seguimiento de las políticas en materia de nutrición son insuficientes, aun cuando la próxima publicación de un informe sobre la situación mundial con respecto a la ampliación de escala de las actividades nutricionales debería facilitar su promoción y recaudación. Gracias a las iniciativas encaminadas a estimar la carga mundial de enfermedades de transmisión alimentaria, en particular el Grupo de Referencia sobre Epidemiología de la Carga de Morbilidad de Transmisión Alimentaria (FERG), se han podido recaudar, mediante esfuerzos focalizados y sistemáticos, recursos considerables para sufragar las actividades tanto de la Secretaría como del FERG y de su grupo de trabajo, lo cual ha demostrado la importancia que los Estados Miembros y los donantes asignan a esta iniciativa innovadora. Sin embargo, sólo se recaudó el 50% de los fondos necesarios para este proyecto de seis años de duración.

Del total de fondos disponibles, se utilizaron US\$ 46 millones (84%) durante el bienio.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Todos los asociados reconocen la importancia de la labor normativa de la OMS y la nueva focalización en la orientación normativa, la vigilancia de las enfermedades relacionadas con la alimentación y el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio ha ofrecido una oportunidad para seguir potenciando la función de la Organización. Como consecuencia de su creciente reconocimiento de la importancia de la labor de la OMS, los donantes han apoyado diversas iniciativas, como la relacionada con el FERG. La creación de un sistema coordinado y uniforme para consolidar el asesoramiento científico en materia de inocuidad de los alimentos debería brindar nuevas oportunidades para realizar actividades y mejorar la eficacia de los trabajos en esta esfera. La adopción de medidas y el intercambio de información se estaban integrando eficazmente tanto en todos los niveles de la OMS como entre ésta y sus organizaciones asociadas. La recepción de los materiales de capacitación sobre las «Cinco claves para la inocuidad de los alimentos» puso de relieve la eficacia de la promoción y del apoyo prestado a nivel regional.

Con respecto a la nutrición, se comprobó la necesidad de desplegar más esfuerzos para crear sinergias entre los tres niveles de la Organización. Al analizar las estrategias de cooperación en los países se observó una tendencia a asignar menos prioridad a la nutrición o a delegar la funciones correspondientes en otros organismos; se prevé abordar ese tema con los Representantes de la OMS. Se ha elaborado un plan mundial para reforzar la capacidad del personal de la OMS, pero aún no se han obtenido recursos para financiar su ejecución.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10

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

El sólido compromiso con la renovación de la atención primaria de salud que han manifestado los Estados Miembros sustenta el apoyo que la OMS está prestando en todas las regiones. Con posterioridad a la adopción de la Declaración de París, los Estados Miembros han adaptado sus acciones a las diferentes iniciativas, por ejemplo, los enfoques sectoriales, los enfoques basados en programas o la Alianza Sanitaria Internacional, lo que les ha permitido avanzar en la armonización de las intervenciones a escala mundial con los planes sanitarios nacionales. De un total de 57 países con escasez crítica de recursos humanos para la salud, 25 prepararon planes de inversión para mejorar la calidad de la educación de los profesionales sanitarios, pero no todos contaban con los recursos necesarios para costear esos planes. La mayoría de los países tienen formas fiables de monitorear las políticas y los gastos sanitarios con el fin de reducir los pagos directos. Unos cuantos países están destinando el 2% de su presupuesto sanitario a las investigaciones. El Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual estableció un nexo entre la ejecución de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud y la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Hoy en día son más los Estados Miembros que se ciñen a las normas internacionales en materia de sistemas de información sanitaria, el 40% de los países de ingresos bajos y medianos han generado estadísticas sanitarias básicas fidedignas y en los países hay más acceso a archivos electrónicos y revistas científicas. En 2009, 115 países participaron en la encuesta del Observatorio Mundial de Ciber salud de la OMS y 53 de ellos indicaron que tenían políticas sobre ciber salud.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **12 resultados previstos a nivel de toda la Organización** correspondientes a este objetivo estratégico, seis se consideraron «totalmente logrados» y seis «parcialmente logrados».

Totalmente logrados (6)						Parcialmente logrados (6)					

10.1	Se habrán mejorado la gestión y la organización de la prestación de servicios de salud integrados orientados hacia la población por proveedores y redes públicos y no públicos, según la estrategia de atención primaria de salud, con un aumento de la escala de la cobertura, la equidad, y la calidad y la seguridad de los servicios de atención sanitaria personal y comunitaria, y una mejora de los resultados sanitarios. <i>Totalmente logrado</i> Grupos especiales y grupos de trabajo técnicos se encargaron de la supervisión y el asesoramiento para transformar el compromiso de los Estados Miembros con la renovación de la atención primaria de salud en documentos de estrategia de cooperación en los países. Se brindó apoyo para transformar los sistemas nacionales de asistencia sanitaria en redes de atención primaria centradas en las personas que se rigen por las prioridades regionales, a saber: los sistemas de salud de distrito en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental; redes de prestación de servicios de salud integrados en la Región de las Américas y la Región de Europa; y mejoramiento de la calidad en la Región del Pacífico Occidental. En el proceso de reforma de la asistencia sanitaria en 10 países se usaron un programa de atención primaria centrada en las personas ubicado en un sitio deter-
-------------	--

	minado, con miras a sensibilizar a los salubristas clave a escala nacional, e instrumentos para evaluar los servicios de salud pública. Se realizaron estudios de casos en varios países para determinar los efectos de la reforma de la asistencia sanitaria, como la descentralización de los servicios de salud, las mejores prácticas para fortalecer los servicios de salud de distrito y de la comunidad, y la autonomía de los hospitales. Se actualizaron los instrumentos de seguridad de los pacientes, en particular, las directrices para los procedimientos quirúrgicos seguros y la lista de verificación de la seguridad de la cirugía elaborada por la OMS; en siete países de la Región del Mediterráneo Oriental se realizaron estudios piloto de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Seguridad de los Pacientes y se echó a andar la iniciativa de la Alianza Africana en pro de la Seguridad de los Pacientes. La OMS culminó su investigación acerca de los eventos adversos y preparó un programa de estudios sobre la seguridad de los pacientes destinado a las facultades de medicina, con el fin de remediar las deficiencias en esta materia.
10.2	Se habrán mejorado las capacidades nacionales para la gobernanza y la conducción, y esto se hará mediante un diálogo normativo basado en datos probatorios, la creación de capacidad institucional para el análisis y la elaboración de políticas, la evaluación del desempeño de sistemas de salud basados en estrategias, una mayor transparencia y responsabilización por el desempeño, y una colaboración intersectorial más eficaz. <i>Totalmente logrado</i> Se está preparando un marco para apoyar las estrategias y procesos de planificación del sector de la salud en los países que responde a las expectativas creadas por la renovación de la atención primaria de salud. La cooperación técnica se centró principalmente en: la creación de capacidad en materia de planificación sanitaria y formulación de políticas en más de 60 países de ingresos bajos; la movilización de recursos, por ejemplo, de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; la ejecución de las estrategias sanitarias y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud; y el apoyo al diálogo de políticas en torno a las estrategias sanitarias en 45 países de la Región de África y 14 en la Región de las Américas. La OMS también ha creado instrumentos de planificación y asignación de costos que se están aplicando para ampliar los servicios de salud. Se ha empezado a trabajar en el establecimiento de una plataforma nacional de información sanitaria que permita a los Estados Miembros obtener periódicamente análisis actualizados de la situación de sus sistemas sanitarios.
10.3	Se habrá mejorado la coordinación entre los diversos organismos (incluida la asistencia de donantes) que prestan apoyo a los Estados Miembros en sus actividades encaminadas a lograr las metas nacionales en materia de desarrollo de los sistemas sanitarios, así como los objetivos mundiales de salud. <i>Totalmente logrado</i> Se brindó más ayuda para aumentar la congruencia de las intervenciones mundiales con los planes sanitarios nacionales y para respaldar las iniciativas de los países que implican, por ejemplo, los procesos nacionales de planificación, mesas redondas, mecanismos de coordinación de donantes y plataformas de múltiples partes interesadas. Se actualizó un documento de referencia acerca de la Declaración de París, que incluye un juego de herramientas para consulta rápida. Como parte de la Alianza Sanitaria Internacional, un grupo de trabajo interinstitucional presidido por la OMS preparó un marco para la evaluación conjunta de los planes sanitarios nacionales y se facilitó orientación a 18 países sobre el uso de instrumentos y marcos comunes para monitorear y evaluar los sistemas sanitarios. La OMS colaboró con el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización y el Banco Mundial para armonizar me-

