

## *Preparación del programa*

---

### *Principios aplicados en la preparación del programa*

En los capítulos siguientes de este volumen la labor de la Organización se presenta como un conjunto de servicios prestados a la totalidad de los Estados Miembros o adaptados a las necesidades sanitarias de cada uno de ellos. El desarrollo de un programa tan diverso hubo de ser forzosamente lento. Los autores de la Constitución se dieron clara cuenta de que no cabía esperar progresos inmediatos en un frente que fuera lo bastante extenso para abarcar las múltiples funciones de la Organización, tal como se enumeran en el Artículo 2. En consecuencia, resolvieron encomendar al Consejo Ejecutivo (inciso (g) del Artículo 28) que presentara a la Asamblea de la Salud un plan general de trabajo para un periodo determinado. Era inevitable que la elaboración de un programa de esa índole exigiera cierto tiempo.

Partiendo del orden del día anotado que la Comisión Interina había preparado, la Primera Asamblea Mundial de la Salud estableció, naturalmente, un programa de trabajo limitado al periodo para el cual podía votar créditos, es decir, del 1 de septiembre de 1948 al 31 de diciembre de 1949. El Consejo Ejecutivo y el Director General concentraron sus esfuerzos en la tarea inmediata de establecer una organización eficaz. Fue necesario poner en marcha el programa aprobado por la Asamblea para el ejercicio 1948-1949, contratar personal y algunas veces formarlo. Era necesario proyectar y edificar la estructura orgánica de la nueva institución y el sistema regional debía ser construido desde sus cimientos.

En su segunda reunión, en octubre y noviembre de 1948, el Consejo Ejecutivo dio el primer paso hacia la elaboración de un programa general para un periodo determinado. Al presentar al Consejo sus propuestas relativas al proyecto de programa y de presupuesto para 1950, el Director General sugirió la conveniencia de establecer un plan de trabajo que la Organización pudiera llevar a cabo en el curso de un periodo de varios años, al compás de los progresos de la ciencia médica, y de elaborar además anualmente, como parte de ese plan, un programa circunscrito a los trabajos que fuera posible ejecutar cada año. En su quinta reunión el Consejo estableció, en la forma propuesta, un plan de conjunto que la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud completó y aprobó en 1951.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Véase *Actes off.*; *Off. Rec.* 32, Anexo 10.

Este plan se basaba en cinco principios generales: (1) todos los países y territorios deben participar en los trabajos de la Organización; (2) la asistencia a los gobiernos para el fomento de sus servicios sanitarios sólo se prestará a petición de los gobiernos interesados; (3) los servicios se prestarán en forma que contribuya a despertar en los servicios sanitarios nacionales y locales el espíritu de iniciativa y la confianza en sus posibilidades, adaptándose a las condiciones del país; (4) en materia de investigación la OMS debe limitarse a estimular y coordinar las actividades en curso; (5) la Organización debe poner sus servicios a la disposición de todos los Estados Miembros.

El Consejo presentó un programa de trabajo para un periodo de cuatro años (1952-55) redactado con el propósito de fijar amplias normas en que pudiera inspirarse el Director General al establecer metódicamente los programas y los presupuestos anuales de dicho periodo. En vista de la rápida evolución de las ciencias médicas, el programa general estaría sujeto a una revisión periódica que el Consejo Ejecutivo se proponía efectuar todos los años en consulta con las organizaciones regionales. Se procuraría asimismo obtener el concurso de las organizaciones no gubernamentales, los comités de expertos y otros organismos competentes.

Al referirse a la participación de las organizaciones regionales, el Consejo Ejecutivo hizo observar que incumbía a dichas organizaciones evaluar las necesidades nacionales y recibir las peticiones de los gobiernos; el traspaso progresivo a aquéllas de la responsabilidad de establecer los programas de la Organización debía ir acompañado de una cesión parcial de atribuciones para establecer prioridades entre los proyectos que podrían llevarse a cabo en las regiones. Al determinar esas prioridades los comités regionales deberían tener en cuenta la importancia de cada proyecto para la salud pública de los países interesados, la medida en que cada proyecto podía considerarse como parte de un plan más amplio de acción coordinada entre varios organismos y la aptitud de cada gobierno para continuar y llevar a buen fin la labor emprendida con la ayuda de la OMS.

Para que los recursos pudieran aprovecharse con la máxima eficacia se establecieron varias normas de selección de las actividades propuestas. La Organización sólo debía emprender programas cuya ejecución pudiera justificarse desde un punto de vista internacional. El país beneficiario debía encontrarse en condiciones de participar en los trabajos y de continuarlos una vez terminada la intervención de la OMS. En lo posible, sólo se emprenderían actividades que pudieran dar resultados tangibles. Los beneficios directos o indirectos de los programas habrían de llegar al mayor número posible de países e individuos. No se contraería ningún compromiso de asistencia sin disponer del necesario personal competente y sin hacer un detenido estudio preliminar y tener plenamente en cuenta ciertos factores, entre ellos las anteriores intervenciones de la OMS o de otros organismos en la materia de que se tratara, la posibilidad de obtener ayuda, financiera o de otro tipo, de

fuentes ajenas a las Naciones Unidas o a sus organismos especializados y la idoneidad de la OMS como la organización más apta para la labor prevista. No debía perderse de vista, tampoco, que las actividades de la OMS en el plano mundial han de ser aquéllas que sólo una organización sanitaria internacional puede llevar a cabo, ni olvidar tampoco la obligación contraída de participar en la acción conjunta de las Naciones Unidas y de los demás organismos especializados al servicio de los objetivos de la Carta. Finalmente el Consejo hizo observar que, siendo limitados los recursos financieros disponibles, sólo una aplicación cuidadosa de esos criterios permitiría una selección de actividades que garantizara un aprovechamiento óptimo de dichos recursos.

En el plan se enumeraban las actividades previstas bajo cinco epígrafes principales: fortalecimiento de las administraciones nacionales de salud pública; formación profesional y técnica de personal médico y auxiliar; servicios permanentes de alcance mundial (estadísticas sanitarias, información epidemiológica, epidemiología y cuarentena internacionales, drogas toxicomanígenas, patrones internacionales, coordinación y fomento de las investigaciones en materia de salud pública, servicios de publicaciones de la OMS); trabajos en colaboración con otros organismos (Naciones Unidas, OIT, FAO, etc.) para determinados proyectos, y « otras actividades », entre ellas el cumplimiento de las obligaciones de la Organización en materia de coordinación y supervisión técnica de la labor sanitaria internacional incluida en los programas patrocinados por las Naciones Unidas, el UNICEF y otros organismos y en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica.

La Cuarta Asamblea Mundial de la Salud aprobó este programa y encomendó al Consejo Ejecutivo y al Director General que continuaran preparando planes a largo plazo y los sometieran a la consideración de las sucesivas Asambleas de la Salud. Por su parte la Quinta Asamblea Mundial de la Salud prorrogó el plan un año más, o sea hasta fines de 1956, y pidió a los comités regionales que elaboraran sus programas anuales en forma que facilitara su integración en el programa general aprobado. La Séptima Asamblea Mundial de la Salud decidió que este programa general fuera aún utilizado para la elaboración de los programas anuales de 1956 y 1957 y pidió al Consejo Ejecutivo que continuara examinando ese asunto y estudiara las consecuencias que para la preparación de los programas anuales detallados tenían aquellos proyectos cuya ejecución se extendía a más de un ejercicio financiero.

Un segundo programa general, establecido por el Consejo Ejecutivo en enero de 1955 para el periodo 1957-60, fue aprobado con ciertas modificaciones por la Octava Asamblea Mundial de la Salud,<sup>1</sup> que añadió a la resolución correspondiente una recomendación a los comités regionales para que formularan, dentro del programa a largo plazo de la Organización, un programa general de trabajo para cada región.

