

## DE LA AMBIGÜEDAD A LA PRACTICIDAD COMO PROCESO ESTRATÉGICO: EL CASO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

### *From Ambiguity to Practicality as a Strategic Process: The Case of the World Health Organization*

Miguel Adolfo Guajardo Mendoza  
J. Ramón Gil-García

#### Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) persigue formalmente fines tan ambiguos que hacen que sea difícil diseñar mecanismos para alcanzarlos. Una revisión de la normatividad y del presupuesto de la OMS permitió obtener las siguientes hipótesis sobre cómo ésta afronta la ambigüedad: 1) se termina por perseguir fines más prácticos para los que sí se tienen instrumentos; 2) los fines más prácticos no se definen por un sólo actor, sino que son el resultado de la interacción entre los integrantes del Sistema Concreto de Acción de la OMS que son su aparato burocrático, las empresas privadas donantes y los representantes nacionales; 3) el aparato burocrático de la OMS tiene una inclinación a concentrarse en fines más prácticos, como el combate de enfermedades transmisibles, para los que tiene instrumentos eficaces; 4) para los representantes nacionales es preferible concentrarse en enfermedades transmisibles pues aprovechan los desarrollos en materia de vacunas de otros países o empresas; y 5) las empresas privadas donantes, también prefieren concentrar los esfuerzos en enfermedades transmisibles porque participan aportando lo que ya producen, como vacunas. Desviarse de fines ambiguos para concentrarse en otros más prácticos es el resultado

#### Abstract

The World Health Organization (WHO) formally seeks so ambiguous goals that make it difficult to design mechanisms to achieve them. A review of the regulations and the budget of the WHO leads to the following assumptions about the ambiguity that it faces: 1) finally, the WHO focus in pursuing more practical goals that can be addressed with the instruments it have; 2) the most practical goals are not defined by a single actor, they are the result of the interaction between the members of the Concrete Action System of the WHO, that are its bureaucratic apparatus, private companies and donor country representatives; 3) the WHO bureaucracy has a tendency to concentrate on more practical goals, such as combating communicable diseases, for which it have effective instruments; 4) for the national representatives it is preferable to concentrate on communicable diseases because they can take advantage of developments in vaccines in other countries or firms; and 5) private donor companies also prefer to concentrate efforts on communicable diseases so they can contribute giving what they already produce, such as vaccines. Deviating from ambiguous goals to concentrate on more practical issues is the result of strategic processes in which the

Fecha de recepción: 31 de marzo de 2015  
Fecha de aceptación: 08 de febrero de 2016

de procesos estratégicos en el que los actores afrontan la ambigüedad mientras persiguen sus propios intereses, pero también logran, de forma parcial, avanzar en los fines formales de la organización.

*Palabras clave:* Organización Mundial de la Salud, Ambigüedad, Sistema de Acción Concreto.

actors face the ambiguity while pursuing their own interests, but also achieve, in part, the formal goals of the organization.

*Key words:* World Health Organization, Ambiguity, Concrete Action System

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue una de las primeras organizaciones internacionales gubernamentales. Surgió como un organismo especializado de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con la misión de alcanzar el grado máximo de salud en todos los países del mundo. Desde entonces ha jugado un importante rol en diferentes frentes: el combate a enfermedades que representan un riesgo global; la creación de estándares en asuntos de salud pública; la generación de conocimiento sobre nuevas enfermedades; así como la transferencia de dicho conocimiento hacia países menos desarrollados. Son muchas las facetas que ha adoptado la OMS pero claramente ninguna organización puede perseguir tantos fines al mismo tiempo de forma efectiva. Por este motivo, consideramos que uno de los debates que deben ser retomados actualmente tiene que ver con sus fines. La OMS, como cualquier otra organización posee instrumentos de intervención limitados por lo que se encuentra en un momento en el que tiene que redefinir su papel en el tablero internacional.

Al interior de las organizaciones internacionales gubernamentales (OIG) los fines se encuentran en permanente disputa. El conflicto es perenne porque todos los países que las integran tienen agendas propias que, en ocasiones, están confrontadas. Esto no es diferente a lo que sucede con las organizaciones gubernamentales nacionales, con departamentos, burócratas u organismos que persiguen diferentes agendas. Por lo anterior, es posible que los lentes conceptuales de la Teoría Sociológica de las Organizaciones, comúnmente usados para estudiar a las organizaciones gubernamentales nacionales, puedan también ofrecer explicaciones plausibles sobre el funcionamiento de las OIG.

Las OIG están integradas por representantes de gobiernos nacionales que tienen intereses, perfiles profesionales e influencia, distintos. Además, cuentan con un aparato burocrático que, generalmente, tiene un alto grado de capacidades técnicas y está compuesto por áreas especializadas. Asimismo, existen otros participantes privados, tales como: empresas privadas, expertos externos, u otras organizaciones no gubernamentales. Todos estos actores conforman el Sistema Concreto de Acción en el sentido de Crozier y Friedberg (1992) de cualquier OIG y la OMS no es la excepción.

Lo interesante es que el conflicto entre los integrantes de las OIG no ha producido parálisis en su funcionamiento. Por el contrario, cada vez se les puede observar más involucradas en la atención de una gran diversidad de problemas públicos de carácter in-

ternacional. Incluso se les señala como protagonistas en la resolución de muchos asuntos que tradicionalmente eran atendidos por gobiernos nacionales. No obstante, existe un debate sobre el papel que juegan las OIG en la elaboración de políticas públicas internacionales. No es claro si sólo funcionan como cajas de resonancia de intereses nacionales, o si pueden diseñar políticas con cierta autonomía.

El objetivo de este trabajo es presentar un análisis organizacional que permita comprender cómo la OMS afronta la ambigüedad de sus fines formales. El trabajo está sustentado en evidencia extraída de la normatividad de la OMS, así como de su presupuesto. Las conclusiones han sido útiles para generar hipótesis que puedan ponerse a prueba en estudios futuros. Las hipótesis son las siguientes: 1) La ambigüedad de los fines formalmente establecidos en los documentos rectores de la OMS obliga, de cierta forma, a que esta organización se concentre en fines más prácticos para los cuáles sí existen instrumentos efectivos; 2) Los fines más prácticos no se definen por un actor único, sino que son el producto de la interacción entre los integrantes del Sistema Concreto de Acción de la OMS, los cuales son: el aparato burocrático, los representantes nacionales y las empresas privadas donantes.

Dentro de la segunda hipótesis sugerimos tres hipótesis relacionadas y que están de alguna forma subordinadas a la segunda hipótesis mencionada en el párrafo anterior: 2.1) El aparato burocrático prefiere concentrarse en dos fines para los cuales tiene instrumentos eficaces: atacar las enfermedades transmisibles para las que tienen instrumentos eficaces y convertir a la OMS en la instancia normativa mundial en salud; 2.2) Los representantes nacionales también prefieren concentrarse en el combate a enfermedades transmisibles, porque de esta forma aprovechan los desarrollos en vacunas de otros países o empresas privadas; y 2.3) Las empresas privadas donantes también prefieren concentrarse en abatir las enfermedades transmisibles. Esto es así porque hay instrumentos tangibles para atacarlas, pero también porque pueden participar aportando lo que ya producen, como lo son las vacunas.

El artículo se divide en cuatro secciones, incluyendo esta introducción. La segunda sección contiene el marco teórico utilizado que, desde la Teoría Sociológica de las Organizaciones, se sustenta en el concepto de racionalidad limitada de Herbert Simon (1998), así como en los conceptos de Área de Incertidumbre y Sistema Concreto de Acción de Crozier y Friedberg (1990). En la tercera sección se aplican estos conceptos para realizar un análisis organizacional de la OMS con el objetivo de identificar la ambigüedad en la que se desenvuelve, así como las estrategias que son usadas para afrontar esa ambigüedad. Además, en esa sección se identifica el Sistema Concreto de Acción de la OMS a partir de su normatividad y de su presupuesto. Por último, la cuarta sección contiene los comentarios finales del artículo, especialmente sobre la agenda de investigación que de aquí se puede desprender.

#### MARCO TEÓRICO

De acuerdo con Trondal (2010) existen tres generaciones de estudios sobre OIG, cada una ha abordado el tema desde diferentes ángulos. La primera se concentró en analizar la

efectividad de las OIG para alcanzar sus objetivos (Mearsheimer, 1994; Kenneth, 1998). Estos autores argumentaron que el peso de las naciones era crucial en la toma de decisiones al interior de las mismas. Además, sostuvieron que la captura de las OIG por intereses nacionales es un impedimento para que éstas alcancen los objetivos para los que fueron creadas. Bajo este enfoque, el poder de los Estados se vuelve crucial para explicar los resultados que produce una OIG (Mearsheimer, 1994).