	jor los mecanismos de financiación, y con la OCDE y el Banco Mundial en la preparación de un informe¹ que se presentó en el tercer Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda. Se ultimaron estudios de caso sobre la observancia del programa de eficacia de la ayuda en Camboya, Filipinas, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam, y la OMS continúa monitoreando la eficacia de la ayuda en ciertos países.
10.4	Se habrán reforzado los sistemas de información sanitaria de los países, que proporcionan y utilizan información de alta calidad y oportuna para la planificación sanitaria y el seguimiento de los progresos realizados en la consecución de los objetivos nacionales y de los principales objetivos internacionales. <i>Parcialmente logrado</i> En estrecha colaboración con la Red de Sanimetría, la OMS ayudó a fortalecer los sistemas de información sanitaria. Se realizaron evaluaciones de la calidad de los datos en cuatro países de la Región de Europa, de establecimientos sanitarios en cinco países de la Región de África, del componente analítico de los exámenes y análisis del sector sanitario en tres regiones, y de los sistemas de información sanitaria en 65 países. Se preparó un plan global de acción en 30 países. Se realizaron reuniones regionales de consulta sobre el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria en la Región de Asia Sudoriental y sobre el mejoramiento de los datos del registro civil en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. A pesar de que el objetivo del indicador se cumplió, el resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque no se alcanzó plenamente en todas las regiones.
10.5	Se habrán logrado mejoras en materia de conocimientos y pruebas científicas para la adopción de decisiones sanitarias mediante la consolidación y publicación de pruebas existentes, la facilitación de la generación de conocimientos en esferas prioritarias y el liderazgo mundial en la política y la coordinación de las investigaciones sanitarias, incluso con respecto a la observancia de una conducta ética. <i>Parcialmente logrado</i> En la Sede y las oficinas regionales se prepararon resúmenes anuales de las estadísticas principales, y se lograron adelantos en el establecimiento de observatorios y bases de datos regionales, así como en la operabilidad de las distintas bases de datos. Se publicaron informes especiales, entre otros, sobre las mujeres y la salud² y sobre los riesgos sanitarios mundiales.³ Se ayudó a muchos países en todas las regiones a recopilar y analizar datos ya sea mediante encuestas domiciliarias, por ejemplo, sobre exámenes médicos y envejecimiento, evaluaciones de establecimientos o censos, en particular en los distritos. Se preparó una versión electrónica de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos y una versión para la web de la undécima revisión; además, se empezó a trabajar en la clasificación de la seguridad de los pacientes y la de medicina tradicional. En 2009 se adoptó en la Región de las Américas la política de la OMS sobre investigaciones. Las Oficinas Regionales para África y el Mediterráneo Oriental continuaron los trabajos de adaptación de sus estrategias regionales sobre la base del proyecto de estrategia sobre investigaciones en pro de la salud.

¹ *Effective aid, better health: report prepared for the Accra High Level Forum on aid effectiveness, 2-4 September, 2008.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Banco Mundial, 2008.

² *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

³ *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

	El resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque ciertos aspectos, relacionados principalmente con la coordinación y el liderazgo en materia de investigaciones en pro de la salud, no se cumplieron por completo en todas las regiones.
10.6	Se habrán reforzado las investigaciones sanitarias nacionales para el desarrollo de los sistemas de salud en el contexto de las investigaciones regionales e internacionales y con la participación de la sociedad civil. <i>Parcialmente logrado</i> En su 124.^a reunión, el Consejo Ejecutivo examinó el proyecto de estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud y recomendó su adopción por la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud.¹ A reserva de su examen por la Asamblea de la Salud,² varios departamentos de la OMS empezaron a usarla como marco para actualizar estrategias y planes concretos, por ejemplo, en las esferas de inocuidad de los alimentos, gripe y seguridad de los pacientes. Cabe destacar que la estrategia de investigación se ha integrado en la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. El portal de EVIPNET permitió que más países fortalecieran sus sistemas de investigaciones sanitarias para fortalecer sus sistemas de salud, como lo demuestran los estudios locales de un carácter más sólido. Un prontuario de cuestiones éticas publicado hace poco³ se utilizará en futuros cursos de capacitación.
10.7	Se habrán elaborado y aplicado políticas y estrategias en materia de gestión de los conocimientos y cibersalud para reforzar los sistemas sanitarios. <i>Totalmente logrado</i> Se prepararon estrategias sobre gestión de los conocimientos en cuatro oficinas regionales, y sobre cibersalud en varios países. La gestión de los conocimientos y la cibersalud, así como el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para fortalecer los sistemas sanitarios, ahora forman parte de más estrategias de cooperación de la OMS en los países. Se ampliaron las alianzas para incorporar otros organismos de las Naciones Unidas y otras entidades dedicadas al desarrollo. La cobertura de la Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación se amplió, se organizaron cursos de capacitación conexos y se facilitaron materiales didácticos en varios idiomas.
10.8	Se habrá reforzado la información y la base de conocimientos sobre personal sanitario, y mejorado la capacidad nacional de análisis, planificación y aplicación de políticas, así como el intercambio de información e investigaciones sobre estas cuestiones. <i>Totalmente logrado</i> Se desplegaron más esfuerzos para reunir datos e información para la planificación, el monitoreo, las investigaciones y la promoción de los recursos humanos para la salud en los planos regional y mundial. El Global Atlas of the Health Workforce, que puede consultarse en Internet, es enriquecido activamente por la OMS a todos los niveles, pero aunque la cobertura ha aumentado, tan solo el 44% de los Estados Miembros facilitan la información correspondiente. Se llevó a cabo un estudio teórico sobre la existencia de unidades de recursos humanos para la salud en los ministerios de salud

¹ Véase el documento EB124/2009/REC/2.

