



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO

119ª REUNIÓN

GINEBRA, 6-8 DE NOVIEMBRE DE 2006

ACTAS RESUMIDAS

120ª REUNIÓN

GINEBRA, 22-29 DE ENERO DE 2007

ACTAS RESUMIDAS

GINEBRA

2007



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO

119^a REUNIÓN

GINEBRA, 6-8 DE NOVIEMBRE DE 2006

ACTAS RESUMIDAS

GINEBRA

2007

SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

ACNUR	- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
ASEAN	- Asociación de Naciones del Asia Sudoriental
CCIS	- Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias
CIIC	- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CIOMS	- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
FAO	- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIDA	- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMI	- Fondo Monetario Internacional
FNUAP	- Fondo de Población de las Naciones Unidas
JIFE	- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
OACI	- Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIE	- <i>Office international des Epizooties</i>
OIEA	- Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT	- Organización (Oficina) Internacional del Trabajo
OMC	- Organización Mundial del Comercio
OMI	- Organización Marítima Internacional
OMM	- Organización Meteorológica Mundial
OMPI	- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
ONUDI	- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OOPS	- Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OPS	- Organización Panamericana de la Salud
OSP	- Oficina Sanitaria Panamericana
PMA	- Programa Mundial de Alimentos
PNUD	- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	- Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNDCP	- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
UNESCO	- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

La 119ª reunión del Consejo Ejecutivo se celebró en la sede de la OMS, Ginebra, del 6 al 8 de noviembre de 2006. Sus actas se publican en dos volúmenes. El presente volumen contiene las actas resumidas de los debates del Consejo y la lista de participantes. Las resoluciones se publican en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1.

ÍNDICE

	Página
Introducción	3
Orden del día	7
Lista de documentos	9
Lista de miembros y otros participantes	11

ACTAS RESUMIDAS

Primera sesión

1. Apertura de la reunión y adopción del orden del día	39
2. Homenaje a la memoria del Dr. Barrington Wint	39
3. Apertura de la reunión y adopción del orden del día (reanudación)	39
4. Director general	
Propuesta de nombramiento para el puesto	40

Segunda sesión

Director General (continuación)	
Propuesta de nombramiento para el puesto (continuación)	41

Tercera sesión

Director General (continuación)	
Propuesta de nombramiento para el puesto (continuación)	42

Cuarta sesión

Director General (continuación)	
Propuesta de nombramiento para el puesto (continuación)	43

Quinta sesión

1. Director General (continuación)	
Propuesta de nombramiento para el puesto (continuación)	44
Proyecto de contrato	45
2. Clausura de la reunión	50

ORDEN DEL DÍA¹

1. Apertura de la reunión y adopción del orden del día
 2. Director General
 - 2.1 Propuesta de nombramiento para el puesto
 - 2.2 Proyecto de contrato
 3. Clausura de la reunión
-

¹ Adoptado por el Consejo en su primera sesión (6 de noviembre de 2006).

LISTA DE DOCUMENTOS

EB119/1 Rev.1	Orden del día ¹
EB119/2	Director General: proyecto de contrato
Documento de información	
EB119/INF.DOC./1	Director General: propuesta de nombramiento para el puesto
Documentos varios	
EB119/DIV/1	Lista provisional de miembros y otros participantes
EB119/DIV/3	Lista de resoluciones

¹ Véase p. 7.

LISTA DE MIEMBROS Y OTROS PARTICIPANTES

MIEMBROS, SUPLENTE Y ASESORES

BOLIVIA

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz
(Presidente)

Suplentes

Sra. A. NAVARRO LLANOS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra

Sra. G. PALOMEQUE DE LA CRUZ, Ministra Consejera, Misión Permanente, Ginebra

AFGANISTÁN

Dr F. KAKAR, Deputy Minister for Planning and Preventive Medicine, Ministry of Public Health,
Kabul

Suplentes

Dr A. OMER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr D. HACHEMI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

AUSTRALIA

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra

Suplentes

Ms C. MILLAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms C. PATTERSON, Minister Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Asesores

Mr G. ADLIDE, Counsellor (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Mr S. THOM, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms L. OATES-MERCIER, Program Officer (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Ms C. HOLLIDAY, UN Section, Permanent Mission, Geneva

AZERBAIYÁN

Mr O. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku **(Vicepresidente)**

Suplentes

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr S. ABDULLAYEV, Head, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr R. NOVRUZOV, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama **(suplente de la Dra. N.A. Haffadh)**

Suplentes

Mr A.A. ABDULLA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr Y.G. SHAHEEN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BHUTÁN

Dr JIGMI SINGAY, Minister of Health, Thimphu

Suplentes

Mr S.T. RABGYE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr D. WANGCHUK, Director General, Department of Medical Services, Ministry of Health,
Thimphu

Asesores

Mrs K.C. NAMGYEL, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms D. TSHERING, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. WANGCHUK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

BRASIL

Dr P.M. BUSS, President, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Suplentes

Mr J.A. ALVARES DA SILVA, Minister of Health, Brasília

Mr C. HUGUENEY, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr C.A. DA ROCHA PARANHOS, Ambassador, Alternate Permanent Representative, Geneva

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Secretary of Health Care, Ministry of Health, Brasília

Asesores

Mr A.C. DO NASCIMENTO PEDRO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. ALCÁZAR, Special Adviser to the Minister of Health and Head, Department of
International Affairs, Ministry of Health, Brasília

Mr P. FRANCO DE CARVALHO NETO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr P.M. DE CASTRO SALDANHA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr R. ESTRELA DE CARVALHO, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr I.R. BARBOSA FILHO, Technical Adviser, Department of International Affairs, Ministry
of Health, Brasília

CHINA

Mr GAO Qiang, Minister of Health, Beijing

Suplentes

Mr SHA Zukang, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr WU Hailong, Director General, Department of International Organizations and Conferences,
Ministry of Foreign Affairs, Beijing

Dr YIN Li, Director General, Department of International Cooperation, Ministry of Health,
Beijing

Dr LAM Ping-yan, Director of Health, Department of Health, Hong Kong Special
Administrative Region

Dr CHUI Sai On, Secretary for Social and Culture Affairs, Macao Special Administrative
Region

Mr A. WU, Chairman, Hospital Authority, Hong Kong Special Administrative Region

Dr REN Minghui, Deputy Director General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Ms JIANG Qin, Deputy Director General, Department of International Organizations and Conferences, Ministry of Foreign Affairs, Beijing

Mr FU Cong, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr TAN Jian, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr LA Yifan, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr ZHOU Jian, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms HU Meiqi, Division Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr YANG Xiaokun, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms ZHAO Yangling, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms LAN Mei, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr WANG Chuan, Deputy Division Director, Department of International Organizations and Conferences, Ministry of Foreign Affairs, Beijing

Mr FENG Wen, Senior Officer, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Dr CHOI Hiu-yeung, Senior Medical and Health Officer, Hong Kong Special Administrative Region

Mr R. ROSARIO, Permanent Representative of Macao Special Administrative Region to WTO, Geneva

Ms ZHONG Yi Mascarenhas, Technical Adviser to the Secretary for Social and Culture Affairs, Macao Special Administrative Region

Ms GAO Ye, Second Secretary, Department of International Organizations and Conferences, Ministry of Foreign Affairs, Beijing

Mr ZHANG Ze, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms HAN Jianli, Programme Officer, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Ms CHEUNG Kingsing, Senior Administrative Officer, Department of Health, Hong Kong Special Administrative Region

DINAMARCA

Dr J.K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen

Suplentes

Mr M. JØRGENSEN, Head of Division, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen

Mrs M.-L. OVERVAD, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Asesores

Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Ms M. HESSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms H.Y.P. SØRENSEN, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

DJIBOUTI

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti

Suplentes

Dr S.A. GUELLEH, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Djibouti

M. O.A. ISMAIL, Secrétaire exécutif, Comité intersectoriel de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, Djibouti

M. D.G. BAHDON, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Djibouti
Mme B.M. AHMED, Alternate du Point Focal, Comité de Coordination multisectorielle,
Djibouti

EL SALVADOR

Dr. J. G. MAZA BRIZUELA, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador
Suplentes
Sr. B. F. LARIOS LÓPEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Dr. R. J. A. LARA HERRERA, Director Ejecutivo, Fondo Solidario para la Salud, San Salvador
Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ESLOVENIA

Dr B. VOLJČ, Director, The Blood Transfusion Centre of Slovenia, Ljubljana
Suplentes
Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms V.-K. PETRIČ, Undersecretary, Ministry of Health, Ljubljana
Mr I. JUKIČ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Dr J.O. AGWUNOBI, Assistant Secretary for Health, Department of Health and Human Services,
Washington, DC
Suplente
Mr M.O. LEAVITT, Secretary of Health and Human Services, Washington, DC
Asesores
Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Affairs, Department of
Health and Human Services, Washington, DC
Mr W.W. TICHENOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical Specialized Agencies,
Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC
Mr D.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the
Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

IRAQ

Dr A.H.I. AL-SHAMMARI, Minister of Health, Baghdad
Suplentes
Dr H. AL-ZAMILI, Deputy Minister of Health, Baghdad
Mr B.H. AL-SHABIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr H. MOSA, General Director, Ministry of Health, Baghdad
Miss M.A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr H. AZIZ, Official, Ministry of Health, Baghdad

JAMAHIRIYA ÁRABE LIBIA

Dr A.H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment,
Tripoli (**Relator**)

Suplentes

Ms N. AL-HAJJAJI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr O. AL SHAMIS, Third Secretary, Ministry of Foreign Affairs, Tripoli

JAMAICA

Mr H. DALLEY, Minister of Health, Kingston

Suplentes

Ms G. MATHURIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr S. CAMPBELL-FORRESTER, Acting Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

Ms A. MORRIS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mrs A. DUBIDAD-DIXON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAPÓN

Mr K. TAKEMI, Senior Vice-Minister for Health, Labour and Welfare, Tokyo

Suplentes

Mr K. ASANO, Senior Vice-Minister for Foreign Affairs, Tokyo

Mr I. FUJISAKI, Ambassador Extraordinary and Plenipotentiary, Permanent Representative,
Geneva

Mr K. SATO, Ambassador in charge of peace building in Africa, Ministry of Foreign Affairs,
Tokyo

Mr T. TSUJI, Vice-Minister for Policy Coordination, Ministry of Health, Labour and Welfare,
Tokyo

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Tokyo

Dr M. NISHIYAMA, Assistant Minister for Technical Affairs, Minister's Secretariat, Ministry
of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Mr K. TSURUOKA, Director-General for Global Issues, International Cooperation Bureau,
Ministry of Foreign Affairs, Tokyo

Mr S. ENDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr H. MINAMI, Minister, Permanent Mission, Geneva

Dr M. MUGITANI, Director, Bureau of International Cooperation, International Medical Centre
of Japan, Tokyo

Mr Y. YAMADA, Director, Specialized Agencies Division, Minister's Secretariat, Ministry of
Foreign Affairs, Tokyo

Dr H. INOUE, Director, International Cooperation Office, Minister's Secretariat, Ministry of
Health, Labour and Welfare, Tokyo

Mrs T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr I. YAMAGUCHI, Deputy Director, Specialized Agencies Division, Minister's Secretariat,
Ministry of Foreign Affairs, Tokyo

KENYA

Dr J. NYIKAL, Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi (**Vicepresidente**)

Suplentes

Mrs C.K. NGILU, Minister for Health, Nairobi

Professor M. NZOMO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr P.R.O. OWADE, Ambassador, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr W. MACHAGE, Assistant Minister for Health, Nairobi

Dr T.M. OKEYO, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Dr T. GAKURUH, Head, Health Sector Reform Secretariat, Ministry of Health, Nairobi

Dr A.E. OGWELL, Head, International Health Relations, Ministry of Health, Nairobi

Mrs L. NYAMBU, First Secretary (Humanitarian Affairs), Permanent Mission, Geneva

LESOTHO

Dr M. PHOOKO, Minister of Health and Social Welfare, Maseru

Suplentes

Dr M.A. MARUPING, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr T.J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mr L.J. KOPELI, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LETONIA

Dr V. JAKSONS, Adviser for International Affairs of State Secretary, Ministry of Health, Riga

Suplentes

Mr J. KARKLINS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs I. DREIMANE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health and Social Welfare, Monrovia

Suplentes

Mr S.T. VARPILAH, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia

Dr B. DAHN, Deputy Minister and Chief Medical Officer, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia

LUXEMBURGO

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg

Suplentes

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

MADAGASCAR

Dr R.R. JEAN LOUIS, Ministre de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

Suplentes

M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr M.P.O. RAHANTANIRINA, Directeur, Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

M. J.M. RASOLONJATOVO, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

MALÍ

Dr Z.M. YOUBA, Ministre de la Santé, Bamako

Suplentes

M. S.L. SOW, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr S. DIALLO, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Bamako

Dr A. SYLLA, Coordinateur de la Cellule, Comité sectoriel de Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé, Bamako

M. A.H. MAÏGA, Deuxième Conseiller, Mission permanente, Genève

MÉXICO

Dr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, D. F.