La segunda generación recupera como unidad de análisis a la burocracia internacional. Se reconoce que las burocracias internacionales tienen identidad, recursos, autoridad e intereses propios (Barnett y Finnemore; 2004). Existe una gran preocupación por la existencia de burocracias que tienen la capacidad de convertirse en actores que toman decisiones de forma autónoma. Se exploran fenómenos organizacionales como: el desplazamiento de los fines, el surgimiento de numerosas reglas para operar, así como la poca sensibilidad a cambios en el entorno. Por ejemplo, Johnson y Johannes (2014), postularon que las burocracias internacionales han ido ganando discrecionalidad en la creación de nuevas OIG, aun cuando los intereses de estas burocracias están contrapuestos a los de las naciones que buscan crear a dichas OIG. Estos autores argumentan que los representantes nacionales están dispuestos a otorgar discrecionalidad a las burocracias internacionales a cambio de su experiencia.

El argumento de los artículos de la segunda generación es que las burocracias pueden presentar comportamientos disfuncionales. Estas desviaciones del tipo ideal burocrático, originalmente propuesto por Weber (1991), se han catalogado como patologías en la Teoría Sociológica de las Organizaciones, lo cual está en línea con las ideas de Merton (1940), Selznick (1949) y Gouldner (1948). Merton (1940) ya había identificado que, en ocasiones, las reglas se convierten en prioridades, incluso por encima de los fines de la organización. Selznick (1949) se percató de los conflictos derivados de la división del trabajo, pues los departamentos especializados generan sus propias metas que, en ocasiones, se contraponen con las metas de toda la organización. Por su parte, Gouldner (1948) documentó un círculo vicioso entre el control y la supervisión, pues la creación de más reglas, paradójicamente, genera más espacios de discreción para los burócratas.

La tercera generación, en la que Trondal *et al.* (2010) ubica sus aportaciones, trata de modelar las diferentes formas en que funcionan las OIG. Este autor plantea que las burocracias funcionan como sistemas complejos de acción que adoptan diferentes dinámicas de funcionamiento que son: intergubernamental, supranacional, epistémica y departamental. Adicionalmente, estos autores identifican las circunstancias bajo las cuales cada una de estas dinámicas puede prevalecer sobre las demás.

En este artículo proponemos la existencia de una cuarta generación de estudios sobre las OIG que se basan en conceptos de la Teoría Sociológica de las Organizaciones. Por ejemplo, Lipson (2010) realizó un artículo sobre la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el que se estudia la ambigüedad que enfrentan las OIG. La ambigüedad organizacional ha sido un concepto estudiado ampliamente en la Teoría Sociológica de las Organizaciones (March, Olsen, 1976). Lipson (2010) define la ambigüedad como la indeterminación entre diferentes interpretaciones de un fenómeno. En su artículo, afir-

ma que la ambigüedad es inherente a los campos de operaciones de la paz de la ONU, lo cual hace que sea difícil medir de forma apropiada el desempeño de la ONU en este tipo de situaciones (Lipson, 2010).

Lipson (2010) hace otra contribución importante al adaptar la tipología de March y Olsen (1976) sobre la ambigüedad organizacional para las actividades de la ONU relacionadas con el mantenimiento de la paz. Identifica cuatro tipos de ambigüedad: la ambigüedad constitutiva, ambigüedad de fines, ambigüedad causal, así como la ambigüedad institucional. La primera se refiere a la falta de acuerdo sobre el problema o situación que debe enfrentar una organización. La segunda a la indeterminación de los fines, lo cual ocurre cuando diferentes coaliciones al interior de la organización tratan de imponer fines diferentes o cuando existen mandatos normativos sujetos a la interpretación. El tercer tipo se refiere a la ambigüedad causal que tiene que ver con las relaciones de causa efecto sobre las cuales la organización debe construir sus intervenciones. Finalmente, la ambigüedad institucional consiste en la falta de claridad sobre las atribuciones, funciones o responsabilidades al interior de la organización (Lipson, 2010).

En el mismo sentido, Best (2012) elaboró un estudio de caso del Fondo Monetario Internacional (FMI) en el que se pregunta cómo es que las OIG lidian con el desafío persistente de la ambigüedad, así como de la incertidumbre. Best (2012) sostiene que más que un problema la ambigüedad es una estrategia de las OIG, en particular del FMI, con el objetivo de dejar un espacio de interpretación, así como de conseguir espacios de discrecionalidad que otorgan poder a las burocracias internacionales.

El presente artículo se inscribe en esta cuarta generación. Sostenemos que la Teoría Sociológica de las Organizaciones tiene mucho más que aportar a los estudios de las OIG. En línea con los argumentos de Zamudio y Arellano (2011), coincidimos en que es urgente incorporar conceptos como las “arenas organizacionales”, el “cesto de basura”, la economía de las organizaciones, la construcción de sentido, así como las dinámicas de poder organizacional. Particularmente, en este artículo se utilizan dos conceptos sumamente valiosos para comprender el funcionamiento de las OIG: el de racionalidad limitada de Simon (1988) y el de Sistemas Concretos de Acción (sac) de Friedberg y Crozier (1990).

Simon (1988:77) postuló que la racionalidad objetiva implicaba que un sujeto amoldara su comportamiento a un modelo integrado por: *a)* la visión de las alternativas de comportamiento, previa a la decisión, de una manera panorámica; *b)* la consideración de todas las consecuencias que seguirán a cada elección; y *c)* la elección, con el sistema de valores como criterio, de una entre toda la serie de alternativas (Simon, 1988:77). El mismo Simon (1998:80) señaló que el comportamiento real no alcanza la racionalidad objetiva, por lo menos por tres razones: *1)* la racionalidad exige un conocimiento y una anticipación completa de las consecuencias que seguirán a cada elección. Pero el conocimiento de las consecuencias siempre es parcial; *2)* sólo es posible anticipar de forma imperfecta los valores; y *3)* en el comportamiento real sólo se nos ocurren unas pocas de estas posibles alternativas (Simon, 1988:78).

Los seres humanos tenemos racionalidad limitada por lo que simplificamos los problemas de decisión debido a las dificultades de considerar todas las alternativas posibles. Hay

incertidumbre cuando no tenemos el suficiente conocimiento sobre un asunto, mientras que existe un problema de ambigüedad cuando las preferencias cambian o cuando una situación, aun con información completa, puede ser interpretada de múltiples formas (March, 1981). Una respuesta a la incertidumbre, así como a la ambigüedad, ha sido la de tomar decisiones satisfactorias aunque no sean las mejores (March and Simon, 1958; Lindblom, 1959). En este artículo sostenemos que elegir la forma en que se afronta cualquier tipo de ambigüedad organizacional no sólo es un ejercicio de interpretación, también es un proceso estratégico derivado de las relaciones de poder al interior de la organización.

En ese sentido, las ideas de Crozier y Friedberg (1990:17) son fundamentales para entender el poder al interior de una organización. Estos autores afirman que la acción colectiva no es un fenómeno natural sino una construcción social. Por este motivo, las soluciones que surgen de la acción colectiva no son las mejores, son soluciones contingentes e incluso arbitrarias (Crozier y Friedberg, 1990, 17). En ocasiones estas soluciones pueden parecer contraintuitivas pero, en realidad, son racionales en el marco de la interacción de los actores estratégicos que las llevan a cabo (Crozier y Friedberg, 1990:20).

La acción colectiva es una coalición de hombres tratando de resolver problemas mediante algún constructo social (Crozier y Friedberg, 1990:20). Sin embargo, debe tenerse claro que los constructos sociales no pueden suprimir la incertidumbre, ni la ambigüedad, pues éstas son recursos fundamentales en toda negociación, al mismo tiempo que son fuente de poder (Crozier y Friedberg, 1990:20). Entonces, dado que todo constructo de acción colectiva está sustentado sobre diferentes modalidades de incertidumbre, así como de ambigüedad, dicho constructo se constituye en un sistema de poder (Crozier y Friedberg, 1990:22). Es por eso que estos autores sostienen que cualquier análisis serio de la acción colectiva debe considerar el poder como centro de sus reflexiones (Crozier y Friedberg, 1990:22).

De acuerdo con Crozier y Friedberg (1990:71) existen diferentes tipos de poder, el cual debe entenderse como el resultado de la movilización de las fuentes de incertidumbre que se controlan en un determinado juego. En primer lugar está el experto que controla una gran área de incertidumbre. La segunda gran fuente de poder en una organización es la que se nutre de las relaciones de ésta con el medio que la rodea. La tercera forma de poder se produce por la forma en que en una organización se articula el flujo de información o comunicación. Finalmente, la utilización de las reglas organizativas es la cuarta fuente de poder, pero no por aplicarlas a rajatabla lo cual generaría una rigidez que dejaría a los directivos desvalidos, sino por dejar que los subordinados infrinjan algunas si con ello se logra su cooperación (Crozier y Friedberg, 1990:75).

La interacción entre los diferentes actores, que controlan diferentes áreas de incertidumbre, se materializa en juegos a partir de los cuales los hombres estructuran sus relaciones de poder (Crozier y Friedberg, 1990:75). Los juegos, por su parte, tienen una naturaleza sistémica, por su tipo de causalidad, la cual considera que las causas y los efectos son interdependientes. (Crozier y Friedberg, 1990:192). Es así que Crozier y Friedberg (1990:200) postulan el concepto de Sistema de Acción Concreto (SAC). De

acuerdo con estos autores un SAC se compone, juegos, reglas de dichos juegos, así como estrategias estables, enmarcadas en dichos juegos, que se puedan considerar racionales.