² Diferido para la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud. Véase el documento WHA62/2009/REC/3, acta resumida de la primera sesión de la Mesa de la Asamblea.

³ Cash R. et al., eds. *Casebook on ethical issues in international health research*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

	como un indicador indirecto para cuantificar su capacidad técnica e institucional para idear y encauzar la aplicación de las políticas correspondientes.
10.9	Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros, con especial hincapié en los que tropiezan con graves dificultades en materia de personal sanitario, para mejorar la formación, distribución, combinación de aptitudes y retención de los trabajadores sanitarios. <i>Totalmente logrado</i> Se siguieron monitoreando los progresos logrados en materia de desarrollo de recursos humanos para la salud en los 57 países que padecen una grave escasez de estos. Según un balance reciente, 47 países tienen planes plurianuales y 25 han preparado planes de inversión para mejorar la educación de los profesionales de la salud, aunque solo seis cuentan con los recursos necesarios para costear esos planes.
10.10	Se habrá proporcionado a los Estados Miembros apoyo técnico y en materia de políticas basadas en pruebas científicas para mejorar la financiación del sistema sanitario en lo que se refiere a la disponibilidad de fondos, la protección contra los riesgos sociales y financieros, la equidad, el acceso a los servicios y la eficacia en el uso de los recursos. <i>Parcialmente logrado</i> Frente a la demanda cada vez mayor de apoyo técnico para ampliar o mantener el acceso a los servicios y a la protección social y económica, la OMS pudo ayudar a más de 65 países. Las actividades de colaboración en toda la Organización se concentraron en obtener información oportuna de los países acerca de las repercusiones sanitarias de la crisis financiera y sugerir formas de mantener o mejorar la cobertura universal mientras aquella dure. La OMS siguió recopilando y distribuyendo datos fidedignos sobre aspectos de las políticas de financiación sanitaria que reflejaban diferentes intereses: mejorar la eficiencia y recortar los gastos en los países de ingresos altos y la recaudación de recursos suplementarios para dejar atrás los pagos directos en los países de ingresos bajos. Estados Miembros de todas las regiones solicitaron ayuda para elaborar ya sea estrategias generales de financiación sanitaria, a veces como parte de los planes sanitarios generales, o como componentes de un sistema de financiación sanitaria, como los sistemas de pago a los proveedores, financiación de hospitales y seguro de enfermedad. Aunque los objetivos del indicador se cumplieron, el resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque el resultado no se alcanzó por completo en tres regiones.
10.11	Se habrán establecido normas y patrones e instrumentos de medición para llevar a cabo un seguimiento de los recursos, calculando las consecuencias económicas de las enfermedades, y los costos y efectos de las intervenciones, los gastos catastróficos, el empobrecimiento y la exclusión social, y se habrá respaldado y monitoreado su aplicación. <i>Parcialmente logrado</i> Se ultimaron las directrices sobre el cálculo de las repercusiones económicas de las enfermedades y los traumatismos,¹ y las orientaciones sobre la cuantificación del gasto en recursos humanos para la

¹ WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

	salud como parte de las cuentas nacionales de salud.¹ Más de 30 países recibieron el apoyo solicitado para utilizar instrumentos, por ejemplo, para reconocer la catástrofe financiera que va ligada a los pagos directos y las implicaciones financieras y de costos del seguro médico. Para atender el número cada vez mayor de solicitudes de ayuda de los países para preparar las solicitudes que se presentan a las iniciativas sanitarias mundiales, la Oficina Regional para África apoyó la preparación de propuestas para el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria por 22 países y para la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización por nueve. Aunque se alcanzó el número fijado de Estados Miembros que recibieron apoyo técnico para usar los instrumentos de la OMS para el seguimiento, la evaluación y la gestión financieros, el resultado previsto se consideró logrado parcialmente porque no se alcanzó por completo en dos regiones.
10.12	Se habrán adoptado medidas a fin de promover la obtención de fondos adicionales para la salud - cuando sean necesarios -, crear capacidad en materia de formulación de políticas de financiación sanitaria e interpretación y utilización de la información financiera, y para fomentar la generación de conocimientos y su aplicación a fin de apoyar la formulación de políticas. <i>Parcialmente logrado</i> La OMS apoyó a más de 50 países para que averiguaran la proporción del gasto sanitario que habían destinado a la formulación de políticas. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental actualizó el marco para institucionalizar las cuentas nacionales de salud, mientras que la Oficina Regional para Europa colaboró con Kirguistán y Tayikistán para aplicar los enfoques sectoriales a las finanzas. Las Oficinas Regionales para Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental colaboraron en la preparación de módulos de capacitación sobre políticas financieras, y la Oficina Regional para las Américas ayudó a los países a elaborar y monitorear documentos de estrategia de lucha contra la pobreza. La Oficina Regional para África ayudó a los países a cuantificar la eficiencia y estudiar la factibilidad de la financiación orientada a la consecución de resultados. A pesar de que se alcanzó el número de alianzas en que la OMS participó y el de países que recibieron opciones de financiación a largo plazo, el resultado previsto a nivel de toda la Organización se consideró logrado parcialmente porque cuatro oficinas de la OMS informaron de que la financiación insuficiente había puesto en riesgo los avances.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	142 093	37 462	57 829	48 567	66 206	46 607	115 290	514 054
Fondos disponibles ²	58 780	21 494	34 406	38 301	39 493	39 282	194 288	426 089

¹ Dal Poz, M. R. et al. *Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2009, capítulo 6.

² Se incluyen US\$ 23 000 de fondos no distribuidos.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	41%	57%	59%	79%	60%	84%	169%	83%
Gastos	51 785	20 818	30 553	29 533	34 680	28 838	122 417	318 625
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	36%	56%	53%	61%	52%	62%	106%	62%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	88%	97%	89%	77%	88%	73%	63%	75%

El presupuesto total aprobado para este objetivo estratégico fue de US\$ 514 millones, de los cuales US\$ 495 millones se destinaron a programas básicos y US\$ 19 millones a alianzas y acuerdos de colaboración, como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la Red de Sanimetría y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario.

Del presupuesto aprobado, US\$ 426 millones (83%) provinieron de las contribuciones señaladas y voluntarias; a su vez, de esta cantidad, US\$ 347 millones (70% del presupuesto aprobado) se destinaron a programas básicos y US\$ 79 millones (407% del presupuesto aprobado) a alianzas y acuerdos de colaboración. En las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, el presupuesto aprobado generalmente excedió a la cantidad de fondos que pudieron recaudarse y ejecutarse para apoyar los sistemas de salud en los países.