Suplentes

Sr. L. A. DE ALBA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. P. MACEDO, Embajador, Representante Permanente Alterno, Ginebra

Sr. E. CÉSPEDES, Embajador, Director General para Temas Globales, Secretaría de Relaciones Exteriores, México, D. F.

Asesores

Dr. G. GARCÍA PÉREZ, Titular, Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, Secretaría de Salud, México, D. F.

Dr. J. SEPÚLVEDA, Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud, México, D. F.

Dr. M. Á. LEZANA, Coordinador de Asesores del Secretario de Salud, Secretaría de Salud, México, D. F.

Sra. D. M. VALLE, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Sra. M. T. ROSAS, Directora de Organismos Ambientales Internacionales, Secretaría de Relaciones Exteriores, México, D. F.

Srta. G. I. PÉREZ JUÁREZ, Asesora, Misión Permanente, Ginebra

Sr. J. C. ROMERO, Asesor, Misión Permanente, Ginebra

NAMIBIA

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

Suplentes

Dr R.N. KAMWI, Minister of Health and Social Services, Windhoek

Mrs D. TJIHO-TJIPURA, Deputy Director, Tertiary Health Care, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Haut Commissaire pour la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne

Suplentes

M. J.C. DA COSTA PEREIRA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. F.H. MOURA GEORGE, Directeur général de la Santé, Lisbonne

M. C. PEREIRA MARQUES, Représentant permanent adjoint, Genève

M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

RUMANIA

Dr L. MIHAI, Director General, Directorate General for European Integration and International Relations, Ministry of Public Health, Bucharest (**suplente del Sr. E. Nicolaescu**)

Suplentes

Mr D.R. COSTEA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

RWANDA

Dr J.D. NTAWUKULIRYAYO, Ministre de la Santé publique, Kigali

Suplentes

Mme V. SEBUDANDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

SINGAPUR

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State for Foreign Affairs, Singapore (**Vicepresidente**)

Suplentes

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr CHEW Suok Kai, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health Singapore

Asesores

Mr C. WONG, Assistant Director (International Cooperation), Ministry of Health Singapore

Ms D. TEO, Health Policy Analyst (International Cooperation), Ministry of Health Singapore

Mr J. RATNAM, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms F. GAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BASHA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SRI LANKA

Mr N.S. DE SILVA, Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Suplente

Mrs S. FERNANDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Asesores

Dr P. ABEYKOON, Adviser to the Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Mr D.M.S.B. DISSANAYAKE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

TAILANDIA

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**Vicepresidente**)

Suplente

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy Analyst, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Asesores

Mr CHAIYONG SATJIPANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr VIJAVAT ISARABHAKDI, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Deputy Director, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr PIYA HANVORAVONGCHAI, Researcher, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

TONGA

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

TURQUÍA

Professor S. AYDIN, Deputy Under-Secretary, Ministry of Health, Ankara

Suplentes

Mr T. KURTTEKIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr H. GÖGÜS, Ambassador, Director General for Multilateral Political Affairs, Ministry of Foreign Affairs, Ankara

Mrs A. ÜGDÜL, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr V.E. ETENSEL, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr G. DINÇ, Head, Department of the United Nations, Ministry of Foreign Affairs, Ankara

Mr K. ÖZDEN, Head, Department of Foreign Affairs, Ministry of Health, Ankara

Mrs S. TEZEL AYDIN, Deputy Head, Department of Foreign Affairs, Ministry of Health, Ankara

Dr S. MOLLAHALILOGLU, Director, Public Health School, Ministry of Health, Ankara

Mr F. ULUSOY, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Asesora

Professor T. TÜRMEŒ

ESTADOS MIEMBROS NO REPRESENTADOS EN EL CONSEJO EJECUTIVO¹**ALBANIA**

Mr S. QERIMAJ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr A. ALIA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

¹ Participan en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

ALEMANIA

Mrs M. CASPERS-MERK, Parliamentary State Secretary, Federal Ministry of Health, Berlin
Mrs B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr M. DEBRUS, Head of Division, Multilateral Cooperation in the Field of Health, Federal Ministry of Health, Bonn
Dr P. POMPE, Head of Division, Protocol, International Visitors' Service, Federal Ministry of Health, Berlin
Ms K. KNUFMANN-HAPPE, Director General, Federal Ministry of Health, Berlin
Ms A. KONRAD, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr J.P. ECKENDORF, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ANDORRA

Mr X. TROTA BOLLO, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ANGOLA

Dr S.S. VELOSO, Minister of Health, Luanda
Dr A. DO NASCIMENTO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr A. ROSA NETO, Director, Department of International Exchanges, Ministry of Health, Luanda
Dr D.F. VELOSO, Ministry of Health, Luanda
Mr F.V. DANIEL, Ministry of Health, Luanda
Dr S. NETO DE MIRANDA, Permanent Mission, Geneva

ARABIA SAUDITA

Dr A. ATTAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M. AL-AGAIL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

ARGELIA

M. I. JAZAÏRY, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. M. BESSEKIK, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
M. E.-H. EL BEY, Conseiller diplomatique, Mission permanente, Genève

ARGENTINA

Sr. A. J. DUMONT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. A. B. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra
Sr. S. ROSALES, Secretario de Embajada, Misión Permanente, Ginebra

ARMENIA

Mr A. APITONIAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Miss H. SIMONYAN, Attaché, Permanent Mission, Geneva

AUSTRIA

Dr H. HRABCIK, Director General of Public Health, Federal Ministry of Health and Women, Vienna
Dr C. KOKKINAKIS, Chargé d'affaires, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative,
Geneva
Dr H. FRIZA, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

BANGLADESH

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M.M. RAHMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BELARÚS

M. A. MOLCHAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

BÉLGICA

Mme L. MEULENBERGS, Chef de Service, Service des Relations internationales, Service public
fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles

BELICE

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva

BENIN

Dr B. FAIHUN, Secrétaire général, Ministère de la Santé, Cotonou
M. Y. AMOUSSOU, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

BOSNIA Y HERZEGOVINA

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms A. KUNDUROVIC, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOTSWANA

Mrs M.S. MATLHO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

BRUNEI DARUSSALAM

Dato Paduka Mahadi Haji WASLI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms Farida Hairani HISHAM, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BULGARIA

Dr V. TZEKOV, Deputy Minister of Health, Sofia
Mr P. DRAGANOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr V. DELCHEV, Director, European Affairs and International Cooperation Directorate, Ministry of Health, Sofia
Mr N. MARIN, Head of Department, Human Rights and International Humanitarian Organizations Directorate, Ministry of Foreign Affairs, Sofia
Mrs D. PARUSHEVA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BURKINA FASO

Dr M. SOMBIE, Conseiller technique du Ministre de la Santé, Ouagadougou
Mme E. BALIMA, Attaché d'Ambassade, Mission permanente, Genève

BURUNDI

Dr T. NKURUNZIZA, Ministre de la Santé publique, Bujumbura

CABO VERDE

Dr B. SILVA, Chargé d'affaires a.i., Mission permanente, Genève

CAMBOYA

Professor ENG Huot, Secretary of State for Health, Ministry of Health, Phnom Penh
Mr CHHEANG Vun, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr SOK Touch, Director, Communicable Disease Control Department, Ministry of Health, Phnom Penh
Mr PHAN Peuv, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CANADÁ

Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr T. CORMIER, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms N. STUEWER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CHAD

Mme N.O. SOUKATE, Ministre de la Santé publique, N'Djamena
M. M. BAMANGA ABBAS, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. B. TOGMIAN, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève
Dr N.N. MOSUREL, Directeur général des Activités sanitaires, Ministère de la Santé publique,
N'Djamena

CHILE

Sr. J. MARTABIT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J. E. EGUIGUREN, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

CHIPRE

Mr J.C. DROUSHIOTIS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr N. NICOLAOU, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva

COLOMBIA

Sra. C. FORERO UCROS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra
Dra. L. S. ARANGO DE BUITRAGO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

COSTA RICA

Sr. C. GARBANZO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

CÔTE D'IVOIRE

M. B. N'GUESSAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

CROACIA

Mr G. MARKOTIĆ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms M. ADAMIĆ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

CUBA

Sr. A. FERNÁNDEZ PALACIOS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. M. SÁNCHEZ OLIVA, Tercer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

ECUADOR

Sr. M. MONTALVO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. C. SANTOS, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

EGIPTO

Mr S. SHOUKRY, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr A. MELEKA, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr T. KHALAF, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

EMIRATOS ÁRABES UNIDOS

Mr N.K. AL BUDOOR, Assistant Undersecretary, International Relations and Health Affairs,
Ministry of Health, Abu Dhabi
Mr A.E. AL MAHRI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mrs N. AL QASSIMI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESLOVAQUIA

Ms N. ŠEPTÁKOVÁ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESPAÑA

Sra. E. SALGADO, Ministra de Sanidad y Consumo, Madrid
Sr. B. LEÓN GROSS, Viceministro, Secretario de Estado de Asuntos Exteriores, Ministerio de
Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. J. A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J. MARTÍNEZ OLMOS, Secretario General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo,
Madrid
Sr. A. LACLAUSTRA BELTRÁN, Director General para las Naciones Unidas, los Derechos Hum-
anos y los Organismos Multilaterales, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. J. E. SALARICH FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA, Director General de Política Exterior para
Asia y Pacífico, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. M. OÑORBE, Director General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid
Sr. A. INFANTE CAMPOS, Dirección de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sani-
dad y Consumo, Madrid
Sr. I. DE LA RIVA GUZMÁN DE FRUTOS, Director General de Casa Asia, Madrid
Sr. A. JIMÉNEZ Y ABASCAL, Embajador en Misión Especial, Ministerio de Asuntos Exteriores y de
Cooperación, Madrid
Sr. R. GANDARIAS ALONSO DE CELIS, Embajador en Misión Especial, Ministerio de Asuntos
Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. E. YTURRIAGA SALDANHA, Subdirector General de Organismos Internacionales Técnicos,
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. J. PÉREZ LÁZARO, Subdirector General de Relaciones Internacionales, Ministerio de Sanidad y
Consumo, Madrid