Se recomiendan para este segundo programa general de trabajo los principios y

---

<sup>1</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 63, Anexo 4

critérios generales del primero. Los dos grupos principales de actividades, « Fortalecimiento de los servicios sanitarios nacionales » y « Servicios de interés general internacional », no sufren cambio alguno. Se mantienen también los principios básicos aplicables para determinar los objetivos y métodos de la Organización. En otra sección — « Posibilidades que ofrecen los nuevos conocimientos y su aplicación a la esfera de la salud » — se subraya la influencia que los nuevos descubrimientos científicos han ejercido en los trabajos de la Organización, por ejemplo, los descubrimientos relativos a los antibióticos e insecticidas que, durante el primer periodo determinado de trabajo, llevaron a una serie de realizaciones imprevisibles. Durante el segundo periodo la fisión nuclear puede considerarse como un ejemplo típico de descubrimiento científico cuyas posibilidades en la esfera de la salud son todavía imposibles de prever. Los métodos principales se describen bajo cinco epígrafes: elaboración de planes nacionales de acción sanitaria a largo plazo; coordinación y estímulo de toda actividad que ejerza una influencia directa sobre la salud; evaluación de la acción sanitaria; investigación; y formación profesional y técnica de personal sanitario en los distintos países.

#### *Preparación del proyecto anual de programa y de presupuesto*

El programa de trabajo para los dieciséis primeros meses de existencia de la Organización (los cuatro últimos meses de 1948 y todo el año 1949) lo estableció la Comisión Interina y fue sometido, junto con los gastos previstos correspondientes, a la Primera Asamblea Mundial de la Salud para su examen y aprobación. En la preparación de los proyectos de programa y de presupuesto ulteriores, el Director General pudo inspirarse en las normas fijadas tanto por la Asamblea de la Salud como por el Consejo Ejecutivo y también — a medida que se iban creando las organizaciones regionales — en los proyectos de programa regional elaborados por los directores regionales y recomendados por los comités regionales.

La preparación del proyecto anual de programa y de presupuesto se inicia casi dos años antes del año civil en que el programa ha de llevarse a la práctica. Durante el « año de elaboración de los planes », el Director General remite a los diversos departamentos y oficinas de la Sede, y a cada una de las oficinas regionales, las instrucciones de política general que habrán de tenerse presentes al proyectar el programa y se indican las asignaciones provisionales de fondos y la forma de preparar los proyectos. En el mismo año, los directores regionales consultan con los gobiernos y éstos presentan las peticiones de asistencia. Sobre la base de estas peticiones, cada director regional elabora su programa regional, previo examen de los distintos proyectos propuestos, a fin de verificar si se ajustan al programa general de trabajo para un periodo determinado y pueden incluirse en un plan coordinado de desarrollo de la región o país de que se trate. Se tienen también en cuenta los planes y programas establecidos por los organismos que operan en la misma región.

Si se estiman adecuados, y si el coste de su ejecución no rebasa la asignación provisional del Director General para la región, los proyectos se incluyen en el programa regional y se presentan al comité regional acompañados de un cálculo de costos. Con arreglo a la Constitución, incumbe al Director General preparar el proyecto de presupuesto anual de la OMS. No obstante, el Director General ha delegado en los directores y comités regionales la facultad de proyectar y recomendar las actividades que han de llevarse a cabo cada año en sus regiones respectivas. El Director General examina todas las propuestas de las oficinas regionales y de los departamentos de la Sede, y decide sobre las actividades que hayan de incorporarse a su proyecto anual de programa y de presupuesto.

El proyecto así elaborado se somete al Consejo Ejecutivo en su reunión del mes de enero siguiente y lo analiza detalladamente el Comité Permanente de Administración y Finanzas. Junto con las observaciones y recomendaciones del Consejo, el proyecto se presenta a la Asamblea de la Salud y aprobado por ésta se lleva a cabo durante el año siguiente.

Con el fin de presentar en un solo documento todas las actividades que cuentan con la ayuda de la OMS, el proyecto de programa y de presupuesto del Director General comprende, además del programa «ordinario», las peticiones de asistencia que puedan hacer los gobiernos con cargo al Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas para el Desarrollo Económico de los Países Insuficientemente Desarrollados. En el presupuesto figuran también las actividades para las cuales se prevé la asistencia conjunta del UNICEF y de la OMS, con indicación de los créditos ya consignados por la Junta Ejecutiva del UNICEF para sufragar la parte de esas actividades que corresponden a ese organismo. Se incluyen además las propuestas para actividades que han de ser financiadas por la Organización Sanitaria Panamericana. En el programa y presupuesto para 1959 se presentan, en un anexo separado, las actividades que deben financiarse con cargo a la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo.

### *Financiamiento de las actividades*

La labor de la Comisión Interina se financió en parte con préstamos de las Naciones Unidas y en parte con fondos transferidos a la Comisión por la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA). Al dejar de existir la UNRRA, en 1947, se hizo cargo de sus programas sanitarios la Comisión Interina, a la cual la UNRRA entregó una suma de \$3 000 000 destinada a cubrir los gastos de esos programas. Los préstamos de las Naciones Unidas ascendieron en total a \$2 150 000. En el presupuesto de la OMS para los cuatro últimos meses de 1948 (\$4 800 000) se consignó un crédito para el reembolso de ese préstamo, cuya cuantía se prorrateó entre los Estados signatarios del Acuerdo de 22 de julio de

1946 creando la Comisión Interina. Todos esos países, salvo Colombia, pasaron a ser Miembros de la Organización y han satisfecho la parte de deuda que les correspondía. Cuando la Organización inició sus tareas en septiembre de 1948, los únicos fondos inmediatamente disponibles, en espera de las contribuciones de los Estados Miembros, eran el remanente del presupuesto para actividades exteriores de la Comisión Interina, que ascendía a \$1 546 758, y una nueva subvención de \$1 000 000 que la UNRRA concedió para costear los programas y proyectos aprobados por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria.

Los principales recursos de que dispone la Organización para financiar sus actividades son las contribuciones de los Estados Miembros y los fondos con cargo al Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Y a fines de 1957, contribuciones para un fondo especial para la erradicación del paludismo. A estos recursos cabe añadir los procedentes de la venta de las publicaciones y algunos ingresos ocasionales. En los primeros años de su existencia la OMS dispuso de la subvención de la UNRRA, antes mencionada, y de fondos procedentes del activo del OIHP. El UNICEF contribuyó asimismo durante muchos años a sufragar los gastos de personal de ciertos proyectos conjuntamente asistidos que la OMS no podía financiar con sus recursos propios.

El presupuesto para 1949, primer año completo de existencia de la OMS, cuyo ejercicio financiero coincide con el año civil, fue de \$5 000 000. En el Cuadro 1 aparecen las cifras de los «presupuestos ordinarios» para los años 1948 a 1958, pero esas cifras no reflejan por sí solas la extensión progresiva de la labor y de las responsabilidades de la OMS. La Organización ayudó a ciertos países en la tarea de planificar la coordinación de su programa sanitario general, incluso aquella parte del mismo que se financia con fondos de Asistencia Técnica o en virtud de acuerdos bilaterales como el Plan de Colombo, la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América, etc. Por otra parte, la Organización Sanitaria Panamericana, además de las actividades llevadas a cabo por la Oficina Sanitaria Panamericana que actúa como Oficina Regional de la OMS para las Américas, tiene un programa sanitario propio, estrechamente coordinado con el programa de la OMS para esta Región, cuyos gastos se cubren mediante contribuciones de los Estados Miembros de la OSPA.