Durante el bienio se ejecutaron US\$ 319 millones (75%) de los fondos disponibles. En total, US\$ 273 millones (79% de los fondos disponibles) se destinaron a programas básicos y US\$ 46 millones (58% de los fondos disponibles) a alianzas y acuerdos de colaboración. La tasa de ejecución inferior a la media en relación con las alianzas y los acuerdos de colaboración se debió principalmente a la recepción de recursos financieros por encima de lo previsto, una parte de los cuales estaba destinada a finalidades específicas para las actividades del período 2010-2011.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

La renovación del interés en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la atención primaria de salud fue un acontecimiento positivo. La armonización del programa de los sistemas de salud, las iniciativas sanitarias mundiales y diversas plataformas de financiación con los propios planes de los países fue el primer paso para mejorar el funcionamiento de los sistemas nacionales de salud. Aun cuando se han fortalecido las alianzas internas y externas, hay que abordar los aspectos de la sinergia y la colaboración en toda la Organización. La escasez de conocimientos especializados, particularmente en los países, constituye un desafío importante. Por consiguiente, como parte del fortalecimiento general de los sistemas de salud hay que aumentar el número y las aptitudes del personal sanitario en los países más necesitados.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11**Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias**

En 2008-2009, con el apoyo que siguieron recibiendo de la OMS, 29 países formularon o actualizaron sus políticas farmacéuticas y 10 países elaboraron políticas en materia de trasplantes; varios países de las Regiones de África y el Pacífico Occidental formularon políticas nacionales sobre medicina tradicional y 15 países elaboraron políticas en materia de seguridad de la sangre. En dos regiones se actualizaron las directrices y estrategias regionales relativas a los medicamentos. Los Estados Miembros adoptaron la Estrategia mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

A finales de 2009 se habían hecho evaluaciones formales de 46 organismos nacionales de reglamentación farmacéutica y 114 organismos de reglamentación de vacunas. En 13 países se evaluó la supervisión reglamentaria para la precalificación de vacunas contra la infección con el virus de la gripe pandémica A (H1N1) 2009. Muchos países en desarrollo aún carecen de sistemas de reglamentación adecuados en materia de medicamentos, vacunas, productos sanguíneos, diagnóstico y otras tecnologías sanitarias.

A pesar de las posibilidades que ofrecen las estrategias integrales de suministro y uso racional de los productos médicos para reducir el despilfarro de recursos médicos y económicos, su promoción se ha visto dificultada por la falta de interés político en los países y de recursos en la OMS.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **tres resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, uno se consideró «totalmente logrado» y dos «parcialmente logrados».

Totalmente logrado (1)	Parcialmente logrados (2)

11.1	Se habrá promovido y apoyado la elaboración y el seguimiento de políticas nacionales integrales relacionadas con el acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales. <i>Parcialmente logrado</i> Se prestó apoyo a 56 países en la formulación, la aplicación y el seguimiento de sus políticas farmacéuticas nacionales; expertos de otros 60 países participaron en sesiones de capacitación sobre temas conexos. Se definieron con más precisión los indicadores mundiales para el seguimiento del acceso a los medicamentos esenciales; esos indicadores se utilizaron en dos informes de las Naciones Unidas sobre la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 8.^{1,2} En el primer Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional, celebrado en Beijing del 7 al 9 de noviembre de 2008, se adoptó la Declaración de Beijing sobre la integración de la medicina tradicional en los sistemas nacionales
-------------	--

¹ Resultados de la alianza mundial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2008. Nueva York, Naciones Unidas, 2008.

² Fortalecer la alianza mundial para el desarrollo en una época de crisis: informe del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2009. Nueva York, Naciones Unidas, 2009.

	de salud. Un nuevo proceso de reglamentación de vacunas se ensayó en tres países y se elaboró un programa la OMS de capacitación para el examen de datos clínicos en relación con el registro de vacunas. Se prestó apoyo técnico a 22 países prioritarios para fortalecer sus servicios de transfusión de sangre y a 39 países prioritarios para mejorar la seguridad de las inyecciones. Este resultado se consideró parcialmente logrado porque, en gran medida debido a la falta de contribuciones voluntarias suficientes, no se llevaron a cabo algunas actividades previstas de apoyo a los países en las esferas de la gestión de suministros de medicamentos, la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos.
11.2	Se habrán elaborado normas, patrones y directrices internacionales para asegurar la calidad, seguridad, eficacia y costoeficacia de los productos médicos y tecnologías sanitarias y se habrá promovido y apoyado su aplicación a nivel nacional y/o regional. <u>Totalmente logrado</u> Se publicaron 67 monografías mundiales sobre calidad de los medicamentos, siete normas de referencia, 30 espectros de referencia y 10 conjuntos de directrices sobre calidad de los medicamentos. En el marco del programa de precalificación de las Naciones Unidas, administrado por la OMS, se precalificaron 84 medicamentos, con inclusión de 14 formulaciones pediátricas. Se elaboraron o actualizaron 19 normas mundiales de calidad de las vacunas. Al final de 2009 se habían producido 98 vacunas precalificadas en 16 países, con una cobertura del 53% de las cohortes de nacimientos mundiales en 112 países. Se intensificaron las actividades encaminadas a armonizar las reglamentaciones en la Región de África. Se publicaron 12 normas mundiales y orientaciones conexas, entre otras cosas, sobre la sangre donada, el trasplante de células y tejidos humanos y la planificación de las inversiones. Alumnos de numerosos países participaron en programas de capacitación sobre seguridad de la sangre, atención quirúrgica de emergencia y otras tecnologías sanitarias. Se pusieron en marcha procesos de precalificación de medios de diagnóstico para el VIH/sida.
11.3	Se habrán elaborado y apoyado, dentro de los programas de la Secretaría y de los programas regionales y nacionales, orientaciones de política basadas en datos probatorios para la promoción de un uso científicamente racional y costoeficaz de los productos médicos y las tecnologías sanitarias entre los profesionales de la salud y los consumidores. <u>Parcialmente logrado</u> En marzo de 2009 se publicó la 17.^a edición de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y la segunda edición de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales. Actualmente, la mayoría de los países, con independencia de sus niveles de ingresos, adoptan esas listas y preparan listas nacionales de medicamentos esenciales para su utilización en la adquisición y uso de los medicamentos en el sector público; algunos países también utilizan esas listas como orientación en los sistemas de reembolso y de seguros. Se organizaron cursos regionales de capacitación y se prestó apoyo a varios países en relación con la elaboración de directrices clínicas, la fijación de precios de los medicamentos y el reembolso de gastos en medicamentos esenciales. Se preparó un proyecto de lista de dispositivos médicos esenciales para 100 protocolos de práctica clínica y cinco tipos de establecimientos sanitarios. En respuesta a la resolución WHA60.16, sobre progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, se completó la base de datos la OMS de estudios sobre el uso racional de los medicamentos. El apoyo a los países para la promoción del uso racional entre los prescriptores y los consumidores suele limitarse a las actividades normativas nacionales, como la actualización de las listas de medicamentos esenciales y las pautas de tratamiento, y a la realización de proyectos piloto, mientras que en todas las regiones siguen siendo muy pocos los programas nacionales de ejecución cuya expansión se ha completado. Este resultado se consideró parcialmente logrado debido a la falta de interés político en los países y de recursos en la OMS.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	22 592	8 940	14 290	6 971	16 763	9 989	54 488	134 033
Fondos disponibles ¹	20 968	5 573	5 917	3 465	7 852	13 609	103 038	160 497
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	93%	62%	41%	50%	47%	136%	189%	120%
Gastos	19 147	5 200	5 401	3 635	6 572	9 049	77 635	126 638
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	85%	58%	38%	52%	39%	91%	142%	94%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	91%	93%	91%	105%	84%	66%	75%	79%