Adicionalmente, un SAC se caracteriza por la interdependencia de sus actores dado que ninguno puede tomar una decisión unilateral, sino que necesita un compromiso aceptable de todas las partes. El SAC impone reglas para todos los que participan en él, pero no necesariamente estos actores tienen conciencia de la existencia de éste (Crozier y Friedberg, 1990:203). En suma, un SAC es un

...conjunto humano estructurado, que coordina las acciones de sus participantes mediante mecanismos de juego relativamente estables y que mantiene su estructura, es decir, la estabilidad de sus juegos y las relaciones que existen entre éstos, mediante mecanismos de regulación que a su vez constituyen otros juegos (Crozier y Friedberg, 1990:250).

#### ANÁLISIS ORGANIZACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Al interior de la OMS existe un conflicto perenne entre los actores que conforman el Sistema Concreto de Acción. Dicho sistema se configura a partir de la interacción entre el aparato burocrático, la Asamblea Mundial de la Salud, máximo órgano de gobierno de la OMS, así como otros actores que representan intereses externos a la organización, como las empresas privadas donantes. Cada uno de estos actores controla áreas de incertidumbre que, a su vez, son fuentes de poder al interior de la organización.

En los asuntos técnicos, es probable que predomine una lógica de autonomía, con predominio del aparato burocrático, en consonancia con la idea de que la pericia otorga una importante fuente de incertidumbre y poder. Pero en este artículo sostenemos que es ingenuo pensar que las burocracias internacionales, sólo con su pericia, pueden predominar sobre el resto de los actores. Justamente, el concepto de Sistema Concreto de Acción reconoce que la acción colectiva es posible debido a la interacción entre diferentes actores que controlan diversas áreas de incertidumbre. Tener una descripción detallada de la OMS es una condición necesaria para poder identificar dicho Sistema Concreto de Acción. Por eso se revisaron los documentos básicos, presupuestos, reportes, planes estratégicos, así como documentos de investigación realizados previamente, sobre la OMS.

#### *Antecedentes*

La OMS es un organismo especializado de la Organización de las Naciones Unidas. El artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas establece la figura de organismo especializado para aquellas organizaciones surgidas por acuerdos intergubernamentales con atribuciones en temas de carácter económico, social, cultural, educativo, sanitario, entre otros. El artículo 63 del mismo documento señala que la ONU deberá concertar, con cualquiera de los organismos especializados, acuerdos por medio de los cuales se establezcan las condiciones en que éstos se vinculen con ella. Existen otros organismos

especializados: la Organización Internacional del Trabajo; la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; el Fondo Monetario Internacional; y el Banco Internacional de Reconstrucción.

La OMS comenzó sus actividades el 7 de abril de 1948, cuando su Constitución entró en vigor y fue ratificada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Ésta fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Posteriormente, se han efectuado diversas reformas en diferentes fechas: 3 de febrero de 1977, 20 de enero de 1984, 11 de julio de 1994 y 15 de septiembre de 2005 (*Documentos Básicos*, 2009). En las primeras líneas de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se menciona que la salud debe ser considerada un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. De igual forma, señala que la salud es un principio básico para alcanzar “la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos”.

El artículo 1 de la Constitución señala que la misión de la OMS es “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”. Para lograrlo, se plantean funciones específicas entre las que destacan: actuar como autoridad directiva o coordinadora en asuntos de sanidad internacional; establecer una colaboración eficaz con la ONU; ayudar a los gobiernos a fortalecer sus servicios de salubridad; proporcionar ayuda técnica apropiada; establecer y mantener servicios técnicos necesarios; entre otras.

Los instrumentos normativos de la OMS que se analizaron para este artículo fueron: la Carta de las Naciones Unidas, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Privilegios e Inmunidades de los Organismos Especializados, los Principios que Rigen las Relaciones entre la Organización Mundial de la Salud y las Organizaciones no Gubernamentales, el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud, el Estatuto del Personal de la Organización Mundial de la Salud, el Reglamento de los Cuadros y Comités de Expertos, el Reglamento de los Grupos de Estudio y Grupos Científicos, el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, así como el Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud.

### *Diseño institucional*

Según el artículo tercero de la Constitución de la OMS la calidad de miembro de esta organización es accesible a todos los Estados. Sin embargo, el artículo cuarto señala que son los integrantes de las Naciones Unidas quienes pueden convertirse en miembros al firmar la Constitución o aceptarla de otra forma. El artículo 79 es más preciso al establecer que los Estados pueden ser partes de la Constitución mediante: la firma sin reservas en cuanto a su aprobación; la firma sujeta a aprobación seguida por aceptación; y la aceptación.

Firmar sin reservas significa que el país no tiene pendiente ningún proceso de ratificación interna. La firma sujeta a aprobación implica que el país tiene que ratificar el compromiso a través de procesos políticos internos. Finalmente, la aceptación se efectúa mediante el depósito de un instrumento formal ante el Secretario General de las Naciones Unidas. Se puede obtener el rango de miembro o de miembro asociado, éste

último, que no tiene voto en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), es aquel territorio, o grupos de territorios que no sean responsables de sus relaciones internacionales.

La OMS tiene una estructura organizacional que está integrada por cuatro órganos fundamentales: la AMS, el Consejo Ejecutivo (CE), la Secretaría (SR) y las Organizaciones Regionales (OR) (ver Figura 1).

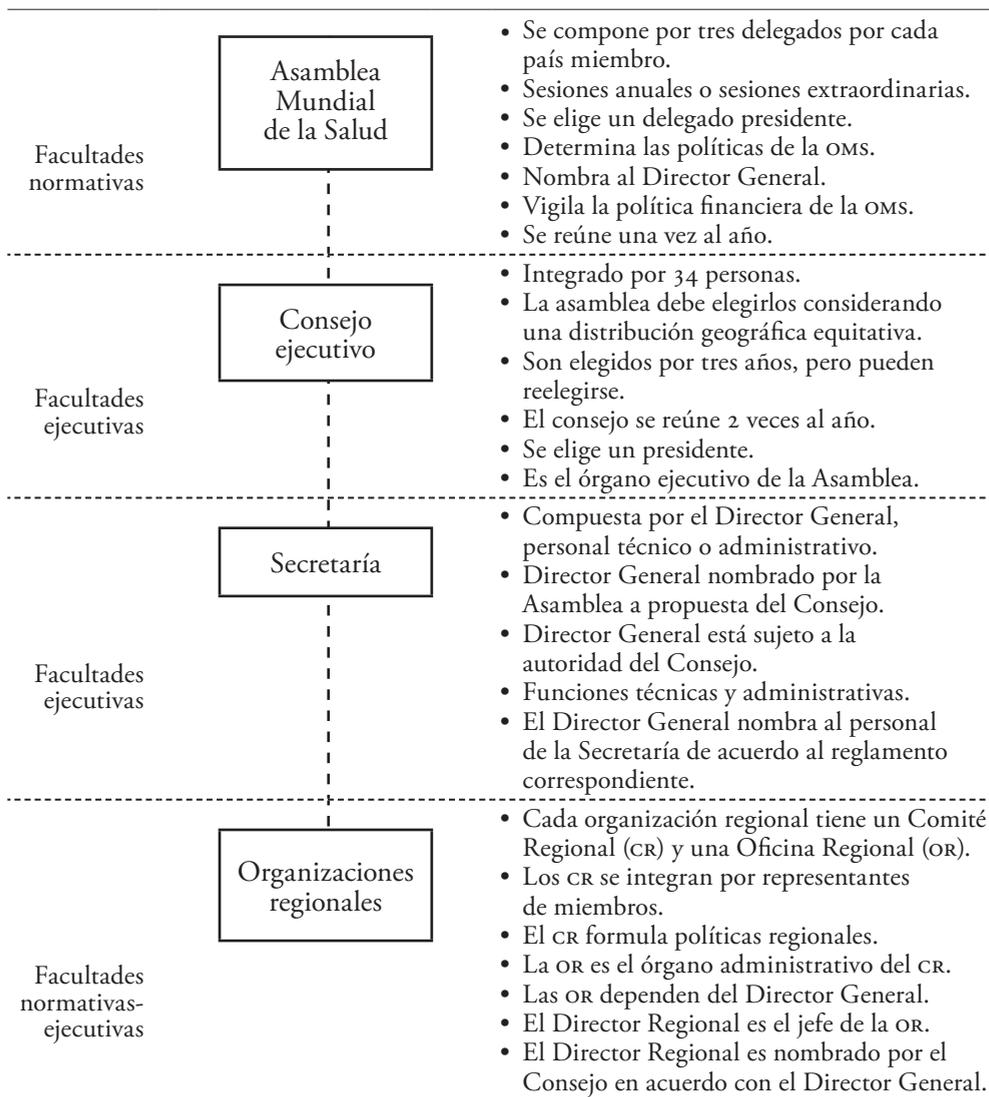


FIGURA 1. ESTRUCTURA DE LA OMS

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad revisada.

