

comité ejecutivo de
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo de
comité regional



ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

111a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1993

Tema 4.4 del programa provisional

CE111/11 (Esp.)
21 mayo 1993
ORIGINAL: ESPAÑOL

PLAN REGIONAL DE ACCION PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMERICAS

Este documento presenta al Comité Ejecutivo para su consideración, el Primer Informe de Avance del Plan de Acción Regional de Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. En él se proponen ajustes en sus metas, estrategias y líneas de acción para que sirvan de base al Comité para las recomendaciones que formulará al Consejo Directivo sobre el tema.

Se concluye del análisis de la información disponible que hubo un limitado progreso del Plan en la mayoría de los países, debido, principalmente, a restricciones políticas y financieras. Es evidente que a pesar que los países han endosado el Plan, esto no se traduce en general en una decisión política, en la asignación de recursos propios, en la búsqueda de recursos adicionales y en programas y acciones específicas. Como consecuencia de este análisis se propone ajustar las metas, estrategias y líneas de acción.

Se enfatiza la necesidad de un mayor compromiso de los países en la mejoría del sistema de información, la coordinación intersectorial y la intensificación de la búsqueda de recursos nacionales e internacionales para las acciones de salud de la mujer, particularmente las de salud materna y de planificación familiar.

Dentro de las líneas de acción se recomienda a los países, cuando corresponda, la intensificación de las siguientes:

- Mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, y de las estadísticas básicas y de salud reproductiva.
- Fortalecimiento de las acciones de planificación familiar para prevención del aborto, del embarazo no deseado y la atención de la demanda insatisfecha.
- Aumento de la cobertura de la atención prenatal.
- Implantación y/o expansión de los modelos complementarios de atención materna (hogares maternos, casas de parto, y parto limpio domiciliario).
- Mejoría de la calidad de la atención del parto institucional y de las maternidades del primer nivel de referencia.

Además se recomienda la adopción por los países de indicadores para la evaluación del impacto, los procesos, la accesibilidad y calidad de los servicios.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. Introducción	1
2. Salud reproductiva de la mujer	1
2.1 Aspectos generales	2
2.2 Cambios ocurridos en la situación de la salud reproductiva de la mujer en la Región	3
3. Ejecución del Plan a nivel regional y en los países	6
3.1 Avances logrados en los países	6
3.2 Papel de la Oficina Sanitaria Panamericana	9
4. Ajustes del Plan	11
4.1 Metas	11
4.2 Estrategias	12
4.3 Componentes principales de los planes nacionales	14
4.4 Actividades regionales y subregionales	18
4.5 Financiamiento	21
4.6 Evaluación del Plan	21
Bibliografía	23
Anexo. Cuadros y gráficas	

1. Introducción

La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, continuando con el desarrollo de su política en asuntos de población, aprobó, mediante su resolución XVII, el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.

Este Plan está dirigido a mejorar la salud de la mujer, en especial su salud reproductiva y materna. Propone una gran concertación social alrededor de la salud de la mujer y la movilización de recursos nacionales e internacionales para que, a través de acciones de promoción de la salud, de expansión y de mejoría de los servicios y la vinculación efectiva de la población, se puedan reducir las cifras reales de mortalidad materna en un 50% para el año 2000.

Las metas del Plan y sus principales líneas de acción fueron endosadas por los países en la Reunión de Evaluación del Cumplimiento de las Metas de la Cumbre a favor de la Infancia (Brasilia, Brasil, 1991), en los planes nacionales formulados para la reducción de la mortalidad materna y en dos reuniones subregionales e interagenciales¹ sobre maternidad segura realizadas en Guatemala (Guatemala, 1992) y Santa Cruz de la Sierra (Bolivia, 1993).

2. Salud reproductiva de la mujer

La propuesta del Plan Regional se sustenta en una serie de consideraciones:

- La mortalidad materna es un hecho evitable. Sus principales causas son conocidas y se cuenta desde hace mucho tiempo con los conocimientos y la tecnología adecuada para lograr su reducción.
- Todas las muertes maternas representan un problema social y de salud relevante.
- La vulnerabilidad de la mujer durante el período reproductivo es mayor.
- Las condiciones de vida de una proporción considerable de las mujeres en la Región de las Américas incrementan los riesgos de enfermar y morir durante el embarazo, el parto y el puerperio.

¹ Para los países de América Central y de la Subregión Andina.

- Cualquier programa que se elabore para reducir la mortalidad materna deberá inscribirse en un contexto económico y social signado por una profunda crisis financiera y deudas externa y social.
- Las propuestas deberán ser viables, ofrecer diferentes alternativas, incluir la identificación de diferentes fuentes de recursos y ampliar la participación social.
- La reducción y la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad materna deberán integrarse a la atención general de las mujeres y los niños, en el marco de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS para el cuatrienio 1991/1994 (OPS/OMS, 1990).

2.1 Aspectos generales

La magnitud real de la mortalidad materna es insuficientemente conocida en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Existen diferencias en la calidad de la información recogida sobre la salud reproductiva de la mujer y en la capacidad y calidad del análisis y utilización de la misma. A esto se agregan la disponibilidad y accesibilidad de la información para su análisis y utilización.

Los diferentes tipos de subregistro (de hechos y de causas maternas) y el uso hasta la fecha de una definición de muerte materna que excluye de este grupo de defunciones aquellas que han ocurrido después de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, contribuyen también a esta situación.² Más grave aún es la situación de la información referida a la morbilidad. Los datos disponibles, en su gran mayoría, se circunscriben a internaciones en hospitales públicos y no reflejan la situación epidemiológica global de la condición de la salud reproductiva de la población.

Los servicios de estadísticas de salud de los países de la Región tienen diferentes grados de desarrollo, por lo que la integridad y calidad de los datos, como ya se señaló, no son homogéneas. Hay una cultura muy generalizada en el sentido de no utilizar la información disponible, lo que repercute en la calidad de la misma. No todos los países han enviado oportuna e íntegramente los datos, de forma tal que se carece de cierta información para determinados años, particularmente los últimos. Estas circunstancias tornan difíciles la tarea de evaluación y seguimiento del Plan a nivel regional y dentro de los países.

² La 10ª. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, con la inclusión de la definición de la muerte materna tardía, puede disminuir la magnitud del problema.

Las condiciones sociales en las que está inserta la mujer en América Latina y el Caribe no han cambiado en los últimos años y siguen vigentes las situaciones de inequidad, agravadas por el efecto heterogéneo o desigual del crecimiento demográfico, la urbanización acelerada, la pobreza urbana y rural, las condiciones de empleo y subempleo de la mujer, su baja escolaridad y la aún insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud.

2.2. Cambios ocurridos en la situación de la salud reproductiva de la mujer en la Región

La población estimada de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años para 1990 en la Región de las Américas fue de 186 millones. En los tres años de vigencia del Plan Regional puede haber alcanzado los 197 millones.

La fecundidad en las últimas cuatro décadas ha tenido una declinación muy importante en toda la Región. A pesar de ello hay países que aún mantienen altos niveles de fecundidad como, por ejemplo, Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras (Cuadro 1).

La fecundidad en las adolescentes constituye un fenómeno de interés especial para la sociedad actual. Existen grandes diferencias en los países de la Región, con cifras que oscilan entre 48 y 133 nacidos vivos por mil mujeres de 15 a 19 años. Estas tasas de fecundidad han descendido en todos los países en los últimos años, salvo en tres: Argentina, Cuba y Uruguay. En varios países se ha incrementado la contribución de las adolescentes en el total de los nacimientos, especialmente en Cuba, El Salvador y México (Munist, 1993). El riesgo de enfermar y morir asociado al incremento de la fecundidad específica de 15 a 19 años, es primordialmente un problema social. Este riesgo se incrementa al empeorar las condiciones de vida de ciertos grupos de adolescentes.

La mortalidad materna también está asociada al nivel de desarrollo social. Constituye, sin lugar a dudas un muy buen indicador de la calidad de vida de la población femenina. Mientras que en países como Canadá, Estados Unidos, Cuba, Costa Rica y Uruguay, la población femenina tiene una mejor condición de vida, en los demás países de la Región, con grandes diferencias entre ellos, la mortalidad materna refleja peores condiciones de vida para este grupo de la población.

El lugar que ocupan las muertes maternas en las 10 primeras causas de muertes de mujeres de 10 a 49 años, está asociado al nivel de la tasa de mortalidad materna. Así en los países de alta y muy alta mortalidad materna, estas muertes ocupan los primeros lugares en las 10 primeras causas de muerte de ese grupo de mujeres. Por el contrario,

en países de niveles medios de mortalidad materna las muertes tienden a desplazarse de los primeros lugares y en países de baja mortalidad quedan fuera de las 10 primeras causas (Gráfica 1).

El nivel de mortalidad materna en los países de la Región de las Américas continúa teniendo grandes diferenciales. Estos están relacionados con la calidad de los servicios, la disponibilidad de los recursos necesarios para su prevención, como también con la disponibilidad de sangre y otros suministros y el acceso a un nivel de atención con adecuada capacidad resolutive. Las tasas de mortalidad materna en las últimas décadas en los países o territorios de la Región, se han mantenido bastante altas, con la excepción de algunos como Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico, incluyéndose en los últimos años Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (Cuadro 1).

En general, los países con tasas de mortalidad materna más elevadas presentan los mayores valores de fecundidad global, como también los menores porcentajes de partos institucionales y de uso de anticonceptivos (en el caso de Bolivia, Ecuador, Haití, Paraguay, Perú), (Cuadro 1). Se dan también situaciones intermedias como Chile y Costa Rica, que tienen una tasa de mortalidad materna moderada, parto institucionalizado y tasa de fecundidad baja. De esto puede inferirse que cuando los países alcanzan cierto nivel de la tasa de mortalidad materna, la reducción de la fecundidad, la institucionalización del parto y el aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos como medidas aisladas de otras acciones de salud reproductiva, no garantizan que el descenso de esta mortalidad continúe (Cuadros 2, 3, 4).

En relación a las causas de muertes maternas en casi todos los países que han suministrado información, las causas obstétricas directas son las que mayor contribución aportan a este conjunto de muertes (Cuadro 5). Las tres primeras causas de muerte materna registradas son el aborto, la toxemia y las hemorragias, variando únicamente el número de orden y su magnitud de acuerdo con las circunstancias particulares de cada país.

El aborto es la primera causa de muerte en Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Nicaragua y Venezuela. La toxemia es la primera causa en Brasil, Canadá, Colombia, Jamaica, México, República Dominicana y Trinidad y Tabago. En cuanto a las hemorragias aparecen como primera causa en Ecuador, El Salvador, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú y Puerto Rico. El único país que tiene como primera causa las complicaciones del puerperio son los Estados Unidos.

La relación entre muertes por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio y la edad, muestra en todos los países la importancia de la toxemia para todos los grupos de edad, lo mismo que las hemorragias. En los países en donde en estas muertes pesa también el aborto, su contribución se incrementa con la edad (Gráfica 2).

Al analizar la ocurrencia de muertes maternas en los países de la Región desde 1985 a 1991, se observó que a partir de 1988 los progresos logrados en algunos de ellos, en cuanto a reducción de las muertes, se detiene y en otros empeora. A pesar que en la gran mayoría de los países la tendencia de la fecundidad es decreciente, no obstante a partir de la fecha señalada el número absoluto de muertes maternas en algunos de ellos se incrementa (TIS-OPS, 1993). Esta característica al promediar la década del 80, está asociada a la profundización de la crisis económica y social en el interior de los países que agudiza las desigualdades sociales--entre ellas de accesibilidad a los servicios de salud--entre países y en los diferentes grupos de población.

Diversos autores para hacer una cuantificación de la morbilidad han utilizado diferentes metodologías (Mora y Yunes, 1993); (Acsadi y Col, 1991) sin embargo, en base a datos publicados por el Instituto Mexicano del Seguro Social se estimó que por cada cuatro partos se registraría una hospitalización por complicaciones del embarazo (Mora y Yunes, 1993). Si se aplica este último estudio a la cifra estimada de 12 millones de nacimientos en América Latina y en el Caribe, se podría suponer que el número probable de hospitalizaciones necesarias durante el embarazo oscilaría entre 2.4 y 3 millones (Mora y Yunes, 1993).

En lo referente a la morbilidad durante el período prenatal, se dispone de series construidas para varios países de la Región, con datos recogidos a través de la Historia Clínica Perinatal Simplificada (Centro Latinoamericano de Perinatología). Se observó que salvo algunas instituciones que, por los datos, deben probablemente estar atendiendo a poblaciones de alto riesgo, las demás tuvieron una incidencia de patologías que ha variado desde 8,6% hasta 33,6%. El orden de frecuencia de la morbilidad registrada, durante el embarazo fue el siguiente: la amenaza de parto prematuro, las hemorragias durante la gestación, las infecciones urinarias, la pre-eclampsia, y la ruptura prematura de membranas.

En el caso del aborto, se estima una tasa de 65 abortos por mil mujeres en edad fértil para América Latina, siendo ésta aún mayor en las zonas urbanas, lo cual supondría una proporción de por lo menos un aborto por cada 2 ó 3 partos para la sub-región ³. Se trata pues de un grave problema de morbilidad de las mujeres en edad fértil, que afecta al conjunto de la sociedad y cuya solución requerirá de prontas medidas para mejorar la prevención y la atención de sus complicaciones (Mora y Yunes, 1993).

³ Un indicador de la magnitud del problema es la proporción de hospitalizaciones por aborto que en el caso del Instituto del Seguro Social de México y el Instituto Nacional de Previsión Médica Social del Brasil contribuyen con el 12% y el 14,8%, respectivamente, datos de años recientes.

3. Ejecución del Plan a nivel regional y en los países

3.1 Avances logrados en los países

De los 17 países de la Región que enviaron información sobre el nivel de progreso en la reducción de la mortalidad materna, para algunos, ésta información fue incompleta y en ocasiones inconsistente con los datos publicados. Aún con esta información limitada, en especial la referida al período de ejecución del Plan, se pueden hacer inferencias, en alguna medida, sobre el estado de avance del mismo y la prioridad que se le ha asignado dentro de los países.

A nivel de metas. En los países que informaron todos, con excepción de Bahamas, Bolivia y Chile, formularon un Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna. La meta de reducción de la mortalidad materna para 1995, en ocho países fue igual o mayor que la propuesta por el Plan Regional⁴. En ciertos países no hubo una formulación de un plan específico de reducción de la mortalidad materna. Se definieron metas y se incluyó como un componente del Programa maternoinfantil, es el caso de Bolivia, Chile, Ecuador, República Dominicana. En países federales algunos estados o municipios reforzaron el plan dictando una legislación específica.

Más del 70% de los países que remitieron la información, indicaron tener algún tipo de sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Chile, Cuba, Estados Unidos, Jamaica y México tienen sistemas de vigilancia con cobertura nacional y diferentes grados de funcionamiento de los comités respectivos a nivel nacional, provincial, municipal e institucional (OPS-CDC, 1992). Argentina y Brasil tienen en funcionamiento sistemas de vigilancia con un buen desarrollo de comités de mortalidad materna, regionales y hospitalarios y/o con el desarrollo de comisiones o comités nacionales para el seguimiento del cumplimiento de las metas maternoinfantiles, entre las cuales figura la reducción de la mortalidad materna. Colombia ha iniciado el establecimiento de comités a nivel de varias Seccionales de Salud. Otros países han enfatizado el desarrollo de comités de mortalidad materna a nivel de los establecimientos de salud (es el caso de Costa Rica, Perú, Honduras y Venezuela), y han iniciado el proceso de implantación de los sistemas de vigilancia de la muerte materna.

El desarrollo de la capacidad instalada para la atención hospitalaria de la emergencia obstétrica y del parto, fue incluida en una meta del Plan Regional de aumento de la eficiencia del recurso cama. La información enviada por nueve países muestra que

⁴ En Bolivia, Costa Rica, Cuba, y República Dominicana fue igual o mayor del 30%; en Brasil, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay fue 50% o mayor. Perú y Venezuela establecieron una meta menor que el 30%.

más de la mitad de ellos tiene un porcentaje ocupacional inferior al 70% y en uno inferior al 40%.

El desarrollo de los recursos humanos recibió una atención especial por parte de los países. La meta propuesta para los cinco años del plan probablemente fue rebasada si se la compara con la información enviada por solo trece países. Destacándose de ella que ésta se dió en forma de cursos de salud materna y planificación familiar en el 59,5% de los casos, 16,2% en cursos de salud materna y 24,3% en cursos de planificación familiar exclusiva. Si excluimos la contribución de la capacitación de parteras tradicionales rubro en el cual un solo Guatemala contribuyó con el 47,2% del total del personal adiestrado y con el 86,8% del total de las parteras tradicionales capacitadas, el nivel de cumplimiento de esta meta corresponde al 123,7% de la propuesta por el Plan Regional (Cuadro 6).

Del total de 12.111 personas de los servicios de salud capacitadas, 22,8% fueron médicos, 37,8% enfermeras y 39,4% auxiliares de enfermería. Más del 40% de este personal recibió cursos de salud materna y planificación familiar, 31% de salud materna y 29% de planificación familiar. Como se ha mencionado en otra parte del documento, el impacto de este gran esfuerzo en la calidad de los servicios se ve mediatizado por la disponibilidad de los insumos esenciales.

Las metas de cobertura de servicio tienen una mayor dificultad para su medición. Aún así es posible de acuerdo con la información obtenida llegar a las siguientes conclusiones o supuestos: la prevalencia de anticonceptivos ha aumentado notoriamente en varios países de la Región, tales como Costa Rica, Ecuador, Honduras y Perú. En grado menor en Colombia y Guatemala. Existen algunas evidencias de problemas de calidad de los servicios, alta proporción de métodos tradicionales, fallas en la continuidad del método y posiblemente un aumento del aborto hospitalario en países con una alta prevalencia de anticoncepción. Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Venezuela tienen cifras bajas de prevalencia anticonceptiva con muy pocos cambios observados en el pasado reciente, salvo Nicaragua que registro una reducción (Cuadro 7).

La cobertura prenatal en tres países Honduras, Panamá y Perú aumentó alrededor de 7% durante el período. En contraste Costa Rica, Nicaragua y Uruguay la disminuyeron en 6% o más. El resto de países no registro cambio importantes. (Cuadro 7). También es evidente por otros indicadores (% de VDRL y de vacunación antitetánica) que la calidad de la atención dista mucho de ser la mas adecuada, en la mayoría de los países de la región. (Cuadro 8).

La atención del parto a su vez registró aumentos proporcionalmente menores a los de la atención prenatal y prevalencia de anticonceptivos. Esta mejoría fue menor del 2% en Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Venezuela y del 5 a 6% en Guatemala y

Honduras. Las cifras del resto de países no cambiaron salvo el caso del Perú que registró una reducción grande de la cobertura de 14,5%. (Cuadro 7). Se desconoce la calidad de la atención del parto, pero se puede inferir por el aumento del número de cesáreas por encima del límite máximo recomendable del 15%, en la mayoría de los países, que esta deba ser mejorada.⁵ Las consideraciones anteriores permiten estimar para 1990 y utilizando la mejor información disponible, que el número de muertes maternas para la Región como un todo se aproxima a 20.000 (Cuadro 9).

A nivel de estrategias. Brasil ha desarrollado la normatización de las acciones para la protección de la salud de la mujer, como una estrategia para el cumplimiento de la meta de reducción de la mortalidad materna.

La estrategia de desarrollo de hogares maternos aparece mencionada en los informes provenientes de los países. Honduras señala que se están construyendo cuatro hogares, tanto para la captación de la embarazada de riesgo, y posterior derivación a una institución de mayor complejidad, como para la atención del parto de bajo riesgo por enfermeras y auxiliares de enfermería, especialmente entrenadas, bajo la supervisión médica.

La estrategia del enfoque de riesgo para mejorar la calidad de la atención aparece. También se señala la incorporación del Sistema Informático Perinatal en Chile, Honduras, Panamá, República Dominicana y Trinidad y Tabago.

La adecuación de la infraestructura de servicios, a nivel de creación de nuevos centros de salud o reorganización de los mismos, a partir de la designación de nuevo personal e incorporación de tecnología, aparece poco mencionada en los informes de los países.

El punto de ruptura se da precisamente por la falta de los insumos, más marcada en ciertos países y regiones dentro de cada país. Así se crea la paradoja de disponerse, en algunos países, de personal capacitado y centros de salud equipados, pero por la falta de insumos sólo se desarrollan actividades educativas y muy pocas de servicio para la población.

Ha sido notable el esfuerzo hecho por los países de América Latina y el Caribe en investigación. Un análisis reciente hecho por el Programa de Reproducción Humana de OMS, registra la realización de 650 investigaciones sobre Reproducción Humana, en 38 Instituciones de 14 países de la Subregión. De estas 132 fueron clasificadas en el área de salud materna e infantil (Cuadro 10).

⁵Según el informe enviado a la OPS en 1993 por 12 países de la Región.

En cuanto a los recursos financieros, sólo tres países (Brasil, Panamá y Perú) han informado de recursos asignados al plan provenientes del tesoro nacional y de la cooperación externa y dos países (Guatemala y Honduras) informaron sobre fondos de cooperación externa recibidos. No fue posible establecer si estos fondos registraron algún cambio en relación con el período anterior a la aprobación de los planes nacionales.

Se puede concluir que los avances del Plan fueron reducidos en estos últimos años, debido a factores del propio sector salud -que no consiguió implantar el plan con la prioridad necesaria- como a factores extrínsecos derivados de la crisis económica mundial. No se cumplió en los países el requerimiento, específicamente formulado en el Plan Regional, de aumentar los recursos financieros para apoyar las actividades conducentes a mejorar las condiciones de atención de la salud materna y por ende la reducción de su mortalidad. Tampoco puede afirmarse que hubo un aumento de la eficiencia de los recursos existentes como se proponía en el Plan Regional; debido en parte a la escasa utilización de indicadores apropiados para su medida.

3.2 *Papel de la Oficina Sanitaria Panamericana*

La Resolución XVII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana pidió al Director apoyo para:

- Movilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales que contribuyan a la ejecución de las actividades nacionales, subregionales y regionales del plan.
- Informe del avance al respecto.

En cumplimiento de este mandato, la Oficina Sanitaria Panamericana desarrolló, mediante seis grandes mecanismos de cooperación, las actividades que se describen a continuación.

Movilización de recursos. Para ampliar la base técnica de la Organización, se firmaron convenios con Family Health International y con International Project Assistance Support, y se reforzaron los convenios con Population Council y las actividades con International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region, Family Care International, Mother Care International y los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta.

Se obtuvo financiamiento del gobierno de Holanda para un proyecto de mejoramiento de la atención materna en sistemas locales de salud de Centroamérica y del CIDA/Canadá para el desarrollo de la salud perinatal en áreas seleccionadas de Bolivia, Honduras, Nicaragua y Perú. Además se contó, aunque en forma decreciente, con

recursos de UNFPA para proyectos en Antigua, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú.

Se promovieron y organizaron numerosas reuniones, talleres y seminarios relacionados con la salud materna. De estos eventos se destacan la Primera Reunión de Seguimiento a la Implementación de los Planes de Acción para lograr las Metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, que se realizó en Brasil en 1992, y diversas reuniones internacionales sobre Maternidad Segura. Estas últimas se realizaron en Guatemala, Santa Cruz de la Sierra y Washington durante 1992 y 1993. Merece señalarse también el Simposio Internacional de Planificación Familiar que se celebró en México durante 1992.

Diseminación de información científica y técnica. Constituyeron esfuerzos importantes la diseminación de información, así como la mejoría en la elaboración y oportunidad de la distribución de los Informes de Reuniones Técnicas Regionales y otras publicaciones del Programa. Se registró además un aumento de la lista de suscriptores de los países, las universidades y otras instituciones y personas interesadas.

Desarrollo de políticas, planes y normas. La OPS ha convocado dos grupos de trabajo. El primero para operacionalizar el Plan Regional (Montevideo, 1991). El segundo grupo analizó los avances logrados por el Plan en la Región de las Américas (Montevideo, 1993).

Es de señalar el apoyo brindado a los países para el desarrollo e implementación de los planes nacionales, en Bolivia, Colombia, Guatemala, Paraguay y Perú, en respuesta a las solicitudes de los gobiernos respectivos. Como motivo de fortalecer los vínculos entre agencias para la acción conjunta materno-infantil y del adolescente, en relación a las Metas de la Cumbre en favor de la Infancia, se ha conformado un Comité Interagencial para la Región integrado por OPS, UNICEF, UNFPA, USAID, BID y el Banco Mundial. Se conformó un grupo científico y técnico de alto nivel para asesorar a la Organización en lo referente a la ejecución y evaluación del Plan Regional.

Capacitación. En capacitación de recursos humanos se desarrollaron una serie de actividades con Universidades, sociedades científicas y servicios de salud de los países. Se destaca el proceso iniciado en los países del área andina para la incorporación de los avances científicos y académicos sobre salud reproductiva y materno infantil. Algunas de estas actividades fueron compartidas con otras agencias internacionales.

Investigación. La actuación de la OPS en materia de investigaciones enfatizó el desarrollo y la adaptación de tecnologías, principalmente simplificadas, dirigidas a la mejoría de la salud materna y perinatal.