Para este objetivo estratégico se aprobó un presupuesto de US\$ 134 millones y se recibieron US\$ 160 millones (120%) correspondientes a contribuciones señaladas y voluntarias. Este incremento se debió principalmente a la aportación de recursos adicionales para financiar actividades normativas a nivel mundial, en particular para seguir ampliando el programa Naciones Unidas/OMS de precalificación de vacunas, medicamentos y medios de diagnóstico prioritarios, así como el programa de mejora de los medicamentos de uso pediátrico. De los fondos disponibles, US\$ 127 millones (79%) se gastaron durante el bienio. La utilización parcial de esos recursos se debió a retrasos en la recepción de algunas contribuciones y en la contratación de personal para estos programas.

El 41% del presupuesto se asignó a funciones normativas a nivel mundial y el 59% a actividades de apoyo en los planos regional y nacional. Como resultado de las dificultades en la recaudación de fondos destinados a actividades de apoyo en los países, en particular en las Regiones de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental, no fue posible financiar totalmente el presupuesto aprobado para las regiones y los países. Por esa razón, y por el aumento del presupuesto para funciones normativas a nivel mundial, la tasa de gastos fue del 61% para actividades normativas a nivel mundial y del 39% para apoyo en los planos regional y nacional. Esta tasa ha sido constante en los últimos bienios y no se aplica a la OMS en su conjunto, pero indica la importancia que reviste en este objetivo estratégico el componente relativo a actividades normativas a nivel mundial.

¹ Se incluyen US\$ 74 000 no distribuidos.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Cuando se trata de temas técnicos que, como los medicamentos falsificados o la precalificación de productos, suscitan sumo interés y controversia a nivel político, la posibilidad de seguir realizando progresos depende de determinadas condiciones, como la realización de amplias consultas a nivel mundial, la aplicación estricta de normas y procedimientos, la publicación de una única norma mundial basada en todas las pruebas científicas disponibles y la total transparencia con respecto a los progresos ya realizados y los previstos para el futuro.

Los organismos de reglamentación, que estaban bien preparados, respondieron activamente a la necesidad de facilitar el rápido desarrollo de vacunas contra la infección con el virus de la gripe pandémica A (H1N1) 2009, manteniendo un grado adecuado de supervisión independiente de la calidad, seguridad y eficacia de los productos experimentales. Los organismos de los Estados Miembros también cooperaron con la OMS y entre sí intercambiando información para fomentar el consenso.

En algunas esferas técnicas, como la contención de la resistencia a los antimicrobianos, la promoción del uso racional de los medicamentos y los dispositivos médicos, y la seguridad de las inyecciones, pese a contar con el respaldo de diversas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y entrañar posibles beneficios médicos y económicos, no se dispuso de suficiente financiación presupuestaria y, por consiguiente, no se lograron progresos significativos.

En los países de ingresos bajos y medianos, la superación de las deficiencias en materia de capacidad permitirá una mejor ejecución de las actividades previstas. Por ejemplo, menos de un tercio de los Estados Miembros tienen sistemas de reglamentación en materia de diagnóstico, e incluso en donde existen reglamentaciones no se suele imponer su cumplimiento. El apoyo de la OMS debería centrarse en esos países para facilitar la reforma institucional y crear capacidad de personal profesional en los organismos de reglamentación.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12

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

La crisis económica mundial y la pandemia por (H1N1) 2009 exigieron una cooperación más estrecha entre el personal técnico de toda la OMS, que mejoró el suministro ordinario de información sobre riesgos y respuestas adaptadas a las situaciones nacionales. Las conferencias regionales sobre renovación de la atención primaria de salud otorgaron a la OMS un claro papel de liderazgo, y promovieron la colaboración con los países y los asociados. Además de las reuniones de los órganos deliberantes, las sesiones del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual y del grupo de trabajo de composición abierta de la Reunión Intergubernamental sobre Preparación para una Gripe Pandémica facilitaron las deliberaciones de los Estados Miembros sobre cuestiones apremiantes de salud pública. Se realizaron progresos en lo concerniente a la armonización de las estrategias de cooperación de la OMS en los países con las prioridades de los Estados Miembros y a la coordinación entre las Naciones Unidas y otros asociados para el desarrollo. La OMS intensificó su participación en mecanismos e iniciativas de asociación, especialmente en los países, incluidos el proyecto piloto «Unidos en la acción», del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y la Alianza Sanitaria Internacional.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **cuatro resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, todos se consideraron «totalmente logrados».

Totalmente logrados (4)			

12.1	La Organización habrá ejercido un liderazgo y una dirección eficaces merced al mejoramiento de la gobernanza y a la coherencia, la responsabilización y la sinergia del trabajo de la OMS. <i><u>Totalmente logrado</u></i> El liderazgo, la sinergia y el desempeño de toda la OMS se fortalecieron por medio de las reuniones periódicas del Grupo Mundial de Políticas de la OMS y de los retiros mensuales de los Subdirectores Generales, las reuniones periódicas de los equipos ejecutivos de gestión a nivel regional, y una cooperación más estrecha de los jefes de las oficinas de la OMS en los países, por ejemplo, en el contexto de la quinta reunión mundial de jefes de oficinas de la OMS en los países. La Directora General siguió demostrando el liderazgo que ejerce la OMS, mediante los diálogos constructivos con diferentes asociados, la coordinación de las actividades sanitarias y el apoyo activo al Secretario General de las Naciones Unidas en cuestiones relacionadas con la política exterior y la salud mundial. Varias reuniones de grupos de trabajo intergubernamentales dieron lugar a la adopción de estrategias y planes de acción mundiales. El resultado previsto se evaluó sobre la base de una apreciación cualitativa, porque se estimó que la encuesta realizada entre las partes interesadas ya no era apropiada.
-------------	--