La Asamblea Mundial de la Salud tiene principalmente facultades de tipo normativo. Este órgano está integrado por delegados representantes de los países miembros. Cada país está representado por no más de tres delegados, uno de los cuales es designado por el mismo país como Presidente de la delegación. Dado que existen 193 Estados miembros, esto implica que la Asamblea Mundial de la Salud se compone de 579 delegados. El artículo 11 de la Constitución de la OMS señala que los países deberán comprometerse a elegir como delegados a las personas más capacitadas por su competencia técnica en el campo de la salubridad, que de preferencia, representen a la administración de salubridad de cada miembro.

Este órgano se reúne en sesiones anuales ordinarias, así como en sesiones extraordinarias, cuando es necesario. Las sesiones extraordinarias son convocadas a solicitud del CE o de la mayoría de los países miembros. La Asamblea Mundial de la Salud debe elegir a su Presidente y demás funcionarios al principio de cada sesión anual, quienes permanecen en sus cargos hasta que se eligen sucesores, lo cual significa que no existe un límite de tiempo preciso.

Según la Constitución de la OMS, entre las principales funciones de la Asamblea Mundial de la Salud están: determinar la política de la OMS; nombrar los países miembros con derecho a designar una persona para el CE; nombrar al Director General; estudiar y aprobar los informes y actividades del CE y darle instrucciones sobre los asuntos que requieran acción, estudio, investigación o informe; establecer los comités que considere necesarios; vigilar la política financiera de la OMS; dar instrucciones al CE para llamar la atención de los países miembros sobre cualquier asunto relevante de salubridad; e invitar a cualquier organización internacional o nacional, gubernamental o no gubernamental para que colabore con la OMS.

Es importante señalar que aunque la Asamblea Mundial de la Salud es el máximo órgano de gobierno de la OMS, la capacidad de hacer cumplir sus disposiciones a los miembros parece débil. Los artículos 20 y 21 de la Constitución señalan que aquellos miembros que decidan no aceptar algún acuerdo, reglamento o convención aceptado por la Asamblea Mundial de la Salud, sólo deberá suministrar una declaración de las razones de su no aceptación al Director General (DR). La toma de decisiones al interior de la Asamblea se realiza por medio de votaciones. El artículo 69 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud señala que cada uno de sus delegados tendrá un voto. El artículo 70 del mismo reglamento, establece que las decisiones, en los asuntos importantes, habrán de tomarse por una mayoría de dos tercios de los miembros.

Se consideran asuntos importantes: la adopción de convenios o acuerdos; la aprobación de acuerdos que determinen las relaciones de la Organización con las Naciones Unidas, o con otros organismos u organizaciones intergubernamentales; las reformas de la Constitución; el nombramiento del Director General; las decisiones sobre la cuantía del presupuesto efectivo; así como la suspensión de los derechos de voto a un miembro. El resto de los asuntos que se voten se considerarán aprobados con una mayoría simple.

Por su parte, el Consejo Ejecutivo está integrado por treinta y cuatro personas, designadas por igual número de los países miembros. La Asamblea Mundial de la Salud debe tener en cuenta una distribución geográfica equitativa para elegir a los países miembros que

tendrán derecho a designar una persona para integrar el Consejo Ejecutivo. No pueden ser elegidos menos de tres países miembros de cada una de las organizaciones regionales establecidas. Se espera que cada uno de los países miembros nombre para el Consejo a una persona técnicamente capacitada, pero no existe mecanismo alguno para verificarlo.

Los miembros del Consejo Ejecutivo son elegidos por un periodo de tres años y pueden ser reelegidos. Este órgano se reúne por lo menos dos veces al año, elige un Presidente y adopta un reglamento interior. Las principales funciones del Consejo Ejecutivo son: dar efecto a las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud; actuar como su órgano ejecutivo; asesorarla en los asuntos que ésta le encomiende; presentarle propuestas por iniciativa propia; prepararle el programa de las sesiones; y desempeñar toda otra función que le confíe. Las decisiones del Consejo Ejecutivo se toman a través de votaciones, se deberá alcanzar el consenso para que una decisión se apruebe.

Por su parte, la Secretaría se compone del Director General y del personal técnico y administrativo que requiere la organización. El Director General es nombrado por la Asamblea Mundial de la Salud, a propuesta del Consejo Ejecutivo. Dicho Director está sujeto a la autoridad del Consejo Ejecutivo, él es el principal funcionario técnico y administrativo de la OMS, además de ser el responsable de nombrar al personal de la Secretaría de acuerdo con el reglamento de personal existente.

El último órgano relevante es el de las Organizaciones Regionales. La Asamblea Mundial de la Salud determina periódicamente las regiones geográficas en las cuales es conveniente establecer una Organización Regional. Con la aprobación de la mayoría de los países miembros comprendidos en cada región, la Asamblea Mundial de la Salud puede establecer una Organización Regional para satisfacer las necesidades especiales de cada zona. En cada región no debe haber más de una Organización Regional, la cual se integra por un Comité Regional (CR) y una Oficina Regional (OR) (ver Cuadro 1).

Dicho Comité Regional tiene atribuciones normativas, mientras que la Oficina Regional tiene atribuciones de carácter ejecutivo. Esto queda claro cuando se analizan algunas de las principales funciones del Comité Regional, entre las que se encuentran: formular la política que ha de regir los asuntos de índole exclusivamente regional; vigilar las actividades de la Oficina Regional; recomendar a la Oficina Regional para que se convoquen conferencias técnicas; cooperar con los respectivos comités regionales de las Naciones Unidas, con los de otros organismos especializados y con otras organizaciones internacionales regionales; y asesorar a la OMS, por conducto del Director General, en asuntos de salubridad internacional. La Oficina Regional es el órgano administrativo del Comité Regional que se encuentra bajo la autoridad del Director General de la Organización. La Oficina Regional se encarga de implementar en la región las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. El jefe de la Oficina Regional es el Director Regional, nombrado por el Consejo Ejecutivo de acuerdo con el Comité Regional.

### *Recursos*

Respecto a los recursos financieros, el Director General tiene la responsabilidad de garantizar la administración financiera efectiva de la OMS. Éste debe establecer las Normas

de Gestión Financiera, con inclusión de las directrices y los límites que procedan para la aplicación del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud para garantizar una administración financiera efectiva. En cuanto a las atribuciones presupuestarias, el Director General es quien tiene que preparar un proyecto de presupuesto para cada ejercicio financiero. Estas propuestas presupuestarias se presentan en dólares de los Estados Unidos y están divididas en partes, secciones y capítulos, y son acompañadas de cuantos anexos informativos pida la Asamblea Mundial de la Salud. El mismo Director General somete las propuestas presupuestarias a la consideración del Consejo Ejecutivo, cuando menos doce semanas antes de inaugurarse la reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud.

El Consejo Ejecutivo debe presentar esas propuestas, junto con las recomendaciones que desee formular al respecto a la Asamblea Mundial de la Salud. Ésta última tendrá la responsabilidad de aprobar el presupuesto para el siguiente ejercicio financiero, y puede hacerle modificaciones si lo considera pertinente. El presupuesto se financia con las contribuciones señaladas a los Estados Miembros, de acuerdo con la escala que fije la Asamblea Mundial de la Salud, y con los ingresos previstos por concepto de intereses devengados por el presupuesto ordinario, los atrasos recaudados y cualquier otro ingreso atribuible al presupuesto ordinario.

Si la Asamblea Mundial de la Salud decide modificar la escala de contribuciones, o ajustar el importe de las asignaciones que han de financiarse con las contribuciones de los países miembros para el segundo año de un bienio, el Director General informará a los países miembros de sus nuevas obligaciones y los invitará a que abonen el importe revisado de la segunda anualidad de sus contribuciones.

Los pagos efectuados por un Estado Miembro se abonan en su cuenta y se aplicarán primero a las contribuciones más antiguas que adeude. Los pagos en monedas distintas del dólar de los Estados Unidos se abonan en las cuentas de los Estados Miembros, al tipo de cambio de las Naciones Unidas vigente en la fecha de su recepción por la OMS. El Director General presentará en las reuniones ordinarias de la AMS un informe sobre la recaudación de las contribuciones.

El presupuesto de la OMS para el bienio 2010-2011 se muestra en el Cuadro 2. Lo interesante en este presupuesto, más allá del monto de los recursos, es la distribución en función de los objetivos planteados en el Plan Estratégico a Mediano Plazo 2008-2013. Casi un tercio de los recursos están destinados al primer objetivo que está relacionado con enfermedades transmisibles. El segundo objetivo que más recursos recibe, es el que se plantea el combate al VIH, la tuberculosis, así como el paludismo. El tercer objetivo en importancia, por los recursos asignados, implica el fortalecimiento administrativo de la OMS (ver Cuadro 2).

Cada objetivo está desagregado en metas más específicas. En el Anexo se presenta un presupuesto incluso más desagregado que muestra la cantidad de recursos asignados por cada una de las metas específicas. El Cuadro 3 muestra quiénes fueron los principales financiadores gubernamentales para el presupuesto del bienio 2010-2011. Los diez principales financiadores gubernamentales representan el 81% del rubro “aportaciones por países”.

