



CONSEJO EJECUTIVO

72ª reunión

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA 1ª SESION

Sede de la OMS, Ginebra
Martes, 17 de mayo de 1983, a las 12.30 horas



PRESIDENTA: Dra. M. M. LAW

después: Sr. M. M. HUSSAIN

INDICE

	<u>Página</u>
1. Apertura de la reunión	2
2. Adopción del orden del día	2
3. Elección del Presidente, de los Vicepresidentes y de los Relatores	2
4. Organización de los trabajos	3
5. Informe de los representantes del Consejo Ejecutivo en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud	3
6. Informe sobre reuniones de comités de expertos y grupos de estudio	9
7. Informe del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria sobre su 24ª reunión ..	15

Nota

La presente acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse.

Las correcciones que hayan de incluirse en la versión definitiva deberán enviarse al Jefe de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, antes del 1 de julio de 1983.

El texto definitivo se publicará ulteriormente en Consejo Ejecutivo, 72ª reunión: Resoluciones y decisiones; Anexos; y Actas resumidas (documento EB72/1983/REC/1).

1ª SESION

Martes, 17 de mayo de 1983, a las 14.30 horas

Presidenta: Dra. M. M. LAW

después: Sr. M. M. HUSSAIN

1. APERTURA DE LA REUNION: Punto 1 del orden del día provisional (decisiones EB64,3) y EB71,12))

La PRESIDENTA declara abierta la 72ª reunión del Consejo Ejecutivo y da la bienvenida a los miembros.

2. ADOPCION DEL ORDEN DEL DIA: Punto 2 del orden del día provisional (documento EB72/1)

La PRESIDENTA comunica al Consejo que deben suprimirse las palabras "(si hubiere lugar)" del punto 13 del orden del día,

Se adopta el orden del día.

3. ELECCION DEL PRESIDENTE, DE LOS VICEPRESIDENTES Y DE LOS RELADORES: Punto 3 del orden del día

La PRESIDENTA invita a que se presenten candidaturas para el cargo de presidente.

El Dr. BORGONO propone al Sr. Hussain, siendo apoyada la candidatura por el Dr. MAKUTO, el Dr. ABDULLA y el Dr. AL-TAWEEL.

Se elige Presidente al Sr. Hussain, quien ocupa la presidencia.

El PRESIDENTE da las gracias a los miembros del Consejo por haberle elegido; se siente abrumado por el honor dispensado a su Región y a su país. Invita a que se presenten candidaturas para los tres cargos de Vicepresidente.

La Sra. THOMAS propone al Dr. Xu Shouren, siendo apoyada la candidatura por el Sr. TEKA.

El Sr. MOMAL, asesor del Profesor Roux, propone a la Sra. Thomas, siendo apoyada la candidatura por el Profesor LAFONTAINE y el Dr. ABDULLA.

El Dr. GARCIA propone al Dr. Borgoño, siendo apoyada la candidatura por el Sr. BOYER, asesor del Dr. Brandt.

El Sr. IFILL propone al Dr. Abdulla.

El Dr. LIU Xirong apoya las candidaturas del Dr. Borgoño y de la Sra. Thomas.

El PRESIDENTE dice que como sólo hay que proveer tres cargos y hay cuatro candidaturas, el Consejo debe proceder a una votación.

El Dr. BORGONO interviene para una cuestión de orden y, teniendo en cuenta que el Presidente no puede ser reelegido dos años, pregunta si se puede reelegir a los Vicepresidentes.

El PRESIDENTE responde que pueden ser reelegidos.

Se efectúa la votación por sufragio secreto.

Por invitación del Presidente, el Dr. de Lima y el Profesor Lafontaine actúan como escrutadores.

El PRESIDENTE anuncia que los tres candidatos que han obtenido más votos son la Sra. Thomas, el Sr. Xu Shouren y el Dr. Borgoño.

Por consiguiente, son elegidos Vicepresidentes la Sra. Thomas, el Dr. Xu Shouren y el Dr. Borgoño.

El PRESIDENTE señala que, de conformidad con el Artículo 15 del Reglamento Interior, si el Presidente no pudiera ejercer sus funciones en el intervalo entre dos reuniones, las asumirá en su lugar uno de los Vicepresidentes, y el orden que haya de seguirse para el desempeño de la presidencia por los Vicepresidentes se ha de establecer por sorteo en la reunión en que la elección tenga lugar.

Se establece por sorteo que los Vicepresidentes desempeñarán la presidencia por el orden siguiente: Dr. Borgoño, Sra. Thomas y Dr. Xu Shouren.

El PRESIDENTE invita a que se presenten candidaturas para los cargos de Relatores de habla inglesa y francesa.

El Dr. DE LIMA propone al Dr. Makuto como Relator de habla inglesa, siendo apoyada la candidatura por el Dr. ABDULLA.

El Profesor RAHHALI propone al Profesor Roux como Relator de habla francesa.

Son elegidos Relatores de habla inglesa y francesa el Dr. Makuto y el Profesor Roux, respectivamente.

4. ORGANIZACION DE LOS TRABAJOS

El PRESIDENTE sugiere que el Consejo se reúna todos los días de 9.30 a 12.30 y de 14.30 a 17.30 horas. Propone también que el Consejo examine los diversos puntos del orden del día por el orden en que figuran en el documento EB72/1.

Así queda acordado.

5. INFORME DE LOS REPRESENTANTES DEL CONSEJO EJECUTIVO EN LA 36^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: Punto 4 del orden del día (resolución EB59.R8, párrafo 1.2) y decisión EB71,1))

El PRESIDENTE dice que en la 36^a Asamblea Mundial de la Salud han participado cuatro representantes del Consejo Ejecutivo: la Dra. Law, el Sr. Al-Sakkaf, el Dr. Oldfield y él mismo. Pide, en primer lugar, a la Dra. Law que presente su informe.

La Dra. LAW dice que, por lo que respecta a las cuestiones de política financiera, la Asamblea de la Salud ha apoyado el criterio del Consejo Ejecutivo de que el nivel del presupuesto efectivo y sus asignaciones internas son razonables. Ha enmendado, sin embargo, el proyecto de resolución de apertura de créditos del Consejo para tener en cuenta una decisión de la Comisión B, en la que se recomienda que se asigne un crédito de US\$ 54,5 millones, con cargo a los ingresos ocasionales, en vez de los US\$ 50 millones que recomendaba el Consejo Ejecutivo. Esta decisión surgió al comprobarse que los ingresos ocasionales contabilizados al final del año civil eran mayores de lo que se previó en la reunión de enero del Consejo. Por otra parte, la reducción de la duración de la Asamblea de la Salud en 1984 permitirá también economizar unos US\$ 430 000, que se asignarán al Programa del Director General para Actividades de Desarrollo.

Algunos delegados han comentado que con el presupuesto por programas tuvieron la dificultad de que no siempre es posible comparar los gastos efectivos con los planeados, y preguntaron

si había algún mecanismo mediante el cual pudieran cotejar las cifras ulteriormente para ver si los fondos se habían invertido, de hecho, en los sectores planeados. Sugiere que, al analizar la futura función del Comité del Programa, el Consejo pudiera tener a bien examinar esta cuestión.

El punto relativo al método de trabajo y duración de las Asambleas de la Salud, por lo que se refería a la 36ª Asamblea Mundial de la Salud, se examinó primeramente en la Mesa de la Asamblea, y las recomendaciones del Consejo Ejecutivo sobre la modificación del método de trabajo fueron aprobadas después en una sesión plenaria de la Asamblea de la Salud.