Sr. F. DE BORJA MONTESINO MARTÍNEZ DEL CERRO, Vocal Asesor, Secretaría de Estado de Asuntos Exteriores, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid

Sra. C. PÉREZ CANTÓ, Directora, Gabinete de Comunicación, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

Sra. R. URBANOS GARRIDO, Vocal Asesor, Gabinete de la Ministra de Sanidad y Consumo, Madrid

Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Sra. C. AMELA, Consejera Técnica, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

Sr. J. CENZUAL COCA, Agregado, Misión Permanente, Ginebra

ESTONIA

Mrs K. SIBUL, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ETIOPÍA

Mr F. YIMER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr A. SHIKETA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

EX REPÚBLICA YUGOSLAVA DE MACEDONIA

Mrs K. SALMANI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERACIÓN DE RUSIA

Mr O. CHESTNOV, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Mr N. SIKACHEV, Ministry of Foreign Affairs, Moscow

Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

FIJI

Mr U. NARAYAN, Minister for Primary and Preventive Health Services, Suva

FILIPINAS

Mr E.A. MANALO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr R.L. TEJADA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

FINLANDIA

Ms L. HYSSÄLÄ, Minister of Health and Social Affairs, Helsinki

Mr K. LEPPÖ, Director-General, Health Department, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

Mr V. HIMANEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, International Affairs Unit, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

Dr P. PUSKA, Director, National Public Health Institute, Helsinki

Ms S. MATTILA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms J. KOTKAJÄRVI, First Secretary, Ministry for Foreign Affairs, Helsinki

Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

FRANCIA

M. J.-M. RIPERT, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr B. KOUCHNER, Ancien Ministre, Paris

M. L. CONTINI, Sous-Directeur aux Affaires économiques, Direction des Nations unies et des organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères, Paris

Mme B. ARTHUR, Chef, Bureau des Affaires internationales, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

Mme I. VIREM, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Paris

Mme G. BONNIN, Bureau des Relations internationales, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

M. J. BAUDOIN, Collaborateur du Dr Kouchner, Paris

M. E. DANON, Collaborateur du Dr Kouchner, Paris

Dr J.-E. MALKINE, Professeur de Médecine, Paris

Dr E. CHEVALLIER, Directeur des Opérations, Médecins du Monde, Paris

Dr E. DE LA ROSA, Professeur de Médecine, Paris

M. C. GUILHOU, Représentant permanent adjoint, Genève

Mme J. TOR-DE TARLE, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

M. J.-F. TROGRILIC, Conseiller (Affaires sociales), Mission permanente, Genève

Mme P. RENOUL, Conseiller, Mission permanente, Genève

M. S. SCHORDERET, Conseiller, Mission permanente, Genève

M. M. BEIGBEDER, Coordinateur administratif, Mission permanente, Genève

Mme N. MATHIEU, Mission permanente, Genève

GABÓN

M. P. TONDA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme M. ANGONE ABENA, Conseiller, Mission permanente, Genève

GHANA

Mr K. BAAH-DUODU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs L. ASIEDU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

GRECIA

Mr F. VERROS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva

GUATEMALA

Sr. C. MARTÍNEZ ALVARADO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. S. HOCHSTETTER SKINNER-KLÉE, Consejera, Misión Permanente, Ginebra
Srta. S. URRUELA ARENALES, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HAITÍ

M. J.-C. PIERRE, Ministre Conseiller, Chargé d'affaires a.i., Mission permanente, Genève
M. J.-B. ALEXANDRE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève

HONDURAS

Sr. J. D. URBIZO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. G. BU FIGUEROA, Ministra Consejera, Misión Permanente, Ginebra
Sr. M. A. PÉREZ ZEPEDA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HUNGRÍA

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B. RÁTKAI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

INDIA

Mr S. SINGH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M.S. GROVER, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr V.K. TRIVEDI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

INDONESIA

Mr S.M. SOEMARNO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr A. SOMANTRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRÁN (REPÚBLICA ISLÁMICA DEL)

Dr B. SADRIZADEH, Adviser for Health and International Affairs to the Minister of Health and
Medical Education, Tehran
Mr R.B. MOKHTARI, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

IRLANDA

Mr P. KAVANAGH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms F. FLOOD, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr M. GALLAGHER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ISLANDIA

Mrs S. FRIDLEIFSDOTTIR, Minister for Health and Social Security, Reykjavik
Mr D.Á. GUNNARSSON, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik
Mr K.F. ARNASON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr H.W. HANNESSON, Ambassador, Permanent Representative, New York
Mr E. GUNNARSSON, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mrs K. OLAFSDOTTIR, Adviser to the Minister, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik
Mr I. EINARSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik
Mrs R. HARALDSDOTTIR, Director of Department, Ministry of Health and Social Security,
Reykjavik
Mr S. MAGNUSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik
Mrs I. DAVIDSDOTTIR, Counsellor, Ministry for Foreign Affairs, Reykjavik
Mr T. JONSSON, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr H.M. ARTHURSSON, Communications Officer, Ministry of Health and Social Security,
Reykjavik
Mrs A. KNUTSDOTTIR, Adviser, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik
Mrs E. MAGNUS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

ISLAS SALOMÓN

Mr C.F. SOALAOI, Minister of Health, Honiara

ISRAEL

Mr I. LEVANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr T. SHALEV-SCHLOSSER, Minister Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms D. NICOLAU-NORRIS, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Ms K. DWEK, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ITALIA

M. G. GHISI, Conseiller diplomatique du Ministre de la Santé, Rome
Mme L. FIORI, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève
Dr F. CICOGNA, Bureau des Rapports internationaux, Ministère de la Santé, Rome

KAZAJSTÁN

Dr Zh. KARAGULOVA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

KUWAIT

Mr A. Al-Abdallah AL-SABAH, Minister of Health, Kuwait
Mr D.A.R. RAZZOOQI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr A. AL-SEIF, Assistant Under-Secretary for Health Affairs, Kuwait
Mr N.A.A. AL-BADER, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr W. AL-WAQIYYAN, Director, Minister's Office Department, Ministry of Health, Kuwait
Mr A. AL-KHATEEB, Supervisor, Ministry of Health, Kuwait
Dr S.Kh. AL-ABDULRAZZAQ, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr H. AL-WAQIYYAN
Mr W. AL-BAHR

LÍBANO

Mr G. SOUFAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms M. DAGHER, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr A. ARAFA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

LITUANIA

Mr E. BORISOVAS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms R. KAZRAGIENE, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr V. ŠAKALYS, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

MALAWI

Mrs M. NGAUNJE, Minister of Health, Lilongwe
Dr S. KABULUZI, Deputy Director, Preventive Health Services, Ministry of Health, Lilongwe
Dr D. LIU, Health Adviser, Ministry of Health, Lilongwe

MALASIA

Mr W.A.R. WAN A YUSRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

MALTA

Mr S.F. BORG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr C. MERCIECA, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr R. SARSERO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

MARRUECOS

M. M. LOULICHKI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. N.-E. HALHOUL, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

MÓNACO

Mme C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève

MOZAMBIQUE

Professor P.I. GARRIDO, Minister of Health, Maputo (**Presidente de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud**)

Mr A.L.J. MANGUELE, Ministry of Health, Maputo

Mrs G.J. MACHATINE

Ms F. RODRIGUES, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr P.M. MOCUMBI, Maputo

Mr M. CARLOS, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr J.E. PAULO, Counsellor (Commercial), Permanent Mission, Geneva

MYANMAR

Mr NYUNT MAUNG SHEIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr NYUNT SWE, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mrs YIN YIN OO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr THA AUNG NYUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr BA HLA AYE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NICARAGUA

Sra. A. MARTÍN GALLEGOS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra

Sr. N. CRUZ TORUÑO, Primer Secretario, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Sr. N. SOMARRIBA FONSECA, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

NIGERIA

Professor E. LAMBO, Minister of Health, Abuja

NORUEGA

Mr W.C. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NUEVA ZELANDIA

Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva

OMÁN

Mr A.M.M. AL-RIYAMI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr Y. AL-ZADJALI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

PAÍSES BAJOS

Ms M.S. KAPPEYNE VAN DE COPPELLO, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr L. VAN DER HEIDEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
Mr H. VAN DER HOEVEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague
Ms F. NICOLAI, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague
Mr S. KAASJAGER, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms N. JAGESSAR, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Mr M. GRUSZKA, Adviser, Permanent Mission, Geneva

PAKISTÁN

Mr M. KHAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms T. JANJUA, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr S.A. GILLANI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

PANAMÁ

Sra. U. ALFÚ DE REYES, Embajadora, Representante Permanente Adjunta, Ginebra

PARAGUAY

Sr. R. GAUTO VIELMAN, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. G. AMARILLA, Ministra, Misión Permanente, Ginebra

PERÚ

Srta. E. BERAÚN, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

POLONIA

Ms R. LEMIESZEWSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

QATAR

Mr M.A. AL ATTIYAH, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London
Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

REPÚBLICA ÁRABE SIRIA

M. K. BITAR, Chargé d'affaires, Mission permanente, Genève
M. A. RAAD, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève
M. A. ANNAN, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

REPÚBLICA CHECA

Mr P. HRNČÍŘ, Deputy Permanent Representative, Geneva

REPÚBLICA DE COREA

Mr CHOI Hyuck, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr PARK Hun-yul, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms KIM Sunyoung, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Kang-hee, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Mr CHO Do-yeon, Korea International Foundation for Health and Development, Seoul

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

M. S. MUTOMB MUJING, Deuxième Conseiller, Mission permanente, Genève

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

Dr Bounkouang PHICHIT, Vice-Minister of Public Health, Vientiane
Dr Nao BOUTTA, Deputy Director of Cabinet, Ministry of Public Health, Vientiane

REPÚBLICA DOMINICANA

Dr. B. ROJAS GÓMEZ, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo
Dr. H. L. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Dra. T. QUEZADA
Dra. M. BELLO DE KEMPER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DE COREA

Mr JANG Il Hun, Counsellor, Permanent Misión, Geneva

REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA

Professor D.H. MWAKYUSA, Minister for Health and Social Welfare, Dar es Salaam
Mr M.Y.C. LUMBANGA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B.H. LUVANDA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr D.B. KAGANDA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr M.O. JOHN, Office of the Minister for Health and Social Welfare, Dar es Salaam

SUDÁFRICA

Mr T.D. MSELEKU, Director General, Department of Health, Pretoria
Ms M.K. MATSAU, Deputy Director-General, Strategic Health Programmes, Department of Health, Pretoria
Dr G.J. MTSHALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

SUDÁN

Dr T. BOTROS, Federal Minister of Health, Khartoum
Dr A. SID AHMED, Under-Secretary, Federal Ministry of Health, Khartoum
Mrs I.I.M. ELAMIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUECIA

Mrs E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr F. LENNARTSSON, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm
Ms A. MOLIN HELLGREN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr A. HILMERSON, Deputy Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

SUIZA

M. J. STREULLI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. G. SILBERSCHMIDT, Vice-directeur, Chef de la Division des affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne
M. J. MARTIN, Conseiller (Développement/Santé), Mission permanente, Genève
Mme B. SCHAER BOURBEAU, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

SURINAME

Mr E. NOORDZEE, Policy Adviser, Ministry of Health, Paramaribo

TIMOR-LESTE

Mr R. MARIA DE ARAUJO, Deputy Prime Minister, Dili
Ms V.E.M. LEMOS MARTINS, Chief-of-Staff to Deputy Prime Minister and Minister of Health, Dili
Mr A. DICK, Counsellor, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva
Mr D. BOUVIER
Ms K. BIERI
Mr S. PANIGHETTI
Ms D. WULANDARI