CUADRO 2. PRESUPUESTO POR CADA OBJETIVO 2010 - 2011  
(EN MILES DE DÓLARES NORTEAMERICANOS NOMINALES DE 2010)

	Objetivo	Monto	Porcentaje
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	\$1,268,353.00	27.8%
2	Combatir el VIH, la tuberculosis y el paludismo	\$657,851.00	14.4%
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	\$145,949.00	3.2%
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	\$332,698.00	7.3%
5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos	\$364,023.00	8.0%
6	Prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo	\$161,680.00	3.5%
7	Abordar los determinantes sociales y económicos de la salud, mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria	\$62,647.00	1.4%
8	Promover un entorno más saludable, 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	\$114,364.00	2.5%
9	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida	\$120,385.00	2.6%
10	Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión	\$474,204.00	10.4%
11	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	\$115,127.00	2.5%
12	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS.	\$222,717.00	4.9%
13	Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.	\$ 523,887.00	11.5%
	Total	\$4,563,885.00	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008 - 2013.  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP-PPB/MTSP08-13\\_PPBo8-09-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-PPB/MTSP08-13_PPBo8-09-sp.pdf)  
 [Consultado el 3 de febrero de 2016].

CUADRO 3. PRINCIPALES FINANCIADORES GUBERNAMENTALES 2010 - 2011  
(EN MILES DE DÓLARES NORTEAMERICANOS NOMINALES DE 2010)

Financiador	Monto
Estados Unidos de América	\$424,540,852.00
Reino Unido	\$205,510,011.00
Noruega	\$103,923,252.00
Canadá	\$96,356,532.00
Países Bajos	\$81,607,343.00
España	\$59,113,396.00
Australia	\$58,245,717.00
Suecia	\$54,601,263.00
Alemania	\$48,150,583.00
Italia	\$37,157,862.00
Total	\$1,169,206,811.00

Fuente: Elaboración propia con base en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008 - 2013.  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP-PPB/MTSPo8-13\\_PPBo8-09-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-PPB/MTSPo8-13_PPBo8-09-sp.pdf)  
 [Consultado el 3 de febrero de 2016].

Por su parte, el Cuadro 4 muestra los principales financiadores no gubernamentales, los 10 más importantes representan el 72% de los ingresos por donantes no gubernamentales. Debe señalarse que los ingresos por aportaciones gubernamentales representan el 52% del presupuesto total, mientras que el total de aportaciones no gubernamentales representa el 48% del mismo.

Respecto a los recursos humanos, la OMS tiene a más de 8,000 empleados de más de 150 países en 147 oficinas alrededor del mundo, seis oficinas regionales y la sede, que se encuentra en Ginebra, Suiza. Además de médicos, especialistas en salud pública, científicos y epidemiólogos, la OMS cuenta con personal formado para gestionar los sistemas administrativos, financieros y de información de que dispone, así como con expertos en los campos de las estadísticas sanitarias, economía y el socorro en emergencias.

Según el Estatuto del Personal de la Organización Mundial de la Salud vigente, los miembros del personal están sometidos a la autoridad del Director General, que podrá destinarlos a cualquiera de los empleos o actividades de la OMS. Todos los trabajadores responden ante él por el desempeño de sus funciones. Todos estos miembros del personal no podrán ocupar ni ejercer puestos o profesiones incompatibles con las funciones que se les haya confiado en la OMS.

El Director General debe tomar las disposiciones oportunas para establecer una clasificación de los puestos y de los miembros del personal, conforme a las obligaciones y responsabilidades respectivas. La Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones del Director General y oído el parecer del CE, debe fijar los sueldos del Director General Adjunto, de los Subdirectores Generales y de los Directores Regionales.

CUADRO 4. PRINCIPALES FINANCIADORES NO GUBERNAMENTALES 2010 - 2011  
(EN MILES DE DÓLARES NORTEAMERICANOS NOMINALES DE 2010)

Financiador	Monto
Fundación Bill y Melinda Gates	\$338,737,334.00
Asociación Rotaria Internacional	\$155,669,958.00
Comisión Europea	\$93,569,572.00
Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	\$85,185,306.00
Hoffmann-la Roche and Co. Ltd.	\$84,000,000.00
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	\$54,517,819.00
Banco Mundial	\$43,502,915.00
Fondo de las Naciones Unidas para la Colaboración Internacional (UNFIP)	\$35,747,342.00
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)	\$34,240,696.00
World Lung Foundation	\$15,293,678.00
Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos	\$12,278,432.00
Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (UNOCHA)	\$1,444,465.00
Total	\$940,464,620.00

Fuente: Elaboración propia con base en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013.  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP-PPB/MTSP08-13\\_PPBo8-09-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-PPB/MTSP08-13_PPBo8-09-sp.pdf)  
 [Consultado el 3 de febrero de 2016].

El Director General fija los sueldos de los restantes miembros del personal según sus funciones y responsabilidades. Para establecer el sistema de sueldos y subsidios, se toma como base la escala aplicada en las Naciones Unidas. Para ocupar los puestos vacantes se tiene como preferencia las personas que estén prestando ya su servicio en la OMS.

#### *Racionalidad limitada e incertidumbre*

El objetivo que persigue la Organización Mundial de la Salud (OMS) es ambiguo, complejo e imposible de hacer operativo de una única forma. Esto parece ser un rasgo compartido por muchas OIG. Cuando se enfrentan objetivos de este tipo es inevitable que surja la pregunta de cómo hacerlos operativos; qué instrumentos utilizarán para alcanzarlos; y cómo se medirán los resultados. Dentro de las organizaciones siempre será necesario elegir, porque no existe una única forma de interpretar grandes objetivos. En este caso, la salud es un concepto abstracto que puede ser entendido desde múltiples miradores: salud física, mental, o social.

Cuando en una organización gubernamental nacional se define el problema que se atenderá, se debe considerar si dicha definición es aceptable para aquellos a quienes se dirigen las acciones para resolverlo. También debe observarse que dicho problema sea

tratable con los instrumentos de acción que posea la organización (Aguilar, 1993). Esto puede ser similar en las OIG, cuando se hace operativo un fin se consideran las preferencias de varios involucrados, por lo que tenderán a sesgar el objetivo ambiguo. Además, es posible que se enfatizen aquellos aspectos de los fines que puedan ser tratados con los instrumentos disponibles.

Conjuntamente, se debe considerar que los burócratas tienen racionalidad limitada, es decir, no poseen capacidades ilimitadas para conocer todas las alternativas de acción pertinentes, ni para evaluarlas según sus consecuencias finales (Simon, 1988). Es claro que las fuentes de ambigüedad que enfrentan las OIG son múltiples, en el caso de la OMS afirmamos que existe ambigüedad en los fines formales que están plasmados en su normatividad. En las primeras líneas de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se menciona que la salud debe ser considerada un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. De igual forma, señala que la salud es un principio básico para alcanzar “la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos”. Finalmente, en el primer artículo se establece que la finalidad de la OMS será “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”.

Existen varias consideraciones que deben hacerse respecto al fin que persigue la OMS. En primer lugar, la salud pareciera ser un fin intermedio que permite alcanzar fines aún más amplios como lo son: la felicidad, la armonía o la seguridad de los pueblos. Sin embargo, no existe ninguna referencia sobre la forma en que se relacionan estos dos primeros niveles de fines. En segundo lugar, cuando se intenta hacer operativo el fin salud, en los tres componentes señalados, se deja un enorme espacio de ambigüedad sobre qué es el bienestar físico, el mental, así como el social.

Por otra parte, al señalar que la finalidad es alcanzar el máximo grado de salud se asume que: el bienestar físico, mental y social, pueden ser agrupados en un continuo. Si no existe una definición inequívoca de estos tres tipos de bienestar tampoco es claro cómo se pueden integrar en un único continuo, ni cómo se van a ponderar. Las consideraciones señaladas dejan claro que la OMS enfrenta fines ambiguos, por lo que la primera pregunta que surge es: ¿cómo hacen que dichos fines sean operativos? Más que una respuesta lo que se presenta es una segunda hipótesis sujeta a comprobación. Se sostiene que, ante la ambigüedad derivada por fines ambiguos, el aparato burocrático, encarnado por el Director General, tiene una inclinación a concentrarse en dos objetivos específicos, para los cuales tiene instrumentos de probada eficacia: 1) acabar con enfermedades transmisibles para las que existen instrumentos eficaces; y 2) convertirse en la instancia normativa mundial en salud.

Según Peabody (1995) la OMS ha sido sumamente exitosa en el primer punto. Este autor señala el caso de la enfermedad de Yaws que ataca la piel, los huesos e imposibilita para el trabajo. Para enfrentarla, la OMS generó los siguientes roles: 1) ser el coordinador que sostiene simposios internacionales de expertos; 2) ser el entrenador que capacita al personal médico de los países afectados; y 3) convertirse en el diseminador que distribuye el medicamento necesario.