El método de trabajo y duración de las futuras Asambleas de la Salud fue objeto de un prolongado debate en la Comisión B, hasta que un delegado propuso cerrar el debate, con lo que estuvo de acuerdo la Comisión. El proyecto de resolución presentado por el Consejo Ejecutivo fue aceptado con una sola enmienda, en la que se dispuso concretamente que el procedimiento de examen del presupuesto por programas utilizado en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud se aplicara a título de ensayo en las 36ª y 38ª Asambleas Mundiales de la Salud. Las cuestiones suscitadas durante el debate fueron fundamentalmente las mismas que el Consejo estudió en su 71ª reunión. A algunos delegados les preocupaba que pudiera producirse un indebido apresuramiento en el debate con objeto de adaptarlo a una duración más corta; otros expresaron la inquietud de que los delegados no se sintieran libres para suscitarse todas las cuestiones de interés relativas al presupuesto por programas. Por otra parte, varios delegados hablaron en apoyo de las propuestas y, según ha señalado ya la oradora, éstas fueron aceptadas con una sola enmienda.

Por lo que atañe a sus observaciones personales en cuanto al ensayo del nuevo método de trabajo, resulta obvio, puesto que el Consejo se ha podido reunir dos días antes de lo previsto, que es perfectamente posible completar la Asamblea de la Salud, incluso los años en que se examine el presupuesto por programas, en bastante menos de tres semanas. En efecto, si se hubiera ganado la media jornada que en lo sucesivo no se perderá por inaugurar la Asamblea de la Salud en la tarde del primer día, la Asamblea probablemente habría podido clausurarse al término de dos semanas.

La oradora está convencida de que no ha habido apresuramiento indebido en el debate. En raras ocasiones tuvieron las Comisiones que prolongar sus sesiones algunos minutos más allá de la hora prevista de clausura, aunque la Comisión B empezó frecuentemente con retraso sus deliberaciones. En ese aspecto debe estudiarse si es realista o no fijar la apertura de las sesiones a las 9.00 horas.

Si bien el ensayo parece positivo en términos generales, aún parece necesaria cierta delicada labor de ajuste, sobre todo por lo que respecta al examen del presupuesto por programas. Al parecer, los asuntos de política general siguen despertando relativamente menos atención que los detalles de los programas. Dos pequeños ajustes habrían permitido que los delegados empezaran a participar más plenamente desde el primer día, cuando se estudiaban cuestiones importantes de política general. Su primera sugerencia es que el informe del Consejo Ejecutivo sobre el presupuesto no sólo se incorpore al volumen de actas del Consejo, sino que se distribuya también como un documento separado de la Asamblea de la Salud. Esto permitiría a los delegados, en particular a los que aún no tengan experiencia, identificar ese elemento auxiliar para el examen del presupuesto por programas, y leerlo con anterioridad. Por otra parte, sería más fácil de consultar durante el debate. Otra sugerencia es que podrían distribuirse a los miembros de las Comisiones, en su primera sesión, las instrucciones que les están destinadas, incluyendo una descripción concisa de los epígrafes a que se ajusta el examen del presupuesto, los documentos necesarios, etc. Aunque los Presidentes de las Comisiones explicaron el procedimiento con claridad y en detalle, algunos delegados tuvieron dificultad para seguir el desarrollo del examen. Su sugerencia más sustancial es que la sección dedicada a asuntos del programa no se divida en cinco, sino en más subsecciones, a efectos de deliberación. Eso sería una transacción razonable entre el procedimiento de estudio programa por programa y el ensayado en la última Asamblea de la Salud. Mejoraría la coherencia del debate y las respuestas de la Secretaría.

Ha observado que a la segunda sesión de la Comisión A, celebrada el sábado, 14 de mayo, por la mañana, faltaron muchos delegados. Si se quiere que la Asamblea de la Salud trabaje los sábados por la mañana, debe explicarse claramente a los delegados, antes de que lleguen, y a fin de que organicen convenientemente sus planes personales, que esas sesiones tendrán lugar y que en ellas podrán examinarse cuestiones tan importantes como la Resolución de Apertura de Créditos.

Quiere mencionar, en fin, dos problemas referentes a la salud y a la seguridad. Varios delegados opinan que en las salas de las comisiones hacía demasiado calor y que eran pequeñas para el número de asistentes y estaban mal ventiladas; por eso piden que, a ser posible, se encuentre mejor acomodo para la Asamblea de la Salud del año próximo; la Comisión A ha sido la más afectada, ya que la Comisión B tuvo amplia oportunidad de reunirse en la Sala de la Asamblea. También preocupa a la oradora el peligro que representan los suelos resbaladizos en las inmediaciones de los despachos de los representantes del Consejo Ejecutivo, cosa que ha originado varias caídas. Ese peligro puede evitarse utilizando cera antideslizante.

En conclusión, se ha comprobado que el nuevo método de trabajo es positivo en términos generales, pero quedan pequeños defectos que conviene subsanar antes de la Asamblea de la Salud del año próximo.

El Dr. OLDFIELD dice que, en general, los delegados han mostrado más entusiasmo por el examen del contenido científico de los programas que por el de la política del programa. El debate en torno al tema de dirección, coordinación y gestión fue breve, pero obtuvieron aprobación general las tendencias globales de la política de la OMS, en particular la de descentralización. Se puso de relieve la necesidad de fortalecer la coordinación entre las actividades de los diversos organismos de las Naciones Unidas en la esfera de la salud.

Hubo un debate animado sobre infraestructura de los sistemas de salud. Los delegados reconocieron que es esencial una infraestructura satisfactoria de los sistemas sanitarios para alcanzar la meta de salud para todos, e instaron a la OMS a que intensifique sus esfuerzos con miras a fortalecer esas infraestructuras a todos los niveles. Se mencionó la necesidad de una planificación cuidadosa de la formación de personal, haciéndose hincapié en la elección de unos programas de adiestramiento apropiados, no sólo en el plano de la atención primaria de salud, sino también en el de referencia y consulta de casos. Preocupa la lentitud de la integración de los programas universitarios en la atención primaria de salud.

Los delegados acogieron con satisfacción la iniciativa de la Organización de fusionar la División de Estadística Sanitaria con la de Vigilancia Epidemiológica. Hicieron suyo el programa de evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias, insistiendo en la necesidad de que los sistemas de notificación sean simplificados y adecuados a su objetivo. A este respecto, se sugirió que el empleo de microcomputadoras es conveniente en los países en desarrollo.

Los delegados elogiaron al Consejo por su intento de situar las becas en una perspectiva más amplia, tomando en consideración formas diversas de adiestramiento. Si bien acogieron favorablemente la preferencia por la formación en el país natal, exhortaron a no menospreciar la formación interpaíses. Se destacó la necesidad de la coordinación al elaborar un sistema de educación continua en el plano nacional.

Fue bien recibido el documento del Comité del Programa sobre función de la enfermería en la atención primaria de salud, principalmente en lo que atañe a la reorientación de los planes de estudio de enfermería con objeto de atender necesidades concretas.

Se mostró gran entusiasmo por los programas presentados en el capítulo Ciencia y tecnología de la salud, y se expresó satisfacción por la forma en que se gestionan muchos programas. En relación con el capítulo Promoción de la salud, suscitó gran interés el papel que cumplen las investigaciones, dando resultados que concuerdan con necesidades prácticas. Se insistió en la conveniencia de coordinar los programas de investigación a fin de orientar debidamente los trabajos y hacer el mejor uso posible de los recursos. Numerosos delegados señalaron también la importancia de la nutrición para la promoción de la salud; se recabó una verificación adecuada de la eficacia nutricional y una mejor coordinación intersectorial.

