



CONSEJO EJECUTIVO

85ª reunión

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEXTA SESION

Sede de la OMS, Ginebra
Miércoles, 17 de enero de 1990, a las 14.30 horas

PRESIDENTE: Dr. S. TAPA

INDICE

	<u>Página</u>
1. Forma y periodicidad de la presentación de informes por el Director General al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud sobre las actividades de la OMS y los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos (informes del Comité del Programa y del Director General) (continuación)	2
2. Método de trabajo y calendario de la Asamblea de la Salud (informes del Comité del Programa y del Director General)	8

Nota

La presente acta resumida es provisional. Los resúmenes de las intervenciones no han sido aún aprobados por los oradores y el texto no debe citarse.

Las rectificaciones que se desee incluir en la versión definitiva deberán entregarse por escrito al Oficial de Conferencias o enviarse al Servicio de Actas (despacho 4013, sede de la OMS) antes de que termine la reunión. También se pueden enviar al Jefe de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, antes del 6 de marzo de 1990.

El texto definitivo se publicará ulteriormente en el documento EB85/1990/REC/2: Consejo Ejecutivo, 85ª reunión: Actas resumidas.

SEXTA SESION

Miércoles, 17 de enero de 1990, a las 14.30 horas

Presidente: Dr. S. TAPA

1. FORMA Y PERIODICIDAD DE LA PRESENTACION DE INFORMES POR EL DIRECTOR GENERAL AL CONSEJO EJECUTIVO Y A LA ASAMBLEA DE LA SALUD SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA OMS Y LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS (INFORMES DEL COMITE DEL PROGRAMA Y DEL DIRECTOR GENERAL): punto 13 del orden del día (documentos EB85/16 y EB85/17) (continuación)

El Sr. SRINAVASAN felicita al Director General por su informe (EB85/17); las revisiones de los indicadores mundiales propuestas en el párrafo 17 son acertadas en general, aunque con el tiempo cabrá sin duda mejorarlas. Tanto en los indicadores originales como en los revisados se atribuye con acierto gran importancia al interés y a la dedicación por la salud para todos al máximo nivel político. Una manera de hacerlo consistiría en averiguar periódicamente si los procesos de planificación y de gestión de cada país se ajustan razonablemente a los requeridos para alcanzar ese objetivo. Con ese fin, el orador apoya la recomendación incluida en la conclusión del párrafo 13 de que los países deberán elaborar nuevos indicadores propios, ajustados a sus propias situaciones sanitarias. Gracias a esos indicadores, la población podrá comprender qué cambios son necesarios para progresar en materia de salud.

En lo referente al indicador N° 6, coincide el orador con Sir Donald Acheson en que la ayuda prestada a actividades relacionadas con la salud debería tomarse en cuenta al calcular el volumen de ayuda recibida o suministrada con fines sanitarios. Convendría analizar esa ayuda para ver si genera empleo o ingresos con destino a la población, especialmente en el caso de los desfavorecidos que están necesitados de cuidados de salud. En muchos casos, el acceso a los cuidados de salud está supeditado a la seguridad en el empleo.

Es importante, como lo ha señalado el Dr. Cabral, disponer de un indicador para observar los cambios producidos en medios urbanos desfavorecidos. Muchos países tienen una vasta población urbana, compuesta en su mayor parte de personas desfavorecidas. Muchos cambios importantes pasarán desapercibidos a menos que esa población sea objeto de un estudio especial. La introducción de esos indicadores especiales podría acaso efectuarse haciendo referencia concreta a las grandes conurbaciones como uno de los posibles subgrupos incluidos en los diversos indicadores.

Un sistema mejor de recogida y elaboración de información conlleva por fuerza gastos; si el costo de una mayor exactitud es excesivo, esas actividades tal vez podrían aplazarse de momento. Quizá una vez estén concluidos los propios indicadores, podría realizarse un estudio en cada país, por conducto de las oficinas regionales, para comprobar en qué medida pueden determinarse a partir del insumo de información existente. Preocupa especialmente que algunos de los indicadores propuestos requieren un insumo de datos de que tal vez no sería posible disponer por falta de infraestructura adecuada. En la India, por ejemplo, la planificación de salud para todos requiere indicadores relacionados con la planificación familiar; sin embargo, aun cuando existan indicadores cuantitativos sobre la población incluida en esa actividad, por lo que respecta a información, suministros y servicios, son mucho menos accesibles los datos cualitativos sobre actitudes y prácticas oficiales y particulares. Es, pues, importante que los datos recabados en ese sector sigan siendo fundamentalmente cuantitativos; la definición de planificación de la familia y el tipo de información cuantitativa que habría de incluir deberían quedar, a juicio del orador, a discreción de los diversos países, de suerte que la información suministrada por los indicadores correspondientes pudiera obtenerse con facilidad.

En la mayoría de los Estados Miembros de la OMS, se entiende por atención primaria de salud la asistencia sanitaria rural, no urbana, periférica. El factor más importante para lograr la salud para todos es el grado de éxito alcanzado en la entrega de recursos a ese nivel mediante descentralización, medidas administrativas, movilización política u otros

métodos. En consecuencia, debe hacerse hincapié en aquellos aspectos de los indicadores mundiales que revelan el grado de proximidad entre los recursos y la población, especialmente en zonas rurales. Si los métodos para determinar en qué medida los recursos han llegado en los distintos países hasta la periferia pueden elaborarse con ayuda de la Secretaría, será posible calcular un índice cualitativo del concepto de la salud para todos.

La Profesora MEDINA SANDINO señala una consciencia general de la necesidad de la información para saber cómo se va y a dónde se va. Sin embargo, en lugar de limitarse a ver a dónde apuntan las tendencias, los indicadores de actividades de seguimiento, de la evaluación de logros y del progreso hacia la salud para todos deberían contribuir decisivamente a encauzar los esfuerzos hacia objetivos concretos. Ese aspecto brilla algo por su ausencia en las medidas propuestas. Aparte de que les resulte más fácil a los países definir objetivos concretos, éstos son necesarios por los mayores resultados obtenidos al encauzar los recursos en consecuencia. Las condiciones han cambiado desde la Declaración de Alma-Ata; hace falta ahora una evaluación en la que sean los países los que concreten los objetivos prácticos para el año 2000. Los propios países deberían definir primordialmente esos objetivos, limitándose la Organización a facilitar su logro, colaborar en la pertinente adopción de decisiones y ayudar a los países a alcanzar los objetivos que se hubieren propuesto. Es importante que se fijen metas realistas en sectores en los que sea posible garantizar los recursos necesarios, porque está claro que de ello se derivaría un mejoramiento real de la salud.