La OPS apoyó el desarrollo de este tipo de investigaciones y contribuyó con algunos recursos para las mismas. Este proceso se dió, fundamentalmente, a través del Centro Latinoamericano de Perinatología, del Programa de Reproducción Humana de la OMS, y del Programa de Maternidad Segura también de la OMS y el apoyo dado por el programa regular de investigación de OPS. (Cuadros 11, 12, 13).

Asesoría a los países. El Programa dispone de doce consultores nacionales e internacionales asignados a once países de la Región (Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú) y cuatro consultores regionales. El tiempo estimado de estos consultores en acciones de apoyo al componente de salud materna totalizarían el equivalente a cuatro consultores dedicados específicamente al tema.

Este trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana se complementa con actividades interprogramáticas, focalizadas en los componentes de Salud, Mujer y Desarrollo, Desarrollo de la Salud Materna en los Sistemas Locales de Salud, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual y Desarrollo de los Sistemas de Información.

4. Ajustes del Plan

El análisis de la información suministrada por los países refleja, en alguna medida, la falta de un fuerte compromiso de los estados nacionales, provinciales y municipales en la formulación de políticas que den prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la mujer. Por otra parte, en aquellos países en donde estas políticas son explicitadas y sustentadas en un marco jurídico, no hay indicadores que permitan visualizar el nivel de operacionalización de las mismas.

En base al análisis hecho se propone un ajuste del Plan Regional, en sus metas, estrategias principales y en los componentes de los planes nacionales, complementado con una propuesta de actividades regionales, subregionales y de financiamiento y evaluación del Plan.

4.1 Metas

Para lograr las metas, tal cual se explicitaron en el Plan, se requeriría una fuerte inversión en los servicios de salud para mejorar la calidad de la atención, principalmente la institucional, que es en donde se produce el punto de ruptura para la reducción de la

mortalidad materna. Esta inversión no implica incorporar tecnología sofisticada. Sin perjuicio de la responsabilidad que le cabe a los gobiernos, se sugiere ajustar las metas en cuanto a niveles de logro y tiempo.

- Para los países de los grupos 1, 2 y 3 ⁶ definidos en el Plan se proponen metas de reducción del 15% para 1995, del 30% para 1997 y del 50% para el año 2000.
- Para los del grupo 4 se propone mantener las metas definidas por el Plan.

4.2 Estrategias

En relación con las estrategias para la promoción de las condiciones de salud de la mujer, si bien implican una coordinación intersectorial, debiera enfatizarse la participación del sector salud a fin de promover estas condiciones con un criterio de integralidad.

En planificación familiar, que aparece enfatizada en las estrategias generales del Plan, los países deben esforzarse para la búsqueda de recursos. La información suministrada por los mismos ha demostrado que, en algunos de ellos, se ha desarrollado principalmente el componente educativo de esta actividad por falta de insumos, lo que ha generado expectativas en la población sin posibilidad de ser respondidas.

En capacitación se deberán realizar los ajustes necesarios para que el recurso humano capacitado pueda desarrollar en su ámbito los conocimientos adquiridos y que constituyeron un objetivo primordial de su entrenamiento. De la información de algunos países, se deduce que se ha invertido considerablemente en capacitación, pero sin modificar la organización de los servicios y sin garantizar la provisión de los insumos que permitan al personal entrenado transferir al servicio sus conocimientos y lograr mejorar la calidad de la atención. Por otra parte, se deberá priorizar en los procesos de capacitación la coordinación entre el sector salud y las instituciones formadoras del personal de salud como las Universidades, sociedades científicas y otras instituciones afines.

⁶ Grupo 1: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Grupo 2: Brasil, Colombia, Guyana, Jamaica, México y Venezuela

Grupo 3: Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Suriname, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Grupo 4: Canadá y Estados Unidos de América

En cuanto a la estrategia de promoción de la investigación sobre mortalidad materna, deberá enfatizarse que el producto de la investigación debe provocar cambios en los servicios de salud y en las condiciones de vida de la mujer. Se ha observado que en la mayoría de las investigaciones que se han hecho, los resultados no fueron aplicados a los servicios de salud.

Se considera que siguen siendo válidas las líneas estratégicas de investigación propuestas en el Plan Regional. Pero se debe dar un énfasis menor en los estudios de mortalidad materna de nivel poblacional y orientar los recursos al estudio de la morbilidad materna.

Además la investigación deberá dar énfasis al análisis de las barreras para la implementación de los planes nacionales, para vigilar su avance y valorar la efectividad de las intervenciones. Lo cual incluye la definición del problema en términos epidemiológicos y de conducta, el desarrollo de tecnología y la medición de la eficiencia e impacto de su utilización apropiada; contemplando especialmente la aceptabilidad de la misma por los usuarios y proveedores de los servicios. Además, se debe hacer un análisis de la información existente en los países mediante el meta-análisis, el estudio de caso y el análisis de grupos específicos.

Los temas que se recomiendan incluyen los diferentes aspectos relacionados con las líneas de acción propuestas en el Plan Regional: aborto y demanda no satisfecha de planificación familiar, impacto sobre la morbilidad y mortalidad materna de la atención prenatal, los modelos alternativos de atención -hogares maternos, casas de parto y parto limpio domiciliario por partera tradicionales y por familiares y otros-, la atención de emergencias obstétricas en el primer nivel de los servicios de salud y en los hospitales del primer nivel de referencia.

Dadas la situación de limitados recursos nacionales e internacionales, los estudios sobre costo de los diferentes componentes de los planes nacionales son indispensables. De manera similar lo son las investigaciones sobre costo eficiencia y costo efectividad de las distintas alternativas. Si bien es cierto que se ha observado mejoría en algunos países, lo que se manifiesta en un mayor cantidad de información disponible y de mejor calidad, en otros no se dispone de ninguna información al presente, salvo la que proviene de alguna investigación en particular. Aún en países donde los sistemas de información son adecuados relativamente, no se usan para la toma de decisiones que posibiliten la mejoría de la calidad de los servicios. Deberá enfatizarse también que, en aquéllos países en que sea factible, se utilicen las fuentes de datos disponibles para la definición e implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Las dificultades que se han tenido para la evaluación del nivel de progreso del Plan, por insuficiente información o con problemas de su integridad y calidad, pone en evidencia

el compromiso que deberán asumir los países de mejorar los sistemas de información, la investigación y la asignación de un 10% de los fondos del programa a investigación.

De la información sobre los recursos propios de los países y de la disponible respecto a la movilización de recursos internacionales para esta temática, podría concluirse que las actividades del Plan tienen que haberse dificultado. No hay evidencia que los países vayan a aumentar la asignación de recursos para la reducción de la mortalidad materna. Además, esta situación implicaría una inversión importante para la mejoría de los servicios en un panorama donde los modelos de atención de la salud están privilegiando la productividad de los mismos sin enfatizar la calidad. En consecuencia los países deberán hacer un esfuerzo para mejorar la eficiencia y eficacia de los recursos actualmente disponibles.

Desde 1985 en adelante la participación social y la movilización popular se han incrementado considerablemente, más que por la iniciativa del sector salud por la exigencia de los movimientos organizados de la comunidad (particularmente los movimientos de mujeres). Deberá estimularse más esta participación en los servicios de salud, enfatizándose la coordinación entre los recursos sectoriales y extrasectoriales.

Si bien es cierto que han habido avances en relación al desarrollo de los sistemas locales de salud, no se ha jerarquizado en estos procesos el componente relativo a la salud de la mujer y materna.

4.3 Componentes principales de los planes nacionales

Sistema de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y mejoramiento de las estadísticas básicas y de salud reproductiva. El Plan ha definido metas para el montaje y operación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la muerte materna que continúan siendo válidas. La implantación de estos sistemas en los países es muy importante para la mejoría de la atención materna y la prevención de la muerte materna. Existen diferentes modelos para su desarrollo probados en varios países, uno de ellos preparado por un grupo de consulta convocado por OPS y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos que integra estas diferentes experiencias (OPS-CDC, 1992).

Si bien es cierto que a nivel de los países existe una buena cantidad de información no utilizada para las decisiones políticas o administrativas, se hace necesaria una mayor sistematización mediante un sistema ágil, sencillo y que permita su utilización más amplia por todos los niveles de servicios de salud y los usuarios de los mismos. Este sistema debe incluir informaciones mínimas que permitan la construcción de indicadores de impacto, de calidad y de cobertura de servicios.

Resulta imperioso que los países asuman la necesidad de disponer de sistemas de información adecuados y se comprometan al respecto. También se sugiere que utilicen la experiencia acumulada en la Región, a través de la cooperación interpaíses, y que desarrollen sus bases de datos a nivel nacional, estadual o de los servicios de salud para elaborar los indicadores que complementan la propuesta del Plan.

Fortalecimiento de las acciones de planificación familiar para la prevención del aborto, el embarazo no deseado y la atención de la demanda insatisfecha. La gran mayoría de los países tiene políticas definidas de planificación familiar que incluyen esta actividad básica en los programas de asistencia integral de la salud de la mujer o en los de salud materno infantil.

Se tiene información de acciones específicas para modificar las coberturas de calidad en Chile donde se han aumentado el número de controles para casos de riesgo y se ha facilitado un mayor acceso de la población a los servicios; en Perú donde se ha implantado un modelo de distribución comunitaria de anticonceptivos inyectables en áreas rurales de la Costa y la Sierra, y en Bolivia mediante la capacitación de parteras tradicionales en métodos de planificación familiar.

Una de las acciones que se está revitalizando para modificar esta situación es la planificación familiar posparto y posaborto, con una propuesta más amplia que abarca la atención integral del posparto a domicilio y la promoción como método anticonceptivo de la "amenorrea de la lactancia materna", lo cual implica un estímulo adicional a la lactancia materna.

Otra acción urgente a implementarse es la promoción de una mayor participación del hombre en la decisión y uso de métodos anticonceptivos, aumentando sustancialmente la proporción de su contribución mediante la vasectomía y el condón. Se recomienda un aumento de la calidad de la atención, aprovechando, por ejemplo, los avances en materia de anticonceptivos, que necesariamente implica asignar recursos suficientes con este propósito.

En varios países de la Región existe información suficiente para identificar los grupos de mayor necesidad, que debería ser utilizada para la administración de los programas y el mejoramiento del acceso a los servicios.

Las metas sugeridas en el Plan Regional de prevalencia de uso de anticoncepción, deberán ser mantenidas como una medida del esfuerzo que deben hacer los países para

la obtención de recursos, mejoría de la calidad de la atención y su contribución al impacto sobre la mortalidad materna, la prevención del aborto y del embarazo no deseado y la satisfacción de la demanda.

*Aumento de la cobertura y mejoría de la calidad de la atención prenatal.*⁷ Algunas acciones reportadas en los países indican un cierto grado de interés en aumentar las coberturas y la calidad de atención. Honduras por ejemplo ha desarrollado un modelo de captación de embarazadas en la comunidad a través de un censo realizado por voluntarios que incluye el registro de las intervenciones hechas por el sistema de salud. A su vez Guatemala ha experimentado con un modelo participativo y auto instruccional para parteras tradicionales de un área del país.

No es suficiente el simple contacto de la gestante con los servicios de salud para que una atención prenatal sea adecuada. Se necesita una mejoría sustantiva en la calidad de la consulta para que se pueda detectar, controlar e intervenir en la situación de riesgo. Se considera que existen poblaciones y grupos de mayor riesgo que se pueden identificar para diseñar las acciones correspondientes para su incorporación a la atención prenatal. Se deben aprovechar las organizaciones de base y de mujeres para vincularlas activamente en un proceso de cogestión con los servicios de salud, lo cual permitiría una ampliación de la base de captación de las embarazadas y una mejoría de la calidad de la atención.

Modelos complementarios de atención:

- Hogares maternos. Existen experiencias en la Región de la bondad de esta propuesta para disminuir el tiempo de transporte y el riesgo de las embarazadas de áreas rurales y marginadas.⁸ El Plan ha hecho una propuesta de bajo costo para implementar esta modalidad que aún no ha tenido una aceptación por los países. Se considera muy importante implementarla con la participación y cogestión de la comunidad.

⁷ La cobertura prenatal se define en este documento como el número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal por una o más consultas durante su ciclo gravídico. Esto no implica que hayan tenido el mínimo propuesto en las metas del Plan Regional para 1995.

⁸ Cuba ha utilizado a escala nacional esta modalidad y está evaluando su impacto. También ha escala nacional Chile está implementando un programa de "Colocación Materna" para acercar a las maternidades las embarazadas rurales y las de alto riesgo. Nicaragua tiene tres proyectos en operación, Honduras tiene cuatro en construcción. Brasil y Colombia han probado un modelo en áreas urbanas y Perú ha iniciado un proyecto para adolescentes en riesgo social.

- Casas de parto. En varios países de América Latina y del Caribe de habla inglesa⁹ se ha desarrollado este modelo de institucionalización de la atención del parto. Esta propuesta necesita una inversión inicial de recursos, de acuerdo con el personal proveedor de servicios que varía desde la partera tradicional capacitada hasta un equipo integrado por médico, enfermera u obstetrix. El sector salud de los países dispone de una extensa red de inmuebles para la prestación de servicios, algunos de ellos subutilizados. Esta capacidad ociosa podría habilitarse como casas de parto. Por consiguiente, la propuesta del Plan para esta modalidad de atención del parto continúa teniendo vigencia y posiblemente, de acuerdo con las necesidades detectadas, las metas deberían ser revisadas.
- Parto limpio domiciliario. Una proporción importante de partos en la Región son atendidos a domicilio por parteras tradicionales vinculadas o no a los servicios de salud o por familiares y otros. No existen evidencias, salvo raras excepciones¹⁰, de un desarrollo importante de esta modalidad de atención del parto. Dadas las proporciones del fenómeno, una priorización de esta actividad debería incluirse en los planes de acción de los países que aún tienen una considerable proporción de partos domiciliarios. Por lo tanto, la propuesta del Plan debe ser revisada e incorporada a los mismos.

Mejoría de la calidad de la atención del parto institucional de las maternidades del primer nivel de referencia. El análisis de los datos presentados en el punto II "Salud reproductiva de la mujer", permite inferir que la calidad de la atención del parto

⁹ Brasil ha desarrollado un modelo en el estado de Ceará, por parteras tradicionales; Estados Unidos ha acumulado una experiencia grande en sus "Birthing Centers"; Honduras está montando en cuatro clínicas maternoinfantiles un modelo atendido por enfermeras y auxiliares de enfermería y México ha desarrollado una red de "posadas de parto" atendida por parteras tradicionales entrenadas y vinculadas a los servicios de salud. En Dominica, Granada, Jamaica, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, los Centros de Salud de diferentes niveles de complejidad se han habilitado para atender partos de bajo riesgo.

¹⁰ Guatemala hizo un adiestramiento masivo de parteras tradicionales. Honduras ha realizado un proceso de capacitación participativa con enfoque de riesgo para este tipo de personal. Perú a su vez ha incrementado la atención del parto limpio en las zonas periurbanas por profesionales y estudiantes de medicina y enfermería. Panamá ha hecho una capacitación intensiva de parteras tradicionales y Bolivia ha realizado una experiencia de capacitación a maestros rurales para la entrega y capacitación de la embarazada y familiares de un paquete para la atención del parto. En varios países del Caribe de habla inglesa al parto a domicilio es atendido por enfermeras obstétricas.

institucional no ha mejorado.¹¹ Esta situación está directamente relacionada con la calidad de los servicios de salud y con la capacidad resolutive de los mismos para la atención materna. No existe ninguna evidencia registrada en la información disponible sobre acciones realizadas para modificarla, salvo las mencionadas por Chile y Honduras.¹² Cualquier mejoría de los servicios de salud materna implica una inversión importante de recursos nuevos o, en su defecto, una reasignación de los recursos del Estado y del subsector gubernamental de salud, sumada a un renovado esfuerzo para aumentar la eficiencia y eficacia de los servicios gubernamentales en esta área. Estos recursos, que fueron estimados en el Plan en una forma aproximada deben ser, necesariamente, una expresión de decisión política en los países y que aún no se ha manifestado claramente. Cada país deberá revisar esta estimación para poder hacer viable la implantación del Plan. Esta línea de acción es una condición básica para reducir la mortalidad y morbilidad materna; por lo tanto, los países deben hacer un esfuerzo para operacionalizarla.

4.4 *Actividades regionales y subregionales*

Las acciones de nivel regional y subregional están basadas en: los principios de apoyo integral a las necesidades de los países en salud reproductiva; en la interdependencia de sus problemas de salud y de la economía de escala para la búsqueda de soluciones y la capacidad movilizadora de estas actividades; en la necesidad de transmitir las experiencias y conocimientos y compartir los recursos técnicos desarrollados por los países en particular.

Estas actividades están determinadas en última instancia por los diferentes desarrollos de los planes nacionales y del Plan Regional. Se harán con un enfoque integral dirigido al desarrollo de los servicios locales de salud mediante acciones apropiadas para la promoción, prevención y tratamiento temprano de la madre y el neonato a nivel del hogar y la comunidad, el centro de salud y el hospital de referencia.

Estas acciones se dan en tres categorías: la movilización de recursos, la investigación, evaluación y el desarrollo de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica y el desarrollo de recursos humanos.

¹¹ El número absoluto de muertes maternas aumentó en Argentina, Brasil, Estados Unidos y El Salvador. En la estructura por causas las complicaciones puerperales, las hemorragias y las toxemias aumentaron en número absoluto.

¹² Chile informó sobre el mejoramiento de su infraestructura de atención materna mediante el aumento de recursos humanos y el equipamiento de los servicios. Honduras indicó la iniciación de un proceso de desarrollo de la gerencia hospitalaria.

La movilización de recursos se propone en base a tres procesos:

- Trabajo en redes de instituciones, para la administración del conocimiento, la diseminación de la información, apoyo técnico al desarrollo de los planes nacionales y la generación de normas. Se incluyen aquí las redes de instituciones internacionales, organismos no gubernamentales y sociedades de especialistas, para ampliar la base de la cooperación y hacerla congruente con el ámbito interinstitucional e internacional.
- Movilización de recursos financieros internacionales para proyectos interpaís.
- Apoyo a la participación en reuniones internacionales para la promoción y la presentación de avances en los diferentes tópicos de la maternidad segura.

La investigación, evaluación y el desarrollo de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la muerte materna incluyen:

- La investigación para el desarrollo de tecnología de objeto y proceso; la prueba de modelos de calidad de servicios y de intervenciones específicas de prevención y tratamiento de la morbilidad y mortalidad materna, la generación de conocimiento epidemiológico y socio-conductual sobre las mismas.
- El apoyo al desarrollo de bases de datos y de indicadores para la vigilancia y evaluación, y la toma de decisiones.
- La cooperación técnica para el desarrollo de los sistemas nacionales de vigilancia de la muerte materna para el mejoramiento de la información, toma de decisiones y mejoramiento de la atención materna a nivel individual, institucional y de apoyo comunitario.

La capacitación comprende:

- La formación de capacitadores para necesidades específicas de los planes nacionales
- El desarrollo del curriculum de pregrado en salud materna y planificación familiar en las escuelas y facultades de ciencias de la salud.

Se proponen como grupos de actividades regionales y subregionales las siguientes:

- Preparación de proyectos subregionales y de país para la obtención de fondos adicionales.
- Divulgación amplia de los avances del Plan Regional en los niveles central, provincial y en instituciones docentes y sociedades científicas.
- Divulgación de materiales y documentos técnicos en la Región.
- Reuniones interpaíses y subregionales de promoción, intercambio de experiencias y elaboración de estrategias conjuntas para apoyar el Plan.
- Desarrollo y divulgación amplia de tecnologías simplificadas para el manejo de la atención obstétrica.
- Producción de guías para la formulación de los Planes nacionales, vigilancia epidemiológica de la muerte materna y el manejo de las cinco causas más frecuentes de muerte materna;
- Elaboración de un modelo para las escuelas de ciencias de la salud, para el análisis y el mejoramiento curricular de la enseñanza de las salud maternoinfantil y del adolescente, incluyendo los temas de población y planificación familiar.
- Desarrollo del programa para una base de datos en salud maternoinfantil, que está en implantación en varios países de la Región.
- Apoyo a grupos de investigadores para la ejecución de estudios de salud reproductiva y materna, en base al Centro Latino Americano de Perinatología, la red de instituciones del Programa de Reproducción Humana de la OMS en 14 países de la Región¹³, los Centros de Referencia de OPS/OMS y las ONGs especializadas en investigación.

En la ejecución de estas tareas subregionales y regionales la OPS/OMS deberá desempeñar un papel preponderante y, en algunas de ellas articulará su ejecución con otras agencias y gobiernos donantes.

A este conjunto de actividades regionales y subregionales propuestas se les debe dar la prioridad y recursos suficientes para que continúen su papel de facilitador y de soporte de los planes nacionales y para la ejecución del Plan Regional.

¹³ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.

4.5 *Financiamiento*

Se hicieron muy pocos progresos a nivel de los países de la Región y por parte de los organismos internacionales, los Bancos de Fomento y los gobiernos donantes¹⁴, para la obtención de fondos nuevos para el Plan.

Esta circunstancia se considera la restricción de mayor peso para el avance del Plan en los países. Aún en países con logros económicos importantes, el sector salud no ha recuperado su prioridad política dentro de los planes de desarrollo. Muy por el contrario, se observa en algunos de ellos una disminución del gasto público en salud, concomitante con una tendencia internacional muy fuerte de privatización del sector. Paralelamente ocurre un proceso de empobrecimiento creciente de amplios grupos de la población.

De mantenerse esta tendencia financiera, las perspectivas para el cumplimiento de los objetivos y metas del Plan no son muy alentadoras.

Se proponen revisar las estrategias de financiamiento del Plan considerando al menos las siguientes posibilidades:

- Mayor esfuerzo del sector público para la asignación de nuevos recursos para mejorar los servicios de salud.
- Identificación de oportunidades de financiamiento nacional (público y privado) e internacional, tales como compra de deuda externa, participación de ONG's, préstamos blandos de Bancos de Fomento y ayuda multi y bilateral.
- Montaje de una contabilidad de costos que permita cuantificar el valor real de los servicios y estimar los gastos y proyecciones del sector salud.
- Implementación de alternativas eficientes y eficaces para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.

4.6 *Evaluación del Plan*

Este componente del Plan ha tenido algún desarrollo, tanto en los países como a nivel regional. De los informes recibidos se observa que aún es muy limitado.

¹⁴ Salvo los casos del gobierno de Holanda, el de CIDA/Canadá y el FNUAP ya citados.

En base a la propuesta del Plan y a la experiencia de los dos últimos años, se ha preparado un lista mínima de indicadores para medir el impacto sobre la salud materna, para cuantificar las coberturas y detectar la calidad de la atención. Estos indicadores están agrupados en cuatro conjuntos que son los siguientes:

- Indicadores de impacto: Fecundidad global (hijos por mujer), fecundidad de adolescentes de 15-19 años, tasa de mortalidad materna, porcentaje de bajo peso al nacer, porcentaje de muertes maternas sobre el total de muertes de mujeres de 15-49 años y número de casos de tétanos neonatal.
- Indicadores de proceso (cobertura): prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres de 15-49 años casadas o unión, porcentaje de cobertura prenatal y porcentaje de parto institucional.
- Indicadores de acceso: distancia en tiempo entre la casa de las embarazadas y las instituciones de primer nivel y de referencia más próximas.
- Indicadores de calidad: porcentaje de cesáreas, porcentaje de embarazadas vacunadas con toxoide tetánico, porcentaje de embarazadas con VDRL y letalidad hospitalaria de muerte materna.

Además se deben diseñar criterios e indicadores que puedan medir:

- El avance en el logro de las metas nacionales de reforzamiento del primer nivel de referencia, el rendimiento y ubicación del recurso de camas obstétricas, la capacitación de los recursos humanos y la vigilancia epidemiológica de la muerte materna.
- El compromiso político con el Plan, la inversión de recursos financieros y los avances en la legislación y en las políticas de salud de la mujer.

BIBLIOGRAFIA

- Acsadi, G. & Vlassoff, M. Safe Motherhood in Latin American and the Caribbean: Socio-cultural and Demographic Aspects of Maternal Health. Nueva York, Acsadi Associates, 1991.
- Bobadilla J. L. et al. La magnitud y causas de la mortalidad materna en la Ciudad de México, 1988-1989. Trabajo enviado para su publicación en la Gaceta Médica de México.
- CELADE - OPS. Las Américas: fuente, calidad de la información demográfica, tamaño, crecimiento y composición de la población, 1980 - 2000. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, OPS/OMS, 1989.
- CELADE - OPS. La población urbana y rural y sus condiciones de vida. En: Las condiciones de salud en las Américas. Washington, OPS/OMS, 1990.
- DHS. Selected statistics from DHS surveys. DHS Newsletter, 4 (1), 1991.
- Guzmán, A. et al. La Mortalidad Materna en Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica, 1992.
- Illia, M. M. et al. Mortalidad materna en el gran Córdoba. Córdoba, 1987 (mimeo).
- Koonin, L. et al. Maternal mortality surveillance, United States 1980 - 1985. MMWR, 37 (SS5): 19 - 29, 1988.
- Laurenti, R. et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo - Brasil, 1986 II Mortes por causas maternas. Rev. Saúde públ, São Paulo, 24 (6): 486-72, 1990.
- Laurenti, R. A saúde materna na Região das Americas. OPS/OMS, 1992.
- Mora, G. & Yunes, J. La muerte materna: una tragedia ignorada. En: Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS (en prensa).
- Munist, M. et al. Epidemiología del embarazo en los adolescentes. En: Salud del Adolescente y el Joven, OPS/OMS (en preparación).

Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina. Análisis del subregistro de las muertes maternas en la capital federal (1985). Mortalidad materna en áreas seleccionadas año 1985. Programa Nacional de Estadística de Salud, Serie 81, análisis de datos, 13: 4.46, Buenos Aires.

Ministry of Health and the Child Health Department, University of the West Indies: The Jamaican Perinatal Survey: Synopsis of Findings and Recommendations from the Symposium, Jamaica, 1990.

OPS/CDC. Reducción de la morbilidad y mortalidad materna en las Américas. Guía para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna (Documento preliminar). Atlanta, 1992.

OPS/OMS. Condiciones de eficiencia y eficacia. Washington, 1989.

OPS/OMS. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna en las Américas. Washington, 1989.

OPS/OMS. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington, 1990.

OPS/OMS. Propuesta para operacionalizar el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las edades de 15 a 49 años, por país. Washington, 1990.

OPS/OMS. Sistema de Información Técnica. Tabulaciones recientes de causas de mortalidad materna. Washington, D.C. 1993.

OPS/OMS. Informe de vigilancia 1991. Enfermedades de transmisión sexual (mimeo).

Siqueira, A.A. F. et al. Mortalidade materna. Brasil, 1980. Rev. Saúde públ. São Paulo, 18 (6): 448 -65, 1984.

CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO 1: MORTALIDAD MATERNA, FECUNDIDAD E INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION - CIRCA 1990 -

PAIS	MORTALIDAD MATERNA (por 100.000 nacidos vivos)	FECUNDIDAD GLOBAL	PREVALENCIA DE ANTICONCEPCION MUJERES CASADAS-UNIDAS 15-49 ANOS (%)	COBERTURA DE ATENCION PRENATAL (%)	COBERTURA ATENCION DEL PARTO (%)
Argentina (1990)	52.0	2.8	...	...	95.4
Bahamas (1990)	39.9	2.3	...	95.0	95.0
Bolivia (1990)	332.0	5.8	30.0	47.0	42.2
Brasil (1989)	72.0	2.9	65.8	69.6	70.0
Canada (1988)	4.0	1.7	73.0	...	99.0
Colombia (1990)	107.0	3.3	66.0	76.0	75.0
Costa Rica (1990)	26.0	3.0	85.5	34.0	96.4
Chile (1991)	34.5	2.7	18.4	60.0	98.8
Cuba (1991)	36.0	1.7	70.0	98.0	99.8
Ecuador (1991)	150.0	4.3	52.9	48.1	23.4
Estados Unidos (1987)	6.6	1.9	74.0	...	99.0
El Salvador (1990)	140.0	4.5	61.0	36.1	26.4
Guatemala (1990)	106.0	5.4	23.0	34.4	23.0
Guyana (1987)	60.0	2.4	31.0	33.0	90.0
Haiti (1990)	340.0	6.0	10.0	67.4	20.0
Honduras (1991)	221.0	5.2	46.7	72.6	45.6
Jamaica (1987)	114.4	2.4	55.0	95.0	81.6 (1)
Mexico (1989)	58.1	3.8	53.0	70.0	77.4 (2)
Nicaragua (1991)	100.0	5.0	27.0	93.0	40.3
Panama (1991)	55.0	2.7	58.0	87.5	84.9
Paraguay (1990)	150.0	4.6	48.0	60.0	50.0
Peru (1990)	298.0	4.0	46.0	61.5	49.0
Puerto Rico (1986)	16.0	2.3	70.0	...	...
Rep. Dominicana (1991)	84.0	3.6	50.0	80.0	52.4
Trinidad y Tobago (1991)	67.9	2.5	53.0	64.0	98.7
Uruguay (1991)	38.0	2.5	...	88.1	99.0
Venezuela (1991)	60.0	3.5	14.5	38.6	98.9

FUENTE: Base de Datos de la Unidad Crecimiento-Desarrollo y Reproduccion Humana del Programa Especial de Salud Materno Infantil y Poblacion OPS/OMS, Fasciculos I, II, y III e informacion adicional suministradas por los paises
 (1) University West Indies, 1989.
 (2) Secretaria de Salud de Mexico, 1990.

CUADRO 2

FECUNDIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN LOS PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION DE LAS AMERICAS (1)

FECUNDIDAD (Tasa Global)	MORTALIDAD MATERNA (Tasa por 100.000 nacidos vivos)			
	BAJA (Menos de 20)	MEDIA (20-49)	ALTA (50-149)	MUY ALTA (150 o más)
BAJA (Menos de 2.0)	Canadá Estados Unidos	Cuba		
MEDIA (2.0 a 3.4)	Puerto Rico	Bahamas Chile Costa Rica Panamá Uruguay	Argentina Brasil Colombia Guyana Jamaica Suriname Trinidad y Tobago	
ALTA (3.5 a 5.0)			El Salvador México Rep. Dominicana Venezuela	Ecuador Paraguay Perú
MUY ALTA (Más de 5.0)			Guatemala	Bolivia Haití Honduras

(1) Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas del orden de la unidad.

FUENTE: Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Regional Especial de Salud Materno Infantil y Población OPS/OMS, Fascículos I, II, y III e información adicional suministrada por los países.

CUADRO 3

**PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CASADAS/UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS Y MORTALIDAD MATERNA EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION DE LAS AMERICAS (1)
CIRCA 1990**

% PREVALENCIA USO DE ANTICONCEPTI VOS	MORTALIDAD MATERNA (Tasa por 100.000 nacidos vivos)			
	BAJA (Menos de 20)	MEDIA (20-49)	ALTA (50-149)	MUY ALTA (150 o más)
BAJA (Menos de 40%)		Chile	Guatemala Guyana Nicaragua Venezuela	Bolivia Haití
MEDIA (40% a 59%)		Panamá	Jamaica	Ecuador Honduras Paraguay Perú
ALTA (igual o mayor a 60%)	Canadá Estados Unidos	Cuba Costa Rica	Brasil Colombia El Salvador	

(1) Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas del orden de la Unidad.

FUENTE: Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Especial de salud Materno Infantil y de Población OPS/OMS, Fascículos I, II y III e información adicional suministrada por los países.

CUADRO 4

**COBERTURA DE ATENCION INSTITUCIONAL DEL PARTO Y MORTALIDAD MATERNA
EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION
DE LAS AMERICAS (1)
CIRCA 1990**

% COBERTURA ATENCION DEL PARTO (2)	MORTALIDAD MATERNA (Tasa por 100.000 nacidos vivos)			
	BAJA (Menos de 20)	MEDIA (20-49)	ALTA (50-149)	MUY ALTA (150 o más)
BAJA (Menos de 50%)			Guatemala	Bolivia Ecuador Haití Honduras Paraguay Perú
MEDIA (50% a 75%)			Brasil Colombia El Salvador México Nicaragua Rep. Dominicana	
ALTA (76% a 90%)			Guyana Jamaica	
MUY ALTA (Más de 90%)	Canadá Estados Unidos	Bahamas Chile Costa Rica Cuba Panamá Uruguay	Argentina Venezuela	

- (1) Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas del orden de la Unidad.
- (2) El concepto de parto institucional en algunos países se refiere al atendido en instituciones y en otros al atendido por profesionales.

FUENTE: Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Especial de salud Materno Infantil y de Población OPS/OMS, Fascículos I, II y III e información adicional suministrada por los países.

CUADRO 5: ESTRUCTURA SEGUN CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ALGUNOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS -CIRCA 1990-

PAIS	TOTAL DE MUERTES MATERNAS	PORCENTAJE DE DEFUNCIONES MATERNAS POR CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS					OTRAS OBS-TRICAS DIRECTAS	PORCENTAJE DE DEFUNCIONES MATERNAS POR CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS
		ABORTO	TOXEMIA DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	HEMORRAGIA DEL EMBAR. DEL PARTO	COMPLIC. DEL PUERPERIO			
Argentina (1990)	353	32.9	14.4	15.3	-	34.8	2.6	
Brasil (1987)	1886	12.0	30.4	17.2	15.3	18.0	7.1	
Canada (1990)	10	10.0	30.0	10.0	20.0	10.0	20.0	
Colombia (1990)	537	19.9	27.4	16.9	10.6	23.5	1.7	
Costa Rica (1989)	25	44.0	16.0	16.0	4.0	20.0	-	
Cuba (1990)	78	20.5	9.0	1.3	17.9	26.9	24.4	
Chile (1989)	123	33.3	17.1	4.1	20.3	12.2	13.0	
Ecuador (1990)	306	9.5	20.9	29.4	8.5	28.1	-	
El Salvador (1990)	55	5.4	7.3	9.1	7.3	70.9	-	
Estados Unidos (1989)	320	15.6	18.1	13.5	27.8	15.9	9.1	
Guatemala (1984)	236	17.0	10.0	2.0	15.0	56.0	-	
Guyana (1984)	17	29.0	18.0	41.0	6.0	6.0	-	
Honduras (1983)	79	9.0	...	...	...	88.0	3.0
Jamaica (1985)	28	25.0	28.6	25.0	21.4	...	-	
Mexico (1990)	1464	6.6	25.6	23.1	10.6	32.8	1.3	
Nicaragua (1991)	84	25.0	16.7	15.5	10.7	32.1	-	
Panama (1989)	37	16.2	2.7	24.3	8.1	43.3	5.4	
Paraguay (AI)*(1988)	101	22.8	10.9	29.7	12.9	17.8	5.9	
Peru (1988)	362	12.2	15.5	31.5	13.0	25.9	1.9	
Puerto Rico (1990)	13	30.8	15.4	38.4	-	15.4	-	
Rep. Dominicana (1985)	101	16.8	26.7	15.9	-	31.7	8.9	
Suriname (1987)	3	33.3	-	33.3	33.3	-	-	
Trinidad y Tobago (1989)	20	20.0	55.0	5.0	15.0	5.0	-	
Uruguay (1990)	9	11.1	-	-	11.1	77.8	-	
Venezuela (1989)	338	24.0	23.4	11.5	13.3	20.7	7.1	

FUENTE: Informes oficiales de mortalidad disponibles en el sistema de informacion tecnica de OPS.

- * Area de Informacion
- ... Datos no disponibles
- Magnitud cero

CUADRO 6

**PERSONAL CAPACITADO EN CURSOS DE SALUD MATERNOINFANTIL
SALUD MATERNA Y PLANIFICACION FAMILIAR EN
TRECE PAISES DE LA AMERICA LATINA Y EL CARIBE
PERIODO 1991-1992**

TIPO DE CURSO / TIPO DE PERSONA	SALUD MATERNA Y PLANIFICA- CION	SALUD MATERNA	PLANIFICA- CION FAMILIAR	TOTALES	META DEL PLAN	CUMPLI- MIENTO
	N°	N°	N°	N°	N°	%
MEDICOS	723	1,553	487	2,763	4,904	56,3
ENFERMERAS	2,500	1,031	1,052	4,583	4,884	191,4
AUXILIARES DE ENFERMERIA	1,670	1,143	1,952	4,765		
SUBTOTAL	4,893	3,727	3,491	12,111	9,788	123,7
PARTERAS TRADICIONALES	10,905	579	2,970	14,454	36,300	39,9
TOTAL	15,798	4,306	6,461	26,565	46,088	57,6
%	58,5	16,2	24,3	100		

Fuente: Informe de los países a OPS 1993

CUADRO 7

PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CASADAS/
UNIDAS DE 15-49 AÑOS, PORCENTAJE DE COBERTURA PRENATAL
Y DEL PARTO INSTITUCIONAL EN 17 PAISES DE LA REGION
DE LAS AMERICAS 1989 Y 1991 *

Países	prevalencia anticonceptivos		% cobertura prenatal		% parto institucional	
	1989	1991	1989	1991	1989	1991
Bahamas	...	...	95(1)	95(1)	95(1)	95(1)
Bolivia	30,3	...	...	70,0	...	39,5
Brasil	65,8	65,8	69,6	...	70,	...
Chile	18,5	18,4	...	...	98,8	...
Colombia	...	66,0	...	78,2	78,6	80,3
Costa Rica	...	85,9	41,2	34,0	93,8	96,4
Cuba	70,0	70,0	102,7	97,9	99,8	99,8
Ecuador	52,8	...	47,3	46,4	23,4	22,9
Guatemala	23,0	25,8	40,0	34,3	22,6	28,0
Honduras	40,5	46,7	65,0	72,6	40,5	45,6
Nicaragua	35,3	30,8	93,0	81,4	39,5	40,3
Panamá	54,0	58,0	70,4	87,5	84,4	84,9
Rep. Dominicana	...	...	90,0	90,0	70,0	85,0
Peru	46,0	59,0	55,0	63,9	60,0	45,5
Trinidad Tobago	52,7	...	64,0	63,9	98,7	98,7
Uruguay	(14,4 a 52,2)*		88,1	82,9*	99,0	...
Venezuela	13,8	14,5	...	3,6	98,9	99,0

* O Circa 1989 y 1991.

** Rango declarado por MS/Uruguay.

FUENTE: Informe de los Ministerios de Salud a OPS, 1993.

CUADRO 8: PORCENTAJE DE COBERTURA DE ATENCION PRENATAL, DE SEROLOGIA DE VDRL EN EMBARAZADAS, NUMERO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA, PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON VACUNACION ANTITETANICA, NUMERO DE CASOS DE TETANOS NEONATAL, EN 14 PAISES DE LAS AMERICAS - 1989 y 1991-

PAIS	% DE COBERTURA AT. PRENATAL (%) (a)		PREVALENCIA DE VDRL (%) (a)		No. CASOS DE SIFILIS CONGENITA (b)		% EMBARAZADAS c/ANTITETANICA (a)		No. DE CASOS (a) DE TETANOS NEONATAL	
	1989	1991	1989	1991	1989	1991	1989	1991	1989	1991
Bahamas	+95 (1)	+95 (1)	85.5	96.0(2)	...	...	79.2	80.1	...	...
Brasil	69.6	...	...	62.0	732 (3)	...	...	62	392	254
Costa Rica	39.9	34.0 (2)	...	...	33	35	6.6	5.2	...	...
Chile	...	...	...	...	2.722	3.294 (2)	...	...	...	...
Ecuador	47.3	46.4	...	...	13	15	26.2	18.8	56	59
Honduras	65.0	72.6	23.2	26.8(2)	...	102	19.4	29.7	20	13
Nicaragua	93.0	81.4	...	...	1	3	...	...	...	...
Panamá	70.4	87.5	...	...	24	33	23.1	23.7	...	...
Peru	55.0	63.9	...	...	-	...	10.0	20.1	183	95
Rep. Dominicana	90.0	90.0	...	...	...	...	87	87	18	12
Trinidad y Tobago	64.0	63.9	64	63.9	3	2	18.7	19.3	1	-
Uruguay	88.1	82.9	...	6.3	107	139	...	84.3	...	...
Venezuela	98.8	99.0	43.8	71.7	98	112	28.1	50.3	46	36
Guatemala	40.0	34.4	...	...	...	...	...	18.0 (2)	103	60 (2)

FUENTE: (a) Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproduccion Humana del Programa Especial de Salud Materno Infantil y Poblacion OPS/OMS, Fasciculos I, II y I



世界衛生大會決議

مؤتمر جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.21

Punto 22.1 del orden del día

12 de mayo de 1993

INFORME ESPECIAL DEL COMISARIO DE CUENTAS

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe especial del Comisario de Cuentas acerca de las alegaciones sobre posibles irregularidades financieras durante 1992 (documento A46/33);

Observando con preocupación que el informe presentado por el Comisario de Cuentas sobre esta cuestión revela ciertos descuidos y deficiencias en el otorgamiento de contratos y especialmente en los procedimientos contractuales vigentes en la OMS;

Complacida con la información que proporciona el informe acerca de las actuales normas y prácticas contractuales de la Organización y las valiosas recomendaciones que se formulan para revisarlas y reforzarlas;

Enterada de que los funcionarios de la OMS han cooperado sin reservas con el Comisario de Cuentas;

Deseosa de que se encuentren medios eficaces y económicos para reforzar los procedimientos contractuales de la Organización, teniendo en cuenta que se requiere la máxima eficacia y transparencia posibles, así como la capacidad de responder rápida y adecuadamente a las necesidades de los Estados Miembros, en especial de los más necesitados;

Deseosa de mejorar la reputación de la OMS,

1. ENCOMIA y respalda el compromiso del Director General de tomar medidas para aplicar las recomendaciones del Comisario de Cuentas a fin de simplificar los procedimientos contractuales y fortalecer la revisión de los contratos en los niveles administrativos más elevados;
2. PIDE al Director General:
 - 1) que revise, y modifique, según proceda, las normas y procedimientos contractuales vigentes y trate de encontrar métodos viables, al tiempo que eficaces y económicos, que permitan aplicar las recomendaciones del Comisario de Cuentas y remediar las deficiencias señaladas en el informe;
 - 2) que, en estrecha consulta con el Consejo Ejecutivo y teniendo debidamente presentes las recomendaciones del Comisario de Cuentas, formule una política relativa a las relaciones contractuales con la Organización y al empleo en ésta de los miembros del Consejo y de sus suplentes y asesores y lleve a efecto dicha política;
 - 3) que, para aplicar las recomendaciones del Comisario de Cuentas, haga los oportunos reajustes en las estructuras y el personal de la OMS, así como en el Reglamento Financiero de ésta, que garanticen la correcta aplicación de las normas y procedimientos contractuales reforzados y que respondan a las necesidades de los programas de la OMS y concuerden con los fines y objetivos de la Organización;

- 4) que asegure la máxima transparencia, gestión responsable y empleo eficiente de los recursos de la OMS, restableciendo la confianza de todos los Estados Miembros en sus operaciones financieras; y
- 5) que informe al Consejo Ejecutivo en enero de 1994 y a la 47ª Asamblea Mundial de la Salud sobre las medidas adoptadas para llevar a efecto esta resolución.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =



世界衛生大會 決議

مؤتمرات الجمعية العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.22

Punto 28 del orden del día

12 de mayo de 1993

FONDO PARA LA GESTION DE BIENES INMUEBLES

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Vista la resolución EB91.R14 y visto el informe del Director General sobre la situación de los proyectos financiados con cargo al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y sobre las necesidades previsibles del Fondo entre el 1 de junio de 1993 y el 31 de mayo de 1994;

Reconociendo que algunas de las estimaciones deben considerarse forzosamente provisionales a causa de la fluctuación de los tipos de cambio,

1. AUTORIZA la financiación con cargo al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de los gastos que se resumen en la parte IV del informe del Director General, por un importe aproximado de US\$ 535 000;
2. ASIGNA al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles con cargo a los ingresos ocasionales, la suma de US\$ 145 000.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993

A46/VR/12

= = =



世界衛生大會 決議

مؤتمر جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.23

Punto 29.1 del orden del día

12 de mayo de 1993

CONTRATACION DE PERSONAL INTERNACIONAL EN LA OMS: REPRESENTACION GEOGRAFICA

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada del informe y de las propuestas del Director General, así como de las observaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la contratación de personal internacional en la OMS;

Habida cuenta de las resoluciones precedentes de la Asamblea de la Salud y del Consejo sobre el mismo asunto, de las que la última fue la resolución WHA44.23;

Habiendo observado que el Director General ha adaptado los procedimientos de contratación para facilitar los esfuerzos destinados a mejorar la representación geográfica;

Reafirmando la importancia primordial que tienen en la contratación de personal los principios incorporados en los Artículos 4.2, 4.3 y 4.4 del Reglamento de Personal,

1. DECIDE mantener la meta del 40% de todas las vacantes que se produzcan en puestos de las categorías profesional y superior sujetos a distribución geográfica en el periodo que terminará en septiembre de 1994 para el nombramiento de nacionales de países no representados o subrepresentados y de países que estén por debajo del punto medio del margen conveniente de variación;
2. EXHORTA al Director General y a los Directores Regionales a que prosigan enérgicamente sus esfuerzos para continuar mejorando la representación geográfica;
3. PIDE al Director General que modifique el método de cálculo de los límites convenientes reduciendo a 1600 el número de puestos adoptado en ese cálculo;
4. PIDE ASIMISMO al Director General que informe al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud en 1995 sobre la contratación de personal internacional en la OMS.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =



世界衛生大會 決議

عاجز جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.24

Punto 29.1 del orden del día

12 de mayo de 1993

CONTRATACION DE PERSONAL INTERNACIONAL EN LA OMS: EMPLEO Y PARTICIPACION DE LAS MUJERES

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Teniendo en cuenta el informe y las propuestas del Director General, así como las opiniones expresadas por el Consejo Ejecutivo en relación con el empleo y la participación de las mujeres en las actividades de la OMS;

Recordando las anteriores resoluciones de la Asamblea de la Salud y del Consejo sobre este tema, y en particular la resolución WHA38.12;

Enterada de la situación existente en septiembre de 1992 con respecto a la proporción de mujeres en la plantilla de personal, su distribución por grados y su participación en los programas de la OMS como consultoras, asesoras temporeras, miembros de grupos técnicos y becarias,

1. RESUELVE mantener la meta del 30% para la proporción de todos los puestos de las categorías profesional y superior ocupados por mujeres en las oficinas fijas y establecer como fecha límite para alcanzar esa meta el 30 de septiembre de 1995;
2. INSTA a los Estados Miembros a que respalden al Director General en sus esfuerzos por encontrar la manera de aumentar la participación de las mujeres en los programas de la OMS, proponiendo candidatas para contratos por corto y por largo plazo, para formar parte de cuadros de expertos y grupos de estudio y para recibir becas, y fomentando una mayor participación femenina en reuniones técnicas y en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS;
3. EXHORTA al Director General y a los Directores Regionales, directores y administradores de programas a que sigan esforzándose activamente en conseguir la participación equitativa de las mujeres, particularmente en puestos de la máxima responsabilidad;
4. PIDE al Director General que presente en 1996 un informe al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud sobre el empleo y la participación de las mujeres en las actividades de la OMS.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =



世界衛生大會 決議

مؤرخية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.25

Punto 29.2 del orden del día

12 de mayo de 1993

SUELDOS DE LOS TITULARES DE PUESTOS SIN CLASIFICAR Y DEL DIRECTOR GENERAL

La 46^a Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General,

1. FIJA el sueldo de los Subdirectores Generales y de los Directores Regionales en US\$ 134 454 anuales que, una vez deducidos los impuestos del personal, dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 79 716 (con familiares a cargo) o de US\$ 72 087 (sin familiares a cargo);
2. FIJA el sueldo del Director General Adjunto en US\$ 148 296 anuales que, una vez deducidos los impuestos del personal, dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 86 914 (con familiares a cargo) o de US\$ 78 122 (sin familiares a cargo);
3. FIJA el sueldo del Director General en US\$ 183 158 anuales que, una vez deducidos los impuestos del personal dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 105 042 (con familiares a cargo) o de US\$ 93 322 (sin familiares a cargo);
4. RESUELVE que las antedichas modificaciones de remuneración surtan efecto desde el 1 de marzo de 1993.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =



世界衛生大會決議

منار جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46^o ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.26

Punto 30 del orden del día

12 de mayo de 1993

SITUACION SANITARIA DE LA POBLACION ARABE EN LOS TERRITORIOS ARABES OCUPADOS, INCLUIDA PALESTINA

La 46^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habida cuenta del principio básico establecido en la Constitución de la OMS según el cual la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad;

Gravemente preocupada por el deterioro de las condiciones de salud de la población palestina que vive en los territorios árabes ocupados, como consecuencia de la política de las autoridades de ocupación, en particular de las medidas que impiden la prestación de servicios de salud a la población árabe en los territorios árabes ocupados;

Preocupada por las violaciones por parte de las autoridades de ocupación de los derechos humanos del pueblo palestino durante la *Intifada*, por los efectos negativos que ello tiene sobre la salud particularmente en un momento en que la situación social y económica en los territorios se está deteriorando;

Insistiendo en la necesidad de que la potencia ocupante cumpla estrictamente las obligaciones que le incumben a tenor del Cuarto Convenio de Ginebra (1949), a la cual no se ha atendido, sobre todo en sectores tan básicos como el de la salud;

Consciente de la responsabilidad que le incumbe de asegurar condiciones adecuadas de salud para todas las poblaciones que son víctimas de situaciones excepcionales, incluidos los asentamientos, que son contrarios al Cuarto Convenio de Ginebra;

Reconociendo la necesidad de acrecentar el apoyo y la asistencia sanitaria para el pueblo palestino, así como para la población árabe siria del Golán sujeta a la ocupación israelí, y de fortalecer la cooperación con ellos;

Expresando la esperanza de que las conversaciones de paz entre las partes interesadas en el Oriente Medio conduzcan a una paz justa y completa, basada en los principios de la legitimidad internacional y, en particular, en las resoluciones pertinentes de las Naciones Unidas, en particular al mejoramiento de la situación sanitaria;

Deplorando la negativa de las autoridades israelíes a permitir que el Comité Especial de Expertos se traslade a los territorios árabes ocupados;

Visto el informe del Director General sobre la situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina;¹

Recordando las resoluciones de la Asamblea de la Salud sobre la situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina,

¹ Documento A46/24.