La asistencia de la OMS a los proyectos sanitarios en los países, ya se trate de servicios de asesoramiento, de envío de personal, becas o, a veces, de algún equipo y suministros, se da siempre a petición de los gobiernos interesados, que son los responsables de la marcha de las operaciones. Los gobiernos facilitan recursos financieros, mano de obra y material, en una proporción que suele ir en aumento a medida que progresa la ejecución de cada proyecto. La cuantía global de las sumas que los gobiernos gastan es varias veces mayor que el importe de los recursos procedentes del presupuesto de la OMS.

CUADRO 1. PRESUPUESTO ORDINARIO, 1948-1958

Año	Nivel presupuestario <sup>1</sup>	Presupuesto efectivo <sup>1</sup>	Gastos efectivos
1948 (cuatro meses)	4 800 000 <sup>2</sup>	4 800 000	3 935 537
1949	5 000 000	5 000 000	4 396 743
1950	7 501 500	6 300 000	6 269 777
1951	7 677 401	6 527 401	6 016 296
1952	9 182 332	7 782 332	7 602 019
1953	9 832 754	8 485 095	8 018 456
1954	9 838 000	8 497 700	8 134 514
1955	10 999 360	9 500 000	9 275 300
1956	12 074 144	10 203 084	9 982 794
1957	13 590 420	12 550 000	12 091 421 <sup>3</sup>
1958	14 769 160	13 566 130	—

<sup>1</sup> Los términos «nivel presupuestario» y «presupuesto efectivo» se explican en las páginas 123-4.

<sup>2</sup> Incluido el reembolso a las Naciones Unidas de \$2 150 000 prestados por esta organización a la Comisión Interina.

<sup>3</sup> Pendiente de la Intervención de cuentas.

Puede considerarse que los únicos recursos ordinarios de la OMS son las contribuciones fijadas a los Estados Miembros; los fondos de Asistencia Técnica proceden de contribuciones voluntarias de los gobiernos, y aun cuando hasta ahora ha podido contarse con ellos año tras año constituyen un elemento de incertidumbre en el planeamiento de las actividades de la Organización. (Las cantidades asignadas con cargo al Programa Ampliado de Asistencia Técnica figuran en la página 126.) Los otros ingresos son de poca importancia en relación con el conjunto, aparte de las contribuciones a la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo.

En el Anexo 13 se incluye un cuadro de todos los ingresos con indicación de su procedencia.

#### *UNRRA y OIHP*

La subvención de la UNRRA (\$1 000 000), a que se ha hecho referencia anteriormente, sirvió durante cinco años, a partir de 1948, para sufragar principalmente una parte de los gastos del programa de vacunación con BCG de la Oficina de Investigaciones sobre la Tuberculosis, de Copenhague. Al asumir las funciones del Office international d'Hygiène publique la OMS se hizo cargo también del activo del Office y los fondos se destinaron a trabajos de epidemiología. Los ingresos por este concepto son hoy de muy escasa importancia.

#### *Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo*

La Asamblea Mundial de la Salud estableció en 1955 la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo. Esta Cuenta se nutre de aportaciones voluntarias

en divisas y contribuciones en especie, y los remanentes de los balances de la Cuenta son traspasados de un año financiero al siguiente. El Consejo Ejecutivo fue autorizado para aceptar contribuciones a la Cuenta. El Consejo estableció un Comité para la Erradicación del Paludismo con el fin de aceptar contribuciones a la Cuenta en nombre del Consejo, asesorar al Director General sobre la forma en que podrían incrementarse las aportaciones voluntarias a la Cuenta, procedentes de distintas fuentes, y, asimismo, informar al Consejo sobre las decisiones del Comité. El Director General está autorizado a utilizar los créditos de la Cuenta para hacer frente a los gastos de investigación, los de suministro y equipo necesarios para el programa de erradicación del paludismo que no puedan ser financiados por otros medios y los de los servicios que se necesiten en ciertos países cuyos gobiernos no estén en disposición de facilitarlos.

Durante 1956 se recibieron contribuciones en divisas y especie por un equivalente total de \$68 096, y en 1957 se recibieron más amplias aportaciones, que sumaron \$5 043 677, elevando el total de la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo a \$5 111 773.

#### *Contribuciones para instalación de servicios*

Aunque se trate de aportaciones al capital de la Organización y no de recursos para el programa de operaciones no pueden pasarse por alto las contribuciones en efectivo del Gobierno de Suiza al costo de las construcciones necesarias para la instalación de la Sede y las contribuciones análogas del Gobierno de Filipinas y de otros gobiernos de la Región del Pacífico Occidental para la construcción de locales en Manila.

El edificio que ocupa la Oficina Regional para Africa en Brazzaville, Africa Ecuatorial Francesa, fue construido especialmente por el Gobierno de Francia y alquilado a una renta simbólica; la Oficina Regional para le Mediterráneo Oriental se halla instalada en Alejandría en un edificio procurado por el Gobierno de Egipto mediante el pago de una renta simbólica, y la sede permanente de la Oficina Regional para Europa se estableció en Copenhague en una oficina construida con este fin por el Gobierno de Dinamarca y puesta a disposición de la Organización libre de cargas.

#### *Procedimiento para el examen anual del programa y del presupuesto*

En el debate sobre la cuantía del presupuesto para 1949, y en ulteriores Asambleas de la Salud, se plantearon dos problemas principales. Era necesario, en primer lugar, establecer una relación de equilibrio entre el programa propuesto y los recursos que los gobiernos estaban dispuestos a facilitar para financiarlo. En la Primera Asamblea Mundial de la Salud, la Comisión del Programa recomendó para 1949 un programa cuyo costo se evaluó en cerca de \$ 7 000 000 y la

Comisión de Asuntos Administrativos y Financieros, por su parte, recomendó un presupuesto total de \$ 5 000 000 solamente. En los últimos días de la Asamblea se resolvió la dificultad mediante la introducción en el programa de reducciones sugeridas por un grupo de trabajo en el que estaban representadas ambas Comisiones. Aprobadas por la Comisión de Asuntos Administrativos y Financieros, las reducciones propuestas fueron finalmente adoptadas por la Asamblea.

En la Segunda Asamblea Mundial de la Salud se trató de encontrar un punto de equilibrio entre el programa y el presupuesto ya desde el principio de los trabajos y se organizaron con este fin reuniones conjuntas de las dos comisiones principales. No bastó este procedimiento, sin embargo, para resolver el problema y en el curso de la Asamblea se constituyó más tarde un grupo de trabajo que introdujo nuevas economías. La Asamblea pidió al Consejo que estudiara el asunto y propusiera un procedimiento más eficaz. Siendo así que las dificultades parecían obedecer, en parte, al hecho de que, en las dos primeras Asambleas, la cifra total del presupuesto no se fijó hasta las últimas sesiones, el Consejo recomendó que, una vez examinado en conjunto por la Comisión del Programa el proyecto del Director General, se reunieran las dos comisiones principales lo antes posible en el curso de la Asamblea, para determinar de consuno la cifra global del presupuesto, después de lo cual podría analizarse detalladamente el programa y ajustarlo a la cuantía conocida de los fondos disponibles. Este procedimiento dio mejores resultados y fue seguido durante algunos años. Se reemplazó después por un procedimiento modificado en el cual el total del presupuesto y ciertos puntos conexos fueron discutidos por la Comisión del Programa y del Presupuesto; durante este tiempo la Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos no se había reunido y, por ello, todos los miembros interesados de las delegaciones pudieron intervenir en el debate. Las recientes Asambleas de la Salud, al aprobar un presupuesto más bajo que el recomendado por el Director General, han hecho únicamente recomendaciones de carácter general sobre la manera en que deben hacerse las reducciones, dejando al Director General decidir sobre los detalles.