Se aprobó la orientación general del programa de salud bucodental, si bien se citó como un problema posible el elevado coste de los fluoruros. Los delegados se interesaron mucho por el programa antipalúdico, pero les preocupa que la resistencia del Plasmodium y de los vectores a las medidas de lucha aplicables en la actualidad pueda originar dificultades, e instaron a elaborar cuanto antes unas medidas más adecuadas.

El programa de lucha contra las enfermedades diarreicas fue acogido con entusiasmo, pero algunos delegados preguntaron si está adoptándose el sistema correcto de vigilancia; les interesa conocer el efecto de la rehidratación oral en las tasas de mortalidad.

Por lo que respecta al programa de lucha antituberculosa, les preocupa que quizá no se saca el mejor partido de la tecnología disponible, así como el hecho de que los medicamentos más eficaces continúan siendo costosos.

Por lo que hace a la nutrición del lactante y del niño pequeño, los delegados están satisfechos de la forma en que se aplica el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y opinan que no existe una necesidad apremiante de revisarlo si bien hace falta vigilar constantemente su aplicación. Recalcaron que el Código es solamente un aspecto de la nutrición de los niños, y se congratularon de que los países estén abordando aspectos más amplios. Fue bien acogida la creciente tendencia a la lactancia natural, y se indicó la necesidad de más alimentos de destete de elaboración local.

Por lo que atañe a la Estrategia mundial, a los delegados les satisface la eficacia del método de vigilancia combinada, y aprueban las medidas propuestas por el Director General para la evaluación de la Estrategia en el Séptimo Informe sobre la situación sanitaria mundial.

Se aprobaron resoluciones sobre temas diversos, entre los que figuran la función del personal de enfermería y de las parteras en la estrategia de salud para todos, así como el consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol.

Por lo que hace al nuevo método de trabajo de la Asamblea de la Salud, las principales críticas se refieren a la forma en que se organizó el examen del presupuesto por programas; hay la impresión de que se acumularon demasiados programas para estudiarlos juntos al mismo tiempo. No obstante, por lo general, los delegados supieron encuadrar, en el tiempo que se les asignó, sus observaciones sobre los distintos programas. El orador suscribe en lo fundamental los comentarios de la Dra. Law sobre el método de trabajo de la Asamblea.

El Sr. AL-SAKKAF, se refiere a la cuestión del informe del Consejo sobre la utilización de ingresos ocasionales y dice que el proyecto de resolución que figura en ese informe fue adoptado en la forma propuesta por el Consejo. Con relación al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y a los locales en la Sede, hubo una mayoría que apoyó la construcción de nuevas instalaciones para el restaurante y las cocinas por ser, a largo plazo, la solución más adecuada del problema, como recomendó el Comité Especial designado por el Consejo. La Asamblea adoptó una resolución (WHA36.17) con ese propósito.

Con respecto a la cuestión de la contratación de personal internacional, los delegados subrayaron la necesidad de mejorar tanto la distribución geográfica como la proporción de puestos ocupados por mujeres. La Asamblea adoptó la resolución WHA36.19 en la que pidió al Director General que informara sobre la contratación en la próxima reunión del Consejo y también en las futuras Asambleas de la Salud en los años impares.

El PRESIDENTE, hablando en su calidad de representante del Consejo Ejecutivo en la 36^a Asamblea Mundial de la Salud, dice que presentó dos informes a la Comisión B. El primero era un informe financiero interino sobre las cuentas de la OMS para el año 1982, relativo a las demoras en el pago de las contribuciones por los Estados Miembros; ese informe no ha planteado ningún problema. El segundo informe se refería a los Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que resultara aplicable el Artículo 7 de la Constitución. En el momento en que se reunió la Asamblea de la Salud había siete países en esa situación, pero todos respondieron al llamamiento del Director General.

El Sr. BOYER, asesor del Dr. Brandt, dice que la experiencia ha demostrado claramente que incluso en un año presupuestario la Asamblea General puede limitarse a dos semanas. Espera que en lo sucesivo el Consejo fije la duración de la Asamblea de la Salud en los años presupuestarios en un máximo de dos semanas.

Sobre la cuestión del criterio de la Comisión A para el examen del presupuesto, tiene la impresión de que hubo alguna confusión en esa Comisión en cuanto a cómo abordar las diversas subdivisiones del programa dentro del documento del presupuesto por programas. Opina que se debe prestar más atención tanto a la política del programa como a las cuestiones financieras. Señala que sólo hubo ocho oradores sobre la Resolución de Apertura de Créditos y espera que en la próxima Asamblea de la Salud se preste más atención a esa cuestión.

El Dr. CABRAL conviene en que se ha demostrado que es posible terminar la labor de la Asamblea de la Salud en un periodo más corto; sin embargo, continúa preocupado por la calidad del debate. Podría mejorarse la forma en que se presenta el informe del Consejo Ejecutivo sobre el presupuesto por programas; cuando el Consejo hizo propuestas concretas en el informe

sobre la forma en que se debían asignar los fondos, no dejó suficientemente claras las razones para esas propuestas. No es sorprendente que algunos temas se hayan tratado superficialmente cuando los delegados están todavía acostumbrados al criterio tradicional por programas. No está suficientemente seguro de que pueda ser eficaz la entrega anticipada, a los delegados, de unas notas más amplias que puedan servirles de orientación; el enfoque del debate del presupuesto por programas habrá de evolucionar gradualmente con el transcurso del tiempo. Sin embargo, está de acuerdo en que los programas con un contenido técnico deben dividirse en grupos, para permitir una coordinación mejor entre las diversas cuestiones examinadas. Las respuestas dadas por la Secretaría a las preguntas hechas por los delegados no siempre han sido claras; se debe poner cuidado en dar respuestas generales a las preguntas generales y respuestas concretas a las preguntas concretas.

No asistió a la Comisión B durante la presentación de los aspectos financieros del presupuesto por programas y, por consiguiente, se alegrará de recibir información sobre la forma de esa presentación. Desea saber, en particular, si el útil juego de transparencias que se mostró al Consejo en su 71ª reunión se mostró también en la Comisión B al comenzar su debate sobre los aspectos financieros.

El Dr. BORGÑO observa que, después de una experiencia de unas 10 Asambleas de la Salud consecutivas, se han hecho, hasta la fecha, enormes progresos en un proceso extraordinariamente dinámico en el que todavía queda camino por recorrer.

En el debate del presupuesto no se trata de examinar los problemas técnicos, en profundidad, sino simplemente de determinar la cantidad de dinero que se asignará a un programa. Las cuestiones técnicas se deben limitar a lo que realmente puede hacerse; las cuestiones tales como la posibilidad de la vacunación contra el paludismo son, sin duda, interesantes, pero por ahora no existe ninguna vacuna para ese propósito. Se ahorraría tiempo y se lograría una mayor eficacia si se concentrase la atención en lo que corresponde.

La experiencia ha demostrado que las diversas modificaciones introducidas en las últimas Asambleas de la Salud son sumamente beneficiosas. Considera indispensable corregir los defectos de los nuevos métodos y mejorar lo que tienen de bueno, y comparte el optimismo de la Dra. Law sobre esos métodos. Era inevitable que surgieran algunas dificultades en el debate del presupuesto en una forma nueva, pero es preciso que los delegados sean concretos y fijen sus propias prioridades; no tienen que hacer comentarios sobre cada programa aislado sino únicamente sobre los que son de interés, ya sea para su país o mundialmente.

Existe la tendencia a concentrarse demasiado en un debate programa por programa del presupuesto, en lugar de hacerlo en la política; esta última es la cuestión más importante y, sin embargo, no ha sido ampliamente debatida. Es preciso continuar el examen de esta cuestión dado que las orientaciones de política dadas por los Estados Miembros son indispensables para hacer posible que la Organización alcance la meta de salud para todos en el año 2000.