TOGO

Professeur K.C AGBA, Ministre de la Santé, Lomé
Dr P. TCHAMDJA, Directeur général de la Santé, Lomé

TÚNEZ

M. S. LABIDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. H. LANDOULSI, Conseiller, Mission permanente, Genève

TURKMENISTÁN

Dr B. SOPYEV, Deputy Minister of Health and Medical Industry, Ashgabat
Mr A. ORAZOV, Deputy Chief, State Sanitary and Epidemiological Bureau, Ministry of Health and
Medical Industry, Ashgabat

UCRANIA

Mrs S. HOMANOVSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

UGANDA

Mr S. MALINGA, Minister of Health, Kampala

UZBEKISTÁN

Mr B. OBIDOV, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

VANUATU

Mr I.M. STEVENS, Minister of Health, Port Vila
Mr S. BLONDELL, First Secretary, Ministry of Health, Port Vila

VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Sr. O. CARVALLO VALENCIA, Embajador, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente,
Ginebra
Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Sr. F. DI CERA, Funcionario de Apoyo, Misión Permanente, Ginebra

VIET NAM

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

YEMEN

Dr A. RASA', Minister of Health, Sana'a

Dr A. AL KHULIDI, Under-Secretary for Planning and Health Development, Ministry of Health, Sana'a

Mr A. AL-ARIANI, Ambassador, Chargé d'Affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

Mr K. AL-SAKKAF, Adviser to the Minister of Health, Sana'a

Mr A.A. SALLAM, Director General, Public Relations, Ministry of Health, Sana'a

Dr A.I. AL-MAHBESHI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ZIMBABWE

Mr C. CHIPAZIWA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**REPRESENTANTES DE LAS NACIONES UNIDAS
Y DE ORGANIZACIONES AFINES**

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office, Geneva

Ms C. KAESER, UNFPA Office, Geneva

Programa Mundial de Alimentos

Mr D. BELGASMI, Director, WFP Office in Geneva

Ms P. KENNEDY, Deputy Director, WFP Office in Geneva

Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente

Mr M. BURCHARD, Head, UNRWA Representative Office, Geneva

Ms S. HOLE, UNRWA Representative Office, Geneva

ONUSIDA

Dr P. PIOT, Executive Director

Mr E. MURPHY, Director, Governance, Donor and United Nations System Relations

Ms H. FRARY, Chief, Governance and United Nations System Relations

ORGANISMOS ESPECIALIZADOS Y ORGANIZACIONES CONEXAS

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

Mr T.N. MASUKU, Director, FAO Liaison Office with the United Nations, Geneva

Mr P. PAREDES PORTELLA, Liaison Officer, FAO Liaison Office with the United Nations, Geneva

Ms I. GALLETI, FAO Liaison Office with the United Nations, Geneva

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Ms I. BREINES, Director, UNESCO Liaison Office in Geneva

Ms K. HOLST, UNESCO Liaison Officer in Geneva

**REPRESENTANTES DE OTRAS ORGANIZACIONES
INTERGUBERNAMENTALES**

Liga de Estados Árabes

M. S. ALFARARGI, Ambassadeur,
Représentant permanent, Genève
M. A. AL FATHI, Ministre plenipotentiaire,
Délégation permanente, Genève

Organización de la Conferencia Islámica

Mr B. BA, Ambassador, Permanent Observer,
Geneva
Mr M.A. JERRARI, Minister Counsellor,
Permanent Observer Mission, Geneva

Unión Africana

Mrs K. MASRI, Permanent Observer, Geneva
Mr D. NEGOUSSE, Minister Counsellor,
Permanent Delegation, Geneva
Miss B. NAIDOO, First Secretary, Permanent
Delegation, Geneva
Mr F. GSOUMA, First Secretary, Permanent
Delegation, Geneva
Mr M. CHATTI, First Secretary, Permanent
Delegation, Geneva

**REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
QUE MANTIENEN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS**

Alianza Internacional de Mujeres

Ms H. SACKSTEIN
Ms M. PAL

**Asociación del Commonwealth sobre
Minusvalías Mentales y Discapacidades del
Desarrollo**

Dr V.R. PANDURANGI
Dr S. Prince AKPABLO

Asociación Internacional de Médicas

Dr C. BRETSCHER-DUTOIT

**Asociación Internacional para la Salud de la
Madre y del Recién Nacido**

Dr R. KULIER

Asociación Médica del Commonwealth

Dr M. TILNEY

CMC – Acción de las Iglesias por la Salud

Dr M. KURIAN
Dr M. KHOR KOK PENG
Mr R. TAYOB
Ms S. SHASHIKANT
Ms G. UPHAM

Colegio Internacional de Cirujanos

Professor P. HAHNLOSER

**Consejo de Organizaciones Internacionales
de las Ciencias Médicas**

Dr G. KREUTZ
Mr S.S. FLUSS

Consejo Internacional de Enfermeras

Dr J.A. OULTON
Dr T. GHEBREHIWET
Mrs L. CARRIER-WALKER

Federación Dental Internacional

Dr J.T. BARNARD
Dr H. BENZIAN
Dr A. VITALI

**Federación Internacional de Ginecología y
Obstetricia**

Dr B. BOURRIT

Federación Internacional de la Industria del Medicamento

Dr H.E. BALE
Dr E. NOEHRENBERG
Mrs S. CROWLEY
Ms L. AKELLO-ELOTU
Dr R.N. HYER

Federación Internacional de Mujeres de Negocios y Profesionales

Ms G. GONZENBACH

Federación Internacional de Planificación de la Familia

Ms M. HODGSON

Federación Internacional Farmacéutica

Mr T. HOEK

Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública

Ms J. BELL DAVENPORT
Dr T. ABELIN

Federación Mundial de Salud Mental

Mrs M. LACHENAL
Dr S. FLACHE
Ms A. YAMADA-VETSCH

Federación Mundial del Corazón

Mrs J. VOÛTE
Mrs H. ALDERSON
Mrs D. GRIZEAU-CLEMENS

Global Forum for Health Research

Dr A. DE FRANCISCO
Dr A. GHAFFAR
Mrs A. LIWANDER

The Network: Towards Unity for Health

Dr P. KEKKI

The Save the Children Fund

Ms R. KEITH
Ms N. CADGE
Ms C. MOREL

ACTAS RESUMIDAS

PRIMERA SESIÓN

Lunes 6 de noviembre de 2006, a las 9.40 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. **APERTURA DE LA REUNIÓN Y ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA:** punto 1 del orden del día provisional (documento EB119/1)

El PRESIDENTE declara abierta la 119ª reunión del Consejo Ejecutivo y da la bienvenida a los participantes.

2. **HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR. BARRINGTON WINT**

El PRESIDENTE rinde tributo a la labor del Dr. Barrington Wint, miembro del Consejo representante de Jamaica, fallecido en septiembre de 2006.

El Consejo, de pie, guarda un minuto de silencio.

3. **APERTURA DE LA REUNIÓN Y ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA:** punto 1 del orden del día provisional (documento EB119/1) (reanudación)

El PRESIDENTE da la bienvenida en particular al Sr. Dalley, el nuevo miembro representante de Jamaica, al Sr. Gao Qiang, nuevo miembro representante de China, al Sr. Takemi, nuevo miembro representante del Japón, al Dr. Khalfan, suplente de la Dra. Haffadh (Bahrein), y al Sr. Mihai, suplente del Sr. Nicolaescu (Rumania).

La presente reunión del Consejo ha sido convocada de conformidad con la resolución EB118.R2, adoptada el 30 de mayo de 2006 y titulada «Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud». En aplicación de lo dispuesto en el párrafo 4 de esa resolución, el orden del día tiene un único punto, titulado «Director General», y consta de dos subpuntos, titulados «Propuesta de nombramiento para el puesto» y «Proyecto de contrato».

Se adopta el orden del día.¹

El PRESIDENTE señala a la atención el calendario provisional y recuerda que, de conformidad con el artículo 7 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, el punto 2 del orden del día, «Director General», se examinará en sesiones abiertas, y que se han adoptado medidas especiales de seguridad para controlar el acceso a la Sala del Consejo durante esas sesiones.

¹ Véase p. 7.

Después de realizar consultas con los Estados Miembros que han propuesto candidatos para el puesto de Director General, se ha acordado que, en aras de la concordia, los candidatos no estén presentes en la Sala del Consejo durante los debates relacionados con la propuesta de nombramiento. Recuerda al Consejo las disposiciones del artículo 7 de su Reglamento Interior y expone el procedimiento previsto en el calendario provisional para el resto de la reunión.

4. DIRECTOR GENERAL: punto 2 del orden del día

Propuesta de nombramiento para el puesto: punto 2.1 del orden del día
(documento EB119/INF.DOC./1)

El Consejo se reúne en sesión abierta.

Se levanta la sesión a las 11.30 horas.

SEGUNDA SESIÓN

Lunes 6 de noviembre de 2006, a las 13.00 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

DIRECTOR GENERAL: punto 2 del orden del día (continuación)

Propuesta de nombramiento para el puesto: punto 2.1 del orden del día
(documento EB119/INF.DOC./1) (continuación)

**El Consejo se reúne en sesión abierta desde las 13.00 horas hasta las 16.35 horas,
y a continuación en sesión pública.**

El PRESIDENTE anuncia el resultado de la sesión abierta en la que el Consejo Ejecutivo ha elaborado la lista breve de cinco candidatos que optan a ser propuestos para el puesto de Director General, y dice que el hecho de que personalidades tan altamente competentes y distinguidas se hayan interesado por el puesto constituye un homenaje a la Organización. Esa circunstancia ha hecho particularmente difícil la tarea de los miembros del Consejo de preparar una lista breve. A continuación da lectura de los nombres de los candidatos, por orden alfabético:

Dr. Kazem Behbehani
Dra. Margaret Chan
Dr. Julio Frenk
Dr. Shigeru Omi
Sra. Elena Salgado Méndez.

Se levanta la sesión a las 16.45 horas.

TERCERA SESIÓN

Martes 7 de noviembre de 2006, a las 9.10 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

DIRECTOR GENERAL: punto 2 del orden del día (continuación)

Propuesta de nombramiento para el puesto: punto 2.1 del orden del día
(documento EB119/INF.DOC./1) (continuación)

El Consejo se reúne en sesión abierta.

Se levanta la sesión a las 13.00 horas.

CUARTA SESIÓN

Martes 7 de noviembre de 2006, a las 14.15 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

DIRECTOR GENERAL: punto 2 del orden del día (continuación)

Propuesta de nombramiento para el puesto: punto 2.1 del orden del día
(documento EB119/INF.DOC./1) (continuación)

El Consejo se reúne en sesión abierta.

Se levanta la sesión a las 17.30 horas.

QUINTA SESIÓN

Miércoles 8 de noviembre de 2006, a las 9.30 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. **DIRECTOR GENERAL:** punto 2 del orden del día (continuación)

Propuesta de nombramiento para el puesto: punto 2.1 del orden del día (documento EB119/INF.DOC./1) (continuación)

El Consejo se reúne en sesión abierta desde las 9.30 horas hasta las 11.55 horas, e inmediatamente después en sesión pública.