En el Capítulo 8 se da cuenta de los métodos que el Consejo Ejecutivo emplea para el examen del programa y del presupuesto.

El segundo problema principal fue la cuestión del ritmo que haya de imprimirse a la expansión de los programas de la Organización y de la naturaleza de esa expansión: si ha de ser indefinida o si ha de estabilizarse y, en este caso, a qué nivel de gastos anuales debe operarse la estabilización. Entre la necesidad de afrontar sin demora los grandes problemas sanitarios que se plantean en todo el mundo y el peligro eventual de una expansión demasiado rápida que impondría a las haciendas nacionales cargas excesivas, el conflicto era inevitable.

Dos consideraciones han contribuido quizás a un acercamiento entre esos dos puntos de vista. En las primeras reuniones de la Organización se debatió con cierta

## SEDE DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

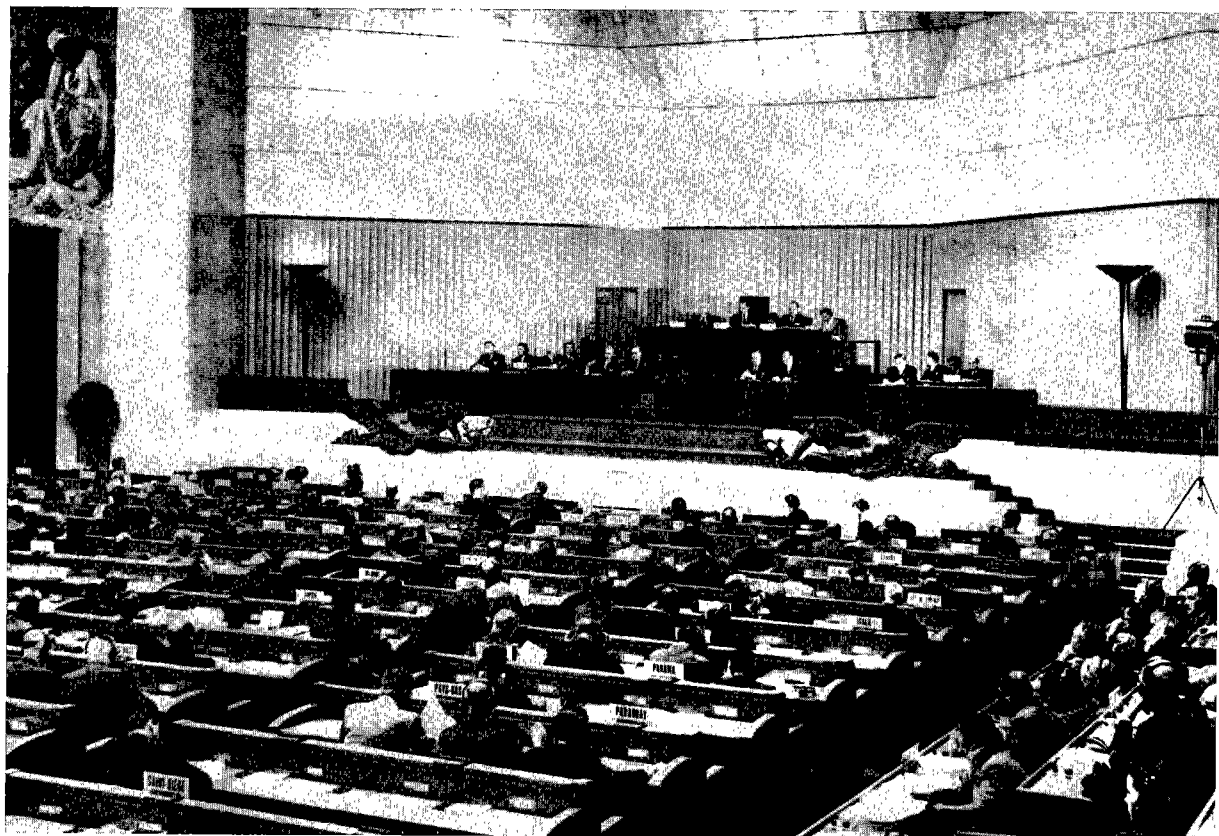


El Palais des Nations, Ginebra, donde está instalada la Sede de la Organización Mundial de la Salud y donde se han celebrado la mayor parte de las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo.

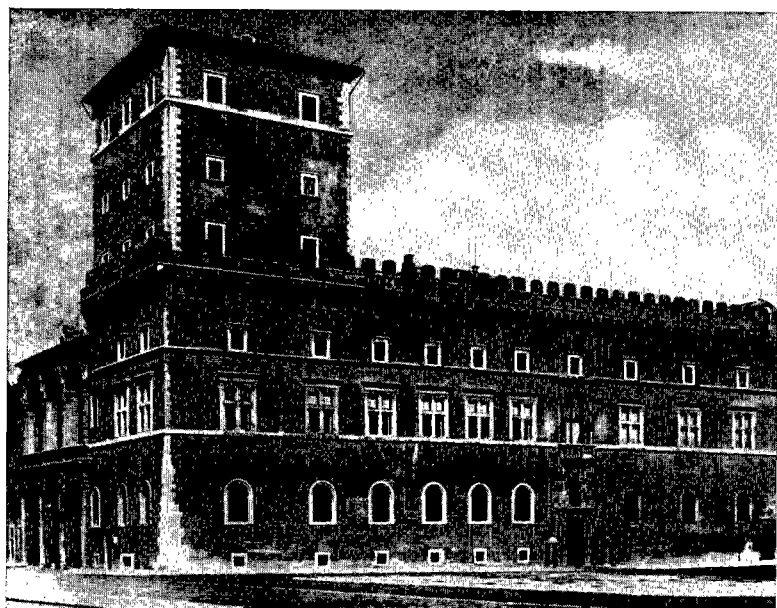
La Presidenta de la Tercera Asamblea Mundial de la Salud, Rajkumari Amrit Kaur, pone la primera piedra de la nueva ala del Palais des Nations, mayo de 1950.



## LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA

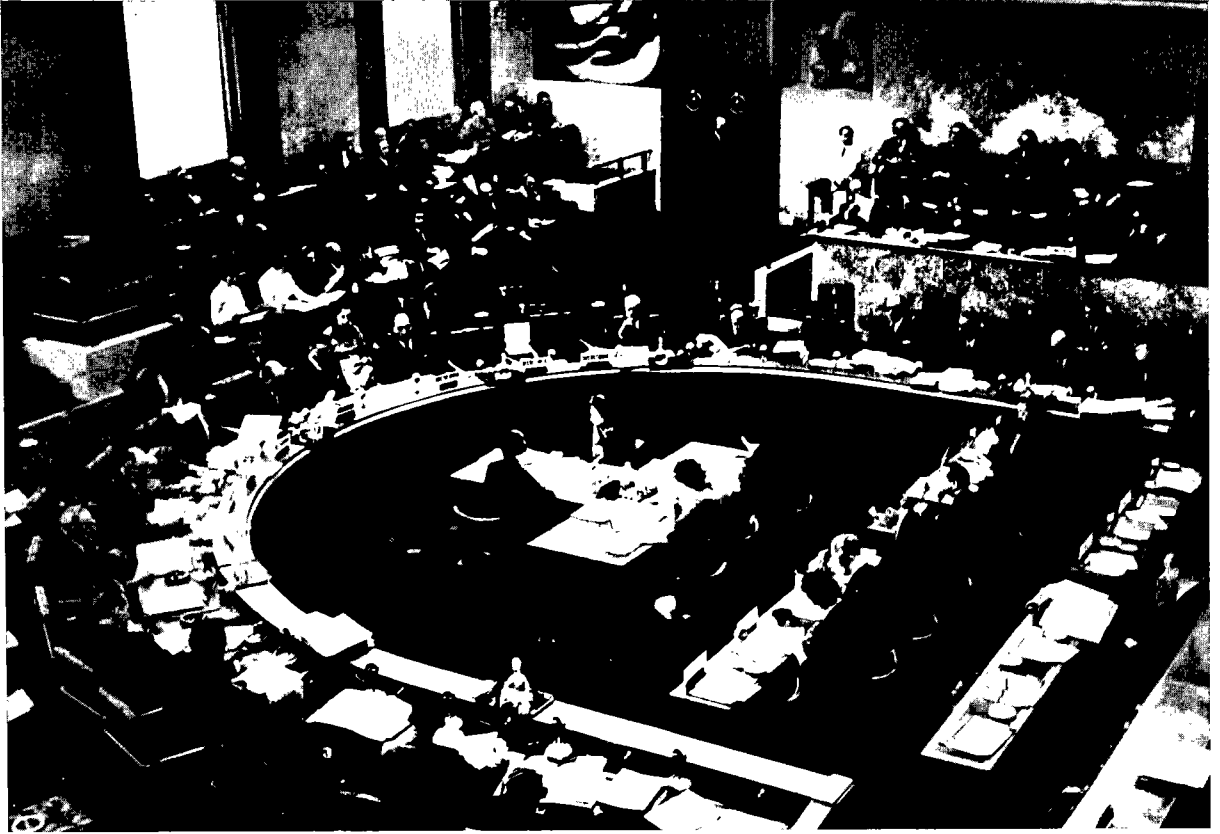


Una sesión plenaria de la Asamblea Mundial de la Salud en la Sala de Asambleas, Palais des Nations.

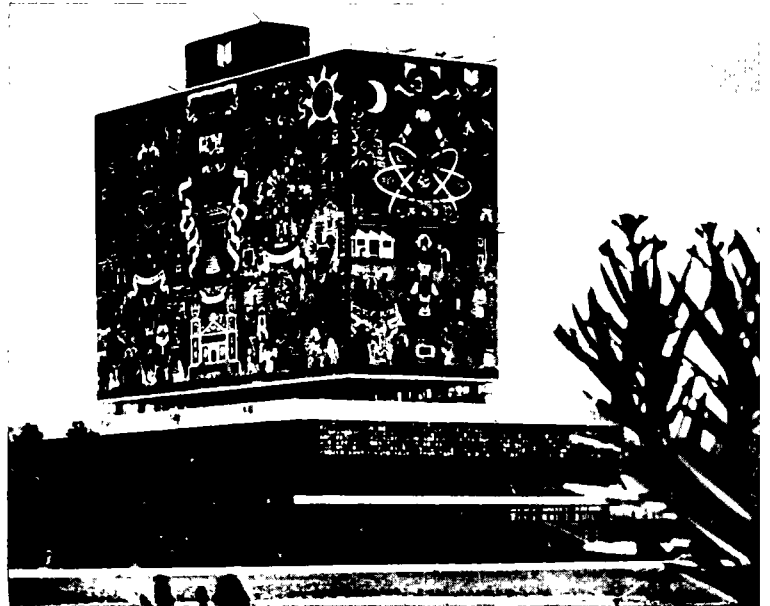


Palazzo Venezia, Roma, donde se celebró la Segunda Asamblea Mundial de la Salud en junio y julio de 1949.

## SALUD Y EL CONSEJO EJECUTIVO

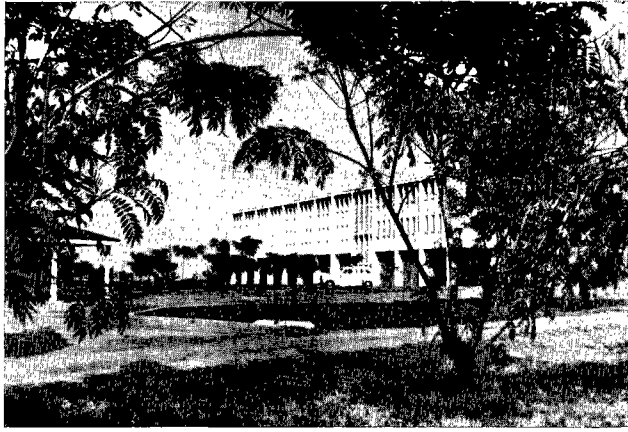


Una reunión del Consejo Ejecutivo en la Sala de Consejos del Palais des Nations

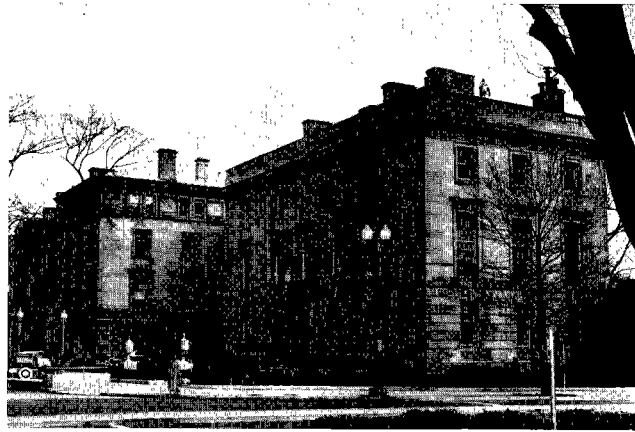


Ciudad Universitaria, México, D. F.: edificio de la Biblioteca, donde se celebraron, en mayo de 1955, la Octava Asamblea Mundial de la Salud y la 16ª reunión del Consejo Ejecutivo.

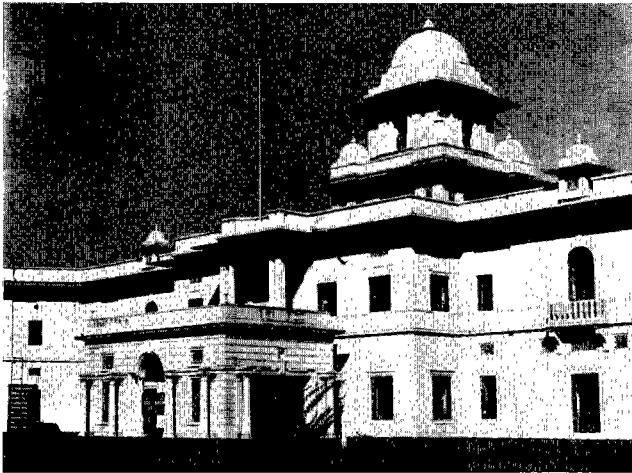
## OFICINAS REGIONALES



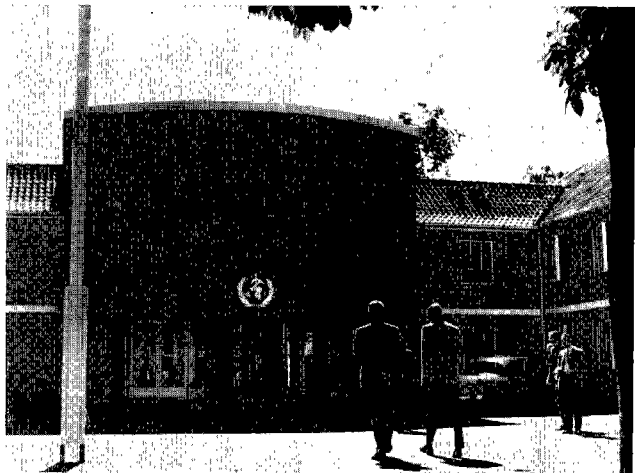
Región de Africa: Brazzaville



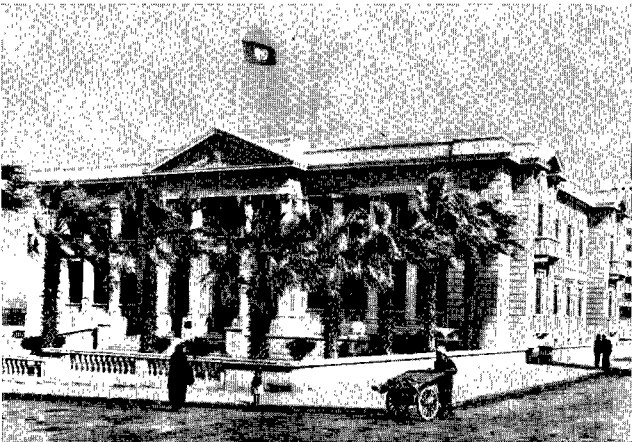
Región de las Américas: Washington, D. C., Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS



Asia Sudoriental: Nueva Delhi



Región de Europa: Copenhague



Mediterráneo Oriental: Alejandría



Pacífico Occidental: Manila

amplitud el problema de los suministros médicos que, necesarios para la ejecución de los programas sanitarios, eran difíciles de obtener para muchos gobiernos. Estimó la Segunda Asamblea Mundial de la Salud que la distribución de esos suministros era ante todo un problema económico y que, por lo tanto, si era natural que la OMS ayudara a los gobiernos a procurarse en el mercado internacional los suministros destinados a fines sanitarios, no le correspondía normalmente la misión de facilitarlos ella misma. La Quinta Asamblea Mundial de la Salud decidió que, sin embargo, podían aprobarse créditos para la adquisición de suministros y equipo con destino a trabajos de demostración y adiestramiento. La intervención de otros organismos internacionales, en particular la del UNICEF para los proyectos de ayuda a la infancia, contribuyó también a allanar las dificultades en materia de suministros. Por otra parte fue abriéndose paso cada día la doctrina de la Organización, a saber, que no emprendía ella por sí misma actividades sanitarias en los países, sino que ayudaba en esa labor a los gobiernos y que a éstos correspondía, en todo momento, la responsabilidad de la iniciativa y de la acción. Las peticiones de asistencia dirigidas a la OMS se formularon, por lo tanto, teniendo en cuenta que la mayor parte de los proyectos sanitarios no serían de eficacia permanente sin una colaboración activa del gobierno interesado y una participación en los gastos que cada gobierno habría de calcular según sus propios recursos.

### *Contribuciones y repartición de los gastos*

La principal fuente de ingresos de la Organización está constituida por las contribuciones asignadas a los Estados Miembros. La Constitución establece que la Asamblea de la Salud prorrateará la suma total del proyecto de presupuesto entre los Estados Miembros de conformidad con la escala que ella misma fije y que lleva el nombre de escala de contribuciones. En esta escala, la participación de cada uno de los Miembros en el total de los gastos se expresa en un número determinado de unidades. Dichas contribuciones se asignan en US dólares y, a menos que el Director General, de acuerdo con el Consejo Ejecutivo, autorice el uso de otras divisas, los pagos deberán hacerse en US dólares o en francos suizos.

La Primera Asamblea Mundial de la Salud adoptó una escala de contribuciones basada en la de las Naciones Unidas; para calcular la parte correspondiente a los Estados Miembros de la OMS que no eran Miembros de las Naciones Unidas se aplicaron las reglas en que se basa la escala de las Naciones Unidas. Se aprobaron las escalas así establecidas para 1948 y 1949 y se encomendó al Consejo Ejecutivo que estudiara la cuestión de las escalas de contribuciones para 1950 y años siguientes teniendo en cuenta cualquier modificación introducida en la escala de contribuciones de las Naciones Unidas.

En su tercera reunión, el Consejo Ejecutivo aceptó el criterio de que, en interés de la Organización, debía establecerse que ningún Estado Miembro contribuyera en más de un tercio a los gastos anuales ordinarios de la OMS. La Segunda Asamblea Mundial de la Salud adoptó, tras breve debate, este principio y decidió que, para 1950, se redujera la contribución de los Estados Unidos de América al 36 por ciento del total, que no fuera la contribución per capita de ningún Estado Miembro superior a la del país mayor contribuyente y que, a este efecto, se introdujeran los oportunos reajustes en la escala de contribuciones. Las dos siguientes Asambleas de la Salud adoptaron decisiones en sentido análogo y en la escala de contribuciones para 1952 se asignó a los Estados Unidos de América una contribución equivalente al 33  $\frac{1}{3}$  % del total.

Se introdujeron algunos cambios de poca importancia en la escala de contribuciones a medida que ingresaban nuevos Miembros y también, en ciertos casos, en atención a la situación especial, económicamente difícil, de ciertos países. En su cuarta reunión el Consejo Ejecutivo adoptó decisiones de carácter provisional para fijar las contribuciones de los Miembros Asociados y la Tercera Asamblea Mundial de la Salud fijó esas contribuciones en tres unidades.

En el curso de su 11ª reunión, en 1953, el Consejo Ejecutivo estudió de nuevo el problema en su aspecto general y, de un modo más concreto, la dificultad de adoptar íntegramente la escala de contribuciones de las Naciones Unidas a causa de la diferencia de composición de ambas organizaciones y de ciertas divergencias de principio. El Consejo aplazó su decisión hasta conocer el punto de vista de la Comisión de Cuotas de las Naciones Unidas (autorizada a informar y asesorar a los organismos especializados acerca de las escalas de contribuciones) y las recomendaciones y observaciones de los Estados Miembros. Un año más tarde el Consejo, en su 13ª reunión, propuso a la Asamblea de la Salud diversos métodos para efectuar los ajustes necesarios para suprimir ciertas anomalías. La Séptima Asamblea Mundial de la Salud introdujo algunas modificaciones de poca importancia en la escala para 1955, pidió al Director General que se comunicara a los Estados Miembros el texto de las dos soluciones propuestas y el importe de las contribuciones que les correspondería abonar en cada caso, y recomendó a la Octava Asamblea Mundial de la Salud que la solución adoptada se aplicase en dos etapas, la mitad en 1956 y en su totalidad en 1957. Recomendó asimismo a la Octava Asamblea Mundial de la Salud que estudiase el modo de distribuir la cuantía del presupuesto efectivo entre los Miembros « activos » solamente.

La Octava Asamblea Mundial de la Salud decidió que los reajustes que fuera necesario introducir en la escala de contribuciones de la OMS para ponerla en armonía con las reglas básicas de la escala de las Naciones Unidas habrían de irse aplicando progresivamente, a lo largo de cuatro años en vez de dos, que la contribución del mayor contribuyente habría de equivaler a la tercera parte del

total de las contribuciones de los Miembros « activos » y que los reajustes derivados de esta segunda decisión se irían efectuando también a lo largo de un periodo de cuatro años, entendiéndose que, en el caso de que algunos de los Miembros « inactivos » reanudaran su participación activa en los trabajos de la OMS, la Asamblea estudiaría de nuevo esta decisión.

Las contribuciones de los Estados que ingresan en la Organización después de adoptado por la Asamblea de la Salud el presupuesto correspondiente al año en que son admitidos se consideran como ingresos utilizables por la OMS en un ejercicio financiero posterior y se incluyen entre los ingresos « ocasionales » de ese año.