Al introducir un cambio, el éxito depende del ímpetu aportado desde la base. En lo referente a los sistemas de información, lo que ha de fomentarse es la capacidad de los propios países de reunir y elaborar los datos y utilizarlos oportunamente en la adopción de decisiones y en la ejecución de medidas. Para obtener los mejores resultados, habrá que intensificar los esfuerzos en aquellos sectores en que las iniciativas de fomento de la salud sean más urgentes. Además, para que las estrategias de salud para todos se conviertan en realidad, hay que ayudar a los países a mejorar su recogida de información en zonas especialmente definidas; buscar datos con destino a indicadores vagos y muy generales sería una tarea estéril. En resumen, hace falta dar respuestas concretas a preguntas concretas para fijar unos objetivos concretos alcanzables.

Otra de las finalidades de reunir información consiste en proporcionar una base para decidir de qué manera se van a distribuir los recursos. Ese debería ser el objetivo de la evaluación periódica que ha de llevarse a cabo a lo largo del próximo decenio; de lo contrario será vano todo esfuerzo por alcanzar la salud para todos. Es de esperar que el Consejo, la Secretaría y los comités regionales tomen en cuenta estas reflexiones durante el año venidero.

El Dr. LIEBESWAR se congratula efusivamente de la decisión de utilizar nuevos subindicadores tales como la mortalidad materno-infantil, pues con ello se contribuye a que los indicadores reflejen de un modo más realista la situación sanitaria de un país. Es importante, al determinar cuál es la información necesaria, partir de la base de las preguntas que un extranjero se haría para informarse de la situación sanitaria en el país en que se encuentre.

El Dr. REILLY prevé dificultades en la fijación del porcentaje de mujeres en edad fértil que hacen vida conyugal y utilizan la planificación familiar. También comparte las dudas expresadas por otros oradores sobre el empleo de la expresión "hacen vida conyugal". Tal vez un indicador más adecuado de la incidencia de la planificación familiar sería el índice de fertilidad, que podría obtenerse a partir de los datos del censo del mismo modo que los indicadores 8, 9 y 10. Ese indicador disiparía asimismo la preocupación de Sir Donald Acheson por el tema del futuro crecimiento demográfico.

El Profesor HASSAN señala que la evaluación tiene por objeto calcular los progresos realizados por los programas de la OMS ejecutados durante el último decenio. La consigna "Salud para todos en el año 2000" acaso infunda una falsa sensación de seguridad y optimismo. No hay que perder de vista, durante el proceso de evaluación, las enfermedades autoinducidas por la sociedad o el hecho de que algunas de las enfermedades predominantes en diversos países no hayan sido aún incluidas en los programas sanitarios. Esos factores, con

inclusión de la aparición de nuevos y terribles flagelos como el SIDA, podrían remitir el logro de la salud para todos a fechas posteriores a la conclusión del decenio. Además, la exactitud de los indicadores no es siempre la que debería ser; y los datos en los que se basan no siempre son enteramente fidedignos. Eso es así sobre todo en aquellos casos en que los países utilizan estadísticas con fines de propaganda o fines políticos. Incluso en los casos en que los datos son exactos, la inestabilidad política de algunos países significa que esa información no siempre está disponible de un modo constante.

El Dr. BERNARD, Asociación Internacional de Epidemiología (IEA), interviene por invitación del PRESIDENTE y dice que, como organización no gubernamental afiliada, la IEA ha contribuido con vivo interés, junto con la Organización Mundial de la Salud, a alcanzar la salud para todos. La epidemiología es un instrumento indispensable de ese esfuerzo; hay tres maneras de aplicar la epidemiología al logro de la salud para todos, y esas tres maneras son: cuando se dispone de un personal suficientemente formado, y eso se refiere no sólo a los epidemiólogos sino también al personal que desempeña funciones generales de salud pública, el cual ha de formarse para integrar la epidemiología en sus tareas cotidianas; cuando algunos de los métodos epidemiológicos aplicables a la campaña mundial de salud para todos, de que se dispone, no se hayan perfeccionado o adaptado aún y hayan de ponerse verdaderamente a prueba en condiciones prácticas que varían de una región a otra y, por último, cuando se procede a reunir los datos adecuados para un análisis óptimo de las necesidades que pudieren surgir en una situación dada.

Con posterioridad a la adopción de la resolución WHA41.27 sobre la función de la epidemiología en el logro de la salud para todos, no ha sido la OMS la única que se ha preparado a hacer frente a esa dificultad; la IEA ha ampliado paralelamente sus actividades. En particular, ha implantado y sigue ampliando un sistema mundial de epidemiólogos - tanto en universidades como en organismos sanitarios - destinado a prestar servicio en el contexto de la resolución WHA41.27. Ese sistema incluye vínculos estrechos y amistosos con otras organizaciones nacionales e internacionales de epidemiólogos y especialistas de salud pública. La IEA brinda acceso a unas amplias reservas de personal competente y motivado. Espera estar en condiciones de hacerlo en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y mediante ella con otras organizaciones internacionales así como con los Estados Miembros. Las novedades registradas en los últimos meses auguran rápidos progresos a ese respecto.

El Dr. GUERRA DE MACEDO, Director Regional para las Américas, dice que la pregunta del Dr. Cabral más que una pregunta es una especie de reto y la va a tomar en ese sentido y al mismo tiempo combinará su comentario a guisa de respuesta teniendo en cuenta observaciones hechas por Sir Donald Acheson, el Sr. Srinivasan, la Profesora Medina y el Dr. Bernard.

En la Región de las Américas, una de las transformaciones más importantes ocurridas durante los últimos años en los factores básicos que definen las condiciones de salud y las condiciones de prestación de servicios de salud a las poblaciones ha sido en el campo de la demografía. La Región ha sido extraordinariamente exitosa en reducir las tasas de fecundidad tradicionalmente observadas, lo cual, aun cuando acompañados de una reducción también espectacular de la tasa de mortalidad general, ha hecho posible una reducción significativa del coeficiente de crecimiento vegetativo de la población. Las proyecciones demográficas efectuadas hace algún tiempo atrás han resultado ser sumamente exageradas.

Sin embargo, se espera que la población de América Latina y el Caribe aumente antes de que finalice el año 2000 en 120 millones de personas, todas las cuales vivirán en las ciudades o se agregarán a la actual población de las zonas urbanas. Lo que queda de la población rural disminuirá incluso en términos absolutos y no siempre relativos como venía ocurriendo en los dos decenios anteriores. Para fines del año 2000 se prevé que un 76% de la población de la Región vivirá en las ciudades.

A esta redistribución espacial de la población hay que agregar una urbanización cultural en tales términos que la totalidad de la población mostrará tendencias a la demanda idénticas a las que en el pasado se consideraban pautas de comportamiento urbano.

La urbanización de la Región de las Américas se caracteriza sobre todo por el crecimiento de las grandes ciudades - verdaderas megalópolis - en unas proporciones que bordean lo absurdo. Para fines de siglo, habrá centros urbanos como la ciudad de México, que tendrán aproximadamente 30 millones de habitantes, con todas las repercusiones y presiones concomitantes en materia de prestación de servicios, no sólo de salud, sino de

infraestructuras y demás. Hasta el 40% de toda la población urbana vivirá en ciudades de 5 millones de habitantes o más.