12.2	Se habrá consolidado la presencia efectiva de la OMS en los países para aplicar las estrategias OMS de cooperación en los países que estarán en conformidad con los programas de salud y desarrollo de los respectivos Estados Miembros y armonizadas con el equipo de las Naciones Unidas en el país y otros asociados para el desarrollo. <i>Totalmente logrado</i> Hasta el presente, la ejecución de programas de desarrollo de la capacidad en materia de armonización y coordinación en dos regiones ha mejorado la capacidad de los equipos de la OMS en los países para participar con los asociados y armonizar su labor con otros organismos de las Naciones Unidas y asociados en la esfera del desarrollo. Las oficinas regionales de la OMS fortalecieron su colaboración con el mecanismo del equipo de directores regionales de las Naciones Unidas, en el contexto del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Un total de 145 Estados Miembros disponen de estrategias de cooperación en los países, que se actualizan regularmente y permiten reforzar el componente sanitario del Marco y de otras alianzas en favor de la salud y movilizar recursos adicionales. En el bienio se inició un proceso de selección por concurso de jefes de oficinas en los países.
12.3	Se habrá logrado que los mecanismos mundiales en pro de la salud y el desarrollo proporcionen más recursos técnicos y financieros sostenidos y predecibles para la salud, sobre la base de un programa sanitario común que responda a las necesidades y prioridades de los Estados Miembros en materia de salud. <i>Totalmente logrado</i> El desarrollo de directrices normativas para los procesos de reforma de las Naciones Unidas, incluida la iniciativa «Unidos en la acción» y las alianzas, contribuyó a mejorar la coherencia entre las actividades de la OMS y de las Naciones Unidas, las alianzas acogidas por la OMS y los diferentes acuerdos de colaboración. La cooperación de las oficinas regionales con los mecanismos regionales de coordinación de las Naciones Unidas y los directores regionales de otros organismos de las Naciones Unidas fortaleció las sinergias y la coordinación y permitió maximizar las contribuciones al programa de desarrollo sanitario en las regiones y los países. Los equipos de la OMS en los países asumieron el liderazgo del grupo de acción sanitaria del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Para promover la renovación de la atención primaria de salud la OMS redobló e intensificó sus esfuerzos de cooperación con la sociedad civil. Se examinaron por lo menos 250 actividades de colaboración posibles con el sector privado. Se concertaron o renovaron memorandos de entendimiento con cuatro alianzas acogidas por la OMS y con algunas organizaciones intergubernamentales.
12.4	Se habrá facilitado a los Estados Miembros el acceso a material de promoción y conocimientos sanitarios esenciales, en formato multilingüe, compartiendo e intercambiando conocimientos de manera efectiva. <i>Totalmente logrado</i> Los logros de la OMS incluyen la aplicación de una política de publicaciones, la ampliación de su lista principal de publicaciones, la adopción y aplicación de la resolución WHA61.12 sobre multilingüismo, y el mejoramiento del acceso a bibliografía técnica y científica por medio de servicios globales de biblioteca. Los productos esenciales de información, entre ellos los <i>Informes sobre la salud en el mundo</i>, los informes regionales y las publicaciones técnicas y científicas, así como las versiones multilingües del <i>Bulletin of the World Health Organization</i> y del <i>Informe sobre la salud en el mundo</i> se publicaron y distribuyeron puntualmente. Es creciente la importancia de Internet en el intercambio y la difusión de información sanitaria, y los sitios web multilingües están actualmente funcionando en diferentes niveles de la Organización. El sitio web de la Oficina Regional para África se remodeló y está disponible en francés, inglés y portugués; actualmente, el sitio web de la

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS 2008-2009 – INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN

	Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental proporciona acceso a 40 portales en árabe e inglés, y 12 oficinas en los países de la Región crearon sus propios sitios web. Las redes de información sanitaria de la OMS que están en funcionamiento incluyen la biblioteca sanitaria mundial, la red de servicios de documentación, biblioteca e información sanitaria, la biblioteca sanitaria virtual y la asociación de publicaciones médicas.
--	--

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	48 966	16 559	14 304	25 341	26 482	15 636	67 056	214 344
Fondos disponibles	45 088	13 187	13 109	25 358	22 834	15 147	100 184	234 908
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	92%	80%	92%	100%	86%	97%	149%	110%
Gastos	44 967	10 741	12 986	24 903	23 403	13 950	87 516	218 466
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	92%	65%	91%	98%	88%	89%	131%	102%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	100%	81%	99%	98%	102%	92%	87%	93%

El presupuesto total aprobado para este objetivo estratégico ascendió a US\$ 214 millones, de los cuales US\$ 235 millones (110%) se obtuvieron por medio de contribuciones señaladas y voluntarias, principalmente como costos de apoyo a programas. De los fondos disponibles, US\$ 218 millones (93%) se ejecutaron durante el bienio. La utilización de recursos por encima del presupuesto aprobado para la Sede, así como el consiguiente incremento en la asignación de gastos de apoyo a programas para el objetivo estratégico se deben, en gran medida, al aumento imprevisto en los gastos de sueldos, como consecuencia de las fluctuaciones de los tipos de cambio.

En los bienios anteriores, los gastos totales excedieron los ingresos por concepto de gastos de apoyo a programas. Se estableció un grupo de trabajo de la OMS encargado de examinar la situación y proponer medios para mejorar la armonización entre los objetivos estratégicos 12 y 13, a fin de realizar economías e introducir métodos de trabajo que permitan una recuperación total de los gastos.

En el plano regional, el fondo de desarrollo regional se mantuvo en el marco del objetivo estratégico 12, si bien se lo utiliza principalmente para responder a emergencias sanitarias. Este enfoque se está reconsiderando y, a ese respecto, se establecerá un fondo de emergencia en el marco del objetivo estratégico 5.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

El mejoramiento de la coherencia y el diálogo en toda la Organización, y el fomento del papel de liderazgo de la OMS, con el que la Directora General y los Directores Regionales están plenamente comprometidos, fueron los principales puntos de atención durante el bienio. Las estrategias de cooperación en los países se aplicaron ampliamente.

La crisis financiera propició una discusión sobre la necesidad de definir más claramente las funciones básicas de la OMS. Si bien la pandemia por (H1N1) 2009 representó un desafío adicional, también proporcionó una oportunidad para poner a prueba los mecanismos de colaboración, las alianzas y los sistemas de comunicaciones, y fortalecerlos en los casos necesarios.

Se precisan recursos suficientes para mejorar la eficiencia, realizar economías y asegurar la eficacia de las funciones de liderazgo, gobernanza y asociación de la OMS. La organización de reuniones consultivas y de grupos de trabajo intergubernamentales adicionales e imprevistas repercutió negativamente sobre las actividades programadas. Además, las iniciativas y asociaciones mundiales en pro de la salud solicitaron un mayor apoyo del personal técnico de la OMS, en particular para contribuir a satisfacer las necesidades de los países.

En la actualidad, se reconoce que las estrategias de cooperación en los países son un punto de referencia para toda la Organización en lo que respecta a las actividades en los países y, por consiguiente, deben ser objeto de un seguimiento más atento. El proceso de selección por concurso basado en las competencias para nombrar los jefes de las oficinas de la OMS en los países debería fortalecer el liderazgo de la OMS en los países; ahora bien, es preciso que ese proceso sea riguroso.