Por otra parte, Ruger (2009) señala que ante un escenario globalizado, con la presencia de numerosas organizaciones de la sociedad civil, que recaudan fondos e implementan programas en diversas naciones, la OMS se ha concentrado poco a poco en ser la “conciencia normativa de la salud mundial”. En consonancia con esto, la Directora General de la OMS señaló, en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, que las tareas fundamentales de la OMS deberían ser: “dedicarse a establecer criterios, umbrales, normas técnicas, estándares, realizar investigación, dar capacitación y monitorear tendencias globales de salud”.

El presupuesto del bienio 2010-2011 muestra algunas pistas de las actividades de la OMS, durante este periodo (ver Cuadro 2). Se observa que casi el 30% del presupuesto se destinará a combatir enfermedades transmisibles. Para estas enfermedades se han podido desarrollar productos farmacéuticos con acción inmunológica como vacunas o sueros, que se usan eficazmente para la prevención, y otros, con acción curativa de los procesos infecciosos, como los antimicrobianos o antibióticos. El primer objetivo estratégico se desmenuza en una serie de objetivos (ver Anexo, Objetivo Estratégico 1) que incluyen principalmente acciones de coordinación, entrenamiento, provisión de vacunas, así como de certificación.

El segundo objetivo en importancia, que reúne casi el 15% del presupuesto, es el que se plantea combatir el VIH, la tuberculosis y el paludismo. Estos padecimientos son diferentes a los del primer objetivo, pues implican cambios drásticos en las conductas de los gobiernos de algún país o de su población general. Pero al observar los objetivos en los que se divide éste (ver Anexo, Objetivo Estratégico 2), se puede constatar que la OMS no se compromete más que a ser un ente certificador, capacitador o emisor de criterios para lidiar con estos padecimientos.

Finalmente, el tercer objetivo en importancia, con el 11.5% del presupuesto, es fortalecer organizacionalmente a la OMS, lo cual es traducido en la emisión de más manuales, planes, mejores políticas de contratación, entre otras similares. Esta revisión presupuestal ofrece algunas pistas sobre la forma en que se está tratando de enfrentar la incertidumbre derivada de fines demasiado ambiguos. De tal forma que la concentración en unos cuantos asuntos, la rigidez de su burocracia, la saturación de manuales de operación, o el desplazamiento de los objetivos, que alguna literatura ve como disfunciones (Merton, 1940; Selznick, 1949), pudieran estar relacionados con el mandato ambiguo.

### *Áreas de incertidumbre*

La combinación de las relaciones informales de poder con la estructuración formal de las organizaciones, produce sistemas de acción concretos (Friedberg, 1997), por lo que pudiera ser oportuno realizar algunas reflexiones sobre la forma en que aparentemente se estructuran las relaciones formales e informales entre los miembros de la OMS, para conseguir objetivos conjuntos, es decir, se busca proponer un modelo sobre el Sistema de Acción Concreto de la OMS. Para lo anterior, primero será preciso identificar algunas de las fuentes de incertidumbre que pudieran existir dentro de la OMS, para lo cual, se asume que las fuentes de incertidumbre son también fuentes de poder. Debe advertirse

que las zonas de incertidumbre que se van a señalar se han deducido de la revisión de la normatividad, pero podrían ser verificadas mediante trabajo de campo.

Respecto a la primera fuente de incertidumbre, se aprecia que el Director General, quien dirige al Secretariado de la OMS, controla aquellas actividades de implementación que demandan un alto grado de especialización técnica. Al interior del Secretariado, seguramente se replican estas dinámicas, por lo que cada uno de los ocho subdirectores, tendría el control de áreas de incertidumbre particulares a partir de su especialización técnica.

Además, el Director General tiene tres fuentes adicionales de incertidumbre de suma importancia: la contratación del personal técnico del Secretariado, la conducción de las relaciones con otras organizaciones, así como la facultad de proponer el presupuesto bianual. El presupuesto puede ser modificado por el Consejo Ejecutivo o la Asamblea Mundial de la Salud, pero generalmente son cambios marginales, pues es más difícil que se generen consensos en grupos grandes. Es probable que el Consejo Ejecutivo controle otra fuente de incertidumbre, pues es el responsable de modular los flujos de información de la Asamblea Mundial de la Salud hacia el Secretariado.

Por su parte, la Asamblea Mundial de la Salud tiene como facultad la de supervisar al Consejo Ejecutivo y al Director General, por lo que tiene la posibilidad de crear nuevas reglas o aplicar sanciones. Por este motivo, se afirma que controlan la cuarta fuente de poder relacionada con utilización de las reglas organizativas. En la mayoría de los casos, las reglas son medios que el superior utiliza para obtener un comportamiento de sus subordinados. Sin embargo, la regla no opera en un único sentido, pues si bien restringe la libertad de los subordinados, actúa de la misma manera con el margen de discrecionalidad del superior, que sólo puede sancionar en casos muy concretos. De esta forma, la regla se convierte en un medio de protección para los subordinados (Crozier y Friedberg, 1990). Para sobreponerse, el superior, casi siempre, tiene más de una regla a su disposición, por lo que simplemente tolera que los subordinados infrinjan algunas de ellas, con lo que tiene un medio para chantajearlos.

El Sistema Concreto de Acción que parece configurarse, presenta un equilibrio en donde están en constante tensión las fuerzas de tres actores: los representantes nacionales, el aparato burocrático y otras organizaciones no gubernamentales. Esto nos permite formular la primera hipótesis de este trabajo, que señala que el proceso estratégico a partir del cual la OMS se concentra en fines más prácticos es producto de un Sistema de Acción Concreto.

La segunda hipótesis que se presenta es que la burocracia tiene incentivos para acotar su radio de acción a ciertos objetivos para los cuales tiene instrumentos de intervención. Pero esta focalización no sólo está en el interés de los burócratas, sino también en las naciones que aportan mayores cantidades de dinero al presupuesto. Según Cox (1973), desde los orígenes de la OMS, a las naciones más desarrolladas les interesaba generar un órgano que combatiera aquellas enfermedades de fácil propagación que pudieran transmitirse desde naciones menos desarrolladas.

Además, según el mismo autor, combatir enfermedades transmisibles puede ser costoso, pero puede ser infinitamente más costoso intervenir en las naciones, para mejorar sus sistemas de salud. Es más costoso sostener una plantilla entera de personal, hos-

pitales, o insumos para la salud, que sólo intervenir ocasionalmente, como proveedor de medicamentos, vacunas o asesoría técnica. Es así que la tercera hipótesis es que los países también prefieren la concentración en los temas vinculados a enfermedades transmisibles porque les cuestan menos en el largo plazo.

Debe recordarse que a pesar del dominio técnico del Secretariado, el Director General es nombrado por la Asamblea Mundial de la Salud. Existe la posibilidad de reelección, por lo que las votaciones representan una fuente enorme de incertidumbre bajo control del Consejo Ejecutivo, así como de la Asamblea Mundial de la Salud. Además siempre existe la amenaza de salida de los países. Por eso pensar que las burocracias “deciden” acotar el radio de acción de la OMS por sí solas, podría parecer ingenuo.

Es más acertado señalar que la conjugación de los intereses nacionales con las posibilidades técnicas del Secretariado, articulan una agenda específica para la OMS. Pero restaría considerar la influencia que ejercen otros actores privados como son: expertos externos, otras organizaciones, o empresas privadas. Estos actores privados aportan una gran cantidad de recursos a la OMS, generalmente condicionados a cierto tipo de actividades dentro de su agenda (ver Cuadro 4).

Se podría suponer, como cuarta hipótesis, que muchas de las empresas privadas que participan generan productos tangibles, como Alianza para las Vacunas. Se esperaría que su colaboración estuviera vinculada a este tipo de productos, por lo que se convertirían en otra fuerza que motivaría la focalización de la OMS en ciertos objetivos. De igual forma la participación de otras OIG como las Naciones Unidas o el Banco Mundial, sólo reforzaría la dinámica que se presenta en la Asamblea Mundial de la Salud, donde se representan los intereses nacionales.

Todos los elementos anteriores parecen presentar algunas pistas sobre la primera hipótesis planteada, pues el Sistema Concreto de Acción se teje a partir de los intereses nacionales, las posibilidades técnicas de la burocracia, así como la colaboración condicionada de expertos, empresas privadas u otras organizaciones.

## COMENTARIOS FINALES

El funcionamiento de la OMS parece configurar un Sistema Concreto de Acción de alta complejidad en el que intervienen los representantes nacionales, el aparato burocrático, así como otros actores externos. El equilibrio en el que se encuentran es contingente pues podría modificarse si cambia el control de las áreas de incertidumbre. Ante la incertidumbre derivada de fines ambiguos, el aparato burocrático, encarnado por el Director General, tiene una inclinación a concentrarse en dos objetivos específicos, para los cuales tiene instrumentos de probada eficacia: acabar con enfermedades que no requieren cambios drásticos en las conductas de los gobiernos de algún país o de su población general; y convertirse en la instancia normativa mundial en salud.