Esas ciudades no crecen: son crecimientos malignos. El resultado de ese crecimiento desordenado, junto con los progresos limitados de las actividades de desarrollo, especialmente del desarrollo económico, es una explosión demográfica en su periferia. Este fenómeno contribuye a exacerbar las desigualdades existentes y hay que tenerlo debidamente en cuenta en la propuesta de evaluación y en la administración ordinaria de los servicios suministrados.

Los promedios ya no sirven; es necesario vigilar con indicadores de salud en los diversos grupos. Sin embargo, los sistemas de información de salud de la Región no están concebidos para tener en cuenta esas realidades, por lo que se han sufrido fracasos repetidos. En un primer momento se ha procurado mejorar los registros básicos y mejorar las estadísticas demográficas, de natalidad y mortalidad, y llevar a cabo estudios especiales sobre la mortalidad en determinados grupos de población, como los niños. Sin embargo, esos esfuerzos han sido infructuosos o insuficientes. Se ha intentado diseñar modelos completos integrados de información sin tener en cuenta la capacidad de elaboración, de análisis y de utilización de datos. Se ha perdido más de un decenio en ese esfuerzo estéril. Se ha producido una cantidad inmensa de documentos, han proliferado las reuniones y los cursos y al final de la jornada es muy poco lo que se puede aducir.

La orientación que hay que seguir se basa en tres estrategias fundamentales. En primer lugar, se quiere intensificar la necesidad de información para su aplicación eficaz en la adopción de decisiones, en la gestión, en la planificación, etc. En segundo lugar, sobre la base de esa información, se va a desarrollar una capacidad de análisis y poner en marcha una cadena de estímulos desde el aprovechamiento de la recogida de datos a su generación, transmisión y elaboración. En tercer lugar, en el contexto de los esfuerzos de la descentralización y el desarrollo de sistemas locales de salud, donde se genera la mayoría de los datos, el perfeccionamiento del sistema de información tiene que ser una prioridad decisiva, que incluya las necesidades de la gestión local. Estas orientaciones han de considerarse complementarias.

La epidemiología es por supuesto la disciplina más adecuada para avanzar en esa dirección. Sin embargo, hacen falta respuestas inmediatas y por eso el orador vuelve a la pregunta formulada por el Dr. Cabral. Se trata, ante todo, de aplicar el ejercicio de evaluación como un instrumento que da carácter permanente a la estrategia, a la vez que se ayuda a los gobiernos a llevar a cabo las transformaciones mencionadas por la Profesora Medina. Mientras no se implante un sistema capaz de producir la información necesaria, será preciso aplicarse a resolver los problemas sanitarios de la población marginal de las ciudades y de otros grupos. La información existente se completará con los resultados de estudios específicos sobre esos grupos, cuyo objetivo consiste en adaptar y emplear los resultados al total de la población respectiva.

El Dr. JARDEL, Subdirector General, responde a la pregunta de Sir Donald Acheson sobre la aplicación de la resolución WHA41.27 y dice que en noviembre de 1988 un grupo de expertos se reunió para formular recomendaciones sobre el fortalecimiento en los países de las capacidades básicas en materia de epidemiología y sobre investigación y capacitación. Se presentó un informe al respecto al Consejo Ejecutivo en enero de 1989 y el Consejo pidió una intensificación de la cooperación técnica con los Estados Miembros.

En febrero de 1989, se celebró una consulta interregional sobre el empleo de información en la gestión de los servicios de salud. Se propuso un plan de acción para una campaña internacional destinada a reforzar la competencia de los Estados Miembros en materia de epidemiología. El tema se examinó también durante la 42ª Asamblea Mundial de la Salud.

Posteriormente se adoptó una decisión de delegar las responsabilidades pertinentes en la División de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación de la Situación Sanitaria y de sus Tendencias, reestructurada con esa finalidad. Hay una serie de epidemiólogos destinados en diversos programas técnicos de la OMS, pero la División desempeña una función especialmente importante en el fomento y la coordinación de las actividades comunes.

La OMS ha llevado a cabo diversas actividades a escala internacional y en las oficinas regionales, pero la iniciativa principal que combina los esfuerzos de ayuda a los países en desarrollo para que amplíen sus competencias en materia de epidemiología ha tardado en ponerse en marcha. Ha habido que allegar recursos extrapresupuestarios. El problema se ha examinado en unión de representantes de la Asociación Internacional de Epidemiología, la

Asociación de Epidemiólogos de Lengua Francesa, los Centros de Lucha contra las Enfermedades, el Banco Mundial y la Escuela de Higiene y de Medicina Tropicales de Londres. Se ha elaborado un proyecto en unión de los Centros de Lucha contra las Enfermedades y tiene el orador razones para creer que pronto se llegará a un acuerdo entre una serie de organizaciones para que coordinen esos esfuerzos y apoyen la labor de las oficinas regionales.

Algunas de las principales actividades - tales como elaborar un inventario de programas de capacitación en epidemiología y de materiales educativos y de análisis de las necesidades de capacitación en epidemiología, por ejemplo - están ya en marcha, y la IEA colabora en esos esfuerzos. En lo referente al apoyo a los países, se trata de reorientar las actividades en marcha y dar los últimos retoques a la iniciativa conjunta que es de esperar se emprenda en 1990 con el apoyo de las organizaciones dispuestas a contribuir. Espera que el Consejo vea que se han realizado progresos efectivos en ese sector cuando se reúna en 1991.

Por último, la OMS no pierde oportunidad de estimular en las reuniones internacionales la epidemiología en apoyo de la salud para todos.

Con respecto al informe contenido en el documento EB85/17, hace notar el orador que los 12 indicadores mundiales constituyen parte integrante de la estrategia nacional adoptada en la 34^a Asamblea Mundial de la Salud. No son, sin embargo, los únicos instrumentos de evaluación utilizados, pues a los indicadores del proceso de evaluación se han añadido una serie de cuestiones y de criterios no cuantitativos.

Los 12 indicadores no se van a modificar radicalmente, pues se propone ajustar su formulación sobre la base de la experiencia acumulada en los tres últimos ejercicios de vigilancia y evaluación, a fin de poder calcular mejor el cambio y el valor. Puede responder afirmativamente a la pregunta al respecto del Dr. Cabral.