Algunos de los grupos de los programas tienen un alcance y una importancia enormes. Apoya la sugerencia de una nueva subdivisión del Capítulo 2 del presupuesto por programas (documento PB/84-85).

El hecho más importante de la Asamblea de la Salud ha sido la reelección del Dr. Mahler, que tendrá que dirigir la Organización durante los próximos cinco años, que es un periodo de extraordinaria importancia para la Organización y los Estados Miembros. El Dr. Mahler merece toda la confianza. Los delegados pueden expresar opiniones que a veces son contrapuestas y, en algunos casos, tienen una connotación política, pero logran superar sus diferencias gracias a la confianza que les inspiran el Director General y la Secretaría.

El Consejo podrá, en el futuro, examinar más detenidamente el debate del presupuesto en la Asamblea de la Salud, a fin de que cuando se examine el próximo presupuesto, en 1985, sea posible introducir los cambios indicados por la experiencia de 1983.

El Dr. ABDULLA comparte las observaciones hechas por el Dr. Cabral y el Dr. Borgoño y recuerda que fue miembro del Grupo de Trabajo que se ocupó del método de trabajo de la Asamblea de la Salud. La mayoría de los miembros de ese Grupo de Trabajo expresaron su preocupación por la corta duración de la Asamblea de la Salud. Sin embargo, la experiencia adquirida durante un periodo de dos años ha demostrado que es posible terminar la labor incluso antes de lo previsto.

Comparte la opinión del Dr. Cabral en el sentido de que, para lograr el máximo rendimiento en el limitado tiempo de que dispone la Asamblea de la Salud, la Secretaría debe realizar un estudio de los métodos de trabajo. Se podría enviar a los Estados Miembros un cuestionario para determinar sus opiniones sobre esos métodos.

El debate del presupuesto por programas es una cuestión compleja que requiere una preparación minuciosa por las delegaciones a fin de familiarizarse con los diversos problemas, incluidos los problemas regionales. Es también conveniente que la Secretaría prepare un informe conciso sobre los posibles cambios en el documento del presupuesto.

El Sr. GRÍMSSON dice que, como ha señalado con acierto la Dra. Law, la 36^a Asamblea Mundial de la Salud podría perfectamente haber durado sólo dos semanas, dado que el primer día había consistido únicamente en una sesión inaugural de menos de una hora de duración. La resolución WHA36.16 dispone que, a partir de 1984, la sesión inaugural de la Asamblea de la Salud se celebre a las 12 de la mañana.

Otra cuestión se refiere al mecanismo para el examen del presupuesto por programas utilizado en la Comisión A. Muchos delegados estiman que el método de examinar las secciones principales que abarcan muchos puntos diferentes no es una buena base para el debate. El trabajo en la Comisión A ha consistido, en gran parte, en una serie de declaraciones más que en un debate útil. Desea expresar su satisfacción, sin embargo, por las declaraciones de los miembros de la Secretaría al resumir el debate sobre cada sección principal. Las respuestas y la información facilitadas por los Directores y los administradores de los programas han sido, en la mayoría de los casos, amplias y esclarecedoras.

Está a favor de reducir la duración de las Asambleas de la Salud en los años impares a dos semanas. Esa medida podría facilitarse celebrando Discusiones Técnicas sólo en los años pares, adoptando procedimientos más selectivos al preparar el orden del día de la Asamblea de la Salud y evitando la introducción de cuestiones que puedan ser examinadas, de forma más adecuada, por otros organismos. La reducción de las Asambleas de la Salud es muy importante para los países pequeños, tanto para economizar gastos como para evitar la sobrecarga que en la gestión administrativa producen las prolongadas ausencias de los funcionarios que están en el extranjero. La Dra. Law observó debidamente que, de esta forma, también se ahorraría dinero para la Organización. Sabe de varios países pequeños que se interesarán por esas mejoras.

El Dr. DE LIMA recuerda que se encontraba entre los que, en la 71^a reunión del Consejo, expresaron dudas en relación con la posibilidad de que la Asamblea de la Salud terminara su labor en el tiempo disponible. Esas dudas han resultado infundadas; la Asamblea ha terminado antes de lo previsto y, ahora, está convencido de que será posible, en el futuro, incluso en los años en que se examina el presupuesto por programas, limitar su duración a un máximo de dos semanas.

La experiencia en la 36^a Asamblea Mundial de la Salud indica que, a fin de asegurar un trabajo perfectamente coordinado y una mayor participación de los delegados, se deben satisfacer algunas condiciones. En primer lugar, los documentos deben llegar a los países con tiempo suficiente para que puedan estudiarse de forma adecuada; en segundo lugar, las delegaciones deben estar integradas por tres personas, cuando menos, a fin de hacer posible la asistencia a todas las sesiones.

El Dr. WARSAMA expresa su satisfacción por la calidad de los documentos presentados por la Secretaría y observa que, en el pasado, tendían a ser excesivamente detallados y voluminosos.

En lo que se refiere a la duración de la Asamblea de la Salud, las delegaciones, en su mayoría, parecen satisfechas con los resultados del experimento, pero el método de trabajo se podría mejorar. Cree que la principal dificultad está en el desglose de los principales puntos del orden del día de la Asamblea de la Salud. Esencialmente las cuestiones técnicas, tales como la prevención y la lucha contra la tuberculosis, fueron examinadas por la Comisión A, pero ese órgano estaba también encargado de examinar las cuestiones financieras. En el futuro, sería conveniente distinguir más claramente entre los diversos puntos del orden del día, según su carácter financiero, administrativo o técnico, y distribuirlos, en la debida forma, entre las dos comisiones.

Sobre la base de su propia experiencia, está convencido de que la OMS debe apoyar, de forma más eficaz, a los responsables de los ministerios u otros órganos de salud pública que, a menudo, participan también en el desarrollo social y económico general y ayudarles, activamente, a convencer a sus gobiernos de que la estrategia de la Organización está realmente preparada para satisfacer los objetivos de salud para todos en el año 2000.

El Dr. LIU Xirong, expresa su reconocimiento por el informe oral de los representantes del Consejo Ejecutivo sobre la labor de la 36^a Asamblea Mundial de la Salud, y por la excelente

forma en que esos representantes han realizado su tarea y observa que la Asamblea de la Salud ha resultado sumamente útil, y que ha estado totalmente impregnada de un ambiente caracterizado por un enfoque y una exploración realistas. Los delegados de 160 Estados Miembros intercambiaron experiencias, en profundidad, sobre una amplia serie de temas en relación con las estrategias de salud para todos en el año 2000; los debates confirmaron la determinación de los Estados Miembros de esforzarse en esa noble meta.

Las Discusiones Técnicas también fueron sumamente fructíferas, y las reacciones de los expertos que participaron fueron positivas.

A pesar de los numerosos puntos y las duras tareas que ha debido abordar, la Asamblea de la Salud ha terminado su trabajo dos días antes de lo previsto. Eso indica que la idea de acortar la duración de la Asamblea de la Salud y la propuesta mejora de su método de trabajo son posibles.

Mirando hacia adelante y a fin de facilitar la labor de las delegaciones pequeñas, propondrá que no se celebren Discusiones Técnicas durante los años en los que la Asamblea de la Salud examina el presupuesto por programas. Si la mayoría de las delegaciones desean otra cosa, propondrá que su duración en esos años se limite a un día.

El Sr. TEKA recuerda al Consejo que la cuestión de la reducción de tiempo de la Asamblea de la Salud se ha estado debatiendo durante, por lo menos, tres años. La reducción a dos semanas ha resultado una medida útil, indicando que las futuras Asambleas de la Salud pueden incluso ser más cortas, fijando, por ejemplo, la sesión inaugural a las 12.00 en lugar de las 15.00 horas.