Los representantes nacionales también prefieren la concentración en los temas vinculados a enfermedades transmisibles, porque de esta forma pueden allegarse de vacunas que de otro modo tendrían que producir por su propia cuenta a un costo elevado. Fi-

nalmente, se deduce, que las empresas privadas que participan, lo hacen con productos tangibles, que generalmente están también relacionados con medicamentos o vacunas.

En suma, concentrarse en fines prácticos es un proceso estratégico que permite que el Sistema de Acción Concreto no se quede paralizado ante la ambigüedad de los fines formales de la OMS. Ningún actor puede imponer su voluntad a los demás, sino que se entablan múltiples juegos en los que los actores movilizan sus áreas de incertidumbre para negociar desde posiciones de poder. El resultado entonces es no sólo producto de la interpretación sino también de la estructura de poder al interior de la organización.

Se puede concluir que la Teoría Sociológica de las Organizaciones es capaz de arrojar hipótesis plausibles, que explican por qué la OMS se ha concentrado en ciertos fines. De aquí se podría desarrollar una agenda de investigación sobre este tema que, entre otras cosas, implicaría la realización de entrevistas a los miembros del Sistema Concreto de Acción para poner a prueba las hipótesis extraídas a partir de este estudio de caso exploratorio. Sería también interesante aplicar estas ideas a otras organizaciones internacionales y evaluar algunas de las principales diferencias y semejanzas de acuerdo de tamaño, sector, dinámica, y naciones líderes en cada una de ellas. Finalmente, sería interesante el poder entender cómo el sistema de organizaciones internacionales se interconecta y cómo la ambigüedad no sólo afecta a las OIG de forma individual, pero pudiera también tener efectos en las relaciones existentes entre ellas y con gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas que apoyan o tienen relaciones con varias OIG.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, Kenneth and Duncan Snidal, 1998, "Why States Act through Formal International Organizations", *The Journal of Conflict Resolution*, vol. 42, núm. 1, pp. 3-32.
- Arellano, David, 2010, "Reformas administrativas y cambio organizacional: hacia el efecto neto", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 72, núm. 2, pp. 225-254.
- Best, Jacqueline, 2012, "Ambiguity and Uncertainty in International Organizations: A History of Debating IMF Conditionality", *International Studies Quarterly*, vol. 56, núm. 4, pp. 674-688.
- Barnett, Michael and Martha Finnemore, 1999, "The Politics, Power and Pathologies of International Organizations", *International Organization*, vol. 53, núm. 4, pp. 699-732.
- Cox, Robert y Harold Jacobson, 1972, *The Anatomy of Influence; Decision Making in International Organization*, New Haven, Yale University Press.
- Friedberg, Erhard, 1997, *Local Orders: Dynamics of Organized Action*, Greenwich. London, Jai Press.

- Hanrieder, Tine, 2014, "The path-dependence design of international organization: federalism in the World Health Organization", *European Journal of International Relations*, vol. 30, núm. 1, pp. 1-25.
- Lipson, Michael, 2010, "Performance under ambiguity: International organization performance in UN peacekeeping", *The Review of International Organizations*, vol. 5, núm. 3, pp. 249-284.
- March, James G., 1962, "The Business Firm as a Political Coalition", *Journal of Politics*, vol. 24, núm. 1, pp. 662-678.
- \_\_\_\_\_, 1981, "Decisions in Organizations and Theories of Choice", in Andrew Van de Ven and William Joyce (ed.), *Perspectives on Organization Design and Behavior*, New York, Wiley Interscience, pp. 205-244
- Mearsheimer, John, 1994, "The False Promise of International Institutions", *International Security*, vol. 95, núm. 1, pp. 5-49.
- Merton, Robert, 1940, "Bureaucratic Structure and Personality", *Social Forces*, XVIII.
- ONU, 2016, *Carta de las Naciones Unidas*, en <http://www.un.org/es/charter-united-nations/> [consultado el 3 de febrero de 2016].
- OMS, 2016, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, en <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/> [consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Convención sobre los Privilegios e Inmunidades de los Organismos Especializados*, en [http://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/PNUD%20Argentina%20acuerdos/undp-ar-Privilegios\\_e\\_inmunidades.pdf](http://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/PNUD%20Argentina%20acuerdos/undp-ar-Privilegios_e_inmunidades.pdf) [consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013*, en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP-PPB/MTSP08-13\\_PPBo8-09-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-PPB/MTSP08-13_PPBo8-09-sp.pdf) [consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Mundial de la Salud y las Organizaciones No Gubernamentales*, en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/93755> [consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud*, en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/reglamento-financiero-sp.pdf> [Consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Estatuto del Personal de la Organización Mundial de la Salud*, en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/estatuto-del-personal-sp.pdf> [consultado el 3 de febrero de 2016].

- \_\_\_\_\_, 2016, *Reglamento de los cuadros y comités de expertos*, en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84471/1/s8.pdf> [consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Reglamento de los grupos de estudio y grupos científicos*, en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/reglamento-estudio-sp.pdf> [consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud*, en [http://www.who.int/governance/B\\_Doc\\_48ed\\_WHA\\_Dic2014-sp.pdf](http://www.who.int/governance/B_Doc_48ed_WHA_Dic2014-sp.pdf) [consultado el 3 de febrero de 2016].
- \_\_\_\_\_, 2016, *Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud*, en [http://www.who.int/governance/B\\_Doc\\_48ed\\_EB\\_Dic2014-sp.pdf](http://www.who.int/governance/B_Doc_48ed_EB_Dic2014-sp.pdf) [consultado el 3 de febrero de 2016].
- Peabody, John, 1995, "An organizational analysis of the World Health Organization: narrowing the gap between promise and performance", *Social Science & Medicine*, vol. 40, núm. 6, pp. 731-742.
- Ruger, P. and Derek Yach, 2008, "The Global Role of the World Health Organization", *Global Health Governance*, vol. 2, núm 2, pp. 1-11.
- Selznick, P. TVA and the Grassroots, 1949, *A study in the Sociology of Formal Organizations*, California University, California Press.
- Simon, Herbert, 1988, *El comportamiento administrativo: estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa*, Aguilar, Buenos Aires.
- Trondal, Jarle, Martin Marcussen, Torbjörn Larsson and Frode Veggeland, 2010, "Unpacking International Organizations", *The Dynamics of Compound Bureaucracies*, Manchester University Press.
- Tana Johnson and Johannes Urpelainen, 2014. "International Bureaucrats and the Formation of Intergovernmental Organizations: Institutional Design Discretion Sweetens the Pot", *International Organization*, 68, pp. 177-209.
- Vicki Eaton Baier, James G. March, and Harald Saetren, 1986, "Implementation and Ambiguity", *Scandinavian Journal of Management Studies*, vol. 2, núm. 1, pp. 197-212.
- Zamudio, Laura y David Arellano, 2011, "Más allá de las patologías de la burocracia: introduciendo la teoría de las organizaciones al estudio de las OI", *Revista Mexicana de Ciencia Política y Sociología*, vol. 56, núm. 213, pp. 27-50.

ANEXO. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS I-13 CON PRESUPUESTO  
(MILES DE DÓLARES A PRECIOS DE 2008)

Fuente: Elaboración propia con base en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013.  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP-PPB/MTSP08-13\\_PPBo8-09-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-PPB/MTSP08-13_PPBo8-09-sp.pdf)  
[Consultado el 3 de febrero de 2016].

Objetivo Estratégico 1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	
Facilitar apoyo normativo y técnico para asegurar, en la mayor medida posible, a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad, incluidos nuevos productos y tecnologías de inmunización.	\$159,846.00
Asegurar una coordinación eficaz y prestar apoyo para lograr la certificación de la erradicación de la poliomielitis y la destrucción, o contención apropiada, de todas las cepas de polio virus.	\$466,318.00
Asegurar una coordinación eficaz para ofrecer a todas las poblaciones un acceso a intervenciones de prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades tropicales desatendidas.	\$152,149.00
Prestar apoyo normativo y técnico para aumentar su capacidad de vigilancia y supervisión de todas las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública.	\$89,561.00
Formular y validar 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.	\$109,552.00
Prestar apoyo 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.	\$54,840.00
Dotar de medios de detección, evaluación, respuesta y solución respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandémicas, elaborando y aplicando instrumentos, metodologías, prácticas, redes y alianzas para prevención, detección, preparación e intervención.	\$83,467.00
Contar con medios regionales y mundiales, coordinados y rápidamente accesibles, para las tareas de detección, verificación, evaluación del riesgo y respuesta ante epidemias y otras emergencias de salud pública de interés internacional.	\$52,620.00
Los Estados Miembros y la comunidad internacional estarán en condiciones de llevar a cabo operaciones e iniciativas de respuesta eficaces en situaciones de emergencia declarada causadas por enfermedades epidémicas y pandémicas.	\$100,000.00
Total	\$1,268,353.00