1. **PROCLAMA** la responsabilidad que incumbe a la OMS de promover para el pueblo palestino en los territorios árabes ocupados el goce del grado máximo de salud que se pueda alcanzar como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano;
2. **EXPRESA SU PREOCUPACION** ante el empeoramiento de la situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, afirmando que es función de la Organización Mundial de la Salud ayudar en la prestación de atención de salud al pueblo palestino y a las demás poblaciones árabes en los territorios árabes ocupados;
3. **CELEBRA** la reanudación de las conversaciones de paz y expresa la esperanza de que dichas conversaciones desemboquen pronto en una paz justa y completa en el Oriente Medio, de manera que el pueblo palestino pueda asumir la responsabilidad de sus servicios de salud y desarrollar sus planes y proyectos de salud con el fin de participar con todos los pueblos del mundo en el logro del objetivo de la OMS de «Salud para Todos en el Año 2000»;
4. **SUBRAYA** que la política de las autoridades israelíes en los territorios árabes ocupados no es compatible con el desarrollo de un sistema de salud adecuado a las necesidades del pueblo palestino, y que el único medio de desarrollar un sistema de esa índole es permitir que el pueblo palestino administre sus propios asuntos y supervise sus propios servicios de salud;
5. **DEPLORA** el deterioro constante de la situación en los territorios árabes ocupados, que afecta gravemente a las condiciones de vida de la población, compromete de forma duradera el futuro de la sociedad palestina e impide el desarrollo económico y social de esos territorios;
6. **EXPRESA SU PROFUNDA PREOCUPACION** ante la negativa de Israel a permitir que el Comité Especial de Expertos se traslade a los territorios árabes ocupados y pide que Israel deje al Comité cumplir su misión de investigar la situación sanitaria de las poblaciones en esos territorios;
7. **DA LAS GRACIAS** al Presidente del Comité Especial de Expertos y pide a dicho Comité que continúe su misión e informe a la 47ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados;
8. **RECUERDA** las resoluciones WHA42.14, WHA43.26, WHA44.31 y WHA45.26 y elogia los esfuerzos de la Organización por preparar y aplicar el programa especial de asistencia técnica destinado a mejorar la situación sanitaria del pueblo palestino en los territorios árabes ocupados;
9. **AGRADECE** al Director General sus esfuerzos y, habida cuenta de las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud, le pide:
 - 1) que continúe los esfuerzos por llevar a efecto el programa especial de asistencia haciendo hincapié en la atención primaria de salud en coordinación con todos los Estados Miembros, con los observadores y con todas las demás organizaciones que participan en actividades humanitarias y de salud;
 - 2) que siga coordinando las actividades sanitarias, en particular las de sectores prioritarios, como la salud de la madre y el niño y el programa ampliado de inmunización, con objeto de hacer frente a los problemas cada vez más graves relacionados con el abastecimiento de agua, el saneamiento y la eliminación de desechos sólidos en los territorios árabes ocupados y colaborar en la planificación de la higiene del medio;
 - 3) que brinde el apoyo sistemático indispensable para permitir que el pueblo palestino asuma la responsabilidad de sus servicios de salud y que refuerce la función de la unidad orgánica sobre la salud del pueblo palestino cuyo establecimiento en la sede de la OMS fue aprobado con objeto de apoyar los programas de formación para personal palestino sanitario y administrativo;
 - 4) que continúe proporcionando asistencia técnica especial con el fin de mejorar la situación sanitaria del pueblo palestino en los territorios árabes ocupados en cooperación con todos los Estados Miembros y los observadores de la OMS a que hacen referencia las resoluciones de la Asamblea de la Salud relativas a este asunto;

5) que prosiga sus esfuerzos para allegar fondos de fuentes extrapresupuestarias en apoyo del programa especial de asistencia técnica, teniendo presente la organización del plan sanitario completo para el pueblo palestino;

6) que informe sobre las medidas precedentes a la 47ª Asamblea Mundial de la Salud;

10. DA LAS GRACIAS a todos los Estados Miembros y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, y les pide que sigan contribuyendo al programa especial de asistencia destinado a mejorar la situación sanitaria del pueblo palestino en los territorios árabes ocupados.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =



世界衛生大會決議

مؤازر جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.27

Punto 31.2 del orden del día

12 de mayo de 1993

COLABORACION DENTRO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS AÑO INTERNACIONAL DE LA FAMILIA (1994)

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre «La colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas: Año Internacional de la Familia (1994)»;

Habiendo examinado la resolución 44/82 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se proclama Año Internacional de la Familia el año 1994, con el tema: «La familia: recursos y responsabilidades en un mundo en evolución», y las conclusiones y recomendaciones de las Discusiones Técnicas celebradas en diversas Asambleas de la Salud y de los informes sobre la marcha de asuntos relacionados con la familia tales como la cooperación intersectorial en las estrategias nacionales de salud para todos (resolución WHA39.22); la salud reproductiva de los jóvenes (resolución WHA38.22) y la salud de los jóvenes (resolución WHA42.41); la salud mental (resolución WHA39.25); la salud de la mujer (resolución WHA42.42), y el uso indebido de drogas (resolución WHA42.20);

Observando que la familia desempeña un papel fundamental en el cuidado, la crianza y el indispensable apoyo emocional y material para el crecimiento y el bienestar de sus miembros, y habida cuenta de que las funciones de la familia pueden verse socavadas o frustradas por circunstancias tales como la guerra, la sequía, el hambre, la violencia racial o étnica y la pobreza, o en caso de preparación insuficiente para la acción parental y la creación de una familia;

Persuadida de que la igualdad de los sexos, el acceso de la mujer a la vida laboral en igualdad de condiciones y la procreación responsable y compartida son elementos decisivos para el logro de las metas de salud para todos;

Reafirmando la importancia de las funciones, las responsabilidades y los recursos de la familia en la salud de cada uno de sus miembros y, en general, en la atención primaria de salud,

1. INSTA a todos los Estados Miembros:

- 1) a que den efecto a los objetivos del Año Internacional de la Familia en el sector sanitario, con inclusión del fortalecimiento de la colaboración intersectorial en apoyo de las metas de salud para todos como medio esencial para atender las necesidades de salud y otras necesidades de desarrollo de las familias;
- 2) a que determinen, en colaboración con otros sectores, cuáles son las familias que están expuestas a no poder atender las necesidades básicas de sus miembros, y a que presten un apoyo coordinado a esas familias o lo intensifiquen, inclusive en estrecha colaboración con organizaciones no gubernamentales, en particular las organizaciones femeninas;
- 3) a que emprendan investigaciones operativas sobre las posibilidades de mejorar la salud, la crianza, el cuidado y las funciones de desarrollo en el seno de la familia;

4) a que ratifiquen, si aún no lo hubieran hecho, y den efecto a ciertos instrumentos internacionales tales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño como vehículos para el desarrollo de la salud de la familia;

2. INSTA al Director General:

1) a que preste un apoyo coordinado a los Estados Miembros, en cooperación con los organismos y órganos del sistema de las Naciones Unidas, en las investigaciones sobre métodos para medir y evaluar las repercusiones de las políticas y los programas en la salud y el funcionamiento de la familia y sus miembros, así como para determinar cuáles son las familias que están expuestas a no poder satisfacer las necesidades básicas de sus miembros;

2) a que examine los costos y beneficios y las repercusiones sociales de una mayor participación en el fomento de la salud de la familia, la prevención de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación, haciendo especial referencia a la igualdad y la participación compartida de las responsabilidades familiares.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =



世界衛生大會決議

منظمة الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.28

Punto 31.3 del orden del día

12 de mayo de 1993

ASISTENCIA SANITARIA A DETERMINADOS PAISES

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Reconociendo las resoluciones WHA34.26, WHA38.29, WHA42.16, WHA44.41 acerca de la función que incumbe a la Organización Mundial de la Salud en situaciones de urgencia y casos de catástrofe;

Consciente de las consecuencias del reciente desastre producido por el fenómeno atmosférico conocido como la «Tormenta del Siglo», que ha afectado gravemente tanto a la población civil y sus bienes como a las actividades agrícolas e industriales de Cuba y en particular a sus servicios de salud;

Reafirmando la resolución 47/228 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se pide a todos los Estados y organizaciones internacionales y a los demás organismos intergubernamentales que proporcionen apoyo de emergencia a Cuba a fin de aliviar la difícil situación en que se encuentra la población afectada de Cuba, inclusive su carga económica y financiera,

PIDE al Director General que brinde la asistencia necesaria a la República de Cuba para ayudar a superar la presente crisis en el sector de la asistencia sanitaria y solicite a todos los Estados Miembros que contribuyan a este fin.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =



世界衛生大會決議

عزارة الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.29

Punto 31.3 del orden del día

12 de mayo de 1993

COLABORACION DENTRO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS ASISTENCIA SANITARIA A DETERMINADOS PAISES

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando y confirmando las anteriores resoluciones de la Asamblea de la Salud sobre la asistencia sanitaria a determinados países, en particular la resolución más reciente, WHA45.21, en la que se hace referencia a lo siguiente: Asistencia medicosanitaria al Líbano; Asistencia sanitaria a los refugiados y personas desplazadas en Chipre; Lucha por la liberación en Africa austral: ayuda a los Estados de primera línea, Lesotho y Swazilandia; Reconstrucción y desarrollo del sector sanitario de Namibia; y Asistencia medicosanitaria a Somalia;

Teniendo en cuenta el número creciente de países y zonas azotados por catástrofes naturales o provocadas por el hombre y los numerosos informes sometidos por consiguiente a debate durante la Asamblea Mundial de la Salud;

Tomando nota de la resolución 46/182 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre «Fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia del sistema de las Naciones Unidas»;

Vista la resolución WHA35.1 sobre los métodos de trabajo de la Asamblea de la Salud, en la que se señala la conveniencia de que, antes de remitirlos a la Asamblea de la Salud, se debatan detenidamente en el plano regional todos los asuntos relativos a determinados países y vista la decisión reciente sobre este asunto adoptada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental (EM39/RC/D/11);

Habiendo examinado el informe del Director General¹ sobre las medidas adoptadas por la OMS para la asistencia sanitaria a determinados países y a países afectados por la sequía,

1. EXPRESA su reconocimiento al Director General por sus constantes esfuerzos por fortalecer la capacidad de la Organización para responder con prontitud y eficiencia a situaciones de emergencia en países concretos;
2. INSTA al Director General a que continúe dando gran prioridad a los países mencionados en la resolución citada y coordinando esos y otros esfuerzos de la OMS en materia de preparación para emergencias y asistencia humanitaria con los programas de asuntos humanitarios del sistema de las Naciones Unidas, incluida la movilización de recursos extrapresupuestarios;
3. PIDE al Director General que informe a la 47ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la presente resolución.

Duodécima sesión plenaria, 12 de mayo de 1993
A46/VR/12

= = =

¹ Documento A46/27.



世界衛生大會決議

منظمة الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.30

Punto 18.2 del orden del día

14 de mayo de 1993

MAYOR APOYO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE INTENSIFICACION DE LA COOPERACION CON LOS PAISES MAS NECESITADOS, EN PARTICULAR PARA LOS PAISES AFRICANOS

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de los informes del Director General presentados en la 91ª reunión del Consejo Ejecutivo y en la 46ª Asamblea Mundial de la Salud, con referencia particular al inquebrantable apoyo de la OMS a las poblaciones de los países en desarrollo, sobre todo en Africa, para luchar contra las numerosas pandemias que les afectan;

Vistas las resoluciones WHA43.17 y WHA44.24, que comprometen a la Organización hacia una intensificación de la cooperación, en particular la reasignación de sus recursos humanos y financieros y la reorientación de sus programas con los países más necesitados;

Vista la resolución AFR/RC41 de la 41ª reunión del Comité Regional para Africa (1991), sobre el Llamamiento de Bujumbura, «Llamamiento en favor de Africa»;

Consciente de que los factores económicos adversos y los conflictos armados ejercen un efecto muy nocivo en el estado de salud;

Reconociendo que muchos países en desarrollo, en particular en Africa, luchan bajo el agobio de los programas de reajuste estructural, la carga de la deuda, el descenso de los precios de los productos básicos, la depreciación de sus monedas y el rápido deterioro de sus infraestructuras asistenciales, así como la carga de las enfermedades y el costo creciente de la atención de salud;

Reconociendo los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud y de la comunidad internacional en apoyo del desarrollo sanitario en Africa,

1. HACE UN LLAMAMIENTO a todos los Estados Miembros, a los organismos bilaterales y multilaterales de desarrollo, a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y a las organizaciones no gubernamentales para que mantengan e intensifiquen su apoyo a los países en desarrollo, en particular de Africa, para la aplicación de sus estrategias de salud para todos;
2. PIDE al Director General:
 - 1) que centre las actividades en las prioridades de salud de los países africanos y movilice los recursos necesarios para apoyar los esfuerzos de éstos destinados a alcanzar la salud para todos;
 - 2) que informe en la 48ª Asamblea Mundial de la Salud sobre las medidas adoptadas en cumplimiento de la presente resolución.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

مؤازر جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.31

Punto 18.2 del orden del día

14 de mayo de 1993

PREVENCION Y LUCHA CONTRA EL DENGUE

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habida cuenta de las resoluciones CD31.R26 y CD33.R19 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud sobre los vectores del dengue;

Consciente de que el dengue epidémico sigue constituyendo un problema, con un enorme aumento de los casos y un riesgo extremado de brotes rápidos y graves, y de que la fiebre hemorrágica dengue y el síndrome de choque por dengue se están extendiendo, con la mortalidad consiguiente, obstaculizando el desarrollo socioeconómico, perturbando los servicios hospitalarios, el turismo y el empleo (a causa del absentismo laboral) y amenazando la vida de los niños y la salud y el bienestar de los adultos en gran parte de las poblaciones urbanas, periurbanas y, en ciertos casos, rurales, de las regiones tropicales;

Profundamente preocupada por la aparición cada vez más frecuente de nuevas epidemias y el aumento de las tasas de letalidad en América y Asia, por la rápida propagación de los mosquitos vectores del dengue, *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, y por su persistente proliferación, que entrañan un serio peligro para la salud como factor causal no sólo del dengue epidémico sino también de otras enfermedades graves como la fiebre amarilla, la fiebre chikungunya y la poliartritis epidémica, de las cuales son vectores;

Reconociendo que las epidemias de dengue y de fiebre hemorrágica dengue se limitan predominantemente a las ciudades, aunque también se han observado brotes importantes en zonas rurales, y que los movimientos de población y la urbanización rápida e incontrolada, sobre todo cuando el abastecimiento de agua es deficiente, seguirán acrecentando el riesgo de transmisión del dengue;

Reconociendo que, si bien se han registrado avances positivos en las investigaciones sobre vacunas contra el dengue, incluida la feliz terminación de las pruebas clínicas formales de las Fases I y II utilizando una vacuna experimental tetravalente a base de virus vivos atenuados, y admitiendo que, aun cuando prosigue el proceso de fabricación para las pruebas de eficacia de la Fase III, no se dispone todavía de una vacuna para su uso en salud pública;

Reconociendo la importancia fundamental de la participación de la comunidad en la mayor parte de las medidas de lucha, como las destinadas a prevenir la reproducción de *A. aegypti*;

Consciente de que un problema importante para combatir las enfermedades transmitidas por vectores, incluido el dengue, es la falta de especialistas capaces de planificar y aplicar programas de lucha contra esas enfermedades en muchos países y de realizar la necesaria investigación operativa;

Reconociendo que los gobiernos de los países donde el dengue, la fiebre hemorrágica dengue y el síndrome de choque por dengue son endémicos tropiezan con grandes dificultades para organizar, dotar de personal y financiar programas de lucha contra el dengue a escala nacional;

Reconociendo la necesidad de que las instancias políticas y decisorias más elevadas unan sus esfuerzos a los de las autoridades sanitarias, los planificadores municipales y los responsables de la salud pública en las actividades de lucha,

1. CONFIRMA que la labor de prevención y lucha contra el dengue debe figurar entre las prioridades de la OMS;
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que fortalezcan los programas nacionales y locales de prevención y lucha contra el dengue, la fiebre hemorrágica dengue y el síndrome de choque por dengue, asegurando su seguimiento y evaluación por parte de los servicios generales de salud y de otras instituciones apropiadas y reforzando la vigilancia de la población de vectores, de la prevalencia del virus y del número de casos registrado en las zonas urbanas y entre las poblaciones muy expuestas, como son los sectores pobres de las zonas urbanas y periurbanas;
 - 2) a que den prioridad a los métodos que sean eficaces en relación con el costo y a las medidas de lucha que, entretanto, puedan reducir apreciablemente la densidad de vectores y la transmisión del dengue, en particular el mejoramiento y la ampliación de la vigilancia de los vectores, la lucha antivectorial apropiada y la gestión adecuada de los desechos;
 - 3) a que amplíen la capacidad de diagnóstico y refuercen la vigilancia clínica y epidemiológica del dengue y de la fiebre hemorrágica dengue para definir mejor su distribución y la carga que suponen;
 - 4) a que establezcan, en colaboración con la OMS, medidas inocuas y económicas de prevención y lucha contra el dengue, especialmente la ordenación urbana y el abastecimiento higiénico y seguro de agua mediante esfuerzos coordinados en los sectores público y privado;
 - 5) a que aumenten el número de personal debidamente capacitado en todos los niveles institucionales para planificar y realizar las operaciones de lucha contra el dengue y reducir la mortalidad mediante un mejor tratamiento clínico;
 - 6) a que refuercen las investigaciones sobre la fisiopatología de las infecciones por dengue; a que mejoren la educación sanitaria en la comunidad, a que estimulen el fomento de la salud y la higiene, y a que aumenten la sensibilización y la capacidad de acción en el plano comunitario;
 - 7) a que faciliten las pruebas de eficacia sobre el terreno de la Fase III, ensayando vacunas experimentales contra el dengue;
3. INSTA a otros organismos especializados y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los organismos bilaterales de desarrollo, las organizaciones no gubernamentales y los demás grupos interesados a que intensifiquen su cooperación en la prevención y lucha contra el dengue mediante el fomento continuo del desarrollo sanitario y social en general y el apoyo específico a los programas nacionales e internacionales de prevención y lucha contra el dengue, incluida la gestión de las situaciones de emergencia;
4. PIDE al Director General:
 - 1) que establezca, en consulta con los Estados Miembros afectados, estrategias para contener la propagación y la incidencia creciente del dengue, de la fiebre hemorrágica dengue y del síndrome de choque por dengue de manera sostenible por los países;
 - 2) que formule planes para la cooperación sanitaria de emergencia contra los brotes de dengue y coordine su ejecución con los organismos y otros grupos interesados;
 - 3) que aumente la capacidad de la OMS, en la medida de los recursos disponibles, para dirigir y reforzar las investigaciones sobre vigilancia y epidemiología del dengue y producción de vacunas, y que oriente a los Estados Miembros en la prevención y la lucha contra el dengue, incluida la lucha antivectorial;

- 4) que coordine la labor de prevención y lucha contra el dengue en cooperación con otros organismos especializados y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los organismos bilaterales de desarrollo, las organizaciones no gubernamentales y los demás grupos interesados;
- 5) que intensifique sus esfuerzos para allegar fondos extrapresupuestarios en apoyo de las actividades nacionales e internacionales de prevención y lucha contra el dengue;
- 6) que mantenga informados al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en el cumplimiento de esta resolución.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

تصريح الجمعية الصحية العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.32

Punto 18 del orden del día

14 de mayo de 1993

LUCHA CONTRA EL PALUDISMO

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Vista la resolución WHA42.30 sobre la situación del paludismo en el mundo;

Habida cuenta de la resolución AFR/RC42/R8, adoptada por el Comité Regional para Africa en su 42ª reunión, de la resolución SEA/RC45/R6, adoptada por el Comité Regional para Asia Sudoriental en su 45ª reunión, y de la resolución WPR/RC42.R9, adoptada por el Comité Regional para el Pacífico Occidental en su 42ª reunión;

Consciente de que el paludismo amenaza a 2200 millones de personas - aproximadamente el 40% de la población mundial -, causa a menudo trastornos clínicos graves en más de 100 millones y mata todos los años a más de un millón, frenando el desarrollo socioeconómico y afectando gravemente al estado de salud general de las poblaciones;

Teniendo en cuenta el informe del Director General acerca de la Conferencia Ministerial sobre el Paludismo, celebrada en Amsterdam los días 26 y 27 de octubre de 1992 por invitación del Gobierno de los Países Bajos, y la Declaración Mundial sobre la Lucha contra el Paludismo formulada en esa Conferencia y reproducida en dicho informe;

Observando con satisfacción que la Declaración Mundial sobre la Lucha contra el Paludismo se ajusta plenamente al espíritu de la resolución WHA43.17, referente al fortalecimiento del apoyo técnico y económico a los países con dificultades económicas graves,

1. AGRADECE al Gobierno de los Países Bajos su hospitalidad y su apoyo financiero y técnico, así como las excelentes instalaciones facilitadas para la Conferencia Ministerial;
2. AGRADECE a las demás instancias asociadas, en particular a los organismos bilaterales y multilaterales de desarrollo y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas interesados, el apoyo técnico y financiero que han prestado a la Conferencia Ministerial;
3. HACE SUYA la Declaración Mundial sobre la Lucha contra el Paludismo, en la que
 - 1) se subraya la gravedad del paludismo, no sólo como carga inaceptable y evitable para la salud humana sino también como obstáculo importante para la plena realización social y económica de las personas y los Estados;
 - 2) se proclama el firme compromiso de los líderes políticos y sanitarios para contener la enfermedad;
 - 3) se promulga una Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo con actividades nacionales específicas, fundada en una evaluación objetiva de las necesidades y los medios;

- 4) se suscriben sin reservas los cuatro elementos técnicos de la Estrategia, consistentes en:
 - facilitar el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato;
 - planificar y aplicar medidas selectivas y sostenibles de prevención, incluida la lucha antivectorial;
 - detectar a tiempo, contener o prevenir las epidemias;
 - reforzar la capacidad local en materia de investigación básica y aplicada, a fin de permitir y promover la evaluación regular de la situación del paludismo en el país, en particular los factores ecológicos, sociales y económicos que determinan la enfermedad;

4. INSTA a los Estados Miembros en los que el paludismo sigue constituyendo un problema o una posible amenaza a que refuercen la prevención y la lucha de acuerdo con los principios enunciados en la Declaración;

5. INSTA a las partes interesadas, en particular los organismos bilaterales y multilaterales de desarrollo, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales:
 - 1) a que reconozcan la aportación de la lucha antipalúdica a la salud de los individuos y al desarrollo de la comunidad;
 - 2) a que reexaminen las modalidades de prestación de apoyo multisectorial a las actividades de lucha antipalúdica;
 - 3) a que tengan en cuenta el riesgo de paludismo y problemas afines, así como las posibles medidas necesarias para prevenirlos en la planificación y la ejecución de proyectos de desarrollo, a fin de que éstos no contribuyan a propagar el paludismo y otras enfermedades transmisibles;
 - 4) a que refuercen la vigilancia antipalúdica;

6. PIDE al Director General:
 - 1) que refuerce la función directiva de la OMS en la lucha contra el paludismo;
 - 2) que garantice, junto con los Directores Regionales interesados, el indispensable apoyo técnico a los Estados Miembros a nivel mundial, regional y nacional para la preparación o la reorientación de los programas antipalúdicos de acuerdo con la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo y para la aplicación de éstos en el contexto de la atención primaria de salud;
 - 3) que prosiga sus esfuerzos con miras a mejorar y reforzar progresivamente la capacidad local y nacional de lucha antipalúdica e investigación sobre el paludismo apoyándose en la infraestructura sanitaria;
 - 4) que vele por que los programas antipalúdicos se ajusten a los criterios actuales de la lucha contra el paludismo y por que los progresos técnicos se traduzcan rápidamente en normas programáticas;
 - 5) que estimule la movilización de recursos en el plano mundial, regional y nacional en medida suficiente para dar la prioridad necesaria a la lucha antipalúdica;
 - 6) que siga tratando de obtener la colaboración de nuevos asociados para combatir de modo eficaz y sostenible el paludismo;
 - 7) que mantenga informados al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, incluido el suministro de datos epidemiológicos.