La evaluación de las estrategias de salud para todos constituye primordialmente una actividad nacional, y no un mero ejercicio desarrollado por la OMS. Los informes de los progresos realizados y la evaluación elevados a la Asamblea en mayo de 1989 muestran claramente los avances hechos por los países, aun cuando los indicadores utilizados sean imperfectos. Sin embargo, como ha señalado el Sr. Srinivasan, los países tienen que evaluar ellos mismos sus progresos utilizando indicadores más adelantados, especialmente para sus problemas concretos de salud o para los de los grupos más expuestos. De este modo, los indicadores mundiales se tomarán únicamente como una estructura flexible y adaptable al ámbito nacional o regional, en el que también se requieren otros indicadores. En la mayoría de las regiones, de hecho, se han elaborado esos indicadores.

Coincide con la Profesora Medina en la necesidad de fijar unos objetivos concretos a escala nacional y posiblemente regional, para que el proceso de evaluación tenga significado, pero ésa es la verdadera finalidad de la formulación de estrategias nacionales de salud para todos.

La Secretaría tomará debidamente en cuenta las observaciones formuladas por los miembros del Consejo en su empeño por perfilar mejor las definiciones y el enunciado de los indicadores, pero en definitiva los Estados Miembros habrán de interpretar los indicadores como tengan por conveniente. A veces la información suministrada en virtud de un indicador dado es inaccesible o demasiado costosa en algunos países, pero eso no es razón suficiente para abandonar tal indicador. Los progresos que puedan realizar esos países en su capacidad de recoger, analizar y utilizar datos ya es de por sí un indicador útil de su deseo de alcanzar la salud para todos, y la OMS deberá apoyar sus esfuerzos en la máxima medida posible.

El Profesor Ransome-Kuti puede tener la seguridad de que, aunque los niveles incluidos en un principio en el enunciado de los indicadores mundiales no se han transferido al nuevo enunciado, serán citados en el análisis a escala regional y nacional de los resultados obtenidos por los países.

Por último, recalca que no se propone una transformación radical, sino unas cuantas mejoras, más apropiadas aun gracias a los agudos comentarios de los miembros del Consejo.

El Dr. HAPSARA, División de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación de la Situación Sanitaria y de sus Tendencias, da las gracias a los miembros del Consejo por sus alentadoras y constructivas observaciones acerca del mejoramiento de los indicadores para la segunda evaluación de la Estrategia. La Secretaría ha examinado detenidamente la índole de los indicadores, que deben ser pertinentes, objetivos, sensibles y concretos. Sin embargo, como

muchos miembros han señalado, lo más importante es la viabilidad, y eso mejorará aún y se pondrá a prueba en ensayos de campo en diversos países de todas las regiones a comienzos de 1990.

En el documento EB85/17 se ha hecho hincapié en el empleo de indicadores, pero habrá otros instrumentos, tales como criterios, es decir normas por las que se miden las actividades, y cuestiones relativas a las actividades evaluadas.

Como ya se ha dicho en muchas ocasiones en el Consejo Ejecutivo y en la Asamblea de la Salud, la evaluación tiene por objeto mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria para su distribución y encauzar la adjudicación de recursos en los programas corrientes y futuros.

Varios miembros se han referido a la necesidad de definir con cuidado la terminología de los indicadores, y esas observaciones se tomarán en cuenta al mejorar las directrices o el marco común de la segunda evaluación.

El mejoramiento de los indicadores, como han señalado algunos miembros, es un proceso en marcha y la consolidación de la competencia de los Estados Miembros en epidemiología y estadística es muy importante en ese contexto. La finalidad primitiva del indicador N° 6, a que se ha referido Sir Donald Acheson, era medir la transferencia de recursos sanitarios de países donantes a países necesitados, pero no ha arrojado una respuesta categórica y cuantitativa. Por consiguiente, se ha propuesto un nuevo enunciado que es de esperar proporcione una información más concreta y cuantitativa. En las directrices, la Secretaría procurará que se incluyan todas las modalidades de ayuda que guarden relación con la salud.

Referente a indicadores sobre paludismo, SIDA, estilos de vida y demás, el orador recuerda a los miembros del Consejo que la lista de indicadores mundiales debe ser breve. Muchos países no pueden aportar una información fidedigna sobre esos problemas, pero algunas regiones ya han adoptado indicadores especiales al respecto.

El Profesor Kallings ha mencionado el problema de la discapacidad; ya se ha introducido en el proyecto de marco común dentro de las secciones de morbilidad y mortalidad, y algunas regiones ya han desarrollado esos indicadores.

En respuesta a las observaciones del Dr. Borgoño y de otros miembros del Consejo sobre las palabras "hacen vida conyugal" en el indicador N° 7, la Secretaría va a proponer que se supriman. Se procurará que las instrucciones contenidas en las pautas o directrices sean claras.

Algunos indicadores del estado de nutrición son difíciles de obtener, pero la OMS alienta a los Estados Miembros a que dispongan de capacidad propia para adquirirlos con miras a futuros análisis.

Es de esperar que sea posible sincronizar el proceso de evaluación entre la Sede, las regiones y los países, en lo sucesivo.

Da las gracias al Dr. Cabral por poner de relieve la importancia de las tendencias a lo largo del tiempo; la Secretaría empieza a ocuparse de evaluaciones de las futuras tendencias de la salud y ya ha enumerado algunos de los principios y variables fundamentales para una evaluación de futuras tendencias. El Dr. Reilly también ha mencionado la importancia de la demografía en la evaluación de tendencias, con lo que la Secretaría está plenamente de acuerdo.

Todas las observaciones son muy importantes para seguir mejorando los indicadores y llevar a cabo la segunda evaluación de la Estrategia, así como para consolidar la capacidad en materia de epidemiología, seguimiento, evaluación y cálculo de tendencias futuras en los países, en las regiones y en la Sede.

El Dr. SANTOS se suma a las observaciones de los miembros de la Secretaría y dice que se han adoptado importantes medidas y se han previsto otras para emplear mejor la epidemiología como uno de los instrumentos de evaluación de la estrategia mundial, en virtud de decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud y por el Consejo. Habida cuenta de la complejidad del tema, del prolongado periodo de maduración de la empresa y de las importantes medidas que aún hay que adoptar y que ha descrito el Dr. Jardel, convendría que el Consejo adoptase en su actual reunión otra resolución o recomendación sobre el tema.

El Dr. RODRIGUES CABRAL quiere saber si podría darse alguna otra indicación sobre la clase de subgrupos que cabría utilizar, si los va a proponer la OMS o si los distintos sistemas de salud de cada país tendrán la facultad de determinar lo que mejor se preste a cubrir sus necesidades.