No basta la aprobación de un presupuesto para movilizar inmediatamente los fondos previstos y en los primeros años de la Organización el retraso en el pago de contribuciones originó algunas dificultades. Muchos de esos retrasos fueron resultado de ciertos trámites parlamentarios inevitables en los países interesados, de dificultades para allegar las sumas necesarias en divisas fuertes, o de ambas cosas a la vez. En el informe presentado a la Segunda Asamblea Mundial de la Salud el Comisario de Cuentas señalaba a la atención de la Asamblea la peligrosa situación financiera resultante del retraso en el pago de las contribuciones, agravada todavía en el momento de reunirse aquella Asamblea por la decisión de varios Estados de no seguir considerándose como Miembros de la Organización; en efecto, ya no cabía esperar que esos Miembros abonasen sus contribuciones. Más crítica hubiese sido aún la situación de haber podido la OMS ampliar su labor al ritmo previsto por la Primera Asamblea Mundial de la Salud, pero, de hecho, la Organización, gracias a un empleo juicioso del Fondo de Operaciones y al aplazamiento del pago de una parte de su deuda a las Naciones Unidas, había reducido sus gastos a una suma aproximadamente igual al total de las contribuciones recibidas. En esas condiciones la Segunda Asamblea Mundial de la Salud se limitó a adoptar resoluciones invitando a los Miembros a satisfacer sus contribuciones sin más demora e indicando normas aplicables en el caso de que esos retrasos continuaran.

Al reunirse la Tercera Asamblea Mundial de la Salud, en 1950, la desproporción entre el presupuesto aprobado y el importe efectivo de las contribuciones recibidas exigió la adopción de medidas más severas. En su quinta reunión el Consejo Ejecutivo había tomado nota de la situación financiera y pedido al Director General que mantuviera los gastos a un nivel inferior al aprobado para 1950 en espera de que la Tercera Asamblea Mundial de la Salud pudiera examinar el problema y hacer frente a la situación. La Asamblea encomió esta decisión, decidió estabilizar los gastos a dicho nivel durante el resto del año 1950 y autorizó al Consejo a fijar el nivel de gastos para 1951 según lo exigieran los cambios posibles de la situación financiera.

La Cuarta Asamblea Mundial de la Salud decidió establecer dos presupuestos para el año 1952: uno, llamado « nivel presupuestario », que servía de base para el

cálculo de las contribuciones de los Estados Miembros y un « presupuesto efectivo », con arreglo al cual se determinaba la cuantía de los gastos autorizados para aquel año. El « nivel presupuestario » comprendía las contribuciones asignadas a todos los Estados Miembros, tanto activos como inactivos; en el « presupuesto efectivo » figuraban únicamente las contribuciones de los Miembros activos; en ambos casos había que añadir al total los ingresos ocasionales. Fueron necesarias estas modificaciones porque la Asamblea de la Salud interpretó el texto de la Constitución en el sentido de que no podía eximirse a ningún Miembro de sus obligaciones financieras. La confección del presupuesto siguió ajustándose a este procedimiento hasta la Novena Asamblea Mundial de la Salud, reunida cuando había ya motivos para esperar que los Miembros inactivos reanudaran su participación activa. La Asamblea aprobó, por lo tanto, un presupuesto suplementario y autorizó, con cargo al mismo, gastos adicionales proporcionales a los ingresos que pudiera producir el reingreso en la OMS de los Miembros inactivos. Al reunirse la Décima Asamblea Mundial de la Salud habían reanudado su participación activa en las tareas de la OMS varios Miembros inactivos y el Director General comunicó en consecuencia a la Asamblea que sólo presentaba un proyecto de presupuesto.

Estas medidas dieron excelentes resultados; la situación financiera de la Organización, ya notablemente mejor al reunirse la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, continuó mejorando. Las contribuciones atrasadas de los Miembros activos se habían reducido considerablemente y no creaban ya dificultad alguna. La Quinta Asamblea Mundial de la Salud aprobó arreglos para permitir el pago de una parte de las contribuciones en libras esterlinas y el Consejo Ejecutivo, en su décima reunión, autorizó también pagos análogos en otras monedas.

El Cuadro 2, que figura a continuación, indica, para el periodo comprendido entre los años 1948 y 1957, ambos inclusive, los totales de las contribuciones asignadas cada año a los Miembros « activos », las sumas recaudadas, los porcentajes que éstas representan en relación con los totales y las cantidades pendientes de pago al final de cada año. En el cuadro no figura China, país para el cual se adoptaron medidas especiales.

En vista de las dificultades económicas de China, la Sexta Asamblea Mundial de la Salud decidió que dicho país abonara en 1953 una suma de \$125 000 destinada a cancelar sus atrasos y que, a partir de 1954 y hasta que mejorase su situación financiera, se mantuviera la asignación normal correspondiente a China, pero se considerara suficiente el pago de una suma anual no inferior a \$10 000 para evitar la aplicación del Artículo 7 de la Constitución. Los atrasos adeudados por China en concepto de contribuciones han de ser objeto de un arreglo ulterior cuando mejoren las condiciones financieras del país.

En vista de que al reunirse la Novena Asamblea Mundial de la Salud en 1956 parecía probable que algunos por lo menos de los Miembros inactivos no

tardarían en reanudar su participación activa en los trabajos de la Organización, se examinó el problema de los atrasos adeudados por esos países. La Novena Asamblea resolvió: (i) que esos Miembros debían pagar la totalidad de las contribuciones de los años durante los cuales participaron activamente en los trabajos de la Organización; (ii) que para los años durante los cuales esos Miembros no participaron activamente en las tareas de la Organización, se reclamaría un pago simbólico del 5 % de la contribución que se les hubiese fijado cada año, entendiéndose que el pago de dicha suma descargaba a los Miembros interesados de todas sus obligaciones financieras; y (iii) que esos pagos podrían hacerse efectivos en plazos anuales de igual cuantía durante un periodo no superior a diez años.

CUADRO 2. ASIGNACION Y RECAUDACION DE CONTRIBUCIONES,<sup>1</sup> 1948-1957

Año	Contribuciones	Sumas cobradas		Sumas pendientes de cobro a fines de año
		Cuantía	Porcentajes	
1948	2 680 202	1 791 151	66,83	889 051
1949	4 208 703	3 669 903	87,20	538 800
1950	5 920 261	4 164 925	70,35	1 755 336
1951	5 954 019	5 516 095	92,64	437 923
1952	7 309 107	6 943 486	95,00	365 621
1953	8 044 179	7 566 698	94,06	477 481
1954	7 999 706	7 570 165	94,63	429 541
1955	8 570 835	7 879 113	91,93	691 722
1956	8 907 764	8 514 767	95,59	392 997
1957	11 854 050	11 507 748	97,08	346 302

<sup>1</sup> Miembros « activos »

### *Programa Ampliado de Asistencia Técnica*

Se ha aludido ya a los fondos que recibe la OMS con cargo a la Cuenta Especial del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas para el Desarrollo Económico. Los primeros fondos de que dispuso la OMS para la ejecución del Programa se utilizaron para cubrir el periodo de dieciocho meses comprendido entre el 1 de julio de 1950 y el 31 de diciembre de 1951. En los primeros años, la mayor parte de los fondos se facilitaron a las organizaciones participantes tomando como base los porcentajes fijados con este fin por el Consejo Económico y Social. No obstante, en 1954, el propio Consejo Económico y Social y la Asamblea General de las Naciones Unidas decidieron que a partir de 1955 las asignaciones de fondos a las organizaciones participantes en el Programa, en lugar de calcularse sobre la base de porcentajes establecidos de antemano, se efectuarían teniendo en cuenta las peticiones de los gobiernos y el orden de prioridad establecido por ellos. La Junta de Asistencia Técnica examina los pro-

gramas preparados por los gobiernos de los diferentes países y establece el programa de conjunto para el año siguiente; los programas por países son sometidos luego a la aprobación del Comité de Asistencia Técnica, el cual, a reserva de confirmación por la Asamblea General, autoriza la asignación a cada una de las organizaciones participantes de fondos proporcionales a sus respectivas contribuciones al programa general aprobado.