世界衛生大會決議

منار حمية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.33

Punto 19 del orden del día

14 de mayo de 1993

ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre el Programa Ampliado de Inmunización, en el que se subraya la necesidad de acelerar los progresos, en particular en lo referente a la aplicación de la iniciativa de erradicar la poliomielitis de aquí al año 2000;

Observando con satisfacción los progresos realizados en todas las Regiones de la OMS hacia la meta de la erradicación de la poliomielitis;

Felicitando a los países de la Región de las Américas que no han registrado durante más de un año ningún caso de poliomielitis por poliovirus salvaje;

Vista la resolución WPR/RC39.R15 del Comité Regional para el Pacífico Occidental, sobre la erradicación regional de la poliomielitis de aquí a 1995;

Reconociendo la profunda inquietud expresada por el Grupo Consultivo Mundial del Programa ante la falta de voluntad política de algunos países industrializados, países en desarrollo y donantes para dar suficiente prioridad a la erradicación de la poliomielitis;

Advirtiendo que no será posible alcanzar la meta de la erradicación mundial sin una aceleración continua de los programas nacionales de inmunización;

Poniendo de relieve que la erradicación de la poliomielitis fortalecerá las actividades del Programa encaminadas a luchar contra otras enfermedades, permitirá economizar recursos financieros que ahora han de dedicarse a la compra de vacunas y a la asistencia médica y la rehabilitación, mejorará la vigilancia, reforzará los servicios de laboratorio, hará más eficaces los sistemas asistenciales y aumentará la participación de la comunidad;

Habida cuenta de las resoluciones WHA41.28, WHA42.32, WHA44.33 y WHA45.17 de la Asamblea de la Salud y la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, donde se establecen metas para el decenio de 1990, entre ellas la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del tétanos neonatal y la reducción de la morbilidad y la mortalidad por sarampión,

1. REAFIRMA que la erradicación mundial de la poliomielitis de aquí al año 2000 es una meta asequible;
2. CONFIRMA el compromiso de la OMS respecto a la erradicación de la poliomielitis como una de sus principales prioridades en la acción sanitaria internacional;
3. APOYA el plan de acción revisado, incluida la creación de zonas exentas de poliomielitis, la ampliación de las existentes y la confirmación de que no hay transmisión del poliovirus salvaje en esas zonas;

4. **ACOGE CON SATISFACCION** el compromiso, el apoyo y la acción coordinada del UNICEF y de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de otros organismos intergubernamentales y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, en particular de la Asociación Rotaria Internacional,
5. **INSTA** a los Estados Miembros:
 - 1) a que reafirmen su compromiso en favor de la erradicación de la poliomielitis en el plano nacional y faciliten el personal y los recursos necesarios para conseguirla;
 - 2) a que apliquen las políticas y estrategias esenciales del plan de acción mundial;
 - 3) a que establezcan una vigilancia eficaz de los casos de parálisis flácida aguda y de circulación persistente del poliovirus salvaje en la población y en el medio ambiente;
 - 4) a que refuercen los servicios de rehabilitación destinados a los niños discapacitados por la poliomielitis y por otras formas de parálisis;
6. **EXHORTA** a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, a otros organismos intergubernamentales y a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a que presten apoyo a los países comprometidos en la erradicación de la poliomielitis cooperando en la planificación y realización de las actividades esenciales, asegurando el suministro de cantidades suficientes de vacuna antipoliomielítica para la inmunización suplementaria, apoyando el establecimiento de la red de laboratorios especializados en poliovirus y prestando asistencia técnica en materia de vigilancia e inmunización;
7. **PIDE** al Director General:
 - 1) que aplique las medidas necesarias para alcanzar la meta de la erradicación mundial de la poliomielitis de aquí al año 2000, en particular los planes, el apoyo presupuestario y la labor de organización indispensable para coordinar la acción sanitaria;
 - 2) que preste apoyo a los países a fin de que obtengan cantidades suficientes de vacunas que satisfagan las normas de calidad de la OMS para la inmunización tanto sistemática como suplementaria, incluida la producción o el envasado local de vacunas en grandes cantidades, según convenga;
 - 3) que coopere con los países para determinar sus demás necesidades en lo que respecta a la aplicación de las medidas esenciales para conseguir la erradicación de la poliomielitis, incluidas las relativas a la logística y los sistemas de cadena frigorífica, a los servicios de laboratorio y a la vigilancia;
 - 4) que colabore con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otros organismos intergubernamentales y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con objeto de movilizar fondos suficientes para el suministro de vacunas y satisfacer otros requisitos con miras a la erradicación de la poliomielitis;
 - 5) que observe mensualmente los progresos realizados, a través de las notificaciones de los casos de parálisis flácida aguda detectados y los casos confirmados de poliomielitis, y mediante los indicadores de la eficacia de la vigilancia;
 - 6) que prosiga la labor de investigación fundamental y aplicada en relación con la erradicación de la poliomielitis;
 - 7) que mantenga informados al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en pos de la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000.



世界衛生大會決議

إدارة جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.34

Punto 18.3 del orden del día

14 de mayo de 1993

RESOLUCION DE APERTURA DE CREDITOS PARA EL EJERCICIO 1994-1995

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud

RESUELVE abrir créditos para el ejercicio 1994-1995 por un importe de US\$ 890 386 600, repartido como sigue:

A.

Sección	Asignación de los créditos	Importe US \$
1.	Dirección, coordinación y gestión	97 847 000
2.	Infraestructura de los sistemas de salud	272 219 900
3.	Ciencia y tecnología de la salud: promoción de la salud	145 209 400
4.	Ciencia y tecnología de la salud: prevención y lucha contra las enfermedades	103 957 100
5.	Apoyo al programa	202 867 600
	Presupuesto efectivo	822 101 000
6.	Transferencia al Fondo de Iguales de Impuestos	65 000 000
7.	Reserva no repartida	3 285 600
	Total	890 386 600

B. De conformidad con las disposiciones del Reglamento Financiero, se librarán las cantidades necesarias para atender el pago de las obligaciones contraídas entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1995, sin que su importe pueda exceder de los créditos abiertos en el párrafo A. No obstante lo dispuesto en el presente párrafo, el Director General limitará las obligaciones que hayan de contraerse durante el ejercicio 1994-1995 al importe de los créditos de las secciones 1 a 6.

C. No obstante lo dispuesto en el Artículo 4.5 del Reglamento Financiero, el Director General podrá efectuar transferencias de créditos entre secciones del presupuesto efectivo, siempre que el importe de las transferencias efectuadas con cargo a una sección no exceda del 10% de la dotación de ésta; respecto de la sección 1, dicho porcentaje se establecerá descontando la consignación del Programa del Director General y de los Direc-

tores Regionales para Actividades de Desarrollo (US\$ 11 494 000). El Director General podrá además cargar en las secciones del presupuesto efectivo utilizadas para costear los gastos del Programa del Director General y de los Directores Regionales para Actividades de Desarrollo cantidades que no excedan de la consignación de dicho programa. Todas esas transferencias constarán en el informe financiero correspondiente a 1994-1995. Cualquier otra transferencia que sea necesaria habrá de hacerse con sujeción a las disposiciones del Artículo 4.5 del Reglamento Financiero.

D. El importe de los créditos abiertos en el párrafo A se cubrirá con las contribuciones de los Miembros, una vez deducidos:

	US \$
i) los reembolsos de gastos de apoyo a programas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, por un importe aproximado de	3 600 000
ii) los ingresos ocasionales (distintos de los intereses devengados) . .	388 000
	<hr/>
	3 988 000
	<hr/>

El importe de las contribuciones señaladas a los Miembros asciende, en consecuencia, a US\$ 886 398 600. Para calcular la contribución pagadera por cada Miembro se deducirán del importe de la contribución que se le haya señalado, a) las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguala de Impuestos; en el caso de los Miembros que graven con impuestos los sueldos percibidos de la OMS por los funcionarios de ésta, los abonos se reducirán en la cuantía previsible de los correspondientes reembolsos pagaderos por la Organización a ese personal; y b) la parte de los intereses devengados y disponibles para asignación (US\$ 12 741 000) que corresponda abonar en su favor de conformidad con el plan de incentivos adoptado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA41.12.

E. El importe neto máximo de recursos disponibles para el bienio 1994-1995 en el marco del mecanismo de compensación cambiaria previsto en el Artículo 4.6 del Reglamento Financiero se sitúa en US\$ 31 000 000.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

إقرار جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.35

Punto 18.3 del orden del día

14 de mayo de 1993

REFORMA PRESUPUESTARIA

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Consejo Ejecutivo sobre el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1994-1995;

Recordando lo solicitado al Director General por el Consejo en su resolución EB91.R12;

Reiterando que todos los Estados Miembros están obligados a abonar íntegramente y a tiempo las contribuciones que se les asignen;

Habida cuenta de que la Organización tiene la obligación de cooperar en el desarrollo sanitario de los Estados Miembros, y consciente del costo creciente que entrañan la asistencia sanitaria, el análisis y la planificación de la asistencia, así como la prestación de servicios;

Reconociendo la necesidad de que la OMS ejecute sus programas del modo más transparente, rentable y fructífero, aprovechando al máximo los fondos invertidos y reorientando los recursos en función de las necesidades prioritarias de salud;

Reafirmando la importancia fundamental de establecer metas programáticas realistas y resultados mensurables;

Preocupada por el aumento de la proporción del presupuesto de la Organización que se destina a atender costos administrativos, incluidos los gastos de personal o relacionados con el personal, y reconociendo la conveniencia de mantener un equilibrio razonable entre esos costos y los de ejecución general del programa;

Subrayando la importancia de alcanzar los máximos niveles de responsabilidad y transparencia en lo concerniente al programa y al presupuesto de la Organización;

Preocupada por la complejidad y la falta de claridad de los actuales documentos presupuestarios, y en particular por el hecho de que no relacionan las asignaciones financieras y los gastos de personal con prioridades sanitarias concretas, así como por las dificultades que esto entraña para el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud a la hora de determinar y establecer las prioridades estratégicas y financieras de la Organización;

Felicitándose de que el Director General haya expresado la intención de presentar el presupuesto por programas en relación con los estados de cuentas, lo cual permitirá evaluar las sumas invertidas en programas y los resultados obtenidos,

PIDE al Director General:

1. que adopte para el proyecto de presupuesto por programas (volumen azul) correspondiente al ejercicio 1996-1997 una presentación más clara, más sencilla y más cómoda para los usuarios;

2. que mejore el proceso presupuestario y contable de manera que:
 - 1) se obtenga una presentación más sencilla y más clara;
 - 2) se reduzca apreciablemente el intervalo entre el comienzo de la preparación del presupuesto por programas y su adopción;
 - 3) se establezcan prioridades estratégicas financieras con objetivos mundiales convenidos;
 - 4) se fijen metas realistas y mensurables para cada prioridad sanitaria establecida;
 - 5) se reasignen los recursos humanos y financieros en función de las prioridades y las metas;
 - 6) se instaure un proceso de evaluación regular de la marcha de las actividades hacia las metas convenidas;
 - 7) se incluyan datos sobre el aumento real de los costos durante todo el ejercicio precedente y se comparen con las previsiones;
 - 8) se observen las normas comunes de contabilidad que están formulando las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas;
3. que tome medidas para que sea más apropiada la proporción entre los gastos de personal o relativos al personal y todos los demás gastos del programa;
4. que presente en la 93ª reunión del Consejo Ejecutivo, en enero de 1994, una propuesta acorde con lo recomendado por la Dependencia Común de Inspección en su informe JIU/REP/89/9 relativo al establecimiento de un Comité de Presupuesto y Finanzas para que asista al Consejo y, por conducto de éste, a la Asamblea de la Salud en sus deliberaciones sobre cuestiones presupuestarias, para que el Consejo la considere al examinar el informe del Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales;
5. que informe al Consejo en su 93ª reunión, en enero de 1994, y a la 47ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en el cumplimiento de esta resolución.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

مؤازر جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.36

Punto 19 del orden del día

14 de mayo de 1993

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habida cuenta de la resolución WHA44.8, en la que se respalda un doble criterio de acción con el objetivo mundial de tratar con éxito el 85% de los casos diagnosticados con esputo positivo y de detectar el 70% de tales casos de aquí al año 2000;

Consciente de que la tuberculosis sigue siendo una de las causas principales de defunción, a pesar de que existen estrategias sumamente eficaces en relación con el costo y de que se dispone de instrumentos adecuados para combatir la enfermedad;

Reconociendo que la situación, ya grave, está empeorando rápidamente tanto en los países desarrollados como en desarrollo, como consecuencia de no reconocer a la lucha antituberculosa como programa prioritario, de la recesión económica, de las terribles condiciones existentes en muchas partes del mundo debidas a la guerra, los trastornos sociales, el hambre y otras calamidades, la propagación de la infección por el VIH y el aumento de las migraciones internacionales;

Destacando que hay una grave carencia de voluntad política y recursos para aplicar programas eficaces, no sólo en muchos países en desarrollo sino también en algunos países industrializados;

Preocupada por el hecho de que los programas de lucha contra la tuberculosis inadecuadamente gestionados, y en particular el tratamiento incompleto de la tuberculosis, pueden conducir al desarrollo de peligrosas formas farmacorresistentes de tuberculosis, y de que existe todavía una apreciación insuficiente de la gravedad de la situación,

1. DA LAS GRACIAS al Director General por su informe;
2. ACOGE CON SATISFACCION los progresos realizados en los dos últimos años para atender las necesidades de los Estados Miembros, en particular:
 - 1) el establecimiento de un grupo de coordinación, asesoramiento y examen para orientar al Programa, en el que participan representantes de los Estados Miembros, de los donantes y de la comunidad científica;
 - 2) la preparación de estrategias eficientes para la gestión del programa de lucha antituberculosa, de instrumentos eficaces para aplicar la estrategia y de material docente;
3. INSTA a los Estados Miembros a que adopten rápidamente medidas para fortalecer los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis, como parte de sus servicios nacionales de salud y como parte integrante de la atención primaria de salud, en el marco de la estrategia mundial de la OMS de lucha contra la tuberculosis, cuyos principales componentes son:

- 1) la detección de los casos con esputo positivo mediante exámenes microscópicos fiables;
 - 2) la introducción de la quimioterapia normalizada de corta duración, con especial hincapié en la observación directa del tratamiento durante los dos primeros meses;
 - 3) el establecimiento de registros normalizados de casos y la evaluación completa de los resultados del tratamiento por análisis de cohortes;
 - 4) el suministro regular e ininterrumpido de medicamentos antituberculosos de calidad garantizada a todos los centros de tratamiento, concediendo especial importancia a la coordinación del suministro, del almacenamiento y de la distribución, de modo que los medicamentos se utilicen apropiadamente y de preferencia sean sólo accesibles por conducto de los programas nacionales de lucha antituberculosa, donde existan;
 - 5) la sensibilización del público acerca de la necesidad de prevenir la tuberculosis, del reciente aumento de su incidencia y de su relación con el VIH, por los conductos apropiados, en particular las escuelas y los medios informativos;
- 4 INSTA a la comunidad internacional, incluidas las organizaciones bilaterales, multilaterales y no gubernamentales, a que sigan prestando su colaboración y apoyo para mejorar los programas antituberculosos en el plano nacional, regional y mundial;
5. PIDE al Director General:
- 1) que vele por que la estrategia de lucha antituberculosa de la OMS reciba apoyo y se aplique efectivamente en todos los niveles de la Organización, reforzando la capacidad del programa e intensificando el apoyo de la OMS a los Estados Miembros para la ejecución eficaz de los programas nacionales contra la tuberculosis;
 - 2) que asegure la coordinación de los esfuerzos de lucha contra la tuberculosis con otros programas pertinentes, en particular el Programa de Acción sobre Medicamentos, el Programa Mundial sobre el SIDA y los programas sobre atención primaria de salud, incluidos los sistemas de salud de distrito, con objeto de utilizar de modo óptimo los recursos limitados;
 - 3) que exhorte enérgicamente a las autoridades responsables de los Estados Miembros y a la comunidad internacional a concentrar los recursos existentes en la urgente tarea de lucha antituberculosa;
 - 4) que movilice recursos adicionales con el fin de acelerar y ampliar la cooperación con los Estados Miembros en la lucha contra la tuberculosis y que estudie la posibilidad de establecer una cuenta especial para la tuberculosis en el Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud;
 - 5) que mantenga informado al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

مؤتمرات الجمعية العالمية للصحة

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.37

Punto 20 del orden del día

14 de mayo de 1993

ESTUDIO RELATIVO A UN PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre la aplicación de la estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA, que figura en el documento A46/14;

Vistas las resoluciones WHA40.26, WHA41.24, WHA42.33, WHA42.34, WHA43.10 y WHA45.35, así como la resolución 1992/33 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y la resolución 47/40 de la Asamblea General de las Naciones Unidas;

Reconociendo con preocupación que la rápida propagación del VIH y del SIDA plantea un problema crucial de salud que tiene graves repercusiones en las mujeres y los niños y en la política sanitaria general de salud en muchos países del mundo y representa una carga creciente para los servicios sanitarios y sociales, ya bastante agobiados;

Reconociendo el papel de otras enfermedades de transmisión sexual en la propagación del VIH;

Reconociendo que se necesita una respuesta multisectorial para intensificar los esfuerzos de prevención y reducir las crecientes consecuencias sociales y económicas de la pandemia, y que se necesita la contribución a esta respuesta de una amplia serie de organizaciones, organismos y grupos;

Expresando su reconocimiento, por la ampliación de sus actividades en apoyo de la estrategia mundial sobre el SIDA, a todas las organizaciones y órganos del sistema de las Naciones Unidas y a las numerosas organizaciones no gubernamentales interesadas;

Consciente de la necesidad de una fuente coherente de asesoramiento técnico, normativo y estratégico sobre el VIH y el SIDA, así como de técnicas de vigilancia y evaluación;

Reconociendo que las limitaciones de recursos hacen cada vez más crucial la necesidad de utilizar los recursos de la manera más rentable posible;

Vista la reforma emprendida en el sistema de las Naciones Unidas para mejorar la coordinación, en general, y acogiendo con agrado, en particular, el fortalecimiento del Grupo Consultivo Interorganismos sobre el SIDA, así como el recién constituido Grupo Especial de Trabajo sobre Coordinación en materia de VIH/SIDA establecido por el Comité de Gestión del Programa Mundial OMS sobre el SIDA para facilitar la coordinación de la respuesta a la pandemia de VIH/SIDA,

1. PIDE al Director General que, teniendo plenamente en cuenta las opiniones del Comité de Gestión, considere los beneficios económicos e institucionales - para los Estados Miembros y para el sistema de las Naciones Unidas - de un Programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA, encaminado a:

- 1) proporcionar a los organismos copatrocinadores orientación técnica, estratégica y normativa;
 - 2) colaborar con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, gobiernos y organismos no gubernamentales en asuntos relacionados con el VIH y el SIDA;
 - 3) reforzar la capacidad de los gobiernos para coordinar las actividades relativas al VIH/SIDA a nivel de país;
- 2 PIDE al Director General que, tomando en consideración las disposiciones del párrafo 1 *supra*, estudie la posibilidad y la viabilidad de establecer tal programa, prestando una atención especial a lo siguiente:
- 1) el crecimiento y las consecuencias previsibles de la pandemia en los dos próximos decenios;
 - 2) el nivel probable de recursos disponibles para actividades relativas al VIH y al SIDA durante el próximo decenio;
 - 3) las disposiciones prácticas para establecer tal programa, inclusive los sistemas y estructuras de gestión;
 - 4) la necesidad de un liderazgo mundial para dar una respuesta internacional coordinada a la pandemia;
- 3 PIDE al Director General que emprenda lo antedicho en consulta estrecha con el Administrador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Director Ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Director General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, y el Presidente del Banco Mundial; y en colaboración con otras organizaciones internacionales pertinentes, las organizaciones no gubernamentales y los Estados Miembros;
- 4 EXHORTA a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas mencionadas en el párrafo 3 de la parte dispositiva, así como al Grupo Especial de Trabajo sobre Coordinación en materia de VIH/SIDA del Comité de Gestión, a que participen activamente en ese proceso de consulta;
- 5 INSTA a quienes aportan contribuciones al Programa Mundial sobre el SIDA a que sigan prestando el necesario apoyo financiero mientras se realizan las consultas;
6. PIDE al Director General que, de acuerdo con esas consultas, formule opciones para un programa copatrocinado con las organizaciones indicadas en el párrafo 3 de la parte dispositiva, tomando plenamente en consideración las opiniones del Comité de Gestión;
7. PIDE al Director General que informe al Consejo Ejecutivo en su 93ª reunión, en enero de 1994, sobre los resultados del proceso de consulta.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

مؤازر جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.38

Punto 29.3 del orden del día

14 de mayo de 1993

AUMENTO DE SUELDO DENTRO DEL MISMO GRADO POR MERITOS DE SERVICIO

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre el aumento de sueldo dentro del mismo grado por méritos de servicio;

Recordando las resoluciones 44/198 de 21 de diciembre de 1989 y 45/241 de 21 de diciembre de 1990 de la Asamblea General de las Naciones Unidas referentes al régimen común de las Naciones Unidas, y en particular la Sección VI de la resolución 45/241,

1. FELICITA al Director General y aprueba su decisión de modificar el Reglamento de Personal, de conformidad con lo dispuesto en la resolución 45/241 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de manera que ningún nuevo funcionario que ingrese en la OMS después del 1 de marzo de 1993 tenga derecho a escalones adicionales dentro del mismo grado por méritos de servicio al cabo de veinte, veinticinco, treinta y treinta y cinco años de servicio;
2. PIDE al Director General que modifique nuevamente el Reglamento de Personal de conformidad con el Estatuto del Personal a fin de que todos los funcionarios que trabajaban en la Secretaría antes del 1 de marzo de 1993 y que habrían tenido derecho a un aumento, reciban, en el momento en que hubieran podido acogerse a ese aumento, un aumento dentro del mismo grado equivalente a la suma que se habría concedido como aumento por méritos de servicio con arreglo a lo dispuesto en los Artículos 555.1 y 555.2 del Reglamento de Personal, y ya no reciban después ningún otro aumento de ese tipo.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

منار جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.39

Punto 31.1 del orden del día

14 de mayo de 1993

SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD EN TIEMPOS DE CONFLICTO ARMADO

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Vistas la resolución WHA30.32 de la Asamblea Mundial de la Salud, la resolución EB61.R37 y la decisión EB63(10) del Consejo Ejecutivo sobre los principios de ética médica relativos a la función del personal de salud, en particular los médicos, en la protección de los prisioneros y detenidos contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;

Recordando las normas del derecho humanitario internacional sobre la protección de las víctimas de conflictos armados, en particular los cuatro Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 y sus dos protocolos adicionales de 1977;

Recordando asimismo los reglamentos aplicables en tiempos de conflicto armado, adoptados por la Asociación Médica Mundial en La Habana (Cuba) en 1956 y en Estambul (Turquía) en 1957 y enmendados en Venecia (Italia) en 1983, así como la Declaración de Tokio de 1985;

Consciente de que, a lo largo de los años, las consideraciones basadas en los principios humanitarios fundamentales han dado lugar a una mejor protección de los establecimientos y servicios médicos, así como de sus emblemas;

Profundamente preocupada ante los recientes informes sobre los ataques deliberados, cada vez más numerosos y extendidos, contra establecimientos y servicios médicos, y ante el uso indebido de los emblemas de la Cruz Roja y la Media Luna Roja;

Recordando además que esos actos constituyen crímenes de guerra;

Profundamente preocupada ante las supuestas infracciones sistemáticas, por parte de cierto personal médico, de los principios de ética médica antes mencionados,

1. **CONDENA** todos esos actos;
2. **EXHORTA** a todas las partes en conflictos armados a que asuman y apliquen sin reservas las reglas del derecho humanitario internacional que protegen a las personas heridas o enfermas y a los naufragos, así como al personal médico, al personal de enfermería y demás personal de salud, y a que respeten las disposiciones que rigen la utilización de los emblemas de la Cruz Roja y la Media Luna Roja;
3. **INSTA ENCARECIDAMENTE** a las partes en conflictos armados a que se abstengan de todo acto que impida u obstaculice la prestación o el suministro de asistencia y servicios médicos;
4. **HACE UN LLAMAMIENTO** a todas las asociaciones de médicos, enfermeras y demás personal de salud para que salvaguarden, promuevan y vigilen activamente la estricta observancia de los principios estable-

cidos de ética médica y para que pongan al descubierto las infracciones dondequiera que se produzcan y adopten las medidas oportunas;

5. PIDE al Director General:

- 1) que propugne firmemente, ante todas las partes interesadas, la protección de los establecimientos y servicios médicos;
- 2) que establezca una estrecha colaboración al respecto con el Secretario General de las Naciones Unidas y su Secretario General Adjunto para Asuntos Humanitarios, la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), así como con las organizaciones competentes del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones internacionales y no gubernamentales interesadas;
- 3) que difunda ampliamente la presente resolución;
- 4) que informe a la 48ª Asamblea Mundial de la Salud en 1995, por intermedio del Consejo Ejecutivo, sobre la evolución al respecto y las medidas adoptadas por la OMS para poner remedio a las situaciones mencionadas en la presente resolución;
- 5) que transmita la presente resolución al Secretario General de las Naciones Unidas con miras a que la examinen la Asamblea General y el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =



世界衛生大會決議

مؤتمر جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

46ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA46.40

Punto 33 del orden del día

14 de mayo de 1993

EFECTOS DE LAS ARMAS NUCLEARES EN LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE

La 46ª Asamblea Mundial de la Salud,

Teniendo presente los principios enunciados en la Constitución de la OMS;

Visto el informe del Director General sobre los efectos de las armas nucleares en la salud y el medio ambiente;¹

Vistas las resoluciones WHA34.38, WHA36.28 y WHA40.24 sobre los efectos de la guerra nuclear en la salud y los servicios de salud;

Reconociendo que se ha demostrado que ningún servicio de salud del mundo puede aliviar de manera apreciable una situación como la que provocaría el empleo de incluso una sola arma nuclear;²

Recordando la resolución WHA42.26 sobre la participación de la OMS en los esfuerzos internacionales en favor de un desarrollo sostenible y la resolución WHA45.31 en la que se señalan los efectos de la degradación del medio ambiente sobre la salud, y reconociendo las consecuencias ambientales a corto y a largo plazo del uso de armas nucleares que afectarían a la salud humana durante generaciones;

Reiterando que la prevención primaria es el único medio apropiado para hacer frente al problema de los efectos del uso de las armas nucleares en la salud y el medio ambiente;²

Teniendo en cuenta la inquietud de la comunidad sanitaria mundial ante la amenaza que las armas nucleares siguen representando para la salud y el medio ambiente;

Consciente de la función que en virtud de su Constitución incumbe a la OMS de actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional (Artículo 2(a)); de proponer convenciones, acuerdos y reglamentos (Artículo 2(k)); de dar a conocer técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública desde los puntos de vista preventivo y curativo (Artículo 2(p)); y de tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización (Artículo 2(v));

Considerando que la prevención primaria de los riesgos que las armas nucleares conllevan para la salud exige claridad en cuanto a la calificación jurídica de su empleo en el derecho internacional y que en el curso de los últimos 48 años los Estados Miembros han manifestado opiniones divergentes acerca de la legalidad del empleo de las armas nucleares,

¹ Documento A46/30.