El Director General recordó debidamente a los delegados la conveniencia de que, al debatir los informes del Consejo Ejecutivo y el Director General, limitarán sus observaciones a las cuestiones que se estuvieran examinando. Esa recomendación fue especialmente adecuada con respecto al debate sobre la aplicación de la atención primaria de salud, y ha producido sus frutos.

La celebración de las Discusiones Técnicas simultáneamente con el debate sobre los informes del Consejo Ejecutivo y el Director General ha dado resultados positivos. No puede estar de acuerdo con la propuesta de que esas discusiones se realicen únicamente una vez cada dos años, dado que permiten que los Estados Miembros, que quizás en otro caso no tendrían oportunidad de hacerlo, examinen todos los aspectos de las ideas y las metodologías estudiadas exhaustivamente.

Por otra parte, conviene en que a fin de dar amplia cobertura a la Asamblea de la Salud y sus Comisiones, se debe alentar a los Estados Miembros a que envíen, por lo menos, tres delegados. La circular del Director General podría, en el futuro, incluir una recomendación en ese sentido.

El DIRECTOR GENERAL ADJUNTO dice que la Secretaría ha tomado nota de las propuestas y recomendaciones del Consejo. Contestando a la pregunta concreta del Dr. Cabral, explica que, por razones logísticas y técnicas, no ha sido posible que las diapositivas y las transparencias se muestren en la Comisión B.

El Dr. MAKUTO, Relator, da lectura al siguiente proyecto de resolución:

El Consejo Ejecutivo,

Enterado del informe oral de los representantes del Consejo Ejecutivo sobre los trabajos de la 36^a Asamblea Mundial de la Salud,

DA LAS GRACIAS a los representantes del Consejo Ejecutivo por su trabajo y por su informe.

Se adopta el proyecto de resolución.

6. INFORMES SOBRE REUNIONES DE COMITES DE EXPERTOS Y GRUPOS DE ESTUDIO: Punto 5 del orden del día (documento EB72/2)

Empleo de medicamentos esenciales: Informe de un Comité de Expertos de la OMS (OMS, Serie de Informes Técnicos, N^o 685)

El Dr. KHALID expresa su satisfacción por los progresos que se han hecho en relación con los medicamentos esenciales y por el informe del Comité de Expertos, que contiene gran cantidad

de información y directrices útiles, además de una lista modelo de medicamentos esenciales para la atención primaria de salud. Recuerda que en un informe anterior de la Serie de Informes Técnicos, N° 615, 1977, sobre la selección de medicamentos esenciales, se establecieron directrices para preparar una lista de medicamentos esenciales.

En tanto que es posible determinar con facilidad los tipos de medicamentos necesarios sobre la base de patrones de morbilidad, suele ser difícil llegar a un consenso acerca de la gama y tipos de alternativas. Entre los factores que dan lugar a esa situación se encuentran los siguientes: en primer lugar, las preferencias y experiencias individuales de quienes prescriben los medicamentos; en segundo lugar, algunas cuestiones éticas, dado que con frecuencia se considera que la lista de medicamentos esenciales limita los derechos del individuo a formar su propio juicio y a ejercer su profesión; en tercer lugar, las respuestas y preferencias de cada paciente; en cuarto lugar, una experiencia local limitada en relación con determinados medicamentos que obliga a las administraciones, ministerios de salud y otros órganos a depender de la experiencia extranjera o del criterio de unos cuantos especialistas; en quinto lugar, una labor de ventas muy activa por parte de vendedores de medicamentos y grupos de presión de las compañías farmacéuticas, en especial por lo que se refiere a medicamentos patentados en fecha reciente; y, por último, los argumentos formulados por empresas competidoras en favor de la eficacia y el bajo costo de diversos tipos de medicamentos, lo que adquiere especial importancia al evaluar las ofertas, ya que las decisiones se han adoptado en un tiempo limitado y son limitados también los medios de que se dispone para someter los medicamentos a prueba.

Aunque la responsabilidad de la compilación de listas de medicamentos esenciales recae en los gobiernos nacionales y, más concretamente, en los ministerios de salud, los países que podrían obtener el mayor provecho de esas listas carecen a menudo de los conocimientos técnicos y de otros recursos necesarios para racionalizar la utilización de medicamentos en un plazo razonable. Desde un punto de vista práctico, muchos de esos países no están en condiciones de determinar factores tales como la relación beneficio/riesgo, la biodisponibilidad, la equivalencia terapéutica o las muchas otras variables inherentes a la selección de medicamentos. Es probable que no haya acceso inmediato a toda la información relativa a esos factores. Por lo tanto, habrá de ser útil tener, sobre todo en el caso de los países de recursos limitados para evaluar la utilización y la calidad de los medicamentos, una guía práctica que ayude a seleccionarlos y en la que se den explicaciones substantivas y de procedimiento con tanta claridad como se hace en los dos informes, añadiendo también orientaciones operacionales. La OMS puede profundizar aún más en la labor ya iniciada sobre esta cuestión, a fin de que los países se beneficien del establecimiento de la lista de medicamentos esenciales.

El Dr. DE LIMA encomia los informes y dice que los países con problemas de suministro de medicamentos pueden tomar nota con provecho de lo expuesto en la Sección 9 del informe del Comité de Expertos sobre el empleo de medicamentos esenciales en el sentido de que se utilizó la lista modelo para preparar la lista de medicamentos comunes y de equipo clínico para 10 000 personas, para un lapso de tres meses, como parte de un botiquín de urgencia. Esos países podrían estudiar la posibilidad de establecer una reserva renovable de esta índole.

En relación con la Lista Modelo Revisada de medicamentos esenciales que figura en la Sección 10, pregunta por qué se suprimió el niridazol del Grupo 6.8 (medicamentos contra la esquistosomiasis) y quiere saber si esto se debe tal vez a sus posibles efectos tóxicos en las glándulas sexuales.

El Dr. BRANDT observa que al actualizar la lista modelo de medicamentos, el Comité de Expertos suprimió 14 sustancias y agregó otras 18 a fin de llegar a su recomendación de 22 sustancias. Esto constituye una muestra de la velocidad con que evolucionan los conocimientos farmacológicos. Señala además que el Comité apoyó el uso del Sistema para la Certificación de la Calidad de los Productos Farmacéuticos objeto de Comercio Internacional, y le complace decir que la dependencia encargada de los alimentos y los medicamentos en un país que conoce bien se cuenta entre los participantes en dicho sistema. El Comité recomendó además que se utilizara la lista como base de un formulario modelo, es decir, un compendio de recopilaciones de datos farmacéuticos. Sugiere que en dichas recopilaciones de datos farmacéuticos se incluya una descripción de los principios de una buena práctica terapéutica, para recoger así en un solo volumen las orientaciones dadas oficialmente por la OMS para el empleo de medicamentos esenciales en la atención primaria de salud. Pregunta si se adoptará esa recomendación.

El Dr. BORGÑO dice que los dos informes sobre empleo y selección de medicamentos esenciales son muy importantes y que, por lo tanto, merecen que se les dé la mayor difusión posible, a fin de que las recomendaciones que en ellos figuran lleguen a los niveles deseados en los sistemas de salud. Tanto a los Estados Miembros como a la Organización incumbe desempeñar un papel importante para dar a conocer estos informes en el plano nacional, regional y mundial.