El DIRECTOR GENERAL dice que, según se indica en el punto del orden del día, la Estrategia Mundial de Salud para Todos fue adoptada por la Asamblea de la Salud en 1981 y sobre su base se han elaborado las estrategias regionales y nacionales. Se han formulado planes de acción y se han llevado a cabo programas sobre la base de las estrategias nacionales. Los 12 indicadores existentes no resultan ser totalmente satisfactorios como indicadores básicos para vigilar y evaluar esas estrategias. Dada la rápida evolución de la situación sanitaria en muchas regiones, el éxito en la aplicación de los programas requiere la enumeración de prioridades y una óptima adjudicación de recursos, tanto humanos como económicos. Dicho de otro modo, tiene que haber un proceso de planificación orientado hacia la acción, basado en prioridades de ejecución del programa y presupuesto. En el seguimiento y la evaluación de la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, hay que disponer de más información sobre la aplicación de las estrategias nacionales y regionales. Para completar ese proceso de vigilancia y evaluación, se ha creado una oficina de elaboración y vigilancia de programas y se va a crear un sistema para calcular de un modo más completo el índice de ejecución de los programas de la OMS de cooperación mundiales, regionales y por países en términos de presupuesto y de programa. Los resultados indicarán la eficacia y la posibilidad de realización de los programas de cooperación de la OMS y facilitarán la información necesaria para una reordenación de las prioridades a escala nacional, regional y mundial sobre la base de las estrategias de salud para todos.

El Dr. JARDEL, Subdirector General, dice que el desglose de los indicadores es indispensable para poder calcular adecuadamente los progresos realizados. Algunos subgrupos son perfectamente evidentes, tales como el subgrupo masculino y el femenino, pero además surgen problemas específicos en cada país. Las distinciones geográficas, por ejemplo, tienen sus propias dificultades; la separación de lo urbano y lo rural parece lo bastante simple a primera vista, pero no lo es tanto en lo que se refiere a algunos países. Algunos países prefieren hacer un distingo entre la capital y el resto del país. La distinción por edades está clara. Algunos países, en sus servicios sanitarios, introducen subdivisiones de distancia en relación con la posibilidad de acceso. Es difícil, pues, al formular indicadores mundiales, realizar propuestas concretas sobre subgrupos. Sin embargo, en las instrucciones que acompañan al material de evaluación se incluirán ejemplos y propuestas sobre la clase de subgrupos que cabría utilizar o recomendar. No se trata de confeccionar unas estadísticas mundiales concretas sobre la base de 166 informes nacionales. Lo importante es ver hasta qué punto evoluciona la situación de cada país según sus propios indicadores y efectuar un análisis más cualitativo de esa evolución general a escala mundial.

El PRESIDENTE se refiere a la propuesta del Profesor Santos y dice que, si el Consejo está conforme, la tarea de redactar una resolución en relación con el documento EB85/17 podría encomendarse a la Secretaría en colaboración con el Profesor Santos, para que se presente en una sesión posterior del Consejo.

El Profesor BORGÑO apoya plenamente la propuesta del Profesor Santos; en el proyecto de resolución se tendrán en cuenta las opiniones expresadas durante el debate.

Así queda acordado.

2. METODO DE TRABAJO Y CALENDARIO DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD (INFORMES DEL COMITE DEL PROGRAMA Y DEL DIRECTOR GENERAL): punto 20 del orden del día (documentos EB85/24, EB85/25 y EB85/26)

El Profesor KALLINGS, al presentar el documento EB85/24, dice que el Comité del Programa ha examinado un informe del Director General sobre varias cuestiones relativas al método de trabajo de la Asamblea de la Salud planteadas por miembros del Consejo Ejecutivo en su 84ª reunión. Ese informe se añade al del Comité del Programa sobre el tema objeto del documento EB85/24.

El Comité del Programa ha señalado que, de conformidad con la decisión WHA40(10) adoptada en 1987, el Consejo está siguiendo atentamente el método de trabajo de la Asamblea de la Salud durante un periodo de tres años, y presentará un informe completo sobre los resultados de esa labor al Consejo Ejecutivo en su 87ª reunión en enero de 1991 y, ulteriormente, a la 44ª Asamblea Mundial de la Salud.

El Comité ha tomado nota de la información proporcionada por el Director General en las secciones I y II de su informe, incluidas las observaciones sobre la duración de las intervenciones de los delegados y de la Secretaría; las observaciones y recomendaciones del Comité sobre ese punto se recogen en el párrafo 3 de su informe.

Por lo que se refiere a la cuestión de imponer un plazo límite para la distribución de los proyectos de resolución, tratada en la sección III del informe del Director General, el Comité ha considerado que, en cuanto parte del examen en profundidad que se está realizando, el Consejo debe estudiarla cuando disponga de los resultados de los tres años de observación.

El Comité del Programa ha respaldado la propuesta del Director General en la sección IV de su informe sobre la conveniencia de hacer mayor uso de subcomités y grupos de redacción para preparar proyectos de resolución aceptables.

Sobre la cuestión del cronograma de los trabajos de las comisiones principales, presentada en la sección VI del informe del Director General, el Comité del Programa es partidario de mantener el sistema actual, según el cual las Comisiones A y B concentran su trabajo durante la segunda semana de la Asamblea de la Salud. Sin embargo, el Comité ve con agrado el propósito del Director General de proponer que se modifique el orden por el que se examinan los programas durante el debate sobre el presupuesto por programas, de manera que se estudien antes los programas importantes de prevención y lucha contra las enfermedades. El Comité del Programa también ha instado a que prosigan los esfuerzos para limitar el orden del día de la Comisión A a cuestiones relacionadas exclusivamente con el presupuesto por programas en los años en que se estudia el presupuesto.

Sobre el tema de las Discusiones Técnicas, que se examina en la sección VII del informe del Director General, el Comité del Programa comparte la preocupación expresada en la 84^a reunión del Consejo en el sentido de que, para ahorrar tiempo, deberían celebrarse únicamente los años pares, cuando no hay presupuesto por programas que debatir.

Las recomendaciones y observaciones del Comité del Programa sobre otras cuestiones examinadas en el informe del Director General, como la información y orientación de los delegados, se recogen en los párrafos 9-11 del informe.

El Profesor BORGONO señala que este tema se debate desde hace mucho tiempo y que algunos de los puntos del informe resultan familiares. Sin embargo, hay que hacer hincapié en algunos de los problemas si se quiere llegar a una solución de aquí a 1991 o antes. Aunque, en general, sea cierto que las intervenciones no sobrepasan el tiempo previsto, algunas son muy largas, tanto en la Comisión A como en la B, incluidas las de los representantes de la Organización de las Naciones Unidas, de los organismos de las Naciones Unidas o de las organizaciones no gubernamentales, que no siempre tienen una relación directa con el tema que se debate. La recomendación de que esas declaraciones sólo se hagan después de las intervenciones de los delegados puede contribuir a acortarlas. Algunas de las respuestas de la Secretaría son también innecesariamente largas.

La cuestión de la distribución de los proyectos de resolución es un problema difícil, porque las delegaciones consideran que tienen derecho a presentar un proyecto de resolución en cualquier momento, ya sea de manera individual o como miembros de un grupo. Se impone cierto esfuerzo de autodisciplina para evitar que se presenten en el último momento proyectos de resolución que no siempre se han estudiado a fondo de antemano, lo que exige largos debates en las comisiones antes de que puedan presentarse en sesión plenaria, como ha sucedido el año precedente. Debe ser posible llegar a un acuerdo sobre un plazo límite de seis días después de la inauguración de la Asamblea de la Salud, tal como se ha sugerido.