² Véase *Efectos de la guerra nuclear sobre la salud y los servicios de salud*. Ginebra, OMS, 1987.

1. DECIDE, de conformidad con el Artículo 96(2) de la Carta de las Naciones Unidas, el Artículo 76 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y el Artículo X del Acuerdo entre las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de noviembre de 1947 en su resolución 124(II), pedir a la Corte Internacional de Justicia que emita una opinión consultiva sobre la cuestión siguiente

Habida cuenta de sus efectos en la salud y el medio ambiente ¿constituiría el empleo de armas nucleares por un Estado en una guerra u otro conflicto armado una violación de las obligaciones que le impone el derecho internacional, inclusive la Constitución de la OMS?

2. PIDE al Director General que transmita a la Corte Internacional de Justicia la presente resolución, acompañada de todos los documentos que puedan arrojar luz sobre la cuestión, de conformidad con el Artículo 65 del Estatuto de la Corte.

Decimotercera sesión plenaria, 14 de mayo de 1993
A46/VR/13

= = =

CE111/29 (Esp.)
ANEXO II

CONTRIBUCIONES ASIGNADAS PARA EL BIENIO 1994-1995 (A46/INF. DOC/9)
(Disponible solamente en inglés)



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

A46/INF.DOC./9
14 May 1993

FORTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY

CONTRIBUTIONS OF MEMBERS AND ASSOCIATE MEMBERS TO THE PROGRAMME BUDGET FOR THE FINANCIAL PERIOD 1994-1995

For the information of Members and Associate Members the attached statement shows the contributions assessed in respect of the programme budget for the financial period 1994-1995. The calculations are based on the decisions taken by the Health Assembly on the budget level and appropriation resolution, and on the scale of assessments for the financial period 1994-1995.¹

¹ See resolution WHA46.15.

STATEMENT SHOWING THE COMPUTATION OF CONTRIBUTIONS
TO THE 1994 - 1995 REGULAR BUDGET

Members and Associate Members	Scale percentage	Gross assessments	Less credit from Tax Equalization Fund	Less credit from Financial Incentive Scheme		Net contributions for 1994-1995	Payable in 1994	Payable in 1995
				Payment record 1991	Payment record 1992			
	%	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$
Afghanistan	0.01	88 640	6 500	30	580	81 530	40 765	40 765
Albania	0.01	88 640	6 500	1 280	-	80 860	40 430	40 430
Algeria	0.16	1 418 240	104 000	180	17 450	1 296 610	648 305	648 305
Angola	0.01	88 640	6 500	1 280	150	80 710	40 355	40 355
Antigua and Barbuda	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Argentina	0.56	4 963 830	364 000	-	-	4 599 830	2 299 915	2 299 915
Armenia	0.13	1 152 320	84 500	-	-	1 067 820	533 910	533 910
Australia	1.48	13 118 700	962 000	119 400	203 650	11 833 650	5 916 825	5 916 825
Austria	0.74	6 559 350	481 000	67 120	82 920	5 928 310	2 964 155	2 964 155
Azerbaijan	0.21	1 861 440	136 500	-	-	1 724 940	862 470	862 470
Bahamas	0.02	177 280	13 000	-	-	164 280	82 140	82 140
Bahrain	0.03	265 920	19 500	2 470	2 490	241 460	120 730	120 730
Bangladesh	0.01	88 640	6 500	1 260	450	80 430	40 215	40 215
Barbados	0.01	88 640	6 500	1 090	1 130	79 920	39 960	39 960
Belarus	0.47	4 166 070	305 500	-	5 730	3 854 840	1 927 420	1 927 420
Belgium	1.04	9 218 540	676 000	14 120	-	8 528 420	4 264 210	4 264 210
Belize	0.01	88 640	6 500	30	1 200	80 910	40 455	40 455
Benin	0.01	88 640	6 500	-	1 170	80 970	40 485	40 485
Bhutan	0.01	88 640	6 500	1 020	890	80 230	40 115	40 115
Bolivia	0.01	88 640	6 500	1 070	-	81 070	40 535	40 535
Bosnia and Herzegovina	0.04	354 560	26 000	-	-	328 560	164 280	164 280
Botswana	0.01	88 640	6 500	1 070	1 110	79 960	39 980	39 980
Brazil	1.56	13 827 820	1 014 000	-	-	12 813 820	6 406 910	6 406 910
Brunei Darussalam	0.03	265 920	19 500	5 110	5 230	236 080	118 040	118 040
Bulgaria	0.13	1 152 320	84 500	11 560	9 550	1 046 710	523 355	523 355
Burkina Faso	0.01	88 640	6 500	380	-	81 760	40 880	40 880
Burundi	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Cambodia	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Cameroon	0.01	88 640	6 500	720	40	81 380	40 690	40 690
Canada	3.06	27 123 800	1 964 000	370 410	398 120	24 391 270	12 195 635	12 195 635
Cape Verde	0.01	88 640	6 500	-	1 090	81 050	40 525	40 525
Central African Republic	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Chad	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Chile	0.08	709 120	52 000	-	-	657 120	328 560	328 560
China	0.76	6 736 630	494 000	85 840	88 980	6 067 810	3 033 905	3 033 905
Colombia	0.13	1 152 320	84 500	16 860	17 170	1 033 790	516 895	516 895

STATEMENT SHOWING THE COMPUTATION OF CONTRIBUTIONS
TO THE 1994 - 1995 REGULAR BUDGET

Members and Associate Members	Scale percentage	Gross assessments	Less credit from Tax Equalization Fund	Less credit from Financial Incentive Scheme		Net contributions for 1994-1995	Payable in 1994	Payable in 1995
				Payment record 1991	Payment record 1992			
				US \$	US \$			
	%	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$
Comoros	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Congo	0.01	88 640	(293 500)	-	-	382 140	191 070	191 070
Cook Islands	0.01	88 640	6 500	90	1 110	80 940	40 470	40 470
Costa Rica	0.01	88 640	6 500	2 560	840	78 740	39 370	39 370
Croatia	0.13	1 152 320	84 500	-	-	1 067 820	533 910	533 910
Cuba	0.09	797 760	58 500	-	-	739 260	369 630	369 630
Cyprus	0.02	177 280	13 000	2 330	2 440	159 510	79 755	79 755
Czech Republic	0.36	3 191 030	234 000	42 930	7 840	2 906 260	1 453 130	1 453 130
Côte d'Ivoire	0.02	177 280	13 000	-	120	164 160	82 080	82 080
Democratic People's Republic of Korea	0.05	443 200	32 500	6 300	6 550	397 850	198 925	198 925
Denmark	0.64	5 672 950	416 000	85 100	88 170	5 083 680	2 541 840	2 541 840
Djibouti	0.01	88 640	6 500	530	80	81 530	40 765	40 765
Dominica	0.01	88 640	6 500	950	1 140	80 050	40 025	40 025
Dominican Republic	0.02	177 280	13 000	-	-	164 280	82 140	82 140
Ecuador	0.03	265 920	19 500	-	-	246 420	123 210	123 210
Egypt	0.07	620 480	45 500	640	8 260	566 080	283 040	283 040
El Salvador	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Equatorial Guinea	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Estonia	0.07	620 480	45 500	-	-	574 980	287 490	287 490
Ethiopia	0.01	88 640	6 500	1 220	1 200	79 720	39 860	39 860
Fiji	0.01	88 640	6 500	1 170	1 140	79 830	39 915	39 915
Finland	0.56	4 963 830	364 000	62 450	64 540	4 472 840	2 236 420	2 236 420
France	5.90	52 297 520	1 635 000	789 630	799 890	49 073 000	24 536 500	24 536 500
Gabon	0.02	177 280	13 000	10	2 030	162 240	81 120	81 120
Gambia	0.01	88 640	6 500	10	-	82 130	41 065	41 065
Georgia	0.21	1 861 440	136 500	-	-	1 724 940	862 470	862 470
Germany	8.78	77 825 800	5 707 000	547 160	729 980	70 841 660	35 420 830	35 420 830
Ghana	0.01	88 640	6 500	990	-	81 150	40 575	40 575
Greece	0.34	3 013 750	221 000	45 470	44 680	2 702 600	1 351 300	1 351 300
Grenada	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Guatemala	0.02	177 280	13 000	-	-	164 280	82 140	82 140
Guinea	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Guinea-Bissau	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Guyana	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Haiti	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070

STATEMENT SHOWING THE COMPUTATION OF CONTRIBUTIONS
TO THE 1994 - 1995 REGULAR BUDGET

Members and Associate Members	Scale per-centage	Gross assessments	Less credit from Tax Equalization Fund	Less credit from Financial Incentive Scheme		Net contributions for 1994-1995	Payable in 1994	Payable in 1995
				Payment record 1991	Payment record 1992			
				US \$	US \$			
	%	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$
Honduras	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Hungary	0.18	1 595 520	117 000	25 180	22 440	1 430 900	715 450	715 450
Iceland	0.03	265 920	19 500	3 260	3 570	239 590	119 795	119 795
India	0.35	3 102 390	227 500	20 270	21 590	2 833 030	1 416 515	1 416 515
Indonesia	0.16	1 418 240	104 000	15 340	18 080	1 280 820	640 410	640 410
Iran (Islamic Republic of)	0.76	6 736 630	494 000	570	-	6 242 060	3 121 030	3 121 030
Iraq	0.13	1 152 320	84 500	-	-	1 067 820	533 910	533 910
Ireland	0.18	1 595 520	117 000	12 220	13 560	1 452 740	726 370	726 370
Israel	0.22	1 950 080	143 000	12 340	15 680	1 779 060	889 530	889 530
Italy	4.22	37 406 020	2 743 000	463 850	421 130	33 778 040	16 889 020	16 889 020
Jamaica	0.01	88 640	6 500	1 080	1 000	80 060	40 030	40 030
Japan	12.24	108 495 180	7 956 000	1 222 320	1 342 720	97 974 140	48 987 070	48 987 070
Jordan	0.01	88 640	6 500	710	1 210	80 220	40 110	40 110
Kazakhstan	0.34	3 013 750	221 000	-	-	2 792 750	1 396 375	1 396 375
Kenya	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Kiribati	0.01	88 640	6 500	1 190	1 080	79 870	39 935	39 935
Kuwait	0.24	2 127 350	156 000	430	2 640	1 968 280	984 140	984 140
Kyrgyzstan	0.06	531 840	39 000	-	-	492 840	246 420	246 420
Lao People's Democratic Republic	0.01	88 640	1 500	1 110	110	85 920	42 960	42 960
Latvia	0.13	1 152 320	84 500	-	-	1 067 820	533 910	533 910
Lebanon	0.01	88 640	6 500	-	10	82 130	41 065	41 065
Lesotho	0.01	88 640	6 500	140	1 140	80 860	40 430	40 430
Liberia	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Libyan Arab Jamahiriya	0.23	2 038 710	149 500	-	-	1 889 210	944 605	944 605
Lithuania	0.15	1 329 600	97 500	-	-	1 232 100	616 050	616 050
Luxembourg	0.06	531 840	39 000	7 390	7 510	477 940	238 970	238 970
Madagascar	0.01	88 640	6 500	1 060	210	80 870	40 435	40 435
Malawi	0.01	88 640	6 500	1 090	150	80 900	40 450	40 450
Malaysia	0.12	1 063 680	78 000	12 210	12 210	961 260	480 630	480 630
Maldives	0.01	88 640	6 500	1 190	1 160	79 790	39 895	39 895
Mali	0.01	88 640	6 500	1 160	250	80 730	40 365	40 365
Malta	0.01	88 640	6 500	1 260	1 290	79 590	39 795	39 795
Marshall Islands	0.01	88 640	6 500	-	1 200	80 940	40 470	40 470
Mauritania	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Mauritius	0.01	88 640	6 500	1 070	1 290	79 780	39 890	39 890
Mexico	0.86	7 623 030	559 000	1 520	13 290	7 049 220	3 524 610	3 524 610

STATEMENT SHOWING THE COMPUTATION OF CONTRIBUTIONS
TO THE 1994 - 1995 REGULAR BUDGET

Members and Associate Members	Scale percentage	Gross assessments	Less credit from Tax Equalization Fund	Less credit from Financial Incentive Scheme		Net contributions for 1994-1995	Payable in 1994	Payable in 1995
				Payment record 1991	Payment record 1992			
	%	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$
Micronesia (Federated States of)	0.01	88 640	6 500	-	1 140	81 000	40 500	40 500
Monaco	0.01	88 640	6 500	1 240	1 260	79 640	39 820	39 820
Mongolia	0.01	88 640	6 500	1 190	1 120	79 830	39 915	39 915
Morocco	0.03	265 920	19 500	1 070	1 120	244 230	122 115	122 115
Mozambique	0.01	88 640	6 500	1 120	1 150	79 870	39 935	39 935
Myanmar	0.01	88 640	6 500	1 280	1 280	79 580	39 790	39 790
Namibia	0.01	88 640	6 500	1 100	1 170	79 870	39 935	39 935
Nepal	0.01	88 640	6 500	1 260	1 170	79 710	39 855	39 855
Netherlands	1.47	13 030 060	955 500	199 640	186 380	11 688 540	5 844 270	5 844 270
New Zealand	0.23	2 038 710	149 500	29 400	30 340	1 829 470	914 735	914 735
Nicaragua	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Niger	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Nigeria	0.20	1 772 800	130 000	4 340	-	1 638 460	819 230	819 230
Norway	0.54	4 786 550	351 000	64 610	67 840	4 303 100	2 151 550	2 151 550
Oman	0.03	265 920	19 500	1 280	2 420	242 720	121 360	121 360
Pakistan	0.06	531 840	39 000	-	890	491 950	245 975	245 975
Panama	0.02	177 280	13 000	-	-	164 280	82 140	82 140
Papua New Guinea	0.01	88 640	6 500	-	50	82 090	41 045	41 045
Paraguay	0.02	177 280	13 000	3 240	860	160 180	80 090	80 090
Peru	0.06	531 840	39 000	-	-	492 840	246 420	246 420
Philippines	0.07	620 480	45 500	-	40	574 940	287 470	287 470
Poland	0.46	4 077 430	299 000	170	-	3 778 260	1 889 130	1 889 130
Portugal	0.20	1 772 800	130 000	5 710	1 900	1 635 190	817 595	817 595
Puerto Rico *	0.01	88 640	6 500	-	30	82 110	41 055	41 055
Qatar	0.05	443 200	32 500	-	-	410 700	205 350	205 350
Republic of Korea	0.68	6 027 510	442 000	25 910	23 120	5 536 480	2 768 240	2 768 240
Republic of Moldova	0.15	1 329 600	97 500	-	-	1 232 100	616 050	616 050
Romania	0.17	1 506 880	110 500	-	-	1 396 380	698 190	698 190
Russian Federation	6.60	58 502 310	4 290 000	563 770	-	53 648 540	26 824 270	26 824 270
Rwanda	0.01	88 640	6 500	-	1 110	81 030	40 515	40 515
Saint Kitts and Nevis	0.01	88 640	6 500	1 100	1 120	79 920	39 960	39 960
Saint Lucia	0.01	88 640	6 500	1 070	1 290	79 780	39 890	39 890
Saint Vincent and the Grenadines	0.01	88 640	6 500	510	950	80 680	40 340	40 340
Samoa	0.01	88 640	6 500	330	1 190	80 620	40 310	40 310
San Marino	0.01	88 640	6 500	1 170	1 260	79 710	39 855	39 855
Sao Tome and Principe	0.01	88 640	6 500	1 040	1 160	79 940	39 970	39 970

*Associate Member

STATEMENT SHOWING THE COMPUTATION OF CONTRIBUTIONS
TO THE 1994 - 1995 REGULAR BUDGET

Members and Associate Members	Scale percentage	Gross assessments	Less credit from Tax Equalization Fund	Less credit from Financial Incentive Scheme		Net contributions for 1994-1995	Payable in 1994	Payable in 1995
				Payment record 1991	Payment record 1992			
				US \$	US \$			
	%	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$
Saudi Arabia	0.94	8 332 140	611 000	108 660	113 190	7 499 290	3 749 645	3 749 645
Senegal	0.01	88 640	6 500	480	-	81 660	40 830	40 830
Seychelles	0.01	88 640	6 500	50	20	82 070	41 035	41 035
Sierra Leone	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Singapore	0.12	1 063 680	78 000	11 690	12 210	961 780	480 890	480 890
Slovak Republic	0.18	1 595 520	117 000	21 470	3 920	1 453 130	726 565	726 565
Slovenia	0.09	797 760	58 500	-	-	739 260	369 630	369 630
Solomon Islands	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Somalia	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
South Africa	0.40	3 545 600	260 000	-	-	3 285 600	1 642 800	1 642 800
Spain	1.95	17 284 770	1 267 500	207 300	240 490	15 569 480	7 784 740	7 784 740
Sri Lanka	0.01	88 640	6 500	990	1 030	80 120	40 060	40 060
Sudan	0.01	88 640	6 500	1 100	80	80 960	40 480	40 480
Suriname	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Swaziland	0.01	88 640	6 500	1 280	1 200	79 660	39 830	39 830
Sweden	1.09	9 661 740	708 500	152 130	155 440	8 645 670	4 322 835	4 322 835
Switzerland	1.14	10 104 940	741 000	128 330	131 700	9 103 910	4 551 955	4 551 955
Syrian Arab Republic	0.04	354 560	26 000	3 760	4 680	320 120	160 060	160 060
Tajikistan	0.05	443 200	32 500	-	-	410 700	205 350	205 350
Thailand	0.11	975 040	71 500	12 780	13 570	877 190	438 595	438 595
The Former Yugoslav Republic of Macedonia	0.02	177 280	13 000	-	-	164 280	82 140	82 140
Togo	0.01	88 640	6 500	1 280	100	80 760	40 380	40 380
Tokelau *	0.01	88 640	6 500	20	100	82 020	41 010	41 010
Tonga	0.01	88 640	6 500	1 280	1 310	79 550	39 775	39 775
Trinidad and Tobago	0.05	443 200	32 500	210	4 260	406 230	203 115	203 115
Tunisia	0.03	265 920	19 500	1 560	3 110	241 750	120 875	120 875
Turkey	0.26	2 304 630	144 000	8 530	13 880	2 138 220	1 069 110	1 069 110
Turkmenistan	0.06	531 840	39 000	-	-	492 840	246 420	246 420
Tuvalu	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Uganda	0.01	88 640	5 500	20	10	83 110	41 555	41 555
Ukraine	1.84	16 309 730	1 196 000	-	-	15 113 730	7 556 865	7 556 865
United Arab Emirates	0.21	1 861 440	136 500	-	19 150	1 705 790	852 895	852 895
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	4.94	43 788 090	3 211 000	531 730	556 190	39 489 170	19 744 585	19 744 585
United Republic of Tanzania	0.01	88 640	10 500	1 210	1 310	75 620	37 810	37 810

*Associate Member

STATEMENT SHOWING THE COMPUTATION OF CONTRIBUTIONS
TO THE 1994 - 1995 REGULAR BUDGET

Members and Associate Members	Scale percentage	Gross assessments	Less credit from Tax Equalization Fund	Less credit from Financial Incentive Scheme		Net contributions for 1994-1995	Payable in 1994	Payable in 1995
				Payment record 1991	Payment record 1992			
	%	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$
United States of America	25.00	221 599 650	12 650 000	98 350	211 460	208 639 840	104 319 920	104 319 920
Uruguay	0.04	354 560	26 000	4 140	4 720	319 700	159 850	159 850
Uzbekistan	0.25	2 215 990	162 500	-	-	2 053 490	1 026 745	1 026 745
Vanuatu	0.01	88 640	6 500	1 090	20	81 030	40 515	40 515
Venezuela	0.48	4 254 710	312 000	58 490	37 780	3 846 440	1 923 220	1 923 220
Viet Nam	0.01	88 640	6 500	1 060	1 180	79 900	39 950	39 950
Yemen	0.01	88 640	(33 500)	-	-	122 140	61 070	61 070
Yugoslavia	0.14	1 240 960	91 000	-	-	1 149 960	574 980	574 980
Zaire	0.01	88 640	6 500	-	-	82 140	41 070	41 070
Zambia	0.01	88 640	6 500	160	980	81 000	40 500	40 500
Zimbabwe	0.01	88 640	5 500	-	2 420	80 720	40 360	40 360
TOTALS	100.00	886 398 600	58 807 000	6 370 500	6 370 500	814 850 600	407 425 300	407 425 300

CE111/29 (Esp.)
ANEXO III

RESPUESTA DE LA OMS A LOS CAMBIOS MUNDIALES (EB92/4 y EB92.R2)

**World Health Organization
Organización Mundial de la Salud**



Consejo Ejecutivo
92ª reunión

Punto 7 del orden del día provisional

Informe del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales

El mundo está experimentando cambios profundos —políticos, económicos y sociales— y la Organización Mundial de la Salud debe darles respuesta adecuada para mantener la eficacia de su labor sanitaria internacional. En enero de 1992, el Consejo Ejecutivo decidió¹ examinar la respuesta de la OMS a esos cambios mundiales por medio de un Grupo de Trabajo constituido por miembros del propio Consejo.² El Grupo de Trabajo presentó un informe provisional al Consejo Ejecutivo en su 91ª reunión,³ y las observaciones y sugerencias formuladas por los miembros del Consejo se han tenido en cuenta para preparar este informe final que ahora se somete a la consideración del Consejo.

¹ Manual de Resoluciones y Decisiones, Vol III, tercera edición, páginas 160 y 161, Decisiones EB89(19) y EB90(3)

² Manual de Resoluciones y Decisiones, Vol III, tercera edición, página 161, Decisión EB90(10)

³ Documento EB91/19

INDICE

1 GRUPO DE TRABAJO – JUSTIFICACION Y METODOS DE TRABAJO	1
2. ANTECEDENTES – CAMBIOS MUNDIALES	1
3 OMS – ESTRUCTURA ACTUAL Y FUNCIONAMIENTO	1
4 ORIENTACIONES FUTURAS DE LA OMS	3
4.1 Misión de la OMS	3
4.2 Organos deliberantes	3
4.2.1 Asamblea Mundial de la Salud	3
4.2.2 Consejo Ejecutivo	4
4.2.3 Comités Regionales	6
4.3 Sede	7
4.3.1 Determinación de políticas	7
4.3.2 Sistemas de información para la gestión	7
4.4 Oficinas Regionales	8
4.4.1 Necesidades de personal y perfil de la plantilla	8
4.4.2 Consultores técnicos	8
4.4.3 Comunicaciones y colaboración	8
4.5 Oficinas en los países (representantes de la OMS)	9
4.5.1 Funciones de los representantes de la OMS	9
4.5.2 Los representantes de la OMS y la coordinación intersectorial	9
4.5.3 Delegación de autoridad en los representantes de la OMS	9
4.5.4 Participación de los representantes de la OMS en el diálogo político y técnico	10
4.5.5 Representación de la OMS en los Estados Miembros	10
4.6 Coordinación con las Naciones Unidas y con otros organismos	10
4.6.1 Reformas estructurales de las Naciones Unidas	10
4.6.2 Coordinación en los planos nacional y mundial	10
4.6.3 Coordinación de los recursos sanitarios por la OMS	11
4.6.4 Regionalización en el marco de las Naciones Unidas	11
4.7 Consideraciones presupuestarias y financieras	11
4.7.1 Programas extrapresupuestarios y financiación	11
4.7.2 Asignaciones presupuestarias y resultados	12
4.8 Capacidad técnica e investigaciones	12
4.8.1 Competencia técnica	12
4.8.2 Iniciativas en materia de investigación	13
4.8.3 Centros colaboradores de la OMS	13
4.9 Comunicaciones	13
5 CONCLUSIONES	14

INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DEL CONSEJO EJECUTIVO SOBRE LA RESPUESTA DE LA OMS A LOS CAMBIOS MUNDIALES

1. GRUPO DE TRABAJO – JUSTIFICACION Y METODOS DE TRABAJO

1.1 La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ve confrontada a graves problemas a consecuencia de los recientes cambios sobrevenidos en los ámbitos político, económico, social y sanitario. Consciente de la necesidad de responder a estos cambios profundos, el Consejo Ejecutivo decidió examinar en qué medida la OMS podía aportar una contribución más eficaz a la acción sanitaria en el mundo y en los Estados Miembros. El Consejo constituyó un Grupo de Trabajo sobre la «Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales». [El mandato y la composición del Grupo figuran en las decisiones EB89(19) y EB90(10).]