**Objetivo Estratégico 2. Combatir el sida, la tuberculosis y el paludismo**

Elaborar directrices, políticas, estrategias y otros instrumentos en materia de prevención del sida, la tuberculosis y el paludismo, y el tratamiento y la atención de los pacientes de esas enfermedades.	\$118,579.00
Prestar 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 sida, la tuberculosis y el paludismo	\$199,417.00
Dar 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 de las enfermedades que prevé el objetivo estratégico.	\$81,775.00
Fortalecer y ampliar 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 vinculados a este objetivo.	\$104,598.00
Mantener el compromiso político y asegurado la movilización de recursos a través de la promoción y el fomento de alianzas contra las enfermedades señaladas en este objetivo.	\$51,042.00
Elaborar y validar nuevos conocimientos e instrumentos y estrategias de intervención para responder a las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades relevantes, poniéndose los científicos de los países en desarrollo cada vez más a la cabeza de estas investigaciones.	\$102,440.00
Total	\$657,851.00

**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.**

Promover y apoyar un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades relevantes para este objetivo.	\$28,267.00
Orientar y apoyar a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades pertinentes para el objetivo.	\$30,302.00
Mejorar la capacidad de los Estados Miembros para recoger, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades pertinentes.	\$18,544.00
Compilar mejores datos objetivos sobre la costo eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades	\$18,575.00
Dar orientación y apoyo a los Estados Miembros para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen a toda la población, destinados a combatir las enfermedades relacionadas.	\$20,630.00
Orientar y apoyar a los Estados Miembros para mejorar la capacidad de sus sistemas de salud y seguridad social para prevenir y tratar las enfermedades.	\$29,631.00
Total	\$145,949.00

**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.**

Prestar 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.	\$37,920.00
Fortalecer las capacidades investigadoras nacionales, generar nuevos 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.	\$68,297.00
Que se utilicen a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la atención materna.	\$66,460.00
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.	\$30,147.00
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.	\$52,916.00
Prestar 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.	\$29,733.00
Contar 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.	\$40,436.00
Contar 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.	\$6,789.00
<b>Total</b>	<b>\$332,698.00</b>

**Objetivo Estratégico 5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.**

Formular 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.	\$31,541.00
Formular 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.	\$24,517.00

**Objetivo Estratégico 5. (Continúa)**

Formular 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.	\$23,976.00
Facilitar a los Estados Miembros un apoyo técnico coordinado en relación con el control de las enfermedades transmisibles en situaciones de desastres naturales y conflictos.	\$5,560.00
Facilitar 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.	\$6,700.00
Emitir 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.	\$20,629.00
Ejecutar de una manera oportuna y eficaz operaciones de recuperación frente a emergencias graves y emergencias en curso.	\$251,100.00
Total	\$364,023.00

**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.**

Facilitar 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.	\$51,925.00
Facilitar 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.	\$14,940.00
Formular 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.	\$49,459.00
Formular 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 alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, capacitándolos así para fortalecer las instituciones con miras a combatir o prevenir los problemas de salud pública asociados.	\$18,736.00
Formular 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 morbimortalidad 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.	\$14,400.00

**Objetivo Estratégico 6. (Continúa)**

Formular 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.	\$12,220.00
Total	\$161,680.00

**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.**

Reconocer 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.	\$16,668.00
Tomar 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.	\$19,192.00
Recoger, cotejar y analizar 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).	\$10,027.00
Promover los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos, tanto en la OMS como en los niveles nacional y mundial.	\$6,517.00
Incorporar 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.	\$10,243.00
Total	\$62,647.00

**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.**

Realizar evaluaciones y formular y actualizar 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).	\$29,679.00
Facilitar a los Estados Miembros apoyo técnico y orientarlos 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).	\$23,922.00

Objetivo Estratégico 8. (Continúa)

Facilitar 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.	\$16,400.00
Establecer 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.	\$12,349.00
Reforzar 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.	\$15,896.00
Elaborar políticas, estrategias y recomendaciones basadas en datos probatorios y se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico para identificar, prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por el cambio climático.	\$16,118.00
Total	\$114,364.00

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.

Establecer fórmulas de asociación 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.	\$18,481.00
Elaborar normas, con inclusión de referencias, requisitos, prioridades de investigación, directrices, manuales de capacitación y estándares, para aumentar la capacidad de los países para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades transmitidas por los alimentos.	\$30,496.00
Fortalecer 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.	\$17,709.00
Crear capacidad y prestar 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.	\$21,261.00
Fortalecer los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos.	\$16,714.00
Crear capacidad y prestar 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.	\$15,724.00
Total	\$120,385.00

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.

Mejorar la gestión de servicios de salud integrados orientados hacia la población por proveedores y redes públicos y no públicos, 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.	\$109,865.00
Mejorar las capacidades nacionales para la gobernanza, así como la capacidad institucional para el análisis y la elaboración de políticas, evaluación del desempeño de sistemas de salud basados en estrategias, transparencia, evaluación del desempeño, y colaboración intersectorial más eficaz.	\$48,058.00
Mejorar la coordinación entre los diversos organismos 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.	\$17,295.00
Reforzar 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.	\$26,574.00
Lograr 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.	\$37,751.00
Reforzar 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.	\$17,028.00
Elaborar y aplicar políticas y estrategias en materia de gestión de los conocimientos y ciber salud para reforzar los sistemas sanitarios.	\$24,774.00
Reforzar la información sobre personal sanitario para mejorar la capacidad nacional de análisis, planificación y aplicación de políticas.	\$37,058.00
Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros, con especial hincapié en los que tropiezan con graves dificultades en materia de personal sanitario.	\$53,979.00
Proporcionar a los Estados Miembros apoyo técnico y en materia de políticas basadas en pruebas científicas para mejorar la financiación del sistema sanitario.	\$25,941.00
Establecer 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, así como los gastos catastróficos	\$15,697.00
Adoptar medidas a fin de promover la obtención de fondos adicionales para crear capacidad en materia de formulación de políticas de financiación sanitaria.	\$15,209.00
Elaborar pautas, normas e instrumentos de medición con el fin de ayudar a los Estados Miembros a cuantificar y disminuir el nivel de atención de salud insegura.	\$44,975.00
Total	\$474,204.00

Objetivo Estratégico 11. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias

Promover y apoyar 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.	\$46,230.00
Elaborar 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.	\$50,313.00
Elaborar y apoyar, 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.	\$18,584.00
Total	\$115,127.00

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

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.	\$151,192.00
Consolidar 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.	\$24,182.00
Lograr 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.	\$20,143.00
Facilitar a los Estados Miembros el acceso a material de promoción y conocimientos sanitarios esenciales, en formato multilingüe, compartiendo e intercambiando conocimientos de manera efectiva.	\$27,200.00
Total	\$222,717.00

Objetivo Estratégico 13. Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato.

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.	\$35,260.00
Implantar prácticas financieras sólidas así como una gestión eficaz de los recursos financieros gracias a la vigilancia y la movilización continuas de los recursos.	\$71,264.00
Establecer políticas y prácticas en materia de recursos humanos para atraer y retener al personal más calificado.	\$37,863.00
Establecer estrategias de gestión, políticas y prácticas referentes a los sistemas de información que permitan obtener soluciones fiables, seguras y costo eficaces, sin dejar de atender al mismo tiempo las necesidades cambiantes de la Organización.	\$109,393.00
Prestar 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.	\$133,818.00
Conseguir un entorno laboral propicio para el bienestar y la seguridad del personal en todos los lugares de destino.	\$136,289.00
Total	\$523,887.00

MIGUEL ADOLFO GUAJARDO MENDOZA. Economista por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey. Maestro en Administración y Políticas Públicas en el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), de la cual egresó en 2006. Finalmente, egresó del Programa de Doctorado en Políticas Públicas del CIDE en 2013. Profesionalmente ha sido Director de Área en la Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Enlace Legislativo de la Secretaría de Gobernación (2008-2009); Profesor Asociado B en el CIDE (2009); Asesor de Políticas Públicas de Tecnología e Innovación para el Corporativo de Microsoft en México (2011-2013); y Director de Análisis Estadístico en el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Correo electrónico: miguelguajardomendoza@hotmail.com

JOSÉ RAMÓN GIL-GARCÍA. Profesor-Investigador del Departamento de Administración Pública y Director de Investigación del *Center for Technology in Government*, University at Albany, State University of New York (SUNY). El Dr. Gil García es miembro del Sistema Nacional de Investigadores en México como Investigador Nivel III y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. En 2009, fue considerado el autor más prolífico en el campo de la investigación en gobierno digital a nivel mundial y en 2013 recibió el Premio de Investigación, que es considerado “la distinción más alta que otorga anualmente la Academia Mexicana de Ciencias a jóvenes investigadores destacados.”

El Dr. Gil García ha escrito artículos en revistas académicas de gran prestigio nacional e internacional y algunos de sus artículos están entre los más citados en el campo de investigación del gobierno electrónico a nivel mundial. Sus intereses de investigación incluyen: gobierno electrónico colaborativo, integración de información y colaboración inter-organizacional, ciudades y gobiernos inteligentes, adopción e implementación de tecnologías emergentes, políticas de combate a la brecha digital, nueva gerencia pública, evaluación de políticas públicas, y aproximaciones de investigación multi-métodos. Es también Profesor Investigador del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Correo electrónico: [jgil-garcia@ctg.albany.edu](mailto:jgil-garcia@ctg.albany.edu)