El PRESIDENTE anuncia, con emoción y orgullo, que el Consejo propone el nombramiento de la Dra. Margaret Chan para el puesto de Director General de la Organización Mundial de la Salud. No cabe duda de que las sesiones celebradas durante los tres últimos días serán consideradas por todos los participantes como una ocasión histórica. Representan una nueva oportunidad para la Organización y su trabajo en el siglo XXI, con todo los retos que éste conlleva, retos económicos y políticos como los de la globalización y los conflictos internacionales y retos como los que plantea la necesidad de transmitir el mensaje de que la Organización está dedicada a la búsqueda de la paz, la salud y el bienestar.

Aunque la prensa ha insinuado a veces que los órganos deliberantes están motivados por consideraciones diferentes de las éticas, los miembros del Consejo son dignos de encomio por haber desempeñado su cometido a conciencia y de la manera más honorable y ética posible.

En nombre del Consejo Ejecutivo, felicita a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO felicita a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento. Ella posee una excelente combinación de competencia técnica, experiencia de gestión, dotes de líder y aptitudes sociales, combinación que indudablemente le permitirá llevar adelante los legados de sus antecesores.

El orador expresa gratitud al Presidente por haber coordinado tan eficientemente las sesiones del Consejo, y da las gracias a todos los candidatos. La elevada calidad de las candidaturas indica claramente que la OMS despierta gran interés y que se reconoce su importancia.

Cada Director General da su toque personal a la Organización, mientras que aprovecha los logros y orientaciones precedentes. Está por abrirse un nuevo capítulo en la historia de la OMS. La Organización se encuentra en una posición singularmente fuerte. Nunca se había manifestado tanto apoyo e interés por la salud, ya sea a nivel mundial como local, tanto financieramente como políticamente, y en forma de conocimientos técnicos.

El orador dice que ha sido un honor y un privilegio actuar durante los últimos meses como Director General interino, y agradece al Consejo la expresión de gratitud plasmada en la resolución EB119.R4. Ha puesto lo mejor de sí, pero esa actuación hubiera resultado imposible sin el apoyo de todo el personal de la OMS o sin la confianza que el Dr. Lee ha inspirado en su personal.

En el momento de tomar posesión de ese cargo asumió tres compromisos, a saber: velar por que el proceso de elección transcurriera sin contratiempos y con eficiencia; mantener el impulso de las actividades técnicas de la Organización; y proseguir las reformas de la gestión respecto de las cuales él tenía una responsabilidad específica. Mucho se ha logrado en los últimos meses: la Organización no se ha paralizado, sino que se ha mantenido vigorosa; todavía queda mucho por hacer. Asegura a la Directora General propuesta su máximo apoyo posible para una transición sin problemas.

A petición del PRESIDENTE, el Dr. SAHELI (Jamahiriya Árabe Libia), Relator, da lectura de la resolución sobre la propuesta de nombramiento para el puesto de Director General adoptada por el Consejo en su sesión abierta.¹

El Consejo Ejecutivo

1. PROPONE a la Dra. Margaret Chan para el puesto de Director General de la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con lo establecido en el Artículo 31 de la Constitución;
2. SOMETE esta propuesta a la aprobación de la primera reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud.

Proyecto de contrato: punto 2.2 del orden del día (documento EB119/2)

A petición del PRESIDENTE, el Dr. SAHELI (Jamahiriya Árabe Libia), Relator, da lectura de la resolución sobre el proyecto de contrato del Director General adoptada por el Consejo en su sesión abierta.²

El Consejo Ejecutivo,
Vistas las disposiciones del artículo 109 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

1. SOMETE a la aprobación de la Asamblea Mundial de la Salud en su primera reunión extraordinaria el proyecto de contrato adjunto en el que se fijan los términos y condiciones del nombramiento del Director General;
2. RECOMIENDA a la primera reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La Asamblea Mundial de la Salud, en su primera reunión extraordinaria,

I

En virtud del Artículo 31 de la Constitución y del artículo 109 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

APRUEBA el contrato que fija los términos y condiciones del nombramiento, el sueldo y los demás emolumentos correspondientes al cargo de Director General;

SUSPENDE, de conformidad con el artículo 122 de su Reglamento Interior, la aplicación del artículo 108 de dicho Reglamento en lo que respecta a la duración del mandato del Director General, a fin de determinar la duración del mandato de la Dra. Margaret Chan;

DECIDE que el mandato de la Dra. Margaret Chan dé comienzo el 4 de enero de 2007 y termine el 30 de junio de 2012;

¹ Resolución EB119.R1.

² Resolución EB119.R2.

II

En virtud del artículo 112 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

AUTORIZA al Presidente de la primera reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud para que firme dicho contrato en nombre de la Organización.

El PRESIDENTE señala que el proyecto de contrato a que se hace referencia aparece reproducido en el documento EB119/2. Según se explica en éste, se determinará la preferencia de la candidata propuesta en lo concerniente al trato de los derechos de pensión y se informará al respecto a la Asamblea de la Salud en su primera reunión extraordinaria para que adopte una decisión cuando considere la posibilidad de aprobar el contrato del Director General.

A petición del PRESIDENTE, el Dr. SAHELI (Jamahiriya Árabe Libia), Relator, da lectura de la resolución titulada «Homenaje a la contribución del difunto Dr. Jong-wook Lee», adoptada por el Consejo en su sesión abierta.¹

El Consejo Ejecutivo,
Deseoso de reconocer los servicios prestados por el Dr. Jong-wook Lee a la Organización Mundial de la Salud,

RECOMIENDA a la Asamblea Mundial de la Salud que en su reunión extraordinaria adopte la resolución siguiente:

La Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión extraordinaria,
Recordando la pérdida del Dr. Jong-wook Lee, Director General de la Organización Mundial de la Salud;

Rindiendo tributo a su sacrificio personal, a su dedicación y profesionalidad y a la pasión con que afrontó todos los problemas;

Valorando los esfuerzos que desplegó para combatir la morbilidad mundial, en especial sus objetivos de asegurar el acceso al tratamiento antirretroviral a tres millones de personas afectadas por el VIH/SIDA para 2005 y de erradicar la poliomielitis;

Alabando su compromiso con la misión de la OMS de prestar ayuda a los pueblos para lograr el goce del grado máximo posible de salud;

Recordando que el Centro Estratégico de Información Sanitaria establecido en la Sede ha sido dedicado al Dr. Lee, y se le ha dado su nombre, en reconocimiento por su labor de vigilancia de la morbilidad mundial,

RINDE HOMENAJE a la inestimable contribución del Dr. Jong-wook Lee a las actividades de la OMS.

El Sr. CHOI Hyuck (República de Corea),² hablando en nombre de la familia del extinto Dr. Lee, agradece sinceramente al Presidente su iniciativa de rendir homenaje a la contribución del Dr. Lee. Éste seguramente hubiera dicho que sus logros habrían sido imposibles sin la cooperación estrecha y el apoyo firme de los Estados Miembros. En consecuencia, el orador agradece a todos los Estados Miembros el apoyo activo manifestado durante el mandato del Dr. Lee.

¹ Resolución EB119.R3.

² Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

El Dr. Lee se dedicó a la lucha contra la infección por VIH/SIDA a través de su iniciativa «tres millones para 2005» así como a la erradicación de la poliomielitis. Se comprometió a mejorar la preparación frente a la amenaza de la gripe aviar, ultimó con éxito la revisión del Reglamento Sanitario Internacional y procuró mejorar la salud en todo el mundo. La mejor manera de rendir homenaje a ese gran hombre es proseguir su trabajo.

El orador felicita a la Dra. Chan y se declara convencido de que ella aportará una gran contribución a las actividades de la OMS encaminadas a la promoción de la salud mundial y la prevención de las enfermedades. La contribución del Dr. Lee, por su parte, se sentirá no sólo en las principales iniciativas que él lanzó, sino también en pequeños gestos que llegan a los corazones de la gente, como el de plantar árboles conmemorativos en la sede de la OMS. Su Gobierno espera contar con la nueva Directora General para plantar un árbol en honor del Dr. Lee a modo de conmemoración y de signo de comienzo de una nueva era para la OMS.

El Dr. RASA' (Yemen),¹ hablando en nombre de los países árabes, hace suya la declaración del representante de la República de Corea, felicita calurosamente a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento y da las gracias al Presidente por su hábil conducción de las sesiones. Es de esperar que la Dra. Chan prosiga el camino allanado por el Dr. Lee y lleve adelante su trabajo.

A petición del PRESIDENTE, el Dr. SAHELI (Jamahiriya Árabe Libia), Relator, da lectura de una resolución titulada «Expresión de gratitud al Director General interino», adoptada por el Consejo en su sesión abierta.²

El Consejo Ejecutivo,

Con ocasión de la propuesta de nombramiento de un candidato para el puesto de Director General;

Alabando los notables esfuerzos que ha desplegado el Director General interino, Dr. Anders Nordström, para asegurar la continuidad de la labor y las actividades de la OMS después del súbito fallecimiento del Dr. Jong-wook Lee hace unos meses, en particular para facilitar la aplicación de la resolución EB118.R2, referente a la aceleración del procedimiento de elección del próximo Director General,

EXPRESA SU GRATITUD al Dr. Anders Nordström por su compromiso con la Organización y su contribución a la aplicación del programa sanitario mundial.

El PRESIDENTE señala que la resolución transmite el reconocimiento del Consejo por la manera en la cual el Dr. Nordström se hizo cargo de sus responsabilidades durante el periodo de transición entre la muerte repentina del Dr. Lee y la propuesta de nombramiento de la Dra. Chan. El orador le da las gracias en nombre del Consejo. Dispensa una calurosa bienvenida a la Dra. Chan y la invita a que haga uso de la palabra.

La Dra. CHAN se siente profundamente honrada por el voto de confianza del Consejo. La elección no fue fácil; ella era una más en una lista en la que figuraban algunas de las personalidades más destacadas de la salud pública. Son sus colegas, con quienes ella espera colaborar con la determinación común de conseguir que el mundo sea un lugar más saludable.

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

² Resolución EB119.R4.

Es un momento en que ella recibe un gran honor, pero también una gran responsabilidad personal que no toma a la ligera. Es asimismo un momento de reflexión y respeto. Se hallan reunidos a causa del fallecimiento prematuro del Dr. Lee Jong-wook, pero también de la muerte prematura de muchos millones de personas. El Dr. Lee será recordado por su iniciativa «tres millones para 2005», encaminada a prevenir el mayor número posible de defunciones prematuras.

Si al día siguiente la Asamblea de la Salud confirma su nombramiento, ella se propone llevar adelante el legado del Dr. Lee y de sus predecesores. Los miembros del Consejo conocen la visión que para la OMS ha forjado la oradora, las prioridades que ella desea introducir, así como su trayectoria y su experiencia. Tiene voluntad, pasión y humildad para servir a los Estados Miembros de la OMS, y también tiene la determinación de lograr resultados sanitarios. Se cuenta con la capacidad para hacerlo. Sólo queda planificar y definir prioridades con mucho acierto y actuar con habilidad. La Dra. Chan asegura al Consejo que trabajará incansablemente, con la mirada puesta en los objetivos acordados de consuno, el espíritu abierto a las opiniones de todos y el corazón entregado a las poblaciones de los países.

El Sr. GAO Qiang (China), hablando en nombre de su Gobierno, da una sincera enhorabuena a la Dra. Chan, cuyo talento, virtudes y dedicación a la salud la han hecho merecedora del apoyo de los miembros del Consejo. El orador manifiesta a éstos su agradecimiento. Ella honrará sus compromisos y se consagrará a la causa de la salud para todos. El Gobierno de China fortalecerá su cooperación con todos los Estados Miembros y con la Secretaría para promover la salud pública en el mundo entero.