1.2 En enero de 1992, el Consejo Ejecutivo creó un grupo preparatorio para que ultimara el mandato y el plan de trabajo del Grupo. Una de las tareas del grupo preparatorio durante la 45 Asamblea Mundial de la Salud consistió en recoger mediante un cuestionario las opiniones personales de los delegados (Estados Miembros) acerca de los resultados obtenidos por la OMS.

1.3 El Grupo de Trabajo, constituido en mayo de 1992 durante la 90a reunión del Consejo Ejecutivo, se reunió tres veces durante el resto de 1992 y dos en 1993. Durante estas reuniones, examinó diversos documentos importantes e intercambió opiniones con el Director General, con los seis Directores Regionales y con el personal de la Secretaría. Este diálogo contribuyó en gran medida a aclarar los factores esenciales que contribuyen a las deficiencias de la OMS, y permitió al Grupo identificar posibles medios de mejorar la eficacia de la Organización.

2. ANTECEDENTES – CAMBIOS MUNDIALES

2.1 El final de la «guerra fría» ha dado lugar a una gran reestructuración de las relaciones mundiales, políticas y económicas que aún prosigue. A raíz de estos cambios mundiales, muchos países empeza-

ron a favorecer las economías de mercado y a efectuar reformas democráticas que ponen de relieve los derechos y responsabilidades individuales en materia de salud, alimentación, vivienda, educación y representación política. Al mismo tiempo, la disminución del ritmo de crecimiento económico y el peso creciente de la deuda han limitado en muchos países los recursos disponibles para actividades de desarrollo internacional y para la financiación nacional de los programas en los sectores sanitario y social. Ante estas graves limitaciones, las autoridades nacionales de todo el mundo se sienten cada vez más preocupadas por la financiación del sector sanitario, y en particular por el alza vertiginosa del costo de la asistencia médica que podría hacer insostenible cualquier intervención rentable de atención primaria de salud.

2.2 Estos drásticos cambios mundiales se han acompañado también de otras transiciones que perturban considerablemente la situación sanitaria y la morbilidad. Entre ellas cabe destacar las siguientes: el mayor número de problemas de higiene del medio consecutivos al deterioro de los recursos naturales y a la contaminación, así como al uso y a la eliminación incorrecta de materiales peligrosos; los importantes cambios demográficos ocasionados por el rápido crecimiento de la población en algunos países, la urbanización incontrolada y las migraciones masivas de refugiados a consecuencia de catástrofes naturales o de origen humano; y las mayores expectativas de asistencia sanitaria de alto nivel y calidad engendradas por los avances de la tecnología médica y la mayor sensibilización del público respecto a la salud. La propagación de la pandemia del SIDA y la reaparición de ciertas enfermedades, como la tuberculosis y el paludismo, amenazan con poner en peligro los progresos realizados en el ámbito sanitario, en particular con respecto a la esperanza de vida y a la mortalidad infantil.

3. OMS – ESTRUCTURA ACTUAL Y FUNCIONAMIENTO

3.1 La OMS ha hecho progresos importantes en los dos últimos decenios. El informe sobre «Aplicación de la estrategia mundial de salud para todos:

segunda evaluación» da cuenta de las mejoras obtenidas en la situación sanitaria, destacando la importante contribución de la labor normativa o mundial de la OMS y de las actividades de cooperación técnica en los países. Aunque es indudable que la OMS ha contribuido a mejorar el estado de salud de la población mundial, otros factores tales como las crecientes expectativas individuales de salud, el ritmo de los cambios mundiales y la ampliación de las funciones programáticas de la OMS están rebasando su actual capacidad institucional y de movilización de recursos.

3.2 Desde su creación en 1947, la OMS ejerce un liderazgo indiscutido en los programas e iniciativas de salud mundiales. Sin embargo, no han tenido pleno éxito sus recientes tentativas de atraer hacia la salud recursos de otros sectores ni otras de sus actividades más amplias en el campo general del desarrollo. Por otra parte, otros organismos de las Naciones Unidas y órganos internacionales han redoblado sus esfuerzos para asumir la dirección de determinadas iniciativas de salud y medio ambiente. Si bien es importante la participación de otras instituciones, éstas no deben desplazar a la OMS de su papel rector en dichas iniciativas. A fin de seguir estando a la cabeza en el sector de la salud, la OMS debe mejorar su capacidad en materia de análisis epidemiológico, análisis de políticas y determinación de prioridades, planificación y gestión de programas, movilización de recursos, sistemas de información sobre gestión, investigación sanitaria, comunicaciones internacionales y comunicaciones con el público.

3.3 En general, el personal técnico de la OMS es de gran calidad. Nadie discute la excepcional capacidad de la Organización para reunir expertos de todo el mundo para evaluar las necesidades de salud, analizar importantes problemas sanitarios y realizar trabajos en el sector de la salud. Sin embargo, el fortalecimiento futuro de las funciones de la OMS depende de que ésta mejore la competencia, la eficacia y la capacidad de su personal y de sus asesores. A este respecto, el Grupo de Trabajo identificó los siguientes sectores de importancia crítica: la política de contratación del personal; las deficiencias técnicas y administrativas de los representantes de la OMS en sus respectivos países; la fragmentación y compartimentación de la gestión de los programas mundiales, regionales y nacionales, las dificultades que entraña la rotación eficaz del personal entre la Sede y las regiones, así como en el

ámbito interregional, la falta de programas integrados de evaluación, formación y perfeccionamiento del personal; y el mal aprovechamiento del personal y de la capacidad técnica de los centros colaboradores de la OMS.

3.4 Las limitaciones financieras siguen siendo los principales obstáculos que dificultan la prestación y el mantenimiento de los servicios de salud en los planos mundial y nacional. No obstante, la OMS ha hecho gala de ingenio ajustándose a 12 años consecutivos de «crecimiento nulo en términos reales» en su presupuesto ordinario gracias al empleo de recursos extrapresupuestarios que aumentaron de un quinto aproximadamente del presupuesto en 1970 a algo más de la mitad en 1990. Paradójicamente, esos programas extrapresupuestarios han generado un drenaje financiero de otros costeados con cargo al presupuesto ordinario que deben subvencionar las actividades administrativas extrapresupuestarias. Por otra parte, mientras que esos recursos extrapresupuestarios generalmente financian importantes intervenciones sanitarias, las decisiones del Consejo Ejecutivo, de la Asamblea de la Salud y de los comités regionales chocan a menudo en el terreno político y presupuestario con las de las estructuras de gestión de los programas financiados con recursos extrapresupuestarios, dominadas por los donantes.

3.5 La Constitución considera que las regiones geográficas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud y las organizaciones regionales son parte integrante de la OMS. En principio, las organizaciones regionales toman decisiones sobre los asuntos de carácter exclusivamente regional y aplican en la región las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. En la práctica se suele hablar de «las siete OMS» para referirse a la Organización: la Sede y las seis oficinas regionales. La Organización debe evitar toda compartimentación y fragmentación entre la Sede, las regiones y los países, especialmente en lo que atañe a utilización de recursos presupuestarios, formación del personal, sistemas de información, métodos de investigación y evaluación y colaboración internacional en materia de salud.

3.6 La Organización retiene desde 1978 la atención mundial por su llamamiento en pro de la «salud para todos en el año 2000» (SPT 2000) a través de la «atención primaria de salud» (APS). Este llamamiento ha sido la base de grandes progresos en

distintos sectores unificación mundial de los conceptos de APS y desarrollo de los servicios correspondientes; afirmación de los principios de equidad ante la salud; reducción de la morbilidad y mortalidad específicas de ciertas enfermedades; y mejoramiento de la situación sanitaria mundial. El Grupo de Trabajo observó que, aunque la estrategia de SPT 2000 seguía siendo válida como principio orientador, la Organización y sus Estados Miembros no habían sido capaces de financiar y ejecutar sus programas a un ritmo que garantizara el logro de las metas de SPT 2000. El Grupo de Trabajo llegó a la conclusión de que la Organización era, pues, un centro clave de decisión. La OMS tendrá que redoblar sus esfuerzos y concentrar sus recursos con miras a alcanzar las metas de SPT 2000 o revisar esas metas para fijarlas en niveles asequibles en función de las condiciones del mundo en evolución.

4. ORIENTACIONES FUTURAS DE LA OMS

En los párrafos siguientes se enumeran las principales cuestiones, según el Grupo de Trabajo, que requieren una acción inmediata.

4.1 Misión de la OMS

La Constitución de la OMS establece que la finalidad de la Organización es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. Para conseguirlo, la OMS debe tener una clara idea de su misión y sus orientaciones «Salud para Todos» brinda una meta válida a la que se puede aspirar sin ningún condicionamiento temporal. La asociación de la salud para todos con el año 2000 ha sido un concepto motivador durante los últimos 15 años. En cambio, ahora puede parecer limitativo, resulta a veces equívoco y propone un marco temporal que no es universalmente asequible. Para orientar la acción internacional futura de la OMS y sus Estados Miembros en el sector de la salud se necesitan indicadores y metas operativas más realistas. Ciertas metas operativas, como la erradicación de la poliomielitis o la dracunculosis y la ampliación de la APS, deben definir los niveles mínimos aceptables del estado de salud o de los servicios sanitarios, en consonancia con el principio de equidad. Así pues, el año 2000 puede representar simplemente el primer hito de un itinerario continuo hacia la salud para todos.

Intervención del Consejo Ejecutivo

- Pedir al Director General que haga una evaluación anual de la situación sanitaria y las necesidades de salud en el mundo y que recomiende las actividades prioritarias de salud que incumben a la OMS para satisfacer esas necesidades
- Pedir al Director General que analice y defina los objetivos específicos y metas operativas para el año 2000, cuantificados mediante indicadores precisos, y que allegue los recursos apropiados para alcanzarlos. Para ello habrá que aprovechar a fondo el personal y los recursos existentes en las regiones y en los países
- Pedir al Director General que, en la medida en que las metas no se pudieran alcanzar en el año 2000, proponga estrategias y planes alternativos para reforzar los programas sanitarios con los recursos presupuestarios precisos para alcanzar fines, metas, objetivos y miras mínimos en los años 2005, 2010 o cuando se considere apropiado
- Pedir al Director General que estudie la posibilidad de organizar talleres internacionales o reuniones análogas para llegar a un acuerdo sobre cualquier reajuste o reorientación de la estrategia de salud para todos, y que se haga hincapié en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y sus repercusiones con miras a prolongar la vida o los años de vida útil (por ejemplo invocando la responsabilidad individual comunitaria)

Estas medidas deberán haberse aplicado, y el Director General informará al respecto cuando se reúna el Consejo Ejecutivo en enero de 1994.

4.2 Organos deliberantes

4.2.1 Asamblea Mundial de la Salud

4.2.1.1 Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud

Las resoluciones se someten a veces a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud sin haberse analizado suficientemente su pertinencia para la misión actual o futura, la política y las orientaciones de la OMS. A menudo, no se dispone de información de base sobre sus repercusiones en cuanto a personal, costos, recursos presupuestarios o apoyo administrativo. En muchos casos, tales resoluciones no prevén un plazo de validez (por ejemplo, me-

dante una cláusula con la fecha de expiración) ni dan indicaciones para la evaluación ni para la presentación de informes sobre su aplicación. Estos defectos podrían evitarse si el Consejo Ejecutivo, en su calidad de brazo ejecutor y facilitador de la labor de la Asamblea de la Salud, hiciera un examen previo de todas las resoluciones propuestas

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Presentar en 1994 a la Asamblea Mundial de la Salud un proyecto de resolución por el que se autorice al Consejo Ejecutivo a que, en coordinación con el Director General, establezca un procedimiento regular para el examen previo de todas las resoluciones que vayan a proponerse a la Asamblea Mundial de la Salud y que pudieran influir en los objetivos, la política y las orientaciones de la OMS o tener repercusiones en cuanto a personal, costos, recursos presupuestarios o apoyo administrativo. El Consejo Ejecutivo y el Director General velarán por que las resoluciones propuestas a la Asamblea Mundial de la Salud vayan acompañadas de la información de base necesaria y por que en el texto de las resoluciones propuestas se prevean plazos y modalidades de evaluación y presentación de informes, si procede

4.2.1.2 **Método de trabajo de la Asamblea Mundial de la Salud**

En los últimos años se han introducido muchas mejoras en el método de trabajo de la Asamblea de la Salud. No obstante, el orden del día y las deliberaciones podrían centrarse más en asuntos fundamentales de política, estrategia y programas, respetando plenamente la libertad de expresión de los delegados ante la Asamblea de la Salud. Esto es válido sobre todo para las deliberaciones en sesión plenaria pero también se aplica a los debates de las Comisiones Principales, la A y la B. Podría ser muy útil aprovechar los modernos métodos audiovisuales de presentación a fin de reducir la documentación, y centrar la atención en las cuestiones que exijan asesoramiento o decisiones. Convendría adoptar medidas para reducir aún más la duración de la Asamblea de la Salud, con el ahorro consiguiente

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Pedir al Director General que examine y presente al Consejo en enero de 1994 más propuestas de mejora del método de trabajo de la Asam-

blea de la Salud, a fin de centrar las deliberaciones en asuntos fundamentales de política, estrategia y programa, utilizar mejor los métodos audiovisuales y economizar aún más en materia de duración y costos de la Asamblea de la Salud

4.2.2 **Consejo Ejecutivo**

4.2.2.1 **Decisiones del Consejo Ejecutivo**

El Consejo Ejecutivo ha delegado gradualmente en la Secretaría gran parte de sus funciones constitucionales, en particular algunas de las actividades decisorias relativas a su función como órgano ejecutivo de la Asamblea de la Salud, y la supervisión general de las cuestiones técnicas, financieras y administrativas de política y gestión, según lo estipulado en los Artículos 18, 28 y 31 de la Constitución de la OMS. A menudo, los miembros del Consejo Ejecutivo examinan con rigor y detalle los puntos del orden del día, pero el Consejo en su conjunto no se concentra en asuntos-essenciales que requieren una decisión. Tampoco llega a conclusiones claras ni a dar indicaciones u orientaciones definitivas a la Secretaría o a la Asamblea de la Salud, ya sea en forma de resoluciones y decisiones oficiales o de directrices o recomendaciones de carácter menos oficial de las que quede constancia en las actas resumidas.

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Pedir a la Secretaría que, a partir de enero de 1994, señale en los documentos del Consejo Ejecutivo, de manera clara y apropiada, las cuestiones que requieren asesoramiento, orientaciones o decisiones del Consejo, confirmadas por votación si fuere necesario
- Velar por que las deliberaciones del Consejo Ejecutivo se centren realmente en todos los asuntos de política sanitaria, cuestiones técnicas, presupuestarias y financieras u otras funciones generales de supervisión o asesoramiento, y culminen en conclusiones o decisiones claras
- Pedir a la Secretaría que, a partir de 1994, redacte actas resumidas más sucintas, dando menos información sobre declaraciones formuladas en el debate y centrándose más en las conclusiones y decisiones, además de las resoluciones y decisiones adoptadas oficialmente por el Consejo Ejecutivo

4.2.2.2 Método de trabajo del Consejo Ejecutivo

El método de trabajo aplicado actualmente por el Consejo Ejecutivo al examen de los programas en sesión plenaria no prevé medios apropiados ni tiempo suficiente para estudiar con fruto y a fondo las políticas, prioridades, objetivos, planes y presupuestos programáticos de la OMS. El Consejo tampoco está en condiciones de hacer una evaluación válida y detallada de la ejecución y los resultados de los programas.

El Consejo no puede cumplir adecuadamente su función constitucional a este respecto examinando el proyecto de presupuesto bienal por programas de la OMS únicamente en los años impares. Si examinara los diversos programas por medio de subgrupos del propio Consejo dedicados a todos los elementos antes mencionados y éstos procedieran así en cada reunión, informando luego al pleno del Consejo Ejecutivo para que adoptase la decisión definitiva, se podrían obtener mejores resultados.

■ Intervención del Consejo Ejecutivo

- Establecer subgrupos o comités que se reúnan todos los años durante y en el marco de las reuniones del Consejo para examinar y evaluar diversos programas concretos, prestando atención a los elementos interrelacionados de política, prioridades, objetivos, planes y presupuestos programáticos, así como a otros recursos disponibles, inclusive la tecnología. No sólo se evaluarían el trabajo realizado y los resultados ya obtenidos, sino también los previstos. Los subgrupos interinos recomendarían la adopción de ciertas medidas, inclusive cambios dentro del límite de los recursos disponibles, e informarían al respecto al pleno del Consejo Ejecutivo, que es el único que tiene competencia para adoptar la decisión definitiva.
- Utilizar los mencionados subgrupos o, si procede, establecer otros que asesoren al Consejo Ejecutivo sobre asuntos «transprogramáticos», tales como la administración y las finanzas

4.2.2.3 Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo

El Comité del Programa, establecido en 1976, tiene actualmente dos funciones principales: 1) asesorar al Director General sobre la política y estrategia de la cooperación técnica y la política del presupuesto por programas, y 2) examinar el programa general de trabajo para un periodo determinado, particular-

mente en relación con el presupuesto por programas. En el marco de estas dos funciones, el Comité del Programa también examina la orientación propuesta por el Director General para el presupuesto por programas siguiente y examina detenidamente los componentes mundiales e interregionales del proyecto de presupuesto por programas, formulando al Director General las recomendaciones pertinentes a este respecto.

Algunas de estas actividades representan ahora una duplicación de la labor realizada por el propio Consejo. En vista de la nueva orientación que se propone, y ateniéndose a los artículos 38 y 39 de la Constitución, parece llegado el momento de que el Consejo Ejecutivo reexamine la necesidad de mantener su Comité del Programa o, al menos, de revisar el mandato de éste. Si decidiera suprimir el Comité, el Consejo debería contribuir en todo caso a establecer el presupuesto por programas con suficiente antelación.

■ Intervención del Consejo Ejecutivo

- Examinar si sigue siendo necesario el Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo y reconsiderar el mandato de dicho Comité, examinar la posibilidad de cambiar la cronología de las reuniones del Consejo posteriores a la Asamblea y el plan de trabajo del Comité del Programa para ajustarlo mejor a los trabajos del Consejo y de sus subgrupos

4.2.2.4 Nombramiento y mandato del Director General y de los Directores Regionales

En vista de la complejidad y de las exigencias crecientes que entraña el máximo nivel ejecutivo de la OMS y advirtiendo la disponibilidad de profesionales de la salud sumamente competentes dentro y fuera de la Organización, convendría revisar las prácticas y los procedimientos de nombramiento utilizados y la duración del mandato del Director General y los de los Directores Regionales, de conformidad con los Artículos 31, 51 y 52 de la Constitución. Cabría examinar las siguientes opciones: limitar el número de mandatos del Director General y de los Directores Regionales; prolongar la duración en años de cada mandato pero limitarlos a uno; servirse de un comité de búsqueda del Consejo Ejecutivo para encontrar candidatos al cargo de Director General; servirse de comités de búsqueda de los comités regionales para encontrar

candidatos a Directores Regionales (como se hace actualmente en el Comité Regional para Europa).

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Constituir un subcomité especial del Consejo Ejecutivo para que examine las posibles opciones en materia de nombramiento y mandato del Director General y de los Directores Regionales, inclusive la utilización de comités de búsqueda, e informe sobre esta cuestión al Consejo Ejecutivo en enero de 1994

4225 **Participación de miembros del Consejo Ejecutivo en la labor de la OMS**

La Constitución de la OMS y el vigente Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo definen las responsabilidades importantes y prevén una aportación considerable de los miembros del Consejo Ejecutivo. Sin embargo, éstos, incluido el Presidente, suelen permanecer en la actualidad alejados de la labor de la OMS, salvo cuando el Consejo se reúne oficialmente o a través de contactos en calidad de representantes de un Estado Miembro. Además, hay indicios de que los propios miembros del Consejo no siempre están preparados para asumir plenamente sus responsabilidades.

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Establecer un pequeño grupo de trabajo para que formule recomendaciones sobre la manera de mejorar los procedimientos de designación de miembros del Consejo, de mejorar los procedimientos de elección de la Mesa del Consejo y de conseguir una participación más activa de todos los miembros en la labor de la Organización a lo largo del año. Concretamente, el grupo de trabajo tendría que considerar la posibilidad de designar un presidente electo entre los componentes de la Mesa con un año de antelación a su designación oficial, según lo dispuesto en el Artículo 12 del Reglamento Interior, y la participación continua del presidente saliente durante el año siguiente con miras a mantener el espíritu de equipo en cada reunión del Consejo. El grupo de trabajo también debería examinar los medios y las posibilidades de mejorar la comunicación entre el Presidente, los miembros del Consejo y el Director General e intensificar la participación de los miembros del Consejo a lo largo del año, así como de mantener a todos ellos informados de la participación de cada miembro en la labor de

la OMS. El grupo de trabajo debería informar al Consejo sobre este asunto en enero de 1994

4226 **Sondeo de la opinión de los Estados Miembros en el Consejo Ejecutivo**

El sondeo de opinión de los Estados Miembros realizado por el Grupo de Trabajo durante la 45ª Asamblea Mundial de la Salud aportó datos muy útiles sobre las ideas prevalecientes acerca de la pertinencia, el funcionamiento, la eficiencia y la eficacia de la labor de la OMS en todos los niveles de la estructura orgánica. Además, puso de manifiesto la necesidad de mejorar la formulación de políticas, la movilización de recursos y el desarrollo infraestructural para la prestación de asistencia sanitaria, la lucha contra enfermedades endémicas y el establecimiento de un entorno general saludable.

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Realizar de vez en cuando encuestas para conocer las opiniones e ideas de los Estados Miembros acerca de la pertinencia, el funcionamiento, la eficiencia y la eficacia de la labor de la OMS en todos los niveles de la estructura orgánica

4.2.3 **Comités regionales**

4231 **Método de trabajo de los comités regionales**

La idea de que la OMS está constituida por siete organizaciones separadas es inaceptable. Aun reconociendo la existencia de lógicas diferencias entre unas regiones y otras, es imperativo demostrar la unidad de la OMS mediante una mejor coordinación. Por otra parte, la labor de los comités regionales podría fortalecerse introduciendo en el funcionamiento de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo algunas de las mejoras propuestas más arriba. Así pues, por ejemplo, podría establecerse (a menos que ya exista) un comité permanente del comité regional encargado del examen previo de los proyectos de resolución. El método de trabajo debería fomentar una concentración más rigurosa de los debates en cuestiones de política, estrategia y programáticas, en la adopción de conclusiones y decisiones, la utilización de subgrupos informales encargados de examinar programas y una mejor coordinación de los respectivos órdenes del día entre los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir a los comités regionales que estudien sus propios métodos de trabajo con miras a armonizar sus actividades con la labor de la oficina regional, de las otras regiones, del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea Mundial de la Salud, e informar sobre el asunto al Consejo Ejecutivo en enero de 1995
-

4.3 *Sede*

La Sede desempeña una función esencial en el establecimiento y comunicación de la política general, la estrategia, la orientación y la dirección de los programas y actividades de la Organización. También asume la responsabilidad principal en la coordinación con otros organismos de las Naciones Unidas. A este respecto, ciertas funciones de la sede de la OMS relacionadas con la política y la gestión mundial requieren una atención renovada.