El empleo y selección de medicamentos esenciales plantea un problema extraordinariamente dinámico, porque se requieren revisiones periódicas tendentes a la introducción de algunas nuevas preparaciones y a la eliminación de otras por diferentes razones. A su juicio, el aspecto crucial radica en la aplicación de las decisiones que puedan tomarse: ¿Cómo obtener la colaboración de industrias farmacéuticas, ya sean estatales o privadas, para que haya un adecuado abastecimiento en el lugar oportuno de esos medicamentos, con el propósito de que puedan utilizarse a un precio razonable y producir los efectos benéficos deseados? Con esa finalidad hay que fomentar una de las actividades en que está empeñada la Organización, es decir, la inspección de calidad. No basta con que el medicamento esté disponible, sino que también debe ajustarse a la inspección de calidad o la certificación correspondiente como medio de garantizar que se encuentra en buenas condiciones, en la concentración adecuada y que su empleo está indicado en el caso concreto de que se trate. Este concepto tiene extraordinaria importancia, aunque es bastante difícil de poner en práctica, ya que requiere infraestructuras que permitan seguir las recomendaciones en todos los niveles del sistema de salud. Cabe preguntarse si el informe se podría ampliar para hacer especial hincapié en el empleo de medicamentos esenciales para la atención primaria de salud, de acuerdo con la realidad de los diferentes países.

Cree que sería conveniente mantener informado al Consejo acerca de los progresos hechos en la aplicación de las recomendaciones del Comité de Expertos y que se fijara una periodicidad para efectuar las revisiones a que hubiera lugar.

El Profesor RAHHALI observa que los medicamentos son sustancias peligrosas y que, si bien los debates en el seno del Consejo Ejecutivo se desarrollan entre personas con una sólida preparación en medicina, algunos países en desarrollo carecen del personal calificado necesario para el manejo adecuado de los medicamentos y tampoco disponen de los medios para adquirir siquiera los medicamentos más esenciales. Por ese motivo considera que la OMS debe tomar la iniciativa para el establecimiento de un "fondo internacional de medicamentos" cuyos recursos procedan en parte de fondos destinados a misiones de expertos que en ocasiones no se justifican del todo en algunos países; en parte, de una reducción en el nivel de becas que, a pesar de los grandes esfuerzos hechos por el Director General, no se utilizan cabalmente; y, en parte, de contribuciones de cada uno de los Estados Miembros que produzcan como mínimo el 80% de sus propias necesidades en materia de medicamentos. Su país produce actualmente el 99% de los medicamentos que requiere y, por lo tanto, el orador está dispuesto a comprometerse a obtener la contribución de su Gobierno para el establecimiento de ese fondo, que sería administrado por la OMS y que se encargaría de definir cuáles son los medicamentos esenciales que se podrían emplear en cada país en desarrollo con dificultades. Quisiera citar como ejemplo el caso de un país azotado actualmente por la tuberculosis que no tiene ni uno de los tres medicamentos básicos necesarios para el tratamiento de esa enfermedad. En ese caso, la intervención de la OMS podría consistir en el envío de los medicamentos esenciales y de los expertos necesarios para capacitar y formar al personal paramédico en lo que se refiere a su empleo, puesto que es bien sabido que esas sustancias son muy peligrosas cuando se las administra indebidamente. Los expertos en cuestión podrían constituir una aportación de aquellos países en desarrollo que tuvieran personal paramédico calificado disponible.

Sugiere además que en lugar de establecer una sola lista modelo de medicamentos esenciales, que no forzosamente se ajusta a las necesidades reales de los diferentes países, la OMS estudie la posibilidad de elaborar gradualmente una serie de listas adaptadas a las necesidades de cada país. Cuando los países en cuestión no dispongan de los medios para adquirir los medicamentos recomendados, se los proporcionará la OMS; si carecen del personal paramédico, la OMS se dirigirá a países del Tercer Mundo y en desarrollo que puedan prestar ayuda en ese sentido. A su juicio, ésta es una manera más realista de abordar el problema que la elaboración de una lista que puede resultar inútil, ser objeto del rechazo de los médicos o suscitar la oposición de los pacientes porque parece coartar su libertad de elección.

En aras de la eficiencia, se declara partidario de una actividad sectorial bien definida, el abastecimiento de medicamentos a quienes carecen de ellos y la prestación de servicios de expertos para la prescripción de esas sustancias. Añade que, en ocasiones, los alimentos y el agua potable son más necesarios que los medicamentos y que hay otras exigencias además del suministro de medicamentos esenciales; en efecto, un medicamento puede entrañar a veces una agresión terapéutica más que una curación.

El Sr. GRÍMSSON agradece al Comité de Expertos su informe y considera que el Comité adoptó el método restrictivo correcto por lo que se refiere a la modificación de la lista de medicamentos esenciales. La lista modelo de medicamentos para atención primaria de salud constituye una innovación importante. Al comparar el Informe Técnico N° 615 de 1977 con el informe nuevo, la diferencia que se observa, en el acto, está en el título: el primero de ellos lleva por título "Selección de medicamentos esenciales", mientras que el título del nuevo informe es "Empleo de medicamentos esenciales". Señala a la atención de la Comisión lo expuesto en la Sección 2 (Directrices para el establecimiento de un programa nacional de medicamentos esenciales), paso 6), en el que se dice que, en ciertos casos, los estudios sobre el empleo de medicamentos pueden contribuir a comprender mejor las necesidades reales. En su opinión, esa afirmación es demasiado vaga, sobre todo si se tiene en cuenta el título del informe. Tanto en el informe de 1977 como en el informe intermedio hay un capítulo dedicado especialmente a las encuestas sobre utilización de medicamentos donde se señala qué poco se sabe acerca de las consecuencias clínicas que acarrearán las principales diferencias en las pautas de administración seguidas en distintos países y en diversas regiones de un mismo país. Se dice además que es preciso disponer de datos sobre la utilización de medicamentos a fin de que los comités de selección puedan actuar con óptima eficacia. En tercer lugar, se expone que es necesario un sistema de clasificación de medicamentos y de unidades de medida comunes. Piensa que las conclusiones del informe de 1977 sobre ese aspecto concreto son más importantes que las conclusiones correspondientes en el nuevo informe.

El Dr. DUNNE, Preparaciones farmacéuticas, al responder a las preguntas formuladas, señala en primer lugar que la lista es una lista modelo. Varios miembros del Consejo se han referido a la cuestión de los criterios de selección. Cree interpretar los deseos del Comité de Expertos al decir que el Comité desempeñó sus funciones sin contar para ello con datos concretos y que los criterios pormenorizados de selección habrán de precisarse en gran medida en el plano nacional. El determinante principal de una lista definitiva nacional de medicamentos es sin lugar a dudas el contexto exacto en que vayan a emplearse los medicamentos.

Según sugirió el Dr. Brandt, el número de modificaciones efectuadas en la lista modelo para ajustarse a la evolución de los conocimientos farmacológicos parece justificar nuevas reuniones del Comité de Expertos, que podrían celebrarse cada dos años. En realidad, en uno o dos casos la lista actual resulta ya anticuada. El futuro de un medicamento que se utiliza desde hace tanto tiempo como la piperacina, por ejemplo, está puesto hoy en duda como resultado de pruebas para detectar sustancias mutágenas y carcinógenas realizadas en fecha reciente. En relación con el comentario del Dr. de Lima acerca del niridazol, nadie niega que este medicamento haya sido durante muchos años de gran utilidad para el tratamiento de la esquistosomiasis, pero hoy en día hay productos más eficaces y menos tóxicos.

Otra de las dudas principales que se suscitaron fue si la información llega a las personas indicadas. Existen pruebas alentadoras de que la reciben las autoridades encargadas de la reglamentación de los medicamentos y las personas responsables de la adquisición de medicamentos en los países; pero ciertamente no llega al personal de salud. El Comité de Expertos está perfectamente al tanto de esa realidad, y pidió encarecidamente a la Secretaría que preparara recopilaciones de datos farmacéuticos que pudieran adaptarse al personal de salud de diferentes niveles en los países. La Secretaría preparó unas 200 recopilaciones preliminares que se distribuyeron como documentos de consulta a los fabricantes de medicamentos y a otras fuentes. Se confía en que, a la larga, se recogerán en un solo volumen, en forma de compendio, las orientaciones sobre cuestiones terapéuticas que la OMS da en muchas esferas diferentes, y en que se distribuirá dicho compendio como un formulario modelo de la OMS.