Por lo que se refiere a la sección VI, la sugerencia del Director General para cambiar el orden en que se examinan los programas durante el debate del presupuesto por programas es muy práctica, porque, evidentemente, la importancia que se les concede varía de un país a otro. Debe ser posible, por mediación de los órganos de elaboración de políticas y de otros mecanismos de comunicación dentro de la Organización y de los diferentes comités, establecer el orden más adecuado para el debate y distribuir el tiempo en consecuencia.

La propuesta hecha el año anterior por el Dr. Hyzler de que no se organicen Discusiones Técnicas los años de presupuesto es laudable, ya que permitiría disponer de más tiempo para estudiar un tema tan importante como el presupuesto por programas. Se ha debatido con anterioridad y por extenso la conveniencia de celebrar las Discusiones Técnicas durante la Asamblea de la Salud, pero hasta el momento no se ha adoptado ninguna decisión definitiva.

En relación con la conveniencia de celebrar cada dos años la Asamblea de la Salud a que se hace referencia en el párrafo 10 del informe del Comité del Programa, la inmensa mayoría

de los países considera indispensable la reunión anual, muy especialmente en un proceso tan dinámico como el de la salud y teniendo tan cerca la meta de la salud para todos en el año 2000.

El Profesor Borgoño apoya resueltamente la propuesta a que se hace referencia en el párrafo 11, encaminada a adelantar a la primera semana de la Asamblea de la Salud la elección de los miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo, dado que se trata de la semana en que la mayoría de los ministros asisten a la Asamblea, y espera que se aplique en la próxima Asamblea de la Salud.

Otro punto que debe abordarse con gran prudencia al adoptar el orden del día que el Consejo Ejecutivo tiene que presentar para la Asamblea de la Salud, es el del reparto de temas entre las dos comisiones principales. Al orador se le ha informado de que en 1992 se asignarán a la Comisión A 10 temas, frente a cuatro en 1991. Son varios los temas, como el del SIDA, que de ordinario se debaten largamente y en los que interviene un elevado número de oradores. Hay que examinar algunos temas todos los años por cuanto es necesario alcanzar las resoluciones pertinentes. Es importante tener presentes estas consideraciones a la hora de decidir sobre el orden del día de las comisiones principales, y examinar la cuestión de las resoluciones que exigen un estudio anual de determinados puntos. En opinión del Profesor Borgoño, los temas no siempre se distribuyen de manera equitativa entre las dos comisiones, por lo que, con frecuencia, los temas técnicos programados para su debate en la Comisión A han de trasladarse a la Comisión B en razón de la falta de tiempo.

El Dr. CABRAL está de acuerdo con la mayoría de las propuestas del Director General. Por lo que se refiere a la oportuna distribución de los proyectos de resolución, solicita una explicación acerca de las "iniciativas" a que se hace referencia en el párrafo 15 del informe del Director General (documento EB85/PC/WP/5). En cuanto a los párrafos 16 y 17, su experiencia es que en el último decenio ha disminuido el número de cuestiones políticamente delicadas que hayan entorpecido el normal funcionamiento de la Asamblea de la Salud. Un mecanismo que podría utilizarse para alcanzar el consenso sobre proyectos de resolución relativos a esas cuestiones es el de las reuniones de grupos regionales celebradas en el primero o segundo día de la Asamblea de la Salud; al orador le gustaría conocer la opinión del Director General en este sentido.

En cuanto a la distribución del trabajo entre la Comisión A y la B y las observaciones del Profesor Borgoño sobre la jerarquización de los diferentes programas y estrategias, hay que decir que de hecho ya se ha debatido anteriormente la cuestión de la revisión del conjunto de los procedimientos que se siguen para la presentación de los informes. Se recibirá con especial agrado una propuesta de la Secretaría, y el Dr. Cabral espera que el estudio emprendido por el Director General ayude a resolver los problemas con que tropieza la Comisión A.

Sobre el tema del cronograma de las tareas de las comisiones principales, un argumento en favor de mantener el statu quo está ligado precisamente a la celebración de reuniones de grupos regionales al comienzo de la Asamblea de la Salud, y a la ayuda que esas reuniones pueden suponer para resolver cuestiones delicadas antes de que inicien sus tareas las comisiones principales.

El Dr. Cabral está de acuerdo con el Profesor Borgoño en la importancia de las Discusiones Técnicas. Aunque la opinión mayoritaria en el seno del Comité del Programa parece ser que no deben celebrarse en los años en que se debate el presupuesto por programas, las Discusiones Técnicas son importantes para el prestigio de la OMS y constituyen un foro insustituible para la comunicación entre la OMS, los miembros de organismos institucionales y los especialistas que representan a los sectores oficiosos. Como ha señalado el Profesor Borgoño, la situación de la salud evoluciona rápidamente, con cambios en los determinantes y en los perfiles de las enfermedades y también en los factores sociales, al igual que se modifica la capacidad para adaptarse a nuevos avances. En los últimos años se han propuesto algunos temas de palpitante actualidad para las Discusiones Técnicas; el orador está convencido de que seguirán siendo una ocasión muy especial para intercambiar opiniones, establecer prioridades y precisar la amplitud de determinadas iniciativas así como para diseñar estrategias. Por consiguiente, está en favor de mantener la periodicidad anual de las Discusiones Técnicas.

Sir Donald ACHESON ve con agrado las propuestas recibidas por el Comité del Programa. Por lo que se refiere a las Discusiones Técnicas, si la recomendación de que se celebren cada dos años refleja no sólo la preocupación por disponer de más tiempo para estudiar el

presupuesto por programas sino también cierta desazón acerca de la calidad de las Discusiones, deben encontrarse medios para mejorarlas. El papel de la Organización es por encima de todo de carácter técnico y la Asamblea de la Salud es la única ocasión para que todos los países estén representados en Ginebra. Además, las técnicas y las políticas sanitarias evolucionan con gran rapidez, y las Discusiones Técnicas proporcionan una excelente ocasión para el intercambio de información. Pueden explorarse diferentes soluciones: una solución que tuvo buena aceptación, aunque por supuesto no la única, fue la utilizada en el 40º aniversario de la Asamblea de la Salud.