El trabajo del Director General de la OMS no es fácil. Los problemas de salud pública afectan no sólo a las economías nacionales, sino también al desarrollo económico y social a escala mundial. Desde hace unos años, la infección por VIH/SIDA, la gripe aviar y otras enfermedades representan amenazas crecientes para la sociedad humana. Todos los candidatos han dado muestras de dedicación y valor para hacer frente a esos retos, valor que debe alentar a todos los Estados Miembros a mejorar la salud pública en sus respectivos países. El orador da las gracias a los candidatos, así como al Presidente por su conducción eficaz de la reunión del Consejo y a la Secretaría por sus intensos esfuerzos.

El Dr. KAKAR (Afganistán) dice que, cuando comenzó el proceso de nombramiento de Director General, temía que quizá prevalecieran las consideraciones políticas. Sin embargo, en el momento en que ese proceso se aproxima a su fin, el orador, como miembro del Consejo, se siente orgulloso de haber presenciado los impecables procedimientos orquestados por la OMS. Felicita a la Organización, especialmente al Director General interino, por haber gestionado tan bien el proceso, y al Presidente por su enfoque ético. El orador está convencido de que se ha seleccionado al mejor candidato, y felicita a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento.

El Dr. AL-SHAMMARI (Iraq) elogia la manera en que el Presidente ha dirigido la reunión y felicita a la Dra. Chan, cuya pericia y sabiduría garantizan que será una buena conductora de la OMS. La exhorta a que preste especial atención a los países pobres, especialmente al Iraq que está experimentando tanto sufrimiento y destrucción.

El Sr. TAKEMI (Japón) expresa sus sinceras felicitaciones a la Dra. Chan. El Japón apoyará sus iniciativas encaminadas a mejorar la salud para todos en el mundo entero.

La Sra. SOUKATE (Chad)¹ reconoce la calidad de todos los candidatos y rinde tributo a su sentido del juego limpio. Como mujer, es consciente de que la Dra. Chan asume una responsabilidad particularmente difícil. Las mujeres se encuentran entre los grupos de población más vulnerables del mundo. Mu-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

chas de ellas carecen de acceso al agua potable. En el Chad, la mortalidad materna e infantil van en aumento en una situación de conflicto muy difícil. Exhorta a la Dra. Chan a que preste especial atención a países como el Chad; como mujer, ella quizás pueda ver lo que no ven los ojos de los hombres. Le desea gran éxito en el desempeño de sus grandes responsabilidades.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) dice que, en los tres últimos días, la OMS se ha hecho acreedora de un gran reconocimiento por su transparencia y responsabilidad inigualables, que se han visto reflejadas en las decisiones justas y el liderazgo sabio del Presidente. Felicita a la Dra. Chan, premiada ya por Tailandia por haber conseguido controlar eficazmente la gripe aviar en Hong Kong en 1998. Su compromiso de colaborar estrecha y constructivamente con los demás candidatos, todos ellos grandes líderes de la salud pública, es una muestra de amplitud de miras. Cabe esperar que en el futuro mejoren, en beneficio de la salud mundial, las relaciones de la OMS con todas las asociaciones mundiales de salud que se están estableciendo.

El Dr. PHOOKO (Lesotho) dice que el proceso de propuesta de nombramiento del nuevo Director General llega a su fin sin contratiempos, y él desea agradecer el trabajo realizado por el Director General interino y por el personal de la Secretaría y el liderazgo excelente demostrado por el Presidente. Felicita a la Dra. Chan por haber ganado una elección tan reñida y rinde homenaje a los otros candidatos. Desea a la Dra. Chan y a la OMS un futuro bueno y próspero.

El Dr. BAILÓN (México) expresa la sincera felicitación de su Gobierno a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento. México seguirá colaborando estrechamente con la Organización bajo su liderazgo. Su Gobierno expresa agradecimiento a los países que han apoyado la candidatura del Dr. Frenk, de quien está muy orgulloso.

El Sr. DALLEY (Jamaica) recuerda el llamamiento pronunciado por su delegación en mayo de 2006 para que se acelerara el proceso de elección de un nuevo Director General.¹ Agradece al Director General interino y a sus colaboradores la manera en la cual la Organización ha seguido funcionando después de la defunción del Dr. Lee, y expresa un agradecimiento sincero a todos los candidatos. En particular, la última ronda de votación ha revelado el grado de integridad de la OMS.

Felicita cordialmente a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento. El mundo aguarda con expectativa su liderazgo, y la Región de las Américas espera deseosa su primera visita.

El Dr. TANGI (Tonga), hablando en nombre de los Estados Miembros pequeños, felicita al Director General interino y a sus colaboradores por la preparación y gestión eficientes de las sesiones. El Presidente también merece reconocimiento por su conducción de la reunión. El orador rinde homenaje a todos los candidatos, felicita a la Dra. Margaret Chan por la propuesta de nombramiento y le asegura el apoyo de su país en el desempeño de su importante labor.

El Dr. SHANGULA (Namibia) elogia el liderazgo del Presidente, felicita a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento y expresa agradecimiento a los otros candidatos, quienes han contribuido a que el concurso fuera tan interesante.

El Sr. ABDULLA (Bahrein), el Dr. SADRIZADEH (República Islámica del Irán) y el Sr. AL-SAIF (Kuwait) también encomian el transcurso sin contratiempos de las reuniones, felicitan a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento para el puesto de Director General, expresan confianza en su competencia y le desean gran éxito en su tarea.

¹ Documento EBSS-EB118/2006/REC/1, acta resumida de la reunión extraordinaria.

El Dr. JEAN LOUIS (Madagascar) sugiere que el Dr. Lee se sentiría complacido de que el honor de la OMS y su propio legado hayan sido respetados durante todo el proceso de propuesta de nombramiento de su sucesora. La Organización ha demostrado que es una familia grande y unida. El orador felicita a todos los candidatos. Con la Dra. Chan como Directora General, la gran familia de la OMS sin duda se unirá aún más.

La Sra. HALTON (Australia) rinde homenaje al trabajo del Dr. Lee. La OMS acaba de atravesar un territorio completamente inexplorado en un periodo difícil, y su desempeño pone de manifiesto las virtudes de la Organización y de su gobernanza. La Secretaría, bajo el Director General interino, ha realizado un trabajo sobresaliente, y el Presidente ha demostrado gran habilidad para llevar a término puntualmente el cometido del Consejo. El hecho de que tantos candidatos excelentes se hayan presentado a la Organización dispuestos a hacer frente a problemas tan difíciles significa que la OMS tiene muchas posibilidades de éxito en su labor. No obstante, menos del 10% de los miembros del Consejo son mujeres, pese al hecho de que, como ha señalado la representante del Chad, las mujeres y los niños destacan entre los grupos expuestos a las condiciones sanitarias más desfavorables. Felicita a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento, y le pide encarecidamente que centre su atención en la meta de la salud para todos, en particular en las mujeres y los niños, que se encuentran entre los grupos de población más vulnerables.

El DIRECTOR REGIONAL PARA EUROPA, hablando en nombre de todos los Directores Regionales y del personal de todos los niveles y regiones geográficas de la Organización, felicita a la Dra. Chan por la propuesta de nombramiento, le asegura su apoyo incondicional y expresa una gratitud sincera al Director General interino por su apertura hacia las regiones.

2. CLAUSURA DE LA REUNIÓN: punto 3 del orden del día

Tras el habitual intercambio de fórmulas de cortesía, el PRESIDENTE declara clausurada la reunión.

Se levanta la sesión a las 13.05 horas.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO

120^a REUNIÓN

GINEBRA, 22-29 DE ENERO DE 2007

ACTAS RESUMIDAS

GINEBRA
2007

INTRODUCCIÓN

La 120ª reunión del Consejo Ejecutivo se celebró en la sede de la OMS, Ginebra, del 22 al 29 de enero de 2007. Sus actas se publican en dos volúmenes. El presente volumen contiene las actas resumidas de los debates del Consejo, la lista de participantes y de los miembros de la Mesa, y la composición de los comités y grupos de trabajo. Las resoluciones y decisiones, con sus correspondientes anexos, se publican en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1.

ÍNDICE

	Página
Introducción	53
Orden del día	59
Lista de documentos	63
Lista de miembros y otros participantes	69
Comités y grupos de trabajo	97

ACTAS RESUMIDAS

Primera sesión

1. Apertura de la reunión y adopción del orden del día	99
2. Organización de los trabajos	100
3. Informe del Director General	100

Segunda sesión

1. Informe de la Directora General (continuación)	110
2. Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo	111
3. Asuntos técnicos y sanitarios	
Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo	
Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de <i>Variola virus</i>	113
Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación	113
Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo	120

Tercera sesión

1. Asuntos de personal	
Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental	125
2. Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (continuación)	126
Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo (continuación)	126
Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo	128
Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	133

Cuarta sesión

Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (continuación)	137
Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (continuación)	141
Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial	143

Quinta sesión

Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad	152
Sistemas de salud, incluidos los sistemas de atención de emergencia	160

Sexta sesión

Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Género, mujer y salud: proyecto de estrategia para integrar el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS	170
Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico	179

Séptima sesión

Asuntos programáticos y presupuestarios	
Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, incluido el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009	
• Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013	185
• Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009	185

Octava sesión

1.	Asuntos programáticos y presupuestarios (continuación)	
	Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, incluido el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 (continuación)	
	• Bienes inmuebles: proyecto de plan de mejoras	197
	• Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 (continuación)	198
2.	Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
	Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo (continuación)	199
	Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo (continuación)	204
	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial (continuación)	208
	Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico (continuación)	213

Novena sesión

1.	Organización de los trabajos	221
2.	Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
	Cibersalud: terminología normalizada	221
	Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad (continuación)	225

	Página
Sistemas de salud, incluidos los sistemas de atención de emergencia (continuación) .	228
Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad (reanudación)	231
Género, mujer y salud: proyecto de estrategia para integrar el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS (continuación)	232
Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción	234
Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo (continuación)	240
 Décima sesión	
Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Contribución de la medicina tradicional a la salud pública: la hoja de coca	246
Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	247
Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial	248
Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo (continuación)	253
Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (continuación)	254
Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial (continuación)	257
Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo (continuación)	
• Tecnologías sanitarias esenciales	264
Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico (continuación)	265
 Undécima sesión	
Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo (continuación)	
• Tecnologías sanitarias esenciales (continuación)	266
• Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de <i>Variola virus</i> (continuación)	266
• Promoción de la salud en un mundo globalizado	274
• Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias	275
 Duodécima sesión	
1. Asuntos financieros	
Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución	279
Escala de contribuciones 2008-2009	279
Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera	280
2. Asuntos de personal (continuación)	
Recursos humanos: informe anual	280
Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional	281
Confirmación de la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas del marco general recomendado por la Comisión de Administración Pública Internacional, incluidos la aplicación y el costo de las modificaciones del Reglamento de Personal	281
Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal	281
Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS	283

3.	Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
	Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico (continuación)	284
	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo (continuación)	
	• Promoción de la salud en un mundo globalizado (continuación)	289
	• Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias (continuación)	292
	Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo (continuación)	296
	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo (reanudación)	
	• Tecnologías sanitarias esenciales (continuación)	301
	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial (continuación)	303
4.	Asuntos administrativos	
	Director General y Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud: examen de las cuestiones planteadas en la reunión extraordinaria y la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo	308

Decimotercera sesión

1.	Asuntos administrativos (continuación)	
	Director General y Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud: examen de las cuestiones planteadas en la reunión extraordinaria y la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo (continuación)	316
	La OMS y la reforma del sistema de las Naciones Unidas	316
	Informes de los comités del Consejo Ejecutivo	
	• Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales	319
	• Fundaciones y premios	319
	Orden del día provisional de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud y fecha y lugar de celebración de la 121ª reunión del Consejo Ejecutivo	321
2.	Asuntos para información	
	Comités de expertos y grupos de estudio	324
	Informes sobre los progresos realizados	
	A. Promoción del envejecimiento activo y saludable (resolución WHA58.16) ...	324
	C. Problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol (resolución WHA58.26)	325
	D. Preparación y respuesta frente a emergencias (resolución WHA59.22)	325
	E. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA (resolución WHA59.12)	325
	G. <i>Informe mundial sobre la violencia y la salud</i> : aplicación de las recomendaciones	325
	H. Red de Sanimetría	325
	I. Prevención y control del cáncer (resolución WHA58.22): cáncer cervicouterino	326
	J. Reducción de la mortalidad mundial por sarampión	326
3.	Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo (continuación)	
	• Tecnologías sanitarias esenciales (continuación)	326
4.	Clausura de la reunión	330

ORDEN DEL DÍA¹

1. Apertura de la reunión y adopción del orden del día
2. Informe del Director General
3. Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
4. Asuntos técnicos y sanitarios
 - 4.1 Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación
 - 4.2 Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo
 - 4.3 Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo
 - 4.4 Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - 4.5 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial
 - 4.6 Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad
 - 4.7 Sistemas de salud, incluidos los sistemas de atención de emergencia
 - 4.8 Género, mujer y salud: proyecto de estrategia para integrar el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS
 - 4.9 Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico
 - 4.10 Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial
 - 4.11 Cibersalud: terminología normalizada
 - 4.12 Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo
 - Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus*
 - Promoción de la salud en un mundo globalizado

¹ Adoptado por el Consejo en su primera sesión (22 de enero de 2007).