El Dr. DAVIS, Director, Programa de Enfermedades Parasitarias, dice en su respuesta al Dr. de Lima que el niridazol se introdujo en el mercado en 1963; el tratamiento dura cinco, seis o siete días y su eficacia curativa aumenta si se dividen las dosis en el curso del día, lo que complica su empleo en el campo. Presenta una alta incidencia de efectos secundarios

molestos, aunque relativamente poco importantes, y una incidencia moderada de efectos neurosiquiátricos hasta cierto punto graves en casos avanzados de infecciones de Schistosoma mansoni o S. japonicum. Como ha dicho el Dr. Dunne, en los últimos años se demostró que era una sustancia mutagénica cuando se sometió a diversos sistemas de pruebas y se comprobó además que, independientemente de la dosis, produjo efectos carcinogénicos en dos especies de roedores. Por lo tanto, llegó el momento de sustituirlo. El niridazol se reemplazó en la Lista de Medicamentos Esenciales mediante tres medicamentos sumamente eficaces que se administran en diversas situaciones ya sea en una, dos o tres dosis o, como máximo, en dos días de tratamiento, pero en la mayoría de los casos puede completarse el tratamiento con una dosis sencilla o doble. Estos nuevos medicamentos fueron sometidos a estudios toxicológicos muy rigurosos y detallados y resultan seguros para un uso generalizado en el plano de la comunidad por medio de los mecanismos de atención primaria de salud. Se toleran bien y son mucho más eficaces que los compuestos anteriores.

El DIRECTOR GENERAL dice que el Dr. Khalid ha abordado la cuestión fundamental que consiste en saber si la OMS puede prestar servicios útiles para apoyar a los Estados Miembros que tratan, con gran valentía política, de reducir al mínimo el desorden actual en el sector de los medicamentos. El Dr. Khalid ha indicado atinadamente que no se necesita sólo un libro con conceptos, sino una guía para transformar esos conceptos en prácticas nacionales. El orador cree que quien tenga el valor de reunir a los máximos responsables de la medicina moderna y, bien documentado, discutir con ellos con toda franqueza, no tendrá demasiadas dificultades para hacer considerables progresos en este campo. Cuantos han participado en la lucha contra la tuberculosis, por ejemplo, saben lo importante que es obtener datos científicos acerca de los medicamentos utilizados con el fin de llegar a aplicar un método quimioterápico adecuado. El orador piensa que la posibilidad de que los mejores científicos del mundo proporcionen la información básica sobre la que se ha de alcanzar un consenso nacional con respecto a los medicamentos constituye una enorme ventaja, pero opina también que la OMS debe contribuir de una manera más activa a que se proporcione orientación sobre la forma de adaptar esos conceptos a las realidades nacionales. Como ha señalado el Dr. Brandt, la OMS apenas ha comenzado a abordar la cuestión de las hojas de datos sobre los medicamentos esenciales; queda una ingente tarea por realizar para proporcionar esas hojas de manera que puedan ser utilizadas por los países después de las necesarias adaptaciones, tanto en la atención primaria de salud como en los hospitales de primer escalón de envío de casos. El orador advierte que no se debe recurrir a la soberanía nacional o profesional como una excusa para no tratar de cambiar el estado actual de anarquía en este sector. Se refiere de nuevo al ejemplo de la tuberculosis y recuerda que se necesitaron 10 años para normalizar la quimioterapia en favor de los pacientes. Los médicos pueden desde luego recetar libremente, pero no a expensas del paciente. La OMS ha sido siempre, por encima de todo, la protectora del paciente. Queda todavía un largo camino por recorrer, pero la OMS ha sido muy valiente al atreverse a promover ese concepto global de los medicamentos esenciales. Se han hecho algunos progresos y acaban de surgir algunas ideas muy importantes. El Profesor Rahhali ha indicado que el suministro de medicamentos esenciales a los países en desarrollo que lo necesitan por medio de algún mecanismo podría producir un gran efecto. Sin embargo, el orador cree conveniente aclarar que no se pueden proporcionar medicamentos esenciales a Africa por uno o dos millones de dólares; para obtener resultados positivos hacen falta cientos de millones de dólares, y los Estados Miembros se han comprometido a hacer frente al problema primeramente en sus propios presupuestos nacionales. La Organización está examinando la cuestión de la adquisición en común, posiblemente por conducto de fondos rotatorios, a nivel regional o interpaíses. Incluso a nivel interpaíses se tropieza con enormes dificultades prácticas para llegar a un acuerdo sobre la gestión de esos proyectos. Para dar un ejemplo, si un agente de ventas ofrece medicamentos a un país participante a un precio muy inferior al convenido en el grupo de países, socava inmediatamente todo el sistema. Es preciso estudiar mucho más a fondo la forma de establecer mecanismos adecuados de compra y distribución y de movilizar los fondos necesarios. El Consejo deberá examinar numerosas cuestiones para que el programa pueda avanzar porque se trata de sectores nuevos para la OMS; con todo, se está adquiriendo rápidamente experiencia, particularmente en los países africanos, en lo que se refiere a la gestión del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. Un país africano, en colaboración con el UNICEF y la OMS, está preparando licitaciones por valor de unos US\$ 30 millones; un país nórdico está proporcionando los fondos. Es demasiado pronto para saber cómo responderá la industria farmacéutica, pero el orador espera que se obtenga una oferta de precios que permita hacer un gran avance en la aportación de medicamentos esenciales para

la atención primaria de salud. El orador señalará todas estas cuestiones a la atención del Consejo porque considera esencial que esté plenamente informado de todas las medidas adoptadas. Cree que éste es uno de los sectores vitales en que la OMS debe demostrar que se están haciendo progresos puesto que la atención primaria de salud no puede dar resultado sin medicamentos esenciales.

El Profesor LAFONTAINE, refiriéndose a las observaciones del Sr. Grimsson sobre el tema, añade que en lo que respecta al uso de medicamentos, "care" (atención) no siempre es sinónimo de "utilization" (utilización).

Señala que en el segundo párrafo del texto francés de la sección 1.2 del informe del Director General (documento EB72/2) se indica que se habían seleccionado 22 sustancias en la primera lista modelo de medicamentos destinados a la atención primaria de salud que podían ser "administrés en toute sécurité..." (en inglés, "safely used..."; en español, "sin riesgo...") en ciertas condiciones. Como farmacólogo veterano, el orador sugiere que se utilice alguna expresión más prudente, como "eficazmente".

Límites que se recomiendan por razones de salud para la exposición profesional a ciertos polvos de origen vegetal (OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 684)

El Dr. DE LIMA indica que la acción tóxica de ciertas sustancias varía con la temperatura y la humedad del medio de trabajo. Se pregunta si el Grupo de Estudio ha tenido en cuenta las condiciones imperantes en los países en desarrollo al establecer los límites de exposición recomendados.

El Dr. BORGOÑO insiste en la necesidad de investigaciones de orden epidemiológico y de una vigilancia epidemiológica no sólo en el contexto abarcado por el presente informe, sino también en el de otros, con el fin de determinar las normas ajustadas a una realidad que evidentemente es muy cambiante por el avance de la tecnología y otras circunstancias. El orador cree que las investigaciones que se señalan en el presente informe revisten particular trascendencia porque muchas veces la información básica en la cual están basadas las normas no siempre es suficientemente precisa en relación con el riesgo al que se refieren. Por eso piensa que una vigilancia epidemiológica es esencial para ver si se sigue el camino más acertado.