Para el Dr. KIM WON HO, los informes del Director General y del Comité del Programa recogen de manera exhaustiva las cuestiones importantes planteadas acerca del mejoramiento de los métodos de trabajo de la Asamblea de la Salud. Una de esas cuestiones es la duración de las intervenciones de los delegados en las comisiones principales. Como puede verse en el cuadro incluido en el Informe del Director General, la gran mayoría de los delegados no sobrepasan los cinco minutos. En opinión del orador bastaría una exhortación en ese sentido por parte del Presidente en la primera sesión para limitar la duración de las intervenciones sin que sea necesario modificar el Reglamento Interior. Además, los documentos pertinentes deben prepararse bien, con el fin de ayudar a los delegados a centrar sus intervenciones en los puntos fundamentales.

El Sr. SRINIVASAN hace referencia al párrafo 17 del informe del Director General (documento EB85/PC/WP/5) y a las orientaciones solicitadas por el Comité del Programa sobre la cuestión de los proyectos de resolución relativos a cuestiones políticamente delicadas. Es importante aceptar que tales cuestiones se planteen en una reunión tan internacional como la Asamblea de la Salud, incluso si se trata de problemas que no sean directamente de su competencia. Después de recordar la loable tradición de la OMS de resolver los problemas por consenso, el orador insta a que continúen las reuniones consultivas oficiosas, y a que - por razones prácticas - se sigan buscando soluciones por consenso.

Elogia la buena disposición del Director General, manifestada en el párrafo 26, para modificar el cronograma del examen de los programas, de manera que los más importantes se aborden al comienzo de la reunión. En ese sentido, podría considerarse la posibilidad de distribuir los puntos que se han de examinar en lugares adecuados del orden del día y del programa de los trabajos, de manera que los más importantes puedan presentarse al inicio de la Asamblea de la Salud, cuando están presentes numerosas personalidades.

El orador está de acuerdo con el Dr. Cabral en cuanto a que las Discusiones Técnicas prestigian a la Organización, y comparte lo que parece ser la idea dominante: que deben seguir celebrándose todos los años.

El Sr. LARSEN, Oficina de Gestión Administrativa y de Evaluación, agradece a los miembros del Consejo sus observaciones constructivas.

El Profesor Borgoño se ha referido a la duración a veces excesiva de las intervenciones en las comisiones principales y a la recomendación del Comité del Programa según la cual las declaraciones de representantes de otras organizaciones de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales sólo deberían hacerse después de que hayan intervenido los delegados. Este procedimiento está ya en vigor en la Comisión B y también lo ha aplicado el Presidente del Consejo en la reunión actual. El Sr. Larsen recuerda que el Reglamento Interior contiene disposiciones que permiten limitar el tiempo concedido a cada orador, concretamente los Artículos 27 y 57. Sin embargo, la limitación de la duración de las intervenciones forma parte del ejercicio de vigilancia que se está llevando a cabo, tal como se indica en el documento EB85/24. Por lo tanto, en el Consejo de enero de 1991 se dará una respuesta más completa sobre la cuestión.

Por lo que se refiere a las observaciones del Profesor Borgoño y del Dr. Cabral sobre la presentación de los proyectos de resolución, el Sr. Larsen indica que la cuestión del plazo límite de seis días a partir de la inauguración de la Asamblea de la Salud forma también parte del ejercicio de vigilancia. Como se indica en el informe, la experiencia de las dos últimas Asambleas de la Salud ha puesto de manifiesto que la situación no es demasiado grave en la Comisión B. Si se han planteado, en cambio, problemas en la Comisión A acerca de proyectos de resolución sobre sectores independientes del programa. El Director General, sin embargo, está adoptando diversas medidas para racionalizar la entrega de resoluciones en Secretaría. Dentro del servicio de Planificación, Gestión y Operaciones ha creado, bajo la dirección del Dr. Ray, una oficina especial, con el nombre de Organos Deliberantes y Protocolo, entre cuyas funciones figura la coordinación de las resoluciones

presentadas en Secretaría. Este problema figura además entre las cuestiones tratadas en las reuniones periódicas del Director General con los administradores de los programas en el marco de los preparativos para el Consejo y la Asamblea: es decir, determinar qué resoluciones serán sin duda presentadas, cuáles serán necesarias, cuáles podrán quizá trasladarse a una fecha ulterior si sus autores están de acuerdo, etc. Una tercera medida consiste en recurrir con más frecuencia a la disposición recogida en la resolución WHA31.9, en la cual se precisa "que, como regla general, se pida a los autores de proyectos de resolución sobre cuestiones técnicas presentados a las comisiones principales de la Asamblea de la Salud que sometan al mismo tiempo que sus propuestas, cuando sea posible y oportuno (y conjuntamente según los casos), una nota explicativa o un memorándum con información básica al respecto, siempre que esa información no conste en los documentos presentados a la Asamblea de la Salud, en el entendimiento de que la Secretaría informará, por escrito de ser posible o conveniente, acerca de toda repercusión de orden técnico, administrativo y financiero que la propuesta pueda tener". La aplicación más sistemática de esta disposición deberá también ayudar a resolver los problemas encontrados en las Asambleas precedentes con motivo de la distribución de las resoluciones.

En los últimos años se han consagrado varios estudios a las Discusiones Técnicas. La última resolución adoptada sobre el tema, WHA37.21, estipula que las Discusiones Técnicas tengan lugar cada año y su duración sea de jornada y media. Dicho esto, nada impide, por supuesto, que el Consejo Ejecutivo recomiende a la Asamblea introducir modificaciones si así lo desea y, de hecho, una propuesta para celebrar las Discusiones Técnicas los años pares podría incluso ser favorablemente acogida por el Director General.

La sugerencia del Dr. Cabral y del Sr. Srinivasan, que preconizan la utilización de las reuniones de grupos regionales como medio para debatir cuestiones políticamente delicadas, es buena y deberá examinarse más a fondo. Sin embargo, esas reuniones regionales tienen lugar generalmente al comienzo de la Asamblea de la Salud, mientras que los proyectos de resolución se presentan con frecuencia más tarde. Además el Artículo 52 del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud estipula que todo proyecto de resolución debe hacerse llegar a las delegaciones al menos dos días antes de ser examinado. Por consiguiente, si sólo se recibieran proyectos de resolución en la segunda semana de la Asamblea de la Salud, podría faltar tiempo para llevar a cabo tales reuniones consultivas. Sin embargo, se trata de una sugerencia constructiva, merecedora de ser estudiada más a fondo.

El reparto del trabajo entre las dos comisiones principales está en función de los mandatos de las Comisiones A y B, definidos en resoluciones anteriores. En ese sentido, quizá pueda aplicarse de manera más rigurosa la resolución WHA32.36, en la que se estipula "que el Consejo Ejecutivo, al preparar el orden del día provisional de las reuniones ordinarias de la Asamblea de la Salud, tenga en cuenta la conveniencia de equilibrar debidamente el volumen de trabajo de la Asamblea de un año a otro y que, a ese propósito y como principio general, se considere preferible que los temas correspondientes al programa técnico sólo se incluyan como puntos independientes en el orden del día de la Asamblea de la Salud en los años en que ésta no hace un examen completo del proyecto de presupuesto bienal por programas, lo que permitiría dedicar más tiempo a esos temas técnicos y equilibrar mejor el volumen de trabajo de la Asamblea". Conviene, sin embargo, no olvidar que todo Estado Miembro tiene el derecho soberano de proponer proyectos de resolución y de iniciar debates en el seno de una comisión si así lo desea. Tal vez los grupos regionales también resulten útiles en este sentido.