- Tecnologías sanitarias esenciales
- Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias

4.13 Contribución de la medicina tradicional a la salud pública: la hoja de coca

4.14 Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción

4.15 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

5. Asuntos programáticos y presupuestarios

Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, incluido el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009

- Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013
- Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009
- Bienes inmuebles: proyecto de plan de mejoras

6. Asuntos financieros

6.1 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

6.2 Escala de contribuciones 2008-2009

6.3 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera

7. Asuntos de personal

7.1 Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental

7.2 Recursos humanos: informe anual

7.3 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional

7.4 Confirmación de la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas del marco general recomendado por la Comisión de Administración Pública Internacional, incluidos la aplicación y el costo de las modificaciones del Reglamento de Personal

7.5 Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal

7.6 Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS

-
8. Asuntos administrativos
 - 8.1 Director General y Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud: examen de las cuestiones planteadas en la reunión extraordinaria y la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo
 - 8.2 La OMS y la reforma del sistema de las Naciones Unidas
 - 8.3 Informes de los comités del Consejo Ejecutivo
 - Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales
 - Fundaciones y premios
 - 8.4 Orden del día provisional de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud y fecha y lugar de celebración de la 121ª reunión del Consejo Ejecutivo
 9. Asuntos para información
 - 9.1 Comités de expertos y grupos de estudio
 - 9.2 Informes sobre los progresos realizados
 - A. Promoción del envejecimiento activo y saludable (resolución WHA58.16)
 - B. [transferido a la sección 4 como subpunto 4.15]
 - C. Problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol (resolución WHA58.26)
 - D. Preparación y respuesta frente a emergencias (resolución WHA59.22)
 - E. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes inter-nacionales en materia de SIDA (resolución WHA59.12)
 - F. [transferido a la sección 4 como subpunto 4.14]
 - G. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*: aplicación de las recomendaciones
 - H. Red de Sanimetría
 - I. Prevención y control del cáncer (resolución WHA58.22): cáncer cervicouterino
 - J. Reducción de la mortalidad mundial por sarampión
 10. Clausura de la reunión
-

LISTA DE DOCUMENTOS

EB120/1 Rev.1	Orden del día ¹
EB120/1(anotado)	Orden del día provisional (anotado)
EB120/2	Informe de la Directora General al Consejo Ejecutivo en su 120ª reunión
EB120/3	Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
EB120/4 Rev.1	Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación
EB120/4 Rev.1 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB120/5	Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo
EB120/5 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB120/6	Género, mujer y salud: proyecto de estrategia
EB120/6 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB120/7	Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos destinados a los niños. Uso racional de los medicamentos
EB120/7 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB120/8	Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo
EB120/8 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²

¹ Véase p. 59.

² Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 6.

EB120/9	Cybersalud: terminología normalizada
EB120/10	Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad
EB120/11	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de <i>Variola virus</i>
EB120/11 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
EB120/12	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo. Promoción de la salud en un mundo globalizado
EB120/12 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
EB120/13	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo. Tecnologías sanitarias esenciales
EB120/13 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
EB120/14	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo. Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias
EB120/14 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
EB120/15	Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
EB120/15 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹

¹ Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 6.

EB120/16	Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
EB120/17	Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, incluido el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009. Resumen de orientación
EB120/18	Bienes inmuebles: proyecto de plan de mejoras
EB120/18 Add.1	Bienes inmuebles: proyecto de plan de mejoras
EB120/19	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
EB120/20	Escala de contribuciones 2008-2009 ¹
EB120/21 y Corr.1	Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera
EB120/22	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial
EB120/22 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB120/23	Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental
EB120/24	Recursos humanos: informe anual
EB120/24 Add.1 y Corr.1	Recursos humanos: informe anual
EB120/25	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
EB120/26	Confirmación de la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas del marco general recomendado por la Comisión de Administración Pública Internacional, incluidos la aplicación y el costo de las modificaciones del Reglamento de Personal. Aplazamiento de la entrada en vigor de las modificaciones del Reglamento de Personal ³
EB120/26 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²

¹ Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 2.

² Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 6.

³ Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 5.

EB120/27	Sistemas de salud. Sistemas de atención de emergencia
EB120/27 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
EB120/28 Rev.1	Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial
EB120/28 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
EB120/29	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal ²
EB120/29 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
EB120/30	Director General y Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud: examen de las cuestiones planteadas en la reunión extraordinaria y la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo ³
EB120/31 y Corr.1	La OMS y la reforma del sistema de las Naciones Unidas
EB120/32	Orden del día provisional de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud
EB120/33	Comités de expertos y grupos de estudio
EB120/34	Comités de expertos y grupos de estudio. Cuadros y comités de expertos y su composición
EB120/35	Informes sobre los progresos realizados
EB120/35 Add.1 y Corr.1	Informes sobre los progresos realizados
EB120/36	Contribución de la medicina tradicional a la salud pública: la hoja de coca
EB120/37	Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos destinados a los niños. Mejora de los medicamentos esenciales destinados a los niños
EB120/37 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹

¹ Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 6.

² Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 1.

³ Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 3.

EB120/38	Sistemas de salud
EB120/38 Add.1	Sistemas de salud. Sistemas de gestión de la garantía de la calidad
EB120/39	Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de <i>Variola virus</i> . Octava reunión del Comité Asesor de la OMS en investigaciones sobre el Virus Variólico
EB120/40	Informe del ex Director General interino al Consejo Ejecutivo en su 120ª reunión
EB120/41	Informes de comités del Consejo Ejecutivo. Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales ¹
EB120/41 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
MTSP/2008-2013 PPB/2008-2009 y Corr.1	Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 Anteproyecto de presupuesto por programas 2008-2009

Documentos de información

EB120/INF.DOC./1	Informes sobre los progresos realizados. F. Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción. Áreas para una implementación temprana
EB120/INF.DOC./2	Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
EB120/INF.DOC./3	Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Prácticas óptimas para intercambiar los virus gripales y los datos sobre su secuencia
EB120/INF.DOC./4	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción
EB120/INF.DOC./5	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción. Seguimiento de la primera reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental

¹ Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 4.

² Véase el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/1, anexo 6.

Documentos varios

EB120/DIV/1 Rev.1	Lista de miembros y otros participantes
EB120/DIV/2	Calendario diario preliminar
EB120/DIV/3	Decisiones y lista de resoluciones
EB120/DIV/4	Lista de documentos

LISTA DE MIEMBROS Y OTROS PARTICIPANTES

MIEMBROS, SUPLENTES Y ASESORES

BOLIVIA

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal del Ministerio de Salud y Deportes, La Paz

(Presidente)

Suplentes

Sra. A. NAVARRO LLANOS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra

Sra. G. P. DE LA CRUZ, Ministra Consejera, Misión Permanente, Ginebra

AFGANISTÁN

Dr A.S. SALEHI, Director, External Relations Department, Ministry of Public Health, Kabul

Suplentes

Dr N. TARZI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr D. HACHEMI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

AUSTRALIA

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra

Suplentes

Professor J. HORVATH, Chief Medical Officer, Department of Health and Ageing, Canberra

Ms J. HEFFORD, Assistant Secretary, International Strategies Branch, Department of Health and Ageing, Canberra

Mr C. SINDALL, Senior Adviser, Population Health Division, Department of Health and Ageing, Canberra

Ms C. MILLAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms C. PATTERSON, Minister-Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr G. ADLIDE, Counsellor (Development), Permanent Mission, Geneva

Asesores

Mr T. POLETTI, Aid Adviser, AusAID, Permanent Mission, Geneva

Mr S. THOM, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms L. OATES-MERCIER, Program Officer, AusAID, Permanent Mission, Geneva

Ms C. HOLLIDAY, United Nations Section, Permanent Mission, Geneva

AZERBAIYÁN

Mr O.K. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku (**Vicepresidente**)

Suplentes

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr S. ABDULLAYEV, Head, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr S. TAGHIZADE, Adviser, Permanent Mission, Geneva

Mr R. NOVRUZOV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama (**suplente de la Dra. N. A. Haffadh**)

BHUTÁN

Mr S.T. RABGYE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva (**suplente del Dr. Jigmi Singay**)

Suplente

Dr D. WANGCHUK, Director-General, Department of Medical Services, Ministry of Health, Thimphu

Asesores

Ms D. TSHERING, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. WANGCHUK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

BRASIL

Dr P.M. BUSS, President, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Suplentes

Mr C.A. DA ROCHA PARANHOS, Ambassador, Alternate Permanent Representative, Geneva

Mr F. CAMPOS, Secretary of Management in Work and Education in Health, Ministry of Health, Brasília

Mr S. ALCÁZAR, Minister Counsellor, Head, Department of International Affairs, Ministry of Health, Brasília

Mr G. DE AGUIAR PATRIOTA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms R. MELO, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr C. FRANCO BERBERT, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CHINA

Dr QI Qingdong, Deputy Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing (**suplente del Dr. Ren Minghui**)

Suplentes

Mr SHA Zukang, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr LIANG Dongming, Deputy Director-General, Office of Health Emergency and Response, Ministry of Health, Beijing

Mr FU Cong, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr XING Jun, Director of Division, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr CHEN Guosheng, Deputy Director of Division, Bureau of Veterinary, Ministry of Agriculture, Beijing

Ms LAN Mei, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr WANG Chuan, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr ZHANG Ze, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms SITU Sujian, Programme Officer, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

DINAMARCA

Dr E. SMITH, Acting Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen

Suplentes

Mr M. JØRGENSEN, Head of Division, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen

Mrs M.-L. OVERVAD, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Asesores

Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Dr S.J. JØRGENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Ms S. ABILD, Head of Section, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen

Ms M. HESSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

DJIBOUTI

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti

Suplentes

M. M.S. DOUALÉ, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. A. MOHAMED ABOUBAKER, Directeur de l'Etude et de la Planification, Ministère de la Santé, Djibouti