4.3.1 *Determinación de políticas*

La OMS se ha convertido en una fuerza propulsora básica en la mejora de la situación sanitaria mundial mediante su política de salud para todos y de atención primaria de salud. Estos éxitos han suscitado expectativas aun mayores. Unidas al número creciente de Estados Miembros y de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, estas expectativas rebasan la capacidad institucional y los recursos de la Organización. El Octavo y el Noveno Programas Generales de Trabajo se centran en la orientación a largo plazo de los programas, pero la rápida evolución de la situación mundial obliga a corregir y reconsiderar regularmente a medio camino las prioridades en coordinación con el Consejo Ejecutivo. Aunque la descentralización de la OMS en el plano de las regiones y de los países facilita la respuesta a las necesidades locales, también puede dificultar la comunicación rápida y eficaz con la Sede y restar interés al personal regional y nacional por la labor sanitaria internacional a escala mundial. Es necesario mejorar la comunicación y coordinación en todos los niveles de la Organización.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que examine la posibilidad de establecer un equipo de formulación de políticas a base de la actual plantilla de

personal, con la misión de orientar la visión a largo plazo, la dirección de la política y las prioridades programáticas del sector de la salud y de la OMS

- Pedir al Director General que refuerce y mejore, en colaboración con los Directores Regionales, la planificación de la política y la capacidad de análisis a fin de poder recomendar prioridades claras en relación con los objetivos, metas y presupuestos de los programas. Estas prioridades se deben coordinar en todos los niveles de la Organización y comunicar anualmente al Consejo Ejecutivo (o al Comité del Programa en caso de que se mantenga)
 - Pedir al Director General que proponga y aplique sistemas apropiados de gestión y comunicación, en particular con los Directores Regionales, a fin de alcanzar los objetivos y metas que se hayan fijado de acuerdo con las prioridades establecidas. Dichos sistemas de gestión y comunicación se servirán de los sistemas de gestión e información (véase el apartado 4.3.2) para una ejecución eficaz y eficiente de la política
-

4.3.2 *Sistemas de información para la gestión*

La Organización no posee un sistema adecuado de gestión e información que permita transmitir rápidamente informaciones sobre gestión de programas, control fiscal, estado de salud, proyecciones sanitarias y control de bienes básicos y de inventarios entre los países, las regiones y la Sede. Las actuales tentativas de mejorar sus sistemas de información para la gestión deben reflejar los principales cambios que se requieren en la Organización para conseguir la capacidad y la compatibilidad de un sistema verdaderamente mundial.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que presente un análisis detallado del estado actual, la capacidad, la compatibilidad, y los planes y programas de los sistemas de información para la gestión existentes en el conjunto de la Organización (la Sede, las regiones y los países). El Director General deberá formular planes alternativos para el establecimiento de un sistema mundial OMS en un plazo variable, por ejemplo, de 3, 5 ó 10 años
-

El Director General deberá informar en enero de 1994 al Consejo Ejecutivo sobre todas las actividades mencionadas en el apartado 4.3.

4.4 Oficinas regionales

En su calidad de eslabones esenciales de la cadena que se extiende desde los órganos deliberantes de la Organización Mundial de la Salud a los países, las oficinas regionales proceden regularmente a examinar sus propias prioridades programáticas y capacidad de gestión. En particular, como se indica en la Constitución, las oficinas regionales deberán buscar la manera de aumentar sus posibilidades de prestar apoyo administrativo a los comités regionales y de dar efecto en las regiones a las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo.

4.4.1 Necesidades de personal y perfil de la plantilla

El personal técnico disponible en las oficinas regionales debe corresponder a las necesidades actuales de los Estados Miembros, sobre todo en respuesta a los recientes cambios mundiales. Importa que la Organización utilice ese personal en el nivel más apropiado (la Sede, las oficinas regionales o los niveles subregional, multinacional o nacional) para ejecutar actividades internacionales de salud y prestar apoyo a determinados programas nacionales.

■ Intervención del Consejo Ejecutivo

- Pedir al Director General que examine la eficacia de los procedimientos y criterios de la OMS aplicados actualmente en la Sede, las oficinas regionales y los países para establecer plantillas de personal y seleccionar y contratar a éste

El Director General deberá informar en enero de 1994 al Consejo Ejecutivo sobre las conclusiones y recomendaciones relativas a posibles cambios.

4.4.2 Consultores técnicos

El sondeo de opinión reveló que la OMS debería reforzar su capacidad de cooperación técnica en materia de formulación de política sanitaria, planificación, movilización de recursos e infraestructuras sostenibles. Al parecer, la Organización utiliza reiteradamente un corto número de consultores téc-

nicos de características poco variadas, en detrimento de la diversidad de opiniones sobre la cooperación técnica en sectores concretos.

■ Intervención del Consejo Ejecutivo

- Pedir al Director General que, en colaboración con los Directores Regionales y en función de los cambios mundiales, revise las prácticas seguidas por la Organización para obtener asesoramiento técnico y determine los cambios que se imponen en la contratación y el uso de expertos

El Director General deberá informar al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994 sobre los progresos realizados a este respecto.

4.4.3 Comunicaciones y colaboración

Las comunicaciones entre las oficinas regionales, la Sede y los Estados Miembros se deben reforzar y simplificar (utilizando la tecnología moderna) con objeto de mejorar la eficacia y la capacidad de respuesta rápida de la OMS. También se debe mejorar la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas en las regiones de la OMS a fin de facilitar la colaboración y de poder planificar y ejecutar con más eficacia los programas. El Consejo Ejecutivo debe seguir celebrando reuniones regulares con los Directores Regionales para examinar estrategias, esbozar posibles iniciativas, intercambiar información operativa y recomendar mejoras en la gestión.

■ Intervención del Consejo Ejecutivo

- Pedir al Director General que examine el procedimiento actual de delegación de autoridad entre la Sede y las oficinas regionales e introduzca los cambios apropiados basándose en la experiencia y las necesidades actuales, y que informe al Consejo Ejecutivo en enero de 1994 sobre los progresos realizados a este respecto
- El Consejo Ejecutivo debe incluir regularmente en su programa de trabajo las reuniones con los Directores Regionales para examinar las estrategias y los progresos realizados en sectores básicos de acción y de gestión

4.5 *Oficinas en los países* (representantes de la OMS)

Las oficinas en los países están consideradas como puntos clave de la Organización en materia de planificación, gestión y ejecución de los programas de la OMS. Aunque muchos representantes de la OMS han prestado un valioso apoyo en el desarrollo y la ejecución de los proyectos, algunos no están preparados para llevar a cabo toda la gama de programas de desarrollo sanitario de la OMS. Tanto las oficinas en los países como los representantes de la OMS en toda la Organización deben ser objeto de un apoyo continuo con miras a su fortalecimiento y actualización.

4.5.1 *Funciones de los representantes de la OMS*

Los representantes de la OMS encuentran con frecuencia creciente problemas de planificación y ejecución de programas que rebasan los límites de la acción sanitaria y de la formación tradicional de los profesionales de la salud. Hay que considerar la posibilidad de ampliar las descripciones de esos puestos y de constituir un «pool» más numeroso de expertos a fin de poder encontrar candidatos con una base profesional más sólida. La capacitación complementaria y la posibilidad de cambiar de destino con más frecuencia son algunas de las opciones de formación permanente que podrían brindarse al personal en los países para mejorar su competencia. En general, el Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales llegó a la conclusión de que entre los requisitos que deben exigirse a los representantes de la OMS figuran la experiencia en materia de programas preventivos y terapéuticos, los conocimientos de economía sanitaria y la capacidad de gestión. Es posible, pues, que tanto los representantes actuales de la OMS como los futuros necesiten una formación ulterior.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que evalúe los programas sanitarios en los países, tanto en curso como en proyecto, y determine el conjunto de conocimientos y calificaciones aplicable para seleccionar representantes de la OMS de gran competencia.

- Pedir al Director General que establezca procedimientos apropiados para brindar buenas perspectivas profesionales a los representantes de la OMS, recurriendo a la formación inicial y periódica y a cambios del lugar de destino (entre las regiones y la Sede) en función de las necesidades de la Organización

4.5.2 *El representante de la OMS y la coordinación intersectorial*

El representante de la OMS debe ejercer una función de liderazgo en el equipo de las Naciones Unidas del país con respecto a la salud, la nutrición, la planificación de la familia y la higiene del medio. En virtud del mandato que reciben de las oficinas regionales y del Director General, los representantes de la OMS deben asumir la iniciativa en materia de coordinación intersectorial de las actividades sanitarias.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que encomiende a los Directores Regionales y a los representantes de la OMS el liderazgo en materia de coordinación intersectorial entre los organismos de las Naciones Unidas y los principales donantes (véase el apartado 4.6.2) e informe sobre los resultados obtenidos al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994

4.5.3 *Delegación de autoridad en los representantes de la OMS*

La delegación de autoridad en los representantes de la OMS varía de unas regiones a otras y se debería revisar, actualizar y unificar, habida cuenta de las circunstancias regionales específicas. Los procedimientos operativos aplicados por las oficinas en los países acusan diferencias considerables y también se deberían revisar, actualizar y unificar. Todas las oficinas de representantes de la OMS deben disponer de un nivel mínimo de recursos operativos. Deben reforzarse los medios de comunicación entre las oficinas de representantes de la OMS, las oficinas regionales y la Sede.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que examine, actualice y unifique la delegación de autoridad, los procedimientos de administración/gestión y de

ejecución de las oficinas en los países y los recursos operativos básicos de las oficinas de los representantes de la OMS en el conjunto de la Organización, y que informe sobre los resultados obtenidos al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994

4.5.4 *Participación de los representantes de la OMS en el diálogo político y técnico*

Muchos representantes de la OMS se sienten aislados de los debates de política en el seno de la Organización. Los representantes de la OMS deberían tener más posibilidades de compartir su experiencia y participar en las actividades de formulación de políticas y estrategias de interés para su labor que se emprendan en la Sede y en las oficinas regionales. Además, los representantes de la OMS necesitan recibir sin demora la información técnica clave, estar al corriente de las decisiones de política y tener acceso fácil a la información política, técnica y de gestión pertinente.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que revise las funciones de los representantes de la OMS y recomiende medidas apropiadas para mejorar la integración de la labor de los mismos en el establecimiento de las políticas y estrategias de la Organización. Además, el Director General debe aprovechar ciertas innovaciones poco costosas de las técnicas de comunicación, por ejemplo, los CD ROM y la integración con bibliotecas nacionales (de medicina y otras materias) con fichero informatizado, para mejorar el acceso del representante de la OMS a la información

El Director General deberá informar sobre las medidas adoptadas al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994.

4.5.5 *Representación de la OMS en los Estados Miembros*

La OMS debe tratar de tener alguna forma de representación en cada Estado Miembro. Los Estados Miembros, en particular los países desarrollados que no necesiten representante de la OMS, tal vez deseen considerar la posibilidad de establecer a sus expensas una «oficina OMS de coordinación» o «punto focal de la OMS».

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que pregunte a los Estados Miembros si les interesaría tener en su territorio alguna otra forma de representación de la OMS como las antes mencionadas

El Director General deberá informar al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994 sobre las medidas adoptadas en relación con el apartado 4.5.

4.6 *Coordinación con las Naciones Unidas y con otros organismos*

4.6.1 *Reformas estructurales de las Naciones Unidas*

Es esencial la coordinación de los recursos por los principales donantes y el sistema de las Naciones Unidas, requisito previo para que la planificación y el desarrollo de las intervenciones sanitarias sean eficaces. La OMS deberá dirigir la coordinación de todos los asuntos relacionados con la salud dentro del sistema de las Naciones Unidas.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que vele por que la Organización responda activamente a las reformas estructurales y operativas que se están introduciendo en las Naciones Unidas y en sus programas. La OMS deberá preparar documentos de carácter conceptual o práctico para facilitar la adopción en el sistema de las Naciones Unidas de procedimientos que promuevan la cooperación y colaboración entre diferentes organismos con miras a resolver problemas de salud y desarrollo

4.6.2 *Coordinación en los planos nacional y mundial*

Es necesario mejorar considerablemente los sistemas actuales de coordinación en los planos nacional y mundial dentro de las Naciones Unidas. Teniendo en cuenta la complejidad de los problemas y programas de desarrollo global, es posible que a veces pueda coordinarse mejor el programa general de las Naciones Unidas bajo la dirección del organismo especializado competente (por ejemplo, el Programa Mundial de Alimentos para la alimentación de urgencia, la OMS para la asistencia sanitaria, la

FAO para las cuestiones de agricultura) en vez de la del PNUD solo

Intervención del Consejo Ejecutivo

- Pedir al Director General que entre en contacto con los elementos apropiados de la dirección de las Naciones Unidas para garantizar el aprovechamiento óptimo de las «oficinas unificadas» de las Naciones Unidas con los coordinadores de los organismos especializados de las Naciones Unidas (y no solamente con los del PNUD) El nuevo sistema, coordinado en general por el PNUD, permitiría que los organismos especializados de las Naciones Unidas desempeñaran una clara función rectora en sus respectivas esferas de competencia, por ejemplo, la OMS en materia de salud

4.6.3 Coordinación de los recursos sanitarios por la OMS

En ciertas circunstancias, la OMS debería tratar de mejorar la orientación y el efecto de los recursos de que disponen otros organismos en pro de la salud, en vez de disputarse el control de los recursos o la responsabilidad principal de la ejecución. En los proyectos de riego, por ejemplo, las instituciones agrícolas podrían desempeñar un importante papel adaptando las prácticas de riego a la lucha contra la esquistosomiasis.

Intervención del Consejo Ejecutivo

- Pedir al Director General que tome medidas para presentar la información y las recomendaciones apropiadas a los órganos de las Naciones Unidas y de los donantes con responsabilidades en proyectos de desarrollo a fin de que incluyan la vigilancia, la prevención y la lucha contra las enfermedades como componente integral de cada proyecto de desarrollo, intervención programática y servicio concreto en determinadas zonas geográficas

4.6.4 Regionalización en el marco de las Naciones Unidas

Las diferencias de estructura y procedimientos entre algunas regiones de la OMS y las de otras organizaciones de las Naciones Unidas puede dificultar la coordinación y suscitar problemas operativos en los planos nacional y regional.

Intervención del Consejo Ejecutivo

- Pedir al Director General que entre en contacto con la Secretaría de las Naciones Unidas a fin de estudiar posibles medios de reducir las diferencias existentes en las regiones y en los procedimientos operativos de los diversos organismos de las Naciones Unidas

El Director General deberá informar sobre la marcha de todas las actividades mencionadas en el apartado 4.6 al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994.

4.7 Consideraciones presupuestarias y financieras

La OMS se encuentra ahora en el duodécimo año de «crecimiento nulo en términos reales» de su presupuesto ordinario, financiado con las contribuciones de los Estados Miembros. En vista de la importancia relativa de la salud, debe reconsiderarse el principio de este crecimiento cero del presupuesto. En lo posible, se debe obtener información sobre las relaciones costo-beneficios y costo-eficacia para justificar todas las necesidades de recursos. Con ese fin, deberán ajustarse a las prioridades establecidas los procedimientos de solicitud de créditos y administración de recursos financieros, que todos los miembros del personal deben respetar.

4.7.1 Programas extrapresupuestarios y financiación

Los recursos extrapresupuestarios son un importante complemento financiero para mantener ciertas actividades vitales del programa. Los programas extrapresupuestarios aportan a menudo una contribución decisiva a los servicios de salud. Sin embargo, esta situación suele dar lugar a la adopción de políticas y decisiones conflictivas sobre presupuesto por el Consejo Ejecutivo, la Asamblea Mundial de la Salud, los comités regionales y los órganos administrativos de los programas especiales financiados con recursos presupuestarios, dominados por los donantes. La partida de gastos generales acusa un déficit fiscal creciente a causa de la norma del 13% aplicada por las Naciones Unidas a los gastos generales de apoyo. En general, la proporción efectiva de gastos generales necesarios para financiar los programas se aproxima al 35%. Por consiguiente, el

22% aproximadamente de la financiación total de los programas extrapresupuestarios ha de subvencionarse con cargo al presupuesto ordinario; esto supone una carga suplementaria para los programas y servicios del presupuesto ordinario, que carecen de apoyo extrapresupuestario

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- El Consejo Ejecutivo debe considerar la posibilidad de designar un miembro del Consejo para que forme parte del comité de gestión de cada programa importante que esté financiado con fondos extrapresupuestarios (en general, provenientes sólo de donantes) a efectos de facilitar la coordinación y la compatibilidad de las políticas, decisiones y prioridades con las de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo
- Pedir al Director General que solicite la autorización de la Asamblea Mundial de la Salud para estimar hasta un 35% las tasas apropiadas de gastos generales correspondientes a los programas extrapresupuestarios.
- El Consejo Ejecutivo debe establecer un sistema de ofertas de contribuciones a fin de conseguir fondos adicionales para financiar los programas prioritarios previstos en el presupuesto ordinario, incluidos los que atañen a funciones normativas

El Director General deberá informar sobre los resultados obtenidos al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994.

4.7.2 **Insumos presupuestarios y resultados**

Los procedimientos de gestión interna y los sistemas de información deberán facilitar la vigilancia de las actividades tomando como base los insumos presupuestarios y los resultados previstos, a fin de cerciorarse de que responden a metas, objetivos y fines aceptados. Los actuales sistemas de presupuestación y vigilancia carecen de capacidad suficiente para evaluar la eficacia y eficiencia de la planificación y ejecución de los programas como medio de alcanzar los objetivos y metas con los recursos disponibles.

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Observando que las asignaciones a las regiones y los países se basan sobre todo en las de

años anteriores, el Consejo Ejecutivo pide al Director General que establezca sistemas y mecanismos de presupuestación que permitan obtener el máximo beneficio del proceso presupuestario por objetivos y metas, facilitar el logro de las prioridades y prever reajustes periódicos de las mismas a tenor de las nuevas necesidades de salud

El Director General deberá informar sobre la marcha de las actividades en cada reunión del Consejo Ejecutivo.

4.8 **Capacidad técnica e investigaciones**

El crédito y la eficacia de la Organización dependen en gran medida de que ésta mantenga y amplíe su capacidad técnica.

4.8.1 **Competencia técnica**

La competencia técnica debe ser el criterio predominante para seleccionar y contratar personal por largo o corto plazo, teniendo en cuenta al mismo tiempo las resoluciones de los órganos deliberantes relativas a la distribución geográfica apropiada. La Organización debe brindar al personal un adiestramiento técnico periódico para que conserve su competencia técnica y sus perspectivas profesionales. Hay que fomentar la rotación del personal en el ámbito de la Organización e incluso en el exterior.

■ **Intervención del Consejo Ejecutivo**

- Pedir al Director General que mejore los procedimientos relativos al personal con los siguientes fines: empleo de la competencia técnica como criterio fundamental en la selección y la contratación de personal por corto o largo plazo, establecimiento y aplicación de planes de avance profesional y programas de formación permanente, e instauración de un sistema de rotación del personal entre la Sede y las regiones. El Director General deberá evaluar las consecuencias de la distribución geográfica de los puestos en la calidad del personal
- El Consejo Ejecutivo deberá señalar a la Asamblea Mundial de la Salud las consecuencias que tienen en la calidad del personal, así como en la capacidad de la Organización para cumplir las funciones que le incumben, los nombramientos efectuados en la Secretaría por motivos políticos a raíz de presiones ejercidas por los Estados Miembros

El Director General deberá informar al Consejo Ejecutivo sobre los progresos realizados a este respecto en el informe bienal sobre contratación de personal.

4.8.2 *Iniciativas en materia de investigación*

La OMS deberá catalizar y coordinar la naturaleza y los temas de las investigaciones emprendidas en el mundo entero. Hay que redoblar los esfuerzos para lograr que se apliquen rápidamente los resultados de las investigaciones, sobre todo en los países. Los centros colaboradores de la OMS podrían utilizarse también para acelerar las iniciativas de investigación y para contribuir al asesoramiento técnico de la Organización.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Con miras a aprovechar lo mejor posible todos los recursos disponibles en el sector de la salud, el Director General debería revisar y actualizar las directrices y los procedimientos existentes en relación con los centros colaboradores de la OMS y la participación de los mismos en iniciativas de investigación a instancias de la Organización. En particular, la revisión deberá centrarse en las posibilidades de facilitar en forma acumulativa la coordinación de los trabajos de investigación a través de la red mundial de centros colaboradores para alcanzar las metas de salud para todos y llevar a cabo otras iniciativas prioritarias en materia de salud.
- Pedir al Director General que exija que cada programa, en el marco de su proceso de desarrollo institucional centrado en la excelencia técnica, comprenda una partida presupuestaria para actividades de investigación básica u operativa

4.8.3 *Centros colaboradores de la OMS*

Los centros colaboradores son una fuente importante de capacidad técnica para la Organización en general, y no solamente en lo que atañe a la investigación. La Organización no ha aprovechado plenamente las posibilidades de los centros colaboradores, y no es raro que tras la designación de un centro colaborador no se establezca un plan anual que garantice la contribución de la institución a la labor sanitaria mundial. La utilización de los centros colaboradores puede ser un procedimiento

rentable para mantener la capacidad técnica, brindar cooperación técnica o realizar investigaciones apropiadas, sobre todo en sectores programáticos que se hayan visto afectados por limitaciones o recortes presupuestarios.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- El Consejo Ejecutivo debería constituir un pequeño grupo para que determinara con el Director General las posibilidades de utilizar más los centros. Habría que prestar especial atención a la ejecución de investigaciones de salud prioritarias y a las iniciativas de atención primaria y salud para todos
- Pedir al Director General que formule con cada centro colaborador planes anuales para facilitar la realización de los trabajos pertinentes de salud internacional y la evaluación de la capacidad del centro para conservar su designación

El Director General deberá informar al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero de 1994 sobre todas las cuestiones tratadas en el apartado 4.8.

4.9 *Comunicaciones*

La mercadotecnia social, la mejor formación de los profesionales de la salud y la participación de los sectores que influyen en la opinión del público han sido factores decisivos en la aplicación de medidas en pro de la supervivencia infantil y la reducción de riesgos por modificación del comportamiento. Aunque estos éxitos «reproducibles» se han logrado en medios culturales y grupos socioeconómicos muy diversos, la OMS no ha sido capaz de utilizar plenamente y aplicar esos potentes instrumentos en su labor mundial de salud y en los programas de desarrollo sanitario de todos los Estados Miembros.

■ *Intervención del Consejo Ejecutivo*

- Pedir al Director General que desarrolle la capacidad de la OMS para aprovechar mejor los modernos métodos y técnicas de comunicación, en particular la prensa, la radio y la televisión, para difundir los conceptos de fomento de la salud y prevención de enfermedades
- Pedir al Director General que publique un informe anual sobre los esfuerzos y programas de la Organización tendientes a mejorar la situación

sanitaria en el mundo. Esta publicación debería ser análoga al informe del UNICEF «Estado Mundial de la Infancia» en cuanto a destinatarios previstos y contexto promocional

El Director General deberá informar anualmente al Consejo Ejecutivo en su reunión de enero sobre los progresos realizados con miras a introducir medios de comunicación modernos en la Organización

5. CONCLUSIONES

5.1 Las deliberaciones y recomendaciones del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo entrañan una revisión fundamental del funcionamiento de la OMS. Es de esperar que esta labor refuerce la capacidad de la Organización para hacer frente a sus arduas tareas actuales y le permita entrar en el siglo XXI con medios adecuados para aceptar nuevos retos. Los miembros del Grupo hemos recomendado modificaciones de la estructura y los procedimientos con ánimo de mejorar el estado de salud y la asistencia sanitaria de la población de todo el mundo.

5.2 Las medidas recomendadas por el Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo son de la incumbencia del Director General, del propio Consejo Ejecutivo y de una serie de colaboradores que deberán seguir resueltamente las vías esbozadas en el presente informe. Sin embargo, a fin de asegurar la continuidad, urge encontrar medios para que el Consejo Ejecutivo pueda vigilar esa labor y proseguir las actividades, sin excluir la posible contribución de los actuales miembros del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo.



世界衛生組織執行委員會決議

قرار المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE EXECUTIVE BOARD OF THE WHO
RÉSOLUTION DU CONSEIL EXÉCUTIF DE L'OMS
РЕЗОЛЮЦИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА ВОЗ
RESOLUCION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS

92ª reunión

EB92.R2

Punto 7 del orden del día

18 de mayo de 1993

**GRUPO DE TRABAJO DEL CONSEJO EJECUTIVO SOBRE
LA RESPUESTA DE LA OMS A LOS CAMBIOS MUNDIALES**

El Consejo Ejecutivo,

Reconociendo la complejidad de los problemas de salud y la importancia de la reforma y reestructuración de la OMS de acuerdo con las resoluciones WHA46.16 (Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales) y WHA46.35 (Reforma presupuestaria), las recomendaciones del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales y la iniciativa del Director General como se indica en su alocución ante la Asamblea Mundial de la Salud;

Recordando la declaración efectuada por el Director General en su Introducción al proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1994-1995 sobre la necesidad de que el sistema de las Naciones Unidas se adapte a la evolución reciente de la situación política, social y económica;

Expresando su gratitud por la labor y las valiosas recomendaciones del informe del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales,

1. HACE SUYOS los conceptos y principios del informe final del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales como base para las medidas en pro de la reforma de la OMS;

2. PIDE al Director General:

1) que prepare documentos sobre la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales, así como opciones para aplicar las resoluciones WHA46.16 y WHA46.35 de la OMS;

2) que someta los documentos mencionados en el párrafo 1 *supra*, inclusive un calendario y planes de trabajo para la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Trabajo, al examen del Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo en julio de 1993;

3) que informe al Consejo Ejecutivo en su 93ª reunión sobre los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Trabajo;

3. PIDE al Comité del Programa:

1) que examine el calendario y los planes de trabajo presentados por el Director General para la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Trabajo;

2) que establezca prioridades para la pronta aplicación, en particular las relativas a los trabajos del Consejo Ejecutivo;

- 3) que determine el mecanismo apropiado de seguimiento, definiendo su mandato y su método de trabajo;
4. PIDE a los comités regionales que estudien las consecuencias de las recomendaciones en lo aplicable a las actividades regionales y de país y que informen al Consejo Ejecutivo en su 93ª reunión.

Cuarta sesión, 18 de mayo de 1993
EB92/SR/4