Los esfuerzos por armonizar el presupuesto con las prioridades de la OMS, y los resultados previstos con los recursos disponibles se llevarán a cabo en el marco de un diálogo con los Estados Miembros. Se fortalecerá más aún el seguimiento del desempeño institucional sobre la base de los indicadores acordados.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 13

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

El marco OMS de gestión basada en los resultados se reforzó introduciendo más rigor tanto en la medición como en el uso de los indicadores del desempeño y mejorando la alineación con las prioridades definidas en las estrategias de cooperación en los países. El Sistema Mundial de Gestión se introdujo en la Sede y en la Región del Pacífico Occidental y se completaron los preparativos y la capacitación para su aplicación en las Regiones de Asia Sudoriental, de Europa y del Mediterráneo Oriental. Gracias al GSM la Organización dispone de un sistema plenamente integrado que abarca la planificación y la presupuestación, la ejecución técnica y financiera, el seguimiento y la presentación de informes, y la gestión presupuestaria y financiera. Las Normas Contables Internacionales para el Sector Público se estaban introduciendo como parte del proceso de armonización de las Naciones Unidas, pero su cobertura no se completará hasta que el GSM esté en funcionamiento en todas las regiones. Los servicios de apoyo administrativo y de gestión del Centro Mundial de Servicios abarcan la tecnología de la información, las nóminas, los recursos humanos, los pagos y las adquisiciones. En todas las esferas el desempeño del Centro está cerca del nivel de servicios previsto. La mayoría de los elementos del Plan de Mejoras para 2008-2009 se han completado; sin embargo, aún no se han asignado fondos para la ejecución de muchos proyectos que habían sido aplazados. Se preparó el primer Plan mundial sobre recursos humanos y se introdujo un procedimiento revisado de selección de jefes de oficinas de la OMS en los países basado en una lista mundial. Se reforzó la cooperación entre la Sede y las oficinas regionales para mejorar la vigilancia de la alineación entre los gastos previstos, los recursos aportados por donantes, la ejecución y los resultados. En virtud de la resolución EB125.R1, adoptada en su 125.ª reunión, el Consejo Ejecutivo decidió establecer un comité consultivo de expertos independientes en materia de supervisión cuya labor tendrá repercusiones positivas en los sistemas de gestión y control de riesgos.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PREVISTOS A NIVEL DE TODA LA ORGANIZACIÓN

De los **seis resultados previstos a nivel de toda la Organización** para este objetivo estratégico, uno se consideró «totalmente logrado» y cinco «parcialmente logrados».

Totalmente logrado (1)	Parcialmente logrados (5)				

13.1	La labor de la Organización se habrá orientado por planes estratégicos y operativos que tengan en cuenta las enseñanzas aprendidas, reflejen las necesidades de los países, se elaboren en toda la Organización, y se utilicen para vigilar el desempeño y evaluar los resultados. <i>Parcialmente logrado</i> Se siguió mejorando el sistema de gestión de la OMS y se hizo más hincapié en la recolección de datos relacionados con los indicadores del desempeño y en el análisis y la planificación de las actividades en los países. Al formular con más precisión los indicadores en el Plan Estratégico a Plazo Medio modificado, se han aclarado y simplificado los procedimientos de medición y presentación de informes con respecto a los indicadores de los resultados previstos a nivel de toda la Organización. Gracias al incremento de los conocimientos especializados en gestión basada en los resultados, procesos de planificación - incluida la planificación estratégica - y seguimiento y evaluación del programa, se logró una mayor coherencia y armonización en los procesos de planificación y un
-------------	--

	aumento de la transparencia en el seguimiento del desempeño y la presentación de informes al respecto. Se ha introducido más claridad en el marco para la elaboración y la gestión de programas en los países y se ha hecho particular hincapié en la alineación de los planes de trabajo con las prioridades indicadas en las estrategias de cooperación en los países. Los mecanismos de examen inter pares más coherentes dieron lugar a una mejora de la calidad en los procesos de planificación y en la gestión del desempeño a todos los niveles. Este resultado previsto a nivel de toda la Organización se consideró parcialmente logrado porque no siempre se cumplieron los calendarios acordados para las actividades de seguimiento y presentación de informes.
13.2	Se habrán implantado prácticas financieras sólidas así como una gestión eficaz de los recursos financieros gracias a la vigilancia y la movilización continuas de los recursos para asegurar su conformidad con los presupuestos por programas. <i>Parcialmente logrado</i> Mediante el Sistema Mundial de Gestión se lleva a cabo un monitoreo más detallado en tiempo real que permite determinar y hacer un seguimiento de los déficit de financiación y los riesgos, lo cual proporciona una base más firme para la asignación de los recursos, como los fondos de la cuenta de contribuciones voluntarias básicas. Gracias a la relación activa con los donantes encaminada a garantizar la previsibilidad y flexibilidad de las donaciones, se consiguieron contribuciones de 14 donantes y la firma de varios acuerdos marco multianuales. Si bien se hicieron algunos progresos en la aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS), su cobertura no se completará hasta que el Sistema Mundial de Gestión se introduzca en todas las oficinas de la OMS. Pese a las dificultades sin precedentes derivadas de la crisis bancaria mundial, la buena gestión permitió lograr un modesto rendimiento general positivo de las inversiones. Si bien los problemas iniciales del Sistema Mundial de Gestión - que afectaron sobre todo a la planificación de los recursos humanos - provocaron atrasos en la presentación de informes financieros y en la gestión de ingresos, al final se lograron atender todas las necesidades. Este resultado previsto se consideró parcialmente logrado al no haberse alcanzado la meta fijada para las contribuciones voluntarias totalmente flexibles o sumamente flexibles.
13.3	Se habrán establecido políticas y prácticas en materia de recursos humanos para atraer y retener al personal más calificado, promover el aprendizaje y el perfeccionamiento profesional, gestionar el desempeño y fomentar una conducta ética. <i>Parcialmente logrado</i> Se modificó la política en materia de acuerdos contractuales para conseguir un equilibrio entre los distintos tipos de nombramientos. En la versión actualizada del <i>Manual electrónico de la OMS</i> la política y los procedimientos de recursos humanos se consolidaron en un instrumento de fácil acceso para todo el personal de la Organización. Se realizaron numerosas actividades de capacitación y facilitación para agilizar la integración de los recursos humanos en el Sistema Mundial de Gestión, y se siguió prestando apoyo en todos los niveles de la Organización. Se mejoró la comunicación y el diálogo, entre otras cosas, mediante reuniones del Consejo Mundial Personal/Administración y de funcionarios encargados del personal en las regiones, además de la puesta en marcha de una comunidad virtual de recursos humanos para toda la OMS. En 2009 se completó el primer plan de trabajo mundial sobre recursos humanos; este plan, donde se indican claramente las prioridades de la Organización, debería facilitar la asignación de funciones y responsabilidades. También se completaron las evaluaciones iniciales para elaborar la primera lista mundial para la selección de jefes de oficinas de la OMS en los países. Se publicó y distribuyó a todos los funcionarios un documento sobre principios éticos y conducta del personal.

	Este resultado previsto se consideró parcialmente logrado porque la introducción de un plan oficial de movilidad se aplazó hasta el bienio 2010-2011.
13.4	Se habrán establecido estrategias de gestión, políticas y prácticas referentes a los sistemas de información que permitan obtener soluciones fiables, seguras y costoeficaces, sin dejar de atender al mismo tiempo las necesidades cambiantes de la Organización. <i>Parcialmente logrado</i> La puesta en marcha del Sistema Mundial de Gestión desde mediados de 2008 creó oportunidades para compartir una arquitectura institucional común, revisar la integración de los sistemas y consolidar los procesos en toda la OMS. A raíz de la implantación de la Red Privada Mundial en todas las oficinas regionales y en los países, la Organización pudo utilizar aplicaciones mundiales para conseguir economías de escala en la gestión operativa. En 2009 se realizaron actividades encaminadas a integrar los procesos de la oficina mundial de servicios, basados en la Biblioteca de infraestructura de tecnología de la información, con los de las oficinas de servicios regionales. Se elaboraron estructuras de apoyo y se introdujeron continuas mejoras en los procedimientos operativos a fin de atender con más eficacia las necesidades de los usuarios finales en toda la Organización. Entre otros logros en materia de tecnología de la información y las comunicaciones figuraron el establecimiento del sistema mundial de control de la identificación, la elaboración de políticas sobre seguridad de la información y la adopción de disposiciones para la prestación de apoyo en casos de emergencia. Este resultado previsto se consideró parcialmente logrado porque no se había completado la implantación del Sistema Mundial de Gestión como plataforma básica de gestión sistemática de la información en tiempo real.
13.5	Se habrán prestado los servicios de apoyo gerencial y administrativo necesarios para el eficaz funcionamiento de la Organización, conforme a los acuerdos sobre el nivel de los servicios, haciéndose hincapié en la calidad y la receptividad. <i>Totalmente logrado</i> En la fase inicial de la implantación del Sistema Mundial de Gestión y del Centro Mundial de Servicios se vio dificultada la prestación de los servicios de apoyo administrativo y de gestión. El nivel de estos servicios resultó afectado durante los primeros 12 meses de funcionamiento (6.º a 18.º mes del bienio) porque el sistema era inestable y la mayoría del personal del Centro Mundial de Servicios acababa de incorporarse a la OMS. La prestación de los servicios mejoró en 2009, y en la segunda mitad del año el funcionamiento del Centro ya respondía al acuerdo sobre el nivel de los servicios. En los procesos de cuentas por pagar y de adquisición y logística a nivel mundial se lograron todas las metas de desempeño, mientras que en los de plantilla y recursos humanos mundiales esas metas sólo se lograron parcialmente. Se determinaron y se están resolviendo diversas cuestiones relativas a la calidad y a los controles.
13.6	Se habrá conseguido un entorno laboral propicio para el bienestar y la seguridad del personal en todos los lugares de destino. <i>Parcialmente logrado</i> Los logros conseguidos en esta esfera se debieron a la gestión y ejecución minuciosa de diversos proyectos fundamentales de reparación y mantenimiento. En general, las oficinas regionales y en los países trataron de mejorar la seguridad impartiendo a los funcionarios capacitación obligatoria en materia de seguridad, prestando asistencia técnica y realizando ejercicios de evacuación en casos de incendio y otras emergencias. El cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional en las oficinas en los países alcanzó una media mundial del 70%; en el caso de las Oficinas Regionales para África y para el Mediterráneo Oriental se formularon las recomendaciones pertinentes.

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA (en miles de US\$)

2008-2009	Región de África	Región de las Américas	Región de Asia Sudoriental	Región de Europa	Región del Mediterráneo Oriental	Región del Pacífico Occidental	Sede de la OMS	Total
Presupuesto aprobado	125 526	29 823	49 551	36 932	38 040	33 214	229 286	542 372
Fondos disponibles	99 885	18 688	37 016	38 268	37 492	29 419	252 294	513 061
<i>Fondos disponibles como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	80%	63%	75%	104%	99%	89%	110%	95%
Gastos	99 348	19 337	36 755	37 065	38 611	25 122	233 387	489 624 ¹
<i>Gastos como porcentaje del presupuesto aprobado</i>	79%	65%	74%	100%	102%	76%	102%	90%
<i>Gastos como porcentaje de los fondos disponibles</i>	99%	103%	99%	97%	103%	85%	93%	95%

Para este objetivo estratégico se aprobó un presupuesto de US\$ 542 millones y se recibieron US\$ 513 millones (95%) correspondientes a contribuciones señaladas y voluntarias. De los fondos disponibles, US\$ 490 millones (95%) se utilizaron durante el bienio.

El 55% de los recursos correspondieron a contribuciones señaladas, que sólo representan el 25% de la financiación de la Organización; esos recursos se utilizaron totalmente. A raíz del incremento de las operaciones de la OMS en los bienios anteriores fue necesario ampliar el apoyo de gestión para los programas, incluso mediante un mayor desarrollo tecnológico y un aumento de los gastos de seguridad.

Las contribuciones voluntarias y los ingresos por concepto de gastos de apoyo a programas no fueron suficientes para sufragar la proporción del presupuesto total asignada para gastos de gestión y administración generales. En el presupuesto por programas 2010-2011 se prevé la participación en las consultas del sistema de las Naciones Unidas sobre recuperación de los costos para idear métodos que permitan imputar directamente a las actividades técnicas, una parte de los costos de administración en los casos en que puedan determinarse de manera precisa y razonable. Se prevé que esta actividad relacionada con la recuperación de los costos permitirá mejorar el apoyo a este objetivo estratégico en el próximo bienio.

¹ Otros US\$ 52 millones se financiaron por medio de mecanismos separados.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Gran parte de las actividades asociadas con este objetivo estratégico se vieron afectadas por los preparativos para la implantación del Sistema Mundial de Gestión en la Sede y en todas las oficinas de la OMS. Las innovaciones en materia de procedimientos y disciplinas incidieron en la manera en que la OMS planifica sus actividades y en la vinculación de éstas con las fuentes de financiación y la ejecución de los programas; esas innovaciones también repercutieron en la implantación de las tecnologías de la información.

Es establecimiento del Sistema Mundial de Gestión provocó dificultades operacionales y frustración en los usuarios, además de pérdidas de tiempo para subsanar los defectos. Para lograr una gestión y una rendición de cuentas eficaces en el futuro, se debería hacer más hincapié en la calidad de los datos del sistema, la planificación de los recursos humanos - con inclusión de la financiación, las normas y los procesos comunes - y el seguimiento y análisis de los principales factores de costos.

Como resultado tanto del excesivo optimismo en la presupuestación como de la reducción de apoyo de los donantes con respecto al nivel fijado por la Asamblea Mundial de la Salud, no siempre se dispuso de recursos adecuados para ejecutar los programas. La Secretaría está elaborando estrategias importantes, incluido un plan de acción para mejorar la alineación de los recursos, para su posterior análisis por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo.

= = =