M. A. ABDILLAH ASSOWEH, Chef de Service, Système d'Information sanitaire, Djibouti

Mlle M. ABDOURAHMAN-ABDI, Comité de Coordination multisectorielle, Djibouti

EL SALVADOR

Dr. H. A. URBINA, Director General de Salud, Ministerio de Salud y Asistencia Social, San Salvador
(**suplente del Dr. J. G. Maza Brizuela**)

Suplente

Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ESLOVENIA

Dr B. VOLJČ, Adviser, The Blood Transfusion Centre of Slovenia, Ljubljana

Suplentes

Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms V.-K. PETRIČ, Secretary, Ministry for Health, Ljubljana

Ms G. KORŽE, Secretary, Ministry for Health, Ljubljana

Mr I. JUKIČ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Dr J.O. AGWUNOBI, Assistant Secretary for Health, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Suplentes

Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Affairs, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Mr M. ABDOO, International Health Analyst, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical Specialized Agencies, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC

Ms D. GIBB, Senior Technical Adviser, Bureau for Global Health, Agency for International Development, Washington, DC

Mr D.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Asesores

Ms A.L. CHICK, International Resource Management Officer, Permanent Mission, Geneva

Mr D. MORFESI, Attaché (WTO), Office of the United States Trade Representative, Permanent Mission, Geneva

IRAQ

Dr R.H. AL-EISSAWI, Acting Minister of Health, Baghdad (**suplente del Dr. A. H. I. Al-Shammari**)

Suplentes

Mr B.H. AL-SHIBIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr A.R. OTHMAN, Minister of Health, Kurdistan Regional Government

Miss M.A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr A. IBRAHIM, Ministry of Health, Baghdad

Mr M. AL-EISSAWI, Ministry of Health, Baghdad

Dr A. KAWA KHALIL, Ministry of Health, Baghdad

Mr M.J. HIWAL, Ministry of Health, Baghdad

JAMAICA

Dr G. ALLEN-YOUNG, Permanent Secretary, Ministry of Health, Kingston (**suplente del Sr. H. Dalley**)

Suplentes

Ms G. MATHURIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr S. CAMPBELL FORRESTER, Acting Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

Mrs A. DUBIDAD-DIXON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAMAHIRIYA ÁRABE LIBIA

Dr A.H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli (**Relator**)

Suplentes

Ms N. AL-HAJJAJI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr B. ALLAGE, Department for Childhood, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli

Mr F. ABUSAA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAPÓN

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Tokyo

Suplentes

Mr O. YAMANAKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr H. INOUE, Director, International Cooperation Office, International Affairs Division,
Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Mr K. NATSUME, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mrs T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Dr S. KOIKE, Deputy Director, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry
of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Ms M. IMAI, Deputy Director, International Cooperation Office, Minister's Secretariat,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr R. AKIZUKI, Section Chief, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry
of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Asesores

Dr H. YOSHIDA, Senior Researcher, Department of Virology II, National Institute of
Infectious Diseases, Tokyo

Dr E. INAOKA, Social Development Specialist (Health), Social Development Division, Sector
Strategy Development Department, Japan Bank for International Cooperation, Tokyo

KENYA

Dr J. NYIKAL, Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi (**Vicepresidente**)

Suplentes

Professor M. NZOMO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr P.R.O. OWADE, Ambassador, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr T. MBOYA OKEYO, Counsellor (Medical), Permanent Mission, Geneva

Dr A.E.O. OGWELL, Head, International Health Relations, Ministry of Health, Nairobi

LESOTHO

Mr T.J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru
(**suplente del Dr. M. Phoko**)

Suplentes

Dr M.A. MARUPING, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr L. BUDIAKI, Director of Primary Health Care, Ministry of Health and Social Welfare,
Maseru

Dr E. NDOBE, Head, Oral Health Division, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mr L. KOPELI, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mrs A. MARUPING

LETONIA

Dr V. JAKSONS, Adviser of the State Secretary on International Affairs, Ministry of Health, Riga

Asesores

Mr J. KARKLINS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs N. FREIMANE, Head, Division of International Relations, Department of Legal Affairs
and International Cooperation, Ministry of Health, Riga

Mrs I. DREIMANE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health and Social Welfare, Monrovia

LUXEMBURGO

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg

Suplentes

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

MADAGASCAR

Dr M.P. RAHANTANIRINA, Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du
Planning familial, Antananarivo (**suplente del Dr. R. R. Jean Louis**)

Suplentes

M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. J.-M. RASOLONJATOVO, Conseiller technique, Mission permanente, Genève

M. R. RAKOTONARIVO, Conseiller technique, Mission permanente, Genève

MALÍ

Dr Z.M. YOUBA, Ministre de la Santé, Bamako

Suplentes

M. S.L. SOW, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr S. DIALLO, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Bamako

M. S. KASSE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

MÉXICO

Dr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, D. F.

Suplentes

Dr. J. A. CÓRDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, México, D. F.

Sr. L. A. DE ALBA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. P. MACEDO, Embajador, Representante Permanente Alterno, Ginebra

Dra. M. A. FROMOW, Titular, Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social,
Secretaría de Salud, México, D. F.

Dr. C. RUIZ MATUS, Coordinador de Asesores, Subsecretaría de Prevención y Promoción de
la Salud, Secretaría de Salud, México, D. F.

Dr. F. MENESES GONZÁLEZ, Asesor, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud, México, D. F.

Sra. A. VELÁSQUEZ, Directora General, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en
Salud, Secretaría de Salud, México, D. F.

Dr. E. JARAMILLO NAVARRETE, Director Ejecutivo, Operación Internacional, Comisión
Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Secretaría de Salud, México, D. F.

Sra. D. M. VALLE ÁLVAREZ, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

NAMIBIA

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

Suplentes

Ms D. TJIPURA, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

Ms E.K. KAMBARU, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Président, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

Suplentes

M. F. XAVIER ESTEVES, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Professeur M.C. MACHADO, Haut Commissaire pour la Santé, Lisbonne

M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

Mme E. NUNES, Directrice de Services, Direction générale pour la Santé, Lisbonne

Professeur B. PADILLA, Expert, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

Mme I. ANDRADE, Expert, Direction générale pour la Santé, Lisbonne

Mme D. MAULIDE, Expert, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

RUMANIA

Dr V. ILIESCU, Secrétaire d'Etat, Ministère de la Santé publique, Bucharest (**suplente del**

Sr. E. Nicolaescu)

Suplentes

M. D. COSTEA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr L. MIHAI, Directeur général, Direction générale des Relations internationales et des Affaires européennes, Ministère de la Santé publique, Bucharest

Mme L. POPESCU, Conseiller, Direction générale des Relations internationales et des Affaires européennes, Ministère de la Santé publique, Bucharest

Dr R. ARAFAT, Chef, Commission de Médecine d'urgence, Ministère de la Santé publique, Bucharest

M. F. PIRONEA, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

RWANDA

Dr J.D. NTAWUKULIRYAYO, Ministre de la Santé publique, Kigali

Suplentes

Mme V. SEBUDANDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

SINGAPUR

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State for Foreign Affairs, Singapore (**Vicepresidente**)

Suplentes

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr CHEW SUOK KAI, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health, Singapore

Asesores

Dr B. KOH, Assistant Director (Surveillance), Ministry of Health, Singapore
Mr C. WONG, Assistant Director (International Cooperation), Ministry of Health, Singapore
Ms D. TEO, Health Policy Analyst (International Cooperation), Ministry of Health, Singapore
Mr J. RATNAM, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms KOONG PAI CHING, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SRI LANKA

Mr N.S. DE SILVA, Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Suplente

Dr Y.D.N. JAYATHILAKA, Additional Secretary (Medical Services), Ministry of Healthcare and Nutrition, Colombo

TAILANDIA

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**Vicepresidente**)

Suplente

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy and Plan Analyst, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Asesores

Mr CHAIYONG SATJIPANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Deputy Director, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi
Dr SUPAKIT SIRILAK, Provincial Chief Medical Officer, Uthaitani Province
Dr SOMSAK AKKSILP, Director, Regional Office for Disease Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi
Dr YOT TEERAWATTANANON, Medical Officer, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi
Ms SRIPEN TANTIVESS, Pharmacist, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi
Ms WARRANYA TEOKUL, Policy and Plan Analyst, Office of the National Economic and Social Development Board, Bangkok
Ms PAWEENA TARNSONDHAYA, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi
Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

TONGA

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

TURQUÍA

Professor S. AYDIN, Deputy Under-Secretary, Ministry of Health, Ankara

Suplentes

Dr S. MOLLAHALILOGLU, Director, Public Health School, Ministry of Health, Ankara
Mr V.E. ETENSEL, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr G.C. IŞIK, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESTADOS MIEMBROS NO REPRESENTADOS EN EL CONSEJO EJECUTIVO¹**ALBANIA**

M. S. QERIMAJ, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. A. ALIA, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

ALEMANIA

Mr M. STEINER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr E. SEEBA, Director General, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr U. SCHOLTEN, Director, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr P. CERF, Counsellor, Federal Foreign Office, Berlin
Mr R. SCHROEER, Deputy Head of Division, Federal Foreign Office, Berlin
Mr T. HOFMANN, Acting Head of Division, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr L. SELWIG, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr G. HEGENDOERFER, Adviser, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr J.P. ECKENDORF, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Mrs M. BRAKALOVA, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Mr J. LILLIEHÖÖK, Adviser, European Council Secretariat, Geneva
Mr C. SCHREINER, Officer, Federal Ministry of Health, Bonn
Mrs M.-T. FLEISCHER, Adviser, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr A. WILLENBORG, Adviser, Federal Ministry of Health, Bonn

ANGOLA

Dr A. DO NASCIMENTO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr S. NETO DE MIRANDA, Permanent Mission, Geneva

ARGELIA

M. I. JAZAÏRY, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. M. BESSEDIK, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
M. M. CHABANE, Conseiller, Mission permanente, Genève
M. E.-H. EL BEY, Conseiller, Mission permanente, Genève

ARGENTINA

Dr. C. VIZZOTTI, Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Ministerio de Salud, Buenos Aires
Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra

¹ Participan en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

AUSTRIA

Dr C. KOKKINAKIS, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative, Geneva
Dr H. FRIZA, Minister (Public Health), Permanent Mission, Geneva
Mr M. MÜHLBACHER, Coordination, International Health, Federal Ministry of Health and Women,
Vienna

BANGLADESH

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M.E. MOWLA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BELARÚS

M. A. MOLCHAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

BÉLGICA

M. A. VAN MEEUWEN, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme B. MINART, Représentant permanent adjoint, Genève
M. A. DELIE, Conseiller, Mission permanente, Genève
Mme L. MEULENBERGS, Chef de Service, Service des Relations internationales, Service public
fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles
M. J. LARUELLE, Conseiller, Direction générale de la Coopération au Développement, Service
public fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement,
Bruxelles
M. J. DE PRETER, Secrétaire d'Ambassade, Mission permanente, Genève
M. J. DE VYLDER, Attaché, Mission permanente, Genève
Mme M.-H. TIMMERMANS, Délégué de la Communauté française de Belgique et de la Région
wallonne, Mission permanente, Genève
M. D. MAENAUT, Délégué du Gouvernement de la Flandre, Mission permanente, Genève
M. P. DEMOULIN, Directeur général adjoint, Direction générale de la Santé de la Communauté
française, Bruxelles

BELICE

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva
Mr T. TICHY, Permanent Mission, Geneva

BOSNIA Y HERZEGOVINA

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms A. KUNDUROVIĆ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOTSWANA

Mr B. MOKGOTHU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B. BONANG, First Secretary (Political/Economic), Permanent Mission, Geