



CONSEJO EJECUTIVO
91ª reunión

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOQUINTA SESION

Sede de la OMS, Ginebra
Martes, 26 de enero de 1993, a las 14.30 horas

Presidente: J.-F. GIRARD

INDICE

	Página
1. Premios:	
Premio de la Fundación Léon Bernard (informe del Comité de la Fundación Léon Bernard)	2
Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha (informe del Comité de la Fundación Dr. A. T. Shousha)	2
Premio y Beca de la Fundación para la Salud del Niño (informe del Comité de la Fundación para la Salud del Niño)	2
Premio Sasakawa para la Salud (informe del Comité del Premio Sasakawa para la Salud)	2
Beca Francesco Pocchiari (informe del Comité de la Beca Francesco Pocchiari)	2
2. Proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1994-1995 (continuación)	
Examen de la situación financiera	3
Gastos de apoyo a programas	5
<i>Puntos examinados conjuntamente con los siguientes:</i>	
Aplicación de resoluciones (informes del Director General sobre los progresos realizados) Informes de los Directores Regionales sobre acontecimientos regionales de importancia, incluidos los asuntos tratados por los comités regionales	
3. Noveno Programa General de Trabajo para un periodo determinado (1996-2001) (marco normativo y programático)	7
4. Método de trabajo de la Asamblea de la Salud	9

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 12 de marzo de 1993.

El texto definitivo se publicará en el documento EB91/1993/REC/2: **Consejo Ejecutivo, 91ª reunión: Actas resumidas.**

DECIMOQUINTA SESION

Martes, 26 de enero de 1993, a las 14.30 horas

Presidente: Profesor J.-F. GIRARD

La reunión se celebra a puerta cerrada desde las 14.30 hasta las 14.55 horas, reanudándose luego en sesión pública.

1. PREMIOS: punto 20 del orden del día

Premio de la Fundación Léon Bernard (informe del Comité de la Fundación Léon Bernard): punto 20.1 del orden del día

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de la Fundación Léon Bernard, adjudicó el Premio de la Fundación Léon Bernard correspondiente a 1993 al Dr. Fujio Otani (Japón) por su destacada contribución a la medicina social.

Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha (informe del Comité de la Fundación Dr. A. T. Shousha): punto 20.2 del orden del día

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de la Fundación Dr. A. T. Shousha, adjudicó el Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha correspondiente a 1993 al Dr. Hajar A. Hajar (Qatar) por su destacada contribución al mejoramiento de la situación sanitaria en la zona en la que el Dr. Shousha prestó servicio a la Organización Mundial de la Salud.

Premio y Beca de la Fundación para la Salud del Niño (informe del Comité de la Fundación para la Salud del Niño): punto 20.3 del orden del día

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de la Fundación para la Salud del Niño, adjudicó el Premio de la Fundación para la Salud del Niño correspondiente a 1993 al Dr. Chryssa Tzoumaka-Bakoula (Grecia) por su destacada contribución a la salud infantil.

Premio Sasakawa para la Salud (informe del Comité del Premio Sasakawa para la Salud): punto 20.4 del orden del día

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité del Premio Sasakawa para la Salud, adjudicó el Premio Sasakawa para la Salud correspondiente a 1993 al Profesor Oladapo Alabi Ladipo y a la Sra. Grace Ebun Delano (Nigeria), y a la Organización Benéfica Arpana Research and Charities Trust (India). El Consejo tomó nota de que el Profesor Ladipo y la Sra. Delano compartirían la suma de US\$ 30 000 y la Organización Arpana Research and Charities Trust recibiría la suma de US\$ 40 000.

Beca Francesco Pocchiari (informe del Comité de la Beca Francesco Pocchiari): punto 20.5 del orden del día

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de la Beca Francesco Pocchiari, concedió las Becas Francesco Pocchiari correspondientes a 1993 al Dr. Gyula Poor (Hungría) y al Sr. William Saila Pomat (Papua Nueva Guinea) para que pudieran adquirir la pertinente experiencia en investigación en el extranjero.

2. PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS PARA EL EJERCICIO 1994-1995: punto 4 del orden del día (documento PB/94-95) (continuación)

EXAMEN DE LA SITUACION FINANCIERA: punto 4.3 del orden del día

Informe sobre los ingresos ocasionales (documento EB91/40)

El PRESIDENTE pide al Sr. Aitken que presente el documento EB91/40.

El Sr. AITKEN, Subdirector General, recuerda que el Consejo tiene por costumbre examinar las disponibilidades de ingresos ocasionales para costear el proyecto de presupuesto por programas. La cifra próxima a US\$ 9,4 millones que figura en el documento corresponde a la cantidad de que se disponía en 31 de diciembre de 1992. La situación habrá de revisarse en abril de 1993 a la vista de las cuentas definitivas y se comunicará a la Asamblea de la Salud; si la cifra definitiva fuera más elevada, la diferencia se utilizaría para reducir las contribuciones.

Refiriéndose al uso previsto de los ingresos ocasionales disponibles según el documento EB91/40 y el cuadro anexo, el orador explica que la reducción se debe sobre todo a las contribuciones no abonadas.

Algunos miembros habrán observado que en ocasiones anteriores se había hecho también referencia en la resolución sobre ingresos ocasionales al mecanismo utilizado para compensar las variaciones del tipo de cambio. La razón de que no se haya hecho lo mismo en este caso es que dicha disposición se ha incluido ya oficialmente en el reglamento financiero y, por consiguiente, la cifra está incorporada en el presente proyecto de resolución.

El PRESIDENTE sugiere que se haga un examen general del presupuesto.

El Sr. BOYER, suplente del Dr. Mason, explica que el proyecto de resolución presentado por el Dr. Mason refleja cierta preocupación por el volumen del presupuesto propuesto, que entraña un aumento nominal del 18,7% y un aumento del 22% en las contribuciones de los Estados Miembros. A su juicio, sería muy difícil justificar aumentos de tal magnitud ante los ministerios de hacienda u otras instancias gubernamentales.

En los muchos años que ha participado en la preparación de los presupuestos de la OMS no recuerda que el Consejo o la Asamblea hayan adoptado un presupuesto diferente del presentado por la Secretaría en el proyecto de presupuesto por programas, excepción hecha de posibles reajustes de los tipos de cambio efectuados en mayo, y subraya la dificultad de introducir cualquier modificación en el documento. Al adoptar la resolución EB79.R9 en 1987, el Consejo había tratado de establecer un procedimiento por el cual los Estados Miembros pudieran influir más en las propuestas de la Secretaría, dejando una posibilidad de intervenir al Comité del Programa establecido por el Consejo, al propio Consejo, a los comités regionales y a la Asamblea de la Salud, con ánimo de llegar a un consenso.

No hay que olvidar las fases por las que ha pasado el presente presupuesto: hace dos años, la Asamblea de la Salud había adoptado su presupuesto para 1992-1993 con un aumento de los costos del 10,05%. Un mes más tarde, de acuerdo con la resolución del Consejo, el Director General convocó una reunión del Comité del Programa para que pusiera un tope a ese aumento en el bienio siguiente, es decir en 1994-1995.

En aquel momento, el Director General había propuesto un tope del 12% mientras que el Dr. Mason, a instancias del orador, proponía el 9%. Finalmente se aceptó la primera opción.

Un año más tarde, el Director General autorizó a los diversos componentes de la Organización a que aumentaran ese tope hasta el 13%, sin consultar aparentemente al Comité del Programa, pese a lo dispuesto en la resolución EB79.R9.

Más tarde, en 1992, se propuso a los Miembros que el aumento de los costos no se limitara al 12% (según había autorizado el Comité del Programa) ni al 13% (según lo autorizado por el Director General) sino que se admitiera un aumento del 15,46% o, según la página A-14 del documento PB/94-95, 15,86%. De este aumento, el 17,12% se atribuía a la Sede, en Suiza, donde la inflación es muy baja. A su juicio, el análisis del proyecto de presupuesto a la luz de las estimaciones oficiales de inflación (4% anual) para 1993, 1994 y 1995 hace pensar que las cifras presupuestarias eran incorrectas.

Los proyectos de presupuesto de otras organizaciones internacionales ubicadas en Ginebra, entre ellas una de mayores dimensiones - la Organización Mundial del Trabajo -, se basan en las mismas previsiones de inflación. Por consiguiente, cabe preguntarse cómo la OMS propone un presupuesto con un aumento de los gastos del 17%. De hecho, el aumento del presupuesto total de la OIT, habida cuenta de los problemas de tipo de cambio y del aumento de los costos, era del 10,19%, mientras que el de la OMS ascendía al 18,72%.

En el documento que recoge el proyecto de presupuesto por programas, la diferencia parece atribuirse al mecanismo de compensación. Al orador no le parece clara la explicación de este término dada por el Sr. Ait-

ken, Subdirector General, quien al parecer atribuye el 10% de los aumentos de costos a «compensación» y a aumentos salariales resultantes de decisiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Por lo que el propio orador recuerda, siempre que se han propuesto modificaciones de los sueldos del personal se ha facilitado un cuadro explicativo y se ha informado al Consejo y a la Asamblea de la Salud sobre la posibilidad de absorber dichos costos.

En el curso de la presente reunión se invitará al Consejo a aprobar los aumentos de sueldos del personal. Ahora bien, en el documento EB91/31 se afirma que el costo se incluirá en el presupuesto de 1992-1993. En otras ocasiones, el orador había tenido la impresión de que los costos se absorberían en el presupuesto ordinario del año, pero ahora cree deducir de la explicación del Sr. Aitken que los aumentos de costos - con efecto a partir de 1993 y no incluidos en el presupuesto de 1992-1993 - se considerarían como «compensación» y se añadirían al presupuesto de 1994-1995. Esto representa un concepto enteramente nuevo en la OMS; las estimaciones de los aumentos de costos deberían aplicarse al futuro y no al pasado. Todos los contribuyentes han insistido no sólo en el «crecimiento cero real» sino también en la necesidad de absorber al máximo los aumentos de costos, inclusive los reglamentarios que se derivan de aumentos de sueldos.

Por consiguiente, como no puede admitir el mecanismo de compensación para los aumentos de costos, en el proyecto de resolución presentado por el Dr. Mason se propone que se revisen los cálculos de aumentos de costos antes de la Asamblea de la Salud.

Es de esperar que antes de que acabe el debate sobre el presupuesto pueda adoptarse un proyecto de resolución análogo al propuesto por el Dr. Mason, en el que se exprese la preocupación del Consejo por el elevado nivel de los aumentos de costos, el elevado nivel del crecimiento nominal del presupuesto y el elevado nivel del aumento de las contribuciones, todo lo cual es muy difícil de justificar, y se pide al Director General que revise el presupuesto antes de presentarlo a la Asamblea de la Salud, habida cuenta de los debates del Consejo, inclusive los relativos a las prioridades. No está convencido, por ejemplo, de que estén justificados los cuantiosos gastos de apoyo en Ginebra y hace observar que en la Región de las Américas esos gastos no pasan del 9,2%, mientras que ascienden al 20% en la Sede; en cualquier caso, el tema merece un estudio detenido.

El Dr. LARIVIERE hace observar que se invita al Consejo a reconsiderar los factores de cálculo utilizados para los aumentos de costos, que no parecen claros. Los mecanismos de compensación, en particular los aumentos obligatorios de la remuneración, no deben incluirse como un elemento de inflación, sino que deben separarse claramente de la tasa de inflación de Ginebra. La Secretaría debe desglosar ese elemento. El concepto de compensación que en su opinión es una expresión desafortunada, no es compatible con las tradiciones y decisiones de la OMS. Hay que aclarar la cuestión en relación con las cifras actuales.

El proyecto de presupuesto por programas representa la etapa final de dos años de trabajo continuo. Hoy es ya muy tarde para modificar las cifras, que se refieren a parámetros establecidos en el plazo de un bienio.

No se trata de decidir hasta qué punto hay que limitar el presupuesto; se trata de un problema de transparencia. Lo que se debate es qué niveles de servicios, pagos y contribuciones pueden considerarse tolerables. A su juicio, no se trata de alcanzar un resultado óptimo sino de establecer una medida de tolerabilidad para donantes y receptores.

En su opinión, la línea de fondo reside en el escaso margen existente - quizá del 1% - para recortar o recalcular los factores sobre una base consensual. Por otra parte, si los gobiernos no pudieran aceptar por consenso el presupuesto en la Asamblea de la Salud, el resultado podría ser un voto de protesta o la imposición de recortes desde el exterior, en vez de un programa acordado en el seno de la Organización. El orador no tendría inconveniente alguno en que se recalculara el presupuesto desde este punto de vista.

El Dr. KOMBA-KONO dice que conviene aclarar que los Estados Miembros de la OMS no son ni receptores ni donantes; independientemente de las contribuciones que se les asignen, todos tienen la misma categoría: Miembros de la OMS. Lo que se está discutiendo es el concepto de presupuesto aceptable. Conviendría examinar cuidadosamente el hecho de que las decisiones adoptadas afectarán a muchas personas que hoy son víctimas de enfermedades mortales. No sólo hay que hablar de dinero.

El Dr. MEREDITH dice que suscribe los principios expuestos por el Sr. Boyer y el Dr. Larivière para justificar sus preocupaciones.

El PRESIDENTE dice que, en primer lugar, había percibido el deseo de que en el futuro se adopten procedimientos distintos de los actuales para elaborar el presupuesto por programas. Este tema podría debatirlo el Consejo cuando examine el informe del Grupo de Trabajo y los proyectos de resolución subsiguientes. En segundo lugar, cabe preguntarse qué se podría - y según algunos, convendría - cambiar en el proceso

actual. ¿Qué margen de maniobra existe? Desearía recibir respuestas precisas, a fin de que el Consejo pudiera decidir basándose en toda la información pertinente. En tercer lugar, el tema del debate le parece algo ambiguo. A su juicio, convendría encontrar algún procedimiento, con ayuda de la Secretaría, para agilizar esta deliberación, que en ciertos modos se está haciendo bastante confusa.

El Sr. AITKEN, Subdirector General, responde a las objeciones del Sr. Boyer y declara que, cuando el Comité del Programa se reunió en 1991, la Secretaría había tomado como índice de inflación probable para el bienio 1994-1995 el 12%. Esta cifra se encontraba todavía en estudio durante los meses de julio y agosto de 1992, aunque ya en ese momento suscitaba algunas dudas. Cuando se examinó el programa de consuno con las oficinas regionales y teniendo en cuenta las modificaciones de los sueldos, se llegó a la conclusión de que las reducciones necesarias para hacer frente a esta estimación del 12% de inflación iban a repercutir demasiado en los programas. Por consiguiente, se propuso un porcentaje del 13% para la inflación en 1994-1995 como término de referencia para calcular el aumento de los costos. La cifra del 13% no aparece como tal en los documentos, porque se trataba de una cifra neta derivada de una inflación del 15,5%, amputada del 1,5% debido a la abolición de puestos. Esta presentación coincidía con la práctica seguida habitualmente en las Naciones Unidas. Cabe entender pues que, excluyendo las variaciones de los tipos de cambio y los ingresos ocasionales, los costos habrían experimentado un aumento del 13%, es decir un 6,5% aproximadamente anual.

Para hacer una comparación equitativa con los aumentos inflacionarios aplicados por la OIT habría que abarcar cuatro años, 1992-1993 y 1994-1995. Ciertamente es que la OIT ha establecido un aumento del 10% para el bienio 1994-1995, mientras que la OMS lo ha fijado en un 13%. Sin embargo en el bienio anterior había sucedido lo contrario. La OIT había calculado y obtenido un 13,26%, mientras que la OMS, aunque necesitaba un 15%, sólo había obtenido de hecho un 10%. En otras palabras, el ajuste de inflación correspondiente al cuatrienio 1992-1995 es el mismo para la OMS y para la OIT. Por otra parte, como esta última está menos descentralizada que la OMS, se encuentra también menos expuesta a las fluctuaciones de los tipos de cambio.

Hasta 1974-1975, la Organización solía tratar de obtener, cuando era necesario, créditos suplementarios para atender gastos adicionales imprevistos en el curso del bienio. Desde entonces, la práctica ha consistido en absorber esos gastos adicionales en el bienio en el que se producían, pero el proceso de absorción no se ha podido proseguir año tras año. Al final, los Estados Miembros tuvieron que elegir entre sufragar los gastos adicionales o recortar los programas.

En respuesta al Dr. Larivière, el orador aclara que la Secretaría ha evaluado el elemento del aumento correspondiente al mecanismo de compensación en un 5% aproximadamente del 15,5%, es decir la tercera parte más o menos.

A juicio del orador, el presente debate ha versado más sobre lo que los Estados Miembros pueden aportar que sobre lo que la OMS necesita. Indudablemente, la Organización necesita un 13% o más para mantener, y nada más que para mantener, sus programas. Si los Estados Miembros no pueden sufragar el costo de los programas, y esto es otro asunto, les ruega que lo comuniquen al Consejo. La Secretaría podría entonces examinar el programa desde ese punto de vista.

El PRESIDENTE dice que el Sr. Aitken ha puntualizado claramente en sus últimas explicaciones las alternativas existentes. Propone que el Consejo examine el problema con más detalle cuando aborde los proyectos de resolución.

El Sr. BOYER dice que el Sr. Aitken parece sugerir que el Consejo no ponga en tela de juicio las cifras que figuran en el documento. Lo que le preocupa es la validez del descenso real de 2,5% que, en combinación con el aumento del 15,5%, produce una inflación neta del 13%. No comprende cómo la eliminación de puestos vacantes o de programas no operacionales a causa de contribuciones no abonadas, que no se traduce en ningún ahorro de dinero, podría substraerse legítimamente del aumento de los costos. En su opinión, el aumento real de los costos es del 15,5%.

El PRESIDENTE reitera que lo mejor sería que este tema fuera objeto de un debate oficioso entre la Secretaría y los miembros interesados del Consejo, a fin de aclarar los problemas y establecer una base común para ulteriores debates.

Gastos de apoyo a programas: punto 4.4 del orden del día (documento EB91/5)

El Sr. AITKEN, Subdirector General, presenta el documento EB91/5, cuya preparación ha planteado muchos problemas. Los gastos de apoyo son aquellos gastos en que incurre la OMS, tanto en la Sede como en las regiones, para proporcionar servicios de apoyo a los programas financiados con fondos extrapresupuestarios. Desde 1981, la OMS y las demás organizaciones del sistema de las Naciones Unidas vienen reteniendo

con este fin una comisión del 13%. Desde entonces se han producido dos cambios importantes: en primer lugar, el PNUD, principal proveedor de fondos de apoyo en el sistema de las Naciones Unidas, ha modificado sus métodos; en segundo lugar, la OMS ha reevaluado el costo que le supone la financiación de los programas extrapresupuestarios. En 1981, cuando se adoptó la cifra del 13%, el costo real era probablemente de un 27%; así pues, había que cargar un 14% al presupuesto ordinario. Esta solución se consideró aceptable. Una encuesta similar realizada recientemente por una conocida firma consultora especializada da una cifra de un 35% para el conjunto de la OMS (los gastos de apoyo varían mucho de unos programas a otros). El nuevo método adoptado por el PNUD para calcular los gastos de apoyo no recurre a porcentajes; el PNUD establece el costo de los servicios (por ejemplo, preparación de proyectos y administración de determinados asuntos) y hace el pago correspondiente. Esta solución es el fruto de dos años y medio de debates en el PNUD que todavía no han quedado bien zanjados.

En varias reuniones recientes, el Consejo Ejecutivo y el Comité del Programa se han preguntado cómo deberá responder la OMS a los cambios sobrevenidos durante el pasado decenio en relación con los gastos de apoyo. Una opinión era que los programas financiados con fondos extrapresupuestarios no deberían gravitar tanto sobre el presupuesto ordinario; otra, que la financiación presupuestaria se perdería si se destinaba más del 13% a gastos de apoyo. La Secretaría estaba también dividida a este respecto. El presupuesto ordinario de la Organización también se encontraba ya dedicado en gran parte a la cooperación técnica. En algunas otras organizaciones y en el sector privado, los gastos de apoyo ascendían a 30%-50%. El documento EB91/5 es una primera tentativa de señalar este asunto al Consejo a fin de que pueda enjuiciarlo con conocimiento de causa. Otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, entre ellas la FAO, están adoptando medidas análogas. Como el PNUD sólo financia aproximadamente el 5% de los gastos extrapresupuestarios de la OMS, los procedimientos que ha adoptado no son esenciales para resolver este problema. Cualquier decisión que modifique el mandato especificado en la resolución WHA34.17, por la que la OMS carga un 13%, tendría que tomarla la Asamblea Mundial de la Salud, especialmente en relación con los gastos de apoyo procedentes de fuentes distintas del PNUD, en su mayor parte donativos gubernamentales.

La parte V del documento EB91/5 contiene cuatro opciones para modificar la práctica actual. La primera (14(a)) es elevar el porcentaje de los gastos de apoyo hasta el 17%. Se ha llegado a esta cifra porque, en 1981, el 13% representaba aproximadamente la mitad del costo real (27%), mientras que el 17% corresponde a la mitad de los costos reales actuales (35%). Por consiguiente, la OMS tendría aún que cargar con la mitad del apoyo extrapresupuestario. Esta modificación afectaría a los donantes y a los programas especiales de la OMS, por lo que cada gobierno tendría que decidir su propia respuesta. La segunda opción (14(b)) es aumentar ligeramente el porcentaje de los gastos de apoyo, cargando un 17% por la mayor parte de los servicios y solamente un 6% para los suministros y el equipo, que generalmente cuestan menos que un programa de asesoramiento, por ejemplo. La tercera posibilidad (14(c)) es cargar comisiones completamente diferentes. Así, por ejemplo se aplicaría un porcentaje determinado a los proyectos que tuvieran un importante elemento de personal, que es especialmente costoso; otro, a las becas; y otro, por último, a los suministros de la capacitación. Sin embargo, este sistema resultaría difícil de explicar a los donantes y entrañaría cálculos complicados. La cuarta sugerencia (14(d)) consiste en incluir en el proyecto extrapresupuestario casi todos los gastos de apoyo en vez de cargar una comisión porcentual. A los donantes habría que advertirles que la suma que tuvieran intención de aportar entrañaría ciertos gastos suplementarios en concepto de apoyo, basados en las necesidades de la OMS. Ahora bien, si se incluyeran todos los gastos quizá fuera preciso aumentar la cifra actual del 13%. La Secretaría desearía conocer la opinión del Consejo sobre este asunto.

El Dr. MEREDITH, suplente del Dr. Calman, reconoce que el tema de los gastos de apoyo a programas es complejo. En principio, parece equitativo exigir que los programas extrapresupuestarios paguen el apoyo que reciben del presupuesto ordinario; sin embargo, no es fácil calcular el costo real de este apoyo, pues varía de unos programas a otros. Hay que tener en cuenta tanto la interdependencia de muchos programas financiados con fondos extrapresupuestarios o con el presupuesto ordinario como el riesgo real de ahuyentar a posibles donantes que quizá consideren excesivos los gastos de apoyo a los programas extrapresupuestarios. Así pues, antes de tomar una decisión sobre cualquier modificación, sería útil disponer de más información en la que los propios directores de los programas extrapresupuestarios dieran detalles sobre el grado de apoyo que necesitan (gastos de personal administrativo, facturas de teléfono, alquileres, calefacción, etc.) con cargo a sus propios fondos, así como sobre la contribución de sus programas a las actividades costeadas con cargo al presupuesto ordinario. Esta información, junto con los resultados del estudio sobre gestión de gastos realizado por la firma consultora especializada, podría ser analizada por el Consejo Ejecutivo o, previamente, por alguno de los subgrupos cuya creación ha propuesto el Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los cambios mundiales.

El Dr. KOSSENKO coincide también en que el tema, a la vez complejo e importante, exige un examen más detenido. En particular, habría que determinar las sumas que revendrían a la Organización como consecuencia de las diferentes opciones propuestas e informarse sobre las opiniones de los donantes acerca de este asunto. Habría que pedir a la firma consultora que recomendara la alternativa que considerase más ventajosa y aceptable para la Organización. Los miembros del Consejo no tienen información suficiente ni poseen las calificaciones necesarias para tomar una decisión con conocimiento de causa. El asunto requiere estudios y análisis más detenidos.

El Sr. MORTENSEN, suplente del Sr. Varder, hace suyas las observaciones del Dr. Meredith y del Dr. Kossenko.

El Sr. BOYER, suplente del Dr. Mason, pide que tanto el presupuesto ordinario como los programas extrapresupuestarios sean tratados con justicia, sin discriminar a ninguno de ellos mediante una fórmula anodina que quizá no refleje de hecho los costos reales. En el documento EB91/5 se reproduce la resolución WHA34.17, en la que puede verse que la decisión de asignar un 13% a los gastos de apoyo se basa en decisiones adoptadas por el Consejo de Administración del PNUD, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y la Asamblea General de las Naciones Unidas. En caso de que las Naciones Unidas estuvieran actualmente examinando una nueva fórmula aplicable a la totalidad del sistema, ¿sería conveniente que la OMS adoptara una solución distinta de acuerdo con sus necesidades?

El Dr. LARIVIERE dice que el documento EB91/5 constituye una base muy útil para proseguir el debate, en el curso del cual deberán distinguirse cualitativamente las contribuciones extrapresupuestarias. Algunos donantes facilitan fondos a la OMS para que lleve a cabo determinadas actividades en condiciones predeterminadas; por otra parte, muchas pequeñas contribuciones que se hacen a los programas ordinarios de la OMS (por ejemplo, para celebrar un seminario o un cursillo) se clasifican como fondos extrapresupuestarios pero se utilizan en circunstancias que hacen difícil y espinoso identificar e imponer la comisión debida como gasto de apoyo. En todo caso, considera que el debate sobre este asunto se ha iniciado de un modo que permitirá observar tanto los intereses del presupuesto ordinario como la recepción de donativos.

Como nadie más pide la palabra, el PRESIDENTE entiende que el Consejo desea que se trate con más detenimiento y precaución este asunto, que coincide en parte con el examen de la relación entre contribuciones presupuestarias y extrapresupuestarias que forma parte del mandato del Grupo de Trabajo sobre la Resposta de la OMS a los Cambios Mundiales.

El Sr. AITKEN, Subdirector General, en respuesta a las observaciones del Sr. Boyer, dice que en el PNUD se ha llegado ya casi a un acuerdo respecto al sistema de las Naciones Unidas. Sin embargo, pone en duda que los acuerdos entre los donantes individuales y las organizaciones puedan basarse en el modelo del PNUD. Dentro del sistema de las Naciones Unidas es posible proceder a los indispensables intercambios de información. El modelo que habrá que utilizar con donantes aislados o bilaterales tendrá que ser más simple.

3. NOVENO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO PARA UN PERIODO DETERMINADO (1996-2001) (MARCO NORMATIVO Y PROGRAMATICO): punto 10 del orden del día (documento EB91/20)

El Dr. SIDHOM presenta el documento EB91/20, titulado «Marco normativo y programático para el Noveno Programa General de Trabajo» y dice que representa el fruto de los debates celebrados por el Comité del Programa en agosto de 1992, así como por algunos de los comités regionales en septiembre y octubre de 1992.

El Comité del Programa estimó que el borrador del Programa que se le había presentado constituía una mejora con respecto a su predecesor y que, más que un plan detallado, constituía un marco para el ulterior desarrollo de las actividades. Las orientaciones principales del programa facilitarán la transición a partir del Octavo Programa General de Trabajo y acelerarán los progresos hacia la salud para todos. El Comité propuso agregar una quinta orientación con el fin de abarcar asuntos tales como la gestión y la coordinación de la acción sanitaria internacional. El Comité del Programa observó con satisfacción la importancia atribuida al fortalecimiento del apoyo a los países para hacer frente a los principales problemas sanitarios de éstos.

El Comité aprobó en términos generales la estructura propuesta para el Programa de Trabajo pero sugirió que se modificaran algo sus objetivos y metas. Convendría establecer nuevas metas mundiales de acuerdo con los países, dejando a las regiones que definieran los objetivos nacionales y regionales. Asimismo

se señaló que algunas de las metas de la estrategia mundial de salud para todos podrían incorporarse al Programa, una vez actualizadas a la luz de la segunda evaluación de la aplicación de dicha estrategia. También se señaló que no se podría conseguir un acceso equitativo a los servicios de salud si no se contaba con una infraestructura sólida para la atención primaria. Esta cuestión y la relativa a los recursos humanos para la salud deberán ser tratadas adecuadamente, mientras que habrá que dar mayor relevancia a asuntos tales como el SIDA, la relación entre salud, medio ambiente y desarrollo, la multisectorialidad y la sostenibilidad de la acción en los países. A fin de reforzar las actividades del programa, así como su vigilancia y evaluación, habrá que establecer objetivos y resultados mensurables.

El Comité reconoció que las listas de programas preparadas para el Séptimo y el Octavo Programa General de Trabajo, con su enumeración rigurosa y detallada, habían dificultado a menudo el apoyo integrado a los países. A su entender, lo que se necesitaba para promover ese apoyo era una lista que pudiera usarse como instrumento de gestión para aplicar programas practicables. Por otra parte, consideró que sería indispensable describir en el Programa de Trabajo los cambios de carácter gerencial que fuera necesario introducir en la Organización para remediar las deficiencias observadas en las actividades de la OMS en los países. En los presupuestos por programas se deberían explicar brevemente las implicaciones presupuestarias del Noveno Programa General de Trabajo, y también habría que explicar cómo se planifican y ejecutan las actividades costeadas con recursos extrapresupuestarios en concordancia con las prioridades aprobadas por los órganos deliberantes de la OMS. El Programa de Trabajo debería comprender una descripción del proceso de establecimiento de presupuestos por programas y servir de instrumento para la programación y la aplicación de todos los programas ejecutados con cargo al presupuesto ordinario o a fuentes extrapresupuestarias; en consecuencia, habría que darle una presentación que facilitara su revisión y actualización periódicas. Convendría introducir paulatinamente las prioridades de política del Noveno Programa General de Trabajo en las actividades que se desarrollan actualmente siguiendo las orientaciones del Octavo Programa General de Trabajo y del presupuesto por programas para el ejercicio 1994-1995. Por último, el Noveno Programa General de Trabajo debería constituir un marco de acción claro y conciso en el que figuraran normas tajantes para la labor sanitaria y el establecimiento de programas de salud nacionales e internacionales.

El Dr. LARIVIERE observa con satisfacción que el Noveno Programa General de Trabajo se ha preparado más como un instrumento de gestión que como documento de referencia y que en él se presta especial atención a la flexibilidad y al rendimiento, tendiendo en general a que facilite un proceso dinámico vinculado a otras actividades tales como la vigilancia y la evaluación de la estrategia de salud para todos.

La reducción del número de puntos en la lista ordenada de programas (documento EB91/20, anexo 2) constituye una buena idea, pero alguno de los sectores programáticos se superponen entre sí, ya que cierto número de actividades podría abordarse desde distintos ángulos. Cabe el peligro de caer en errores pasados y definir las actividades en función de las actuales estructuras de gestión y no como prioridades. Convendría que el Director General se ocupara sin pérdida de tiempo de ensamblar adecuadamente los procesos y estructuras de gestión con los principios en que se apoya el Programa de Trabajo y de velar por que resulten tan flexibles, prácticos y eficaces como el contenido programático.

El Dr. LI Shi-chuo, refiriéndose a la lista ordenada de programas y actividades que se propone a título ilustrativo, subraya la importancia de la educación sanitaria y de la información. A su juicio, este tema debería constituir un punto separado bajo el epígrafe «Política de salud para todos» o «Desarrollo de los sistemas de salud». De igual modo, la salud mental constituye un programa importante que podría figurar por separado bajo el epígrafe «Fomento y protección de la salud» en vez de figurar en el apartado «Modos de vida y salud».

La Dra. VIOLAKI-PARASKEVA elogia el marco propuesto para el Noveno Programa General de Trabajo. Advirtiéndole la importancia de mantener la continuidad entre el Octavo Programa General de Trabajo y su sucesor, pregunta si se ha hecho alguna evaluación en el marco del primero para descubrir posibles puntos débiles a los que conviniera dedicar más atención en el nuevo Programa.

El Dr. SHAMLAYE declara que el informe del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales, que todavía no ha examinado el Consejo, constituye también una interesante aportación al debate sobre el Noveno Programa General, cuyo marco proyectado ofrece la posibilidad de mejorar la definición de las metas y objetivos de la OMS y los recursos necesarios para alcanzarlos, especialmente en relación con la salud para todos, cuyo plazo expira en la fecha de terminación del Programa.

El Noveno Programa General de Trabajo debe servir de instrumento no sólo para la Sede sino también para las regiones y los países, que deberían trabajar codo con codo para el propósito decidido de alcanzar las metas mundiales establecidas. Los Estados Miembros han participado poco en la ejecución efectiva del Octavo

Programa General, habiéndose limitado a utilizarlo como lista de compra para obtener fondos con destino a programas específicos, lo cual ha deformado en cierta medida su orden de prioridades.

Aunque coincide con el Dr. Larivière en que no hay que caer en el error de hacer una clasificación excesivamente detallada, aprueba las adiciones propuestas por el Dr. Li Shi-chuo a la lista propuesta a título ilustrativo. Es evidente que algunos programas merecen especial atención.

El Dr. MEREDITH, suplente del Dr. Calman, aprueba el marco propuesto para el Noveno Programa General de Trabajo, subrayando que todavía podría ampliarse. En particular, sería necesario expresar cuantitativamente las metas y dar más información sobre cómo la Organización se propone aplicar las diversas estrategias. También convendría incorporar al borrador definitivo del Programa ciertos puntos identificados por el Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales. Sería de desear también que se tuvieran debidamente en cuenta las actuales deliberaciones del Grupo Asesor Mundial sobre Enfermería y Partería y cualesquiera recomendaciones que éste pudiera formular.

Está de acuerdo en que convendría dar más visibilidad al programa de salud mental, incluyéndolo quizá - como se ha sugerido - como un punto separado bajo el epígrafe «Fomento y protección de la salud».

El Dr. SIDHOM hace suyas las propuestas del Dr. Li Shi-chuo sobre la lista ordenada de programas.

El Dr. MASON comparte la opinión de los oradores precedentes. Además, dice que se le ha pedido que comunique al Consejo que el Profesor Jablensky apoya la inclusión de la salud mental como punto separado en la lista ordenada, bajo el epígrafe «Fomento y protección de la salud».

El Dr. JARDEL, Subdirector General, dice que se tendrá en cuenta las opiniones de los miembros del Consejo para ultimar el Noveno Programa General de Trabajo. Como ha señalado el Dr. Larivière, la lista ordenada de programas es esencialmente una visión panorámica de las actividades de la Organización y no tiene por fin indicar cómo se pretende combinar los distintos componentes técnicos a nivel nacional, regional o mundial. Tampoco debe considerarse la lista como un reflejo de la estructura administrativa de la Organización, que debe constituir un marco flexible en el que los diferentes programas técnicos puedan aportar su propia contribución.

En respuesta a la Dra. Violaki-Paraskeva, dice que al iniciarse la preparación del Noveno Programa General de Trabajo se hizo una encuesta para evaluar la utilidad de sus dos predecesores inmediatos. Aunque era difícil evaluar el Octavo Programa General de Trabajo por encontrarse sólo a medio camino de su periodo de aplicación, la encuesta reveló que esos programas se utilizaban principalmente en la Sede, algo menos en las regiones y muy poco a nivel nacional. El hecho mismo de preparar un programa detallado de trabajo por adelantado debe hacer pensar que en el momento de su ejecución quizá no sean ya aplicables todos sus detalles. La rigidez del Séptimo y del Octavo Programa General de Trabajo ha dificultado la integración de las actividades en el seno de la OMS, y a veces también a nivel nacional. Aunque la encuesta se ha limitado al personal de la OMS, cabe suponer que los Estados Miembros podrían haber obtenido un resultado análogo.

Los preparativos del Noveno Programa General de Trabajo se han llevado a cabo en estrecha asociación con las actividades del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales. No ha sido posible incorporar toda la contribución de éste al proyecto del Programa antes de que el Consejo procediera a examinar el documento. También ha sido estrecha la colaboración con las oficinas regionales; en 1992 se celebró una reunión con personal regional en el curso de la preparación de borrador del Programa y, con breve antelación a la redacción del proyecto definitivo, se celebrará otra reunión con los directores de los programas regionales de gestión.

4. METODO DE TRABAJO DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD: punto 11 del orden del día (documento EB91/21)

El Sr. AITKEN, Subdirector General, presenta el informe del Director General sobre el método de trabajo de la Asamblea de la Salud y recuerda que durante el examen inicial del Programa 1 por el Consejo se indicó que podrían ahorrarse US\$ 200 000 si, cada dos años (es decir, el año en que no se debate el presupuesto por programas), se clausurara la Asamblea de la Salud un miércoles, siempre y cuando no se celebraran sesiones de noche. En el informe se trata además de la celebración de los debates en sesión plenaria y en el seno de las comisiones, así como de cuestiones de política. A su entender, el Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales podría recomendar que el Consejo examinara todas las resoluciones técnicas antes de que se sometieran a la consideración de la Asamblea de la Salud. En el informe no se aborda la cuestión de las actas taquigráficas, pero el Dr. Jardel ha señalado ya al Consejo las posibilidades de

ahorro que tendría la sustitución de las actas taquigráficas editadas en todos los idiomas por una transcripción taquigráfica común en la que figuraran las intervenciones en el idioma en que se hayan hecho.

La Dra. VIOLAKI-PARASKEVA señaló que lo que faltaba en el informe era una mención de la necesidad de dar instrucciones más detalladas a los delegados de los Estados Miembros, particularmente a los recién llegados, sobre la labor de la Asamblea de la Salud y, más concretamente, sobre la redacción de resoluciones. En estas sesiones de aleccionamiento, que podrían celebrarse en la mañana del lunes elegido para la apertura, podrían participar miembros del Consejo en activo o retirados.

Respecto a la duración de la Asamblea de la Salud, el Sr. Aitken ha indicado que si se redujera el número de días y se celebraran sesiones nocturnas en consecuencia, el ahorro sería casi nulo; por consiguiente, no parece haber ninguna razón para reducir todavía más la duración de la Asamblea.

Por último, refiriéndose a la recomendación formulada en el párrafo 17(b) del informe del Director General, la oradora propone que en la primera línea del párrafo, tras las palabras «reducir la duración de la Asamblea», se inserte «en los años en que no se debate el presupuesto por programas».

El Dr. LARIVIERE dice que, aunque el Consejo ha contribuido ya mucho a mejorar la eficacia operativa de la Asamblea de la Salud, tiene la obligación de seguir formulando recomendaciones con ese fin. Refiriéndose al párrafo 14 del informe, relativo al establecimiento de un mecanismo para proponer y seleccionar resoluciones, recuerda que hace algún tiempo se había ya preconizado algún tipo de comité *ad hoc* para las resoluciones, propuesta que no había tenido aceptación. Es posible que ahora, gracias a la mayor participación de los representantes del Consejo en la Asamblea de la Salud, éstos pudieran reunirse si fuera necesario con algunos miembros de la Secretaría y, quizá, con otros miembros del Consejo presentes en la Asamblea de la Salud para actuar conjuntamente como un comité oficioso de resoluciones; pero, sobre todo, tendrían que ocuparse de orientar a los delegados, ya que el proceso de redactar resoluciones es algo que hay que aprender para no dificultar el buen funcionamiento de la Asamblea de la Salud y para favorecer al máximo la adopción de aquéllas por consenso en beneficio de la Organización en su conjunto. De hecho, los miembros del Consejo, que pueden ocupar un lugar muy destacado en las comisiones y que han de adoptar las decisiones preliminares sobre asuntos financieros antes de presentarlas al órgano deliberante supremo, la Asamblea de la Salud, tienen una función muy importante que desempeñar en todo lo relativo a las resoluciones.

El Dr. SHAMLAYE se refiere a las exposiciones que se hacen habitualmente cuando la Comisión A examina el proyecto de presupuesto por programas, relativas a las experiencias de cada país con programas concretos. Aunque son sin duda interesantes y útiles, ¿resultan realmente pertinentes para las deliberaciones de la Comisión? Es posible que el Director General pudiera dar instrucciones por adelantado a las delegaciones respecto a la finalidad del debate sobre el presupuesto por programas.

La Dra. VIOLAKI-PARASKEVA, en respuesta a las observaciones del Dr. Shamlaye, recuerda que, al inaugurarse la Asamblea de la Salud, el Director General señaló ya a los delegados el objetivo preciso de los debates sobre el presupuesto; por desgracia, los delegados no han seguido siempre sus indicaciones y a menudo ignoran la recomendación de que todo delegado que desee exponer la experiencia de su país debe preparar un texto aparte para que figure como anexo del acta taquigráfica. Mucho depende también de la competencia de las personas que presidan las comisiones A y B, las cuales, a su juicio, deberán designarse atendiendo a sus cualidades para presidir las deliberaciones en esos órganos - función que en modo alguno es meramente honorífica - y no por otra razón.

Por último, aprueba cómo el Dr. Larivière ha desarrollado las propias ideas de la oradora sobre la función que podrían desempeñar los representantes del Consejo Ejecutivo.

La Sra. KRISTENSEN, asesora del Sr. Varder, se suma a las observaciones del Dr. Shamlaye y del Dr. Larivière. La propuesta del primero le parece especialmente útil y añade que, en su opinión, podría reducirse la duración de la Asamblea de la Salud sin tener que recurrir a las sesiones nocturnas.

El Dr. SARR dice que la Asamblea de la Salud es probablemente una reunión técnica y, sin la menor duda, política, pero también una ocasión de reunirse e intercambiar opiniones que a veces podrían dar una impresión cacofónica y excesivamente exuberante, pero que de hecho reflejan el placer que sienten al reunirse gentes procedentes de todas las latitudes. A su juicio, podría encontrarse un medio para reducir la duración de las intervenciones sin hacerlas estériles o meramente formulistas, pero la tarea no le parece fácil.

El Dr. LARIVIERE dice que la propuesta del Dr. Shamlaye podría dar lugar a la reaparición de las llamadas reuniones oficiosas o paralelas del pasado o a la creación de una especie «Comisión C» encargada de

cuestiones técnicas. Con ello no se ahorraría ni tiempo ni dinero, ni tampoco adelantarían nada las delegaciones poco numerosas. Lo mejor es dejar los asuntos técnicos al Consejo, ya que los representantes de los Estados Miembros acuden a la Asamblea de la Salud para abordar cuestiones de política, finanzas y orientación y evaluación del programa, sin ocuparse, en general, del propio contenido de éste. A su juicio, el éxito de la Asamblea de la Salud depende de la documentación preparada por la Secretaría y de la competencia de los responsables de las comisiones para orientar a los Estados Miembros, en colaboración con los representantes del Consejo, e instilar cierta disciplina desde el primer día. Con todo el respeto que le merece el Dr. Shamlaye, el orador considera que se debe dejar en suspenso su propuesta y, entretanto, hacer todo lo posible para mejorar el mecanismo existente.

La Dra. DLAMINI dice que no está claro lo que se espera exactamente de los Estados Miembros durante el debate presupuestario en la Asamblea de la Salud. Según ha observado, cuando se debate el presupuesto en el Consejo se consagra mucho tiempo a las políticas y orientaciones programáticas, asuntos que, al parecer, no abordan las delegaciones en la Asamblea de la Salud. Esta situación le parece desconcertante.

El Dr. KOSENKO se sorprende del giro tomado por el debate. Al parecer, el Consejo está olvidando que no es más que el brazo ejecutivo de la Organización, y que el órgano supremo es el foro en el que todos los Miembros reunidos deciden las orientaciones y los objetivos de la OMS. Por supuesto, no incumbe al Consejo dar normas de conducta a la Asamblea de la Salud, lo cual sería además anticonstitucional.

Excusado es decir que, como en ocasiones anteriores, habrá que encontrar la manera de hacer economías. La duración de la Asamblea se ha reducido de tres a dos semanas, y a dos semanas y media cada dos años. He aquí la manera de hacer ahorros, y no mediante medidas que limiten la capacidad decisoria de las delegaciones. La función del Consejo es ayudar a la Asamblea de la Salud en este sentido.

Se levanta la sesión a las 17.35 horas.

= = =