El Dr. EL BATAWI, Oficina de Higiene del Trabajo, en respuesta al Dr. de Lima, recuerda que los casos que se están estudiando se refieren a polvos de origen vegetal, algodón, lino y cáñamo blando; y que, aun cuando probablemente existe un sinergismo entre la elevación de la temperatura ambiental y la intoxicación por ciertos productos químicos industriales, esos mecanismos no parecen existir en lo que se refiere a la exposición a los polvos de origen vegetal. Sin embargo, esa cuestión particular no se ha estudiado, quizá debido al hecho de que nadie esperaba descubrir ninguna relación sinérgica entre ambos factores. En cualquier caso, recuerda al Dr. de Lima que la OMS ha hecho un estudio concreto de todo el tema de la exposición combinada a diversos riesgos químicos y físicos en el lugar de trabajo. Ese estudio, que duró varios años, lo preparó un Comité de Expertos y se publicó en la Serie de Informes Técnicos de la OMS hace unos años. En respuesta al Dr. Borgoño, que ha planteado una cuestión importante y pertinente, señala que las recomendaciones que figuran en el informe son recomendaciones por razones de salud: las recomendaciones basadas en la práctica tendrían que tener en cuenta el costo de las medidas de lucha y los beneficios obtenidos, requerirían negociaciones entre los trabajadores, el gobierno y los empresarios, y tendrían que establecerse en el plano nacional, en función de la prioridad dada al tema particular. Al especificarse "por razones de salud" se quiere dar a entender que se basan en las pruebas epidemiológicas de que se dispone. Uno de los criterios importantes para la selección de las sustancias con respecto a las cuales la OMS ha establecido límites de exposición profesional por razones de salud es que se disponga de pruebas epidemiológicas. Con respecto al algodón y al lino, hay pruebas bastantes que permiten recomendar límites de exposición por razones de salud. Eso tiene sus repercusiones tanto en los países industrializados, donde ha habido siempre una confusión causada por las discrepancias entre las recomendaciones de los países de Europa oriental y las de los países de Europa occidental con respecto a los límites de exposición por factores profesionales, como en los países en desarrollo, donde las recomendaciones de la OMS ayudarán a iniciar su industrialización de una manera sana. El orador está plenamente de acuerdo en que es necesario vigilar el

medio de trabajo y la salud de los trabajadores. Al final del informe figura una guía sobre el tipo de cuestionario que se ha de utilizar para vigilar a los trabajadores y evaluar la capacidad de ventilación, así como la cantidad de polvo en el medio, etc.; esa vigilancia debe proporcionar a la larga información sobre la reacción a la exposición y las relaciones exposición-efecto, sobre cuya base se podrán confirmar o revisar las recomendaciones hasta ahora adoptadas.

Decisión: El Consejo Ejecutivo tomó nota, una vez practicado el oportuno examen, del informe del Director General sobre las reuniones de los siguientes comités de expertos y grupos de estudio: el Comité de Expertos de la OMS sobre Empleo de Medicamentos Esenciales; y el Grupo de Estudio de la OMS sobre Límites que se recomiendan por razones de salud para la exposición profesional a ciertos polvos de origen vegetal. El Consejo dio las gracias a los expertos que han asistido a las reuniones y pidió al Director General que aplicase las recomendaciones de los expertos al ejecutar los programas de la Organización, teniendo en cuenta las deliberaciones del Consejo.

7. INFORME DEL COMITE MIXTO UNICEF/OMS DE POLITICA SANITARIA SOBRE SU 24^a REUNION: Punto 6 del orden del día (documento EB72/3 y Corr.1)

La Dra. LAW, Presidenta, Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria, al presentar el informe, dice que el Director General de la OMS, en su discurso de apertura de la reunión del Comité Mixto UNICEF/OMS, insistió en la coordinación y cooperación actuales entre la OMS y el UNICEF con respecto a la atención primaria de salud y la meta de salud para todos en el año 2000. El Director Ejecutivo del UNICEF, en su discurso de apertura, destacó cuatro elementos de la atención primaria de salud que el UNICEF considera particularmente eficaces en función del costo en los países en desarrollo: gráficas de crecimiento; rehidratación oral; lactancia natural e inmunización. Estos programas (conocidos colectivamente por sus iniciales inglesas GOBI) se describen en un informe reciente del UNICEF titulado "La situación de los niños en el mundo, 1982-1983".

Después de los discursos de apertura, se procedió a un examen de la aplicación de la atención primaria de salud por ambas organizaciones, durante el cual se reafirmó la importancia de su asociación en las actividades de salud para todos y atención primaria de salud. En la reunión se examinaron a continuación los programas GOBI en relación con el fortalecimiento de la infraestructura de atención primaria de salud, insistiéndose en que se han de adoptar medidas en ese contexto, en lugar de establecerse un programa separado, y que en último término las prioridades de cada país debe determinarlas el propio país.

Durante el examen de la aplicación de la atención primaria de salud, los miembros del Comité Mixto destacaron asimismo la repercusión de la nueva tecnología de la comunicación y la elevación de los niveles de alfabetización en muchos países, lo que dará la posibilidad de intensificar los esfuerzos e iniciar nuevas actividades en el campo de la educación sanitaria y la participación de la comunidad. El UNICEF presta particular atención a los problemas urbanos, especialmente los que afectan a los pobres urbanos. Se ha señalado que los criterios de la atención primaria de salud están destinados a aplicarse a todos los grupos, tanto de las poblaciones urbanas como rurales, pero el Comité ha pedido al Director General de la OMS y al Director Ejecutivo del UNICEF que examinen la cuestión más a fondo, con particular referencia a los grupos muy expuestos, y que informen en una forma comunmente convenida al Comité en su próxima reunión.

El Comité señaló también que era esencial reforzar la cooperación técnica entre países en desarrollo y aumentar la participación de las organizaciones internacionales no gubernamentales en el programa de atención primaria de salud.

El Comité examinó asimismo los progresos realizados en diversos sectores específicos: las infecciones respiratorias agudas; la lucha contra el paludismo en la atención primaria de salud; las enfermedades de transmisión sexual; las cardiopatías reumáticas; la esquistosomiasis; el programa de acción sobre medicamentos esenciales; el programa de abastecimiento de agua y saneamiento; el programa mixto UNICEF/OMS de fomento de la nutrición; y, por último, la alimentación de los lactantes y niños pequeños.

Se convino en que en la próxima reunión se examinarían fundamentalmente los mismos temas, junto con la cuestión de la atención primaria de salud en las zonas urbanas. Se sugirió además que los órganos ejecutivos de ambas organizaciones examinaran la posibilidad de designar a un miembro del Comité Mixto de Política Sanitaria para que asistiera a la principal reunión anual de las Secretarías de la OMS y del UNICEF.

Para terminar, la oradora dice que, aun cuando la OMS y el UNICEF han adoptado enfoques algo distintos con respecto a la atención primaria de salud, la reunión pudo llegar a un consenso. Parece que existe un acuerdo general en que se debe asumir un compromiso permanente con respecto al desarrollo de la atención primaria de salud, más que al desarrollo de nuevos programas verticales, no obstante las valiosas indicaciones del UNICEF respecto de ciertos métodos específicos y de relación costo-eficacia favorable a los que podrían recurrir algunos países como punto de partida para sus programas de atención primaria de salud. En los últimos días ha habido conversaciones entre ambas secretarías; la Secretaría de la OMS facilitará sin duda un informe actualizado sobre los progresos realizados.

Se levanta la sesión a las 17.35 horas.