El Dr. Cabral ha respaldado el mantenimiento del statu quo por lo que se refiere a concentrar la mayor parte de las tareas de las comisiones principales durante la segunda semana de la Asamblea. Como se indica en el documento EB85/24, no faltan razones para mantener esta práctica.

Sir Donald Acheson ha hecho referencia a la calidad de las Discusiones Técnicas y ha señalado que esas manifestaciones son ocasiones importantes que tal vez pudieran aprovecharse mejor. Quizá esa cuestión desborda el marco de un examen del método de trabajo de la Asamblea y, caso de que sea necesario, deberá considerarse por separado.

Para responder a la pregunta del Dr. Kim Won Ho, hay que saber que los resúmenes que figuran en el recuadro reproducido en la primera página de los documentos de la Asamblea y el Consejo tienen precisamente por objeto ayudar a los delegados a concentrarse en los principales problemas examinados. De todas formas la Secretaría estudiará los medios para mejorar esos resúmenes.

La sugerencia del Sr. Srinivasan de que el momento preciso en que deban examinarse los puntos programáticos particulares del orden del día se decida al comienzo de cada Asamblea para que los delegados tengan una idea más clara del momento en que se abordarán los

programas importantes de lucha contra la enfermedad es excelente y está totalmente de acuerdo con las intenciones del Director General.

En opinión del DIRECTOR GENERAL, la observación del Dr. Cabral acerca de la utilización de los mecanismos regionales para el estudio de cuestiones políticamente delicadas se dirige más bien a los Directores Regionales. En algunas regiones, cuestiones de interés regional se examinan únicamente en el plano de la región, sin trasladarlas nunca al plano mundial por mediación de la Asamblea de la Salud. Cuando él era Director Regional, recurrió a diferentes mecanismos para tratar de limitar el examen de esas cuestiones al marco de los comités regionales o del debate plenario en la Asamblea de la Salud acerca de los informes del Consejo Ejecutivo y del Director General sobre las actividades de la OMS. La Asamblea de la Salud es un órgano de gobierno que adopta decisiones y resuelve los problemas cuando es posible; se trata también de un foro para el intercambio de información, una ocasión para que la Secretaría y los Estados Miembros aprendan unos de otros, gracias al contacto mutuo. A veces, las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud son políticamente delicadas, sobre todo cuando están relacionadas con cuestiones constitucionales y financieras. El hecho de que la Asamblea adopte el presupuesto por programas por consenso demuestra hasta qué punto es importante preparar bien el trabajo por intermedio de los comités regionales y otras instancias. Es cierto que en las delegaciones presentes en la Asamblea de la Salud figuran no sólo profesionales de la salud, sino también diplomáticos y personas muy versadas en cuestiones políticas. En el momento actual, las reuniones de grupos regionales celebradas con anterioridad a la Asamblea de la Salud se consagran en general a la resolución de problemas y a concretar acciones sanitarias conjuntas más que a ocuparse de cuestiones puramente políticas. Sin embargo, sucede a veces que en el seno de esos grupos surgen conflictos internos entre quienes se preocupan de las actividades sanitarias y quienes se interesan más por la política. Si lo consideran oportuno, los Directores Regionales podrían quizá coordinar esos grupos políticos y sanitarios para facilitar la búsqueda de soluciones a cuestiones políticas delicadas. Desgraciadamente, la experiencia ha demostrado que esas cuestiones son extraordinariamente complejas y requieren muchas consultas, por lo que el Director General se resiste a aumentar el ya cuantioso volumen de trabajo de la Asamblea. Sin embargo, espera que los Directores Regionales se ocupen más de esas cuestiones, cuando sea posible, para tratar de resolverlas en el plano regional, evitando así debates inútiles en el plano mundial, donde deberían tratarse de preferencia las cuestiones sanitarias.

El Dr. KO KO, Director Regional para Asia Sudoriental, afirma que los Directores Regionales están dispuestos, por supuesto, a hacer todo lo que puedan en ese sentido. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, cuando se plantean cuestiones políticamente delicadas, los miembros que se interesan especialmente por las cuestiones políticas participan en los debates más que quienes se interesan por las actividades sanitarias. Además, en muchos casos, las cuestiones que se plantean rebasan el marco regional, y se entremezclan con problemas internacionales, interregionales y geopolíticos, o están influidos por ellos.

El Dr. GEZAIRY, Director Regional para el Mediterráneo Oriental, dice que, si bien los Directores Regionales hacen todo lo que está en su mano, no siempre es fácil mantener la calma cuando se pierde el control de la situación. Cuando hay muertos y los medios de comunicación informan sobre la violencia desatada, no cabe pensar que la Asamblea de la Salud ignore tales cuestiones. Si bien el debate sobre esos temas debe reducirse al mínimo, no es posible suprimirlo por completo. Sin embargo, es importante reducir su duración y centrarse en la búsqueda de soluciones prácticas en lugar de escuchar simples argumentos retóricos.

El Dr. MONEKOSSO, Director Regional para Africa, señala que su Región tiene la suerte de disponer de la Organización de la Unidad Africana en cuyo seno se debaten los problemas políticos, resolviéndolos en gran medida por consenso. En el pasado ha sucedido, de hecho, que Miembros de esta Región han actuado como abogados de la paz cuando las cuestiones planteadas han amenazado la existencia de la OMS. El Dr. Cabral está en lo cierto al señalar que, en los últimos tiempos, los debates de la Asamblea de la Salud son relativamente tranquilos y que incluso los problemas delicados apenas han perturbado las tareas de la Asamblea. Muchas cuestiones se han debatido, y se han resuelto, durante reuniones de grupos regionales, celebradas fuera de la Asamblea. Con frecuencia la Asamblea

de la Salud sólo se ha ocupado de esas cuestiones después de que, aparentemente, se hubiera encontrado una solución.

Como ha indicado el Dr. Ko Ko, los Directores Regionales están dispuestos a hacer lo que esté en su mano y a aunar esfuerzos para resolver posibles conflictos interregionales y ayudar al Director General a velar por la salvaguardia de la OMS. Sin embargo, compete en última instancia a los delegados la responsabilidad de desarrollar pacíficamente las tareas de la Asamblea. Afortunadamente, parece que en la mayoría de los casos los delegados asocian salud y paz, de manera que incluso las cuestiones más delicadas adquieren dimensiones relativamente pacíficas en el seno de la Asamblea de la Salud.

Se levanta la sesión a las 17.25 horas.