En virtud del Programa Ampliado de Asistencia Técnica la OMS ha recibido las siguientes sumas:

	US \$		US \$
1950-51 . . . . .	1 342 490	1955 . . . . .	4 411 749
1952 . . . . .	4 351 689	1956 . . . . .	5 450 454
1953 . . . . .	4 189 357	1957 . . . . .	5 523 144 (pendiente de la Intervención de Cuentas)
1954 . . . . .	3 754 545		

Las sumas que la Organización percibe anualmente dependen: (a) del importe total de las contribuciones voluntarias ingresadas por los gobiernos en la Cuenta Especial y (b) de la prioridad que los gobiernos concedan a las actividades sanitarias en sus programas nacionales para el desarrollo económico. No es tarea fácil, por lo tanto, la de proyectar actividades sanitarias con cargo al Programa Ampliado, ya que las disponibilidades para cada año sólo se conocen con exactitud a fines del mes de noviembre del año anterior, es decir, seis meses después del examen del programa correspondiente por la Asamblea de la Salud.

#### *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*

En el Capítulo 10, titulado « Cooperación », se da a conocer la labor realizada por la OMS en cooperación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la asistencia que ha prestado esta organización a los programas sanitarios internacionales. Las actividades del UNICEF se financian mediante contribuciones voluntarias, principalmente de los gobiernos. Ambas organizaciones mantienen estrechas relaciones de trabajo y el UNICEF destina amplias sumas a proyectos emprendidos en beneficio de la salud de la madre y del niño, conjuntamente asistidos por la OMS y el UNICEF.

#### *Fondo de Rotación para Publicaciones*

Los ingresos procedentes de la venta de publicaciones se han mencionado al enumerar los recursos secundarios de la Organización. En 1948 se estableció un Fondo de Rotación para Publicaciones con el remanente del fondo análogo creado por la Comisión Interina y las sumas recaudadas en concepto de venta de las publicaciones de la OMS. Los recursos de este Fondo se aplican a costear la impresión

de ejemplares adicionales de publicaciones para la venta y a cubrir algunos gastos ocasionales. La Asamblea de la Salud revisa periódicamente la situación de este Fondo y, si estima que su cuantía rebasa la de las previsiones de gastos, retira la diferencia para añadirla a los ingresos ocasionales.

#### *Fondo de Operaciones*

El Fondo de Operaciones no constituye una fuente de ingresos. Se alimenta este Fondo con las sumas que los Estados Miembros ponen a disposición de la Organización para financiar sus actividades, en caso necesario, mientras estén pendientes de cobro las contribuciones de los Estados Miembros para el ejercicio financiero en curso, o para atender a gastos imprevistos o extraordinarios. La cuantía total del Fondo la fija la Asamblea de la Salud y la parte de ese total que ha de satisfacer cada Estado Miembro se determina con arreglo a la escala de contribuciones. Las sumas así obtenidas están a la disposición de la OMS, pero siguen figurando en el haber de cada uno de los Estados Miembros. Todas las sumas anticipadas con cargo al Fondo se reintegran a medida que van recibándose las contribuciones de los Estados Miembros para el ejercicio financiero de que se trate o, cuando proceda, mediante un crédito especial previsto en el proyecto de presupuesto para el año siguiente.

Durante la Décima Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1957, se registró un hecho que puede citarse como ejemplo de la actual política de la Asamblea en lo referente a la utilización del Fondo de Operaciones. Hubo de examinar la Asamblea dos créditos de cierta importancia que había sido preciso abrir en el presupuesto para 1957 después de aprobados el programa y el presupuesto para dicho año. Se trataba, en primer lugar, del aumento de los gastos de personal a consecuencia de la nueva escala de sueldos y subsidios adoptada por las Naciones Unidas y cuya adopción había sido asimismo recomendada a la OMS por el Consejo Ejecutivo; el segundo crédito tenía por objeto cubrir los gastos ocasionados por las medidas de urgencia tomadas en la Región del Mediterráneo Oriental. A ambas necesidades se había hecho frente, de modo provisional, con sumas retiradas del Fondo de Operaciones.

La Asamblea decidió que procedía cargar esos gastos al ejercicio financiero de 1957 y que las sumas correspondientes habían de reintegrarse al Fondo de Operaciones mediante un presupuesto suplementario para el mismo ejercicio, que se atendió con los ingresos ocasionales.

#### *Propuestas para la obtención de ingresos adicionales*

En repetidas ocasiones se han presentado propuestas encaminadas a aumentar los ingresos ordinarios de la Organización. En el curso de la Segunda Asamblea Mundial de la Salud la delegación de Bélgica sugirió la constitución de un Fondo

Mundial de Defensa de la Salud mediante un préstamo internacional solicitado y negociado bajo los auspicios del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento con la garantía de todos los Estados Miembros, los cuales habrían de contribuir al pago de los intereses y a la amortización del principal en las proporciones fijadas para cada uno de ellos en la escala de contribuciones. El Director General consultó con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y con el Fondo Monetario Internacional a este propósito y el Consejo Ejecutivo estudió posteriormente la propuesta, que fue rechazada por la Tercera Asamblea Mundial de la Salud. El principal motivo de esta decisión fue que, como había indicado el Banco Internacional, los Estados Miembros capaces de ofrecer las garantías requeridas para la concesión del préstamo eran igualmente capaces de aportar al presupuesto de la OMS contribuciones equivalentes.

En la Tercera Asamblea Mundial de la Salud, en 1950, la delegación de la India propuso un proyecto de recomendación a los Estados Miembros para que emitieran Sellos de la Salud Mundial, que se venderían al público sin ninguna obligación de compra; los beneficios así obtenidos se repartirían entre la OMS y los servicios sanitarios nacionales de los países interesados. Esta propuesta fue adoptada con ligeras modificaciones y el plan se puso en práctica durante algunos años, pero en vista de que los ingresos eran módicos se decidió, por una resolución de la Octava Asamblea Mundial de la Salud, que cesara a fines de 1955 la emisión y venta de los Sellos de la Salud Mundial.

En su séptima reunión, en 1951, el Consejo Ejecutivo estimó que acaso fuera posible llegar a un acuerdo con ciertos Estados Miembros para crear un impuesto especial sobre determinados productos (que cada país elegiría teniendo en cuenta las características de su economía) y destinar los ingresos por este concepto a reforzar el presupuesto de la OMS. La Cuarta Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General que solicitase el parecer de los Estados Miembros acerca de esta propuesta y en vista de que las contestaciones fueron poco alentadoras no se dió curso a la propuesta.

En 1955 al Gobierno de Ceilán propuso a la Octava Asamblea Mundial de la Salud la creación de un fondo especial de \$10 000 000, destinado a prestar ayuda financiera y material a los Miembros insuficientemente desarrollados para mejorar sus servicios sanitarios nacionales. La Asamblea aplazó el estudio de este punto mientras se esperaban los resultados del examen por las Naciones Unidas de una propuesta sobre la creación de un Fondo Especial de las Naciones Unidas para el Desarrollo Económico (FENUDE). La Asamblea decidió también que la Organización fuera tenida al corriente del desarrollo de este asunto. En consecuencia, las Asambleas posteriores han recibido informes sobre el estado del FENUDE, pero como las Naciones Unidas no han terminado el examen de este asunto, la propuesta de Ceilán no ha podido ser considerada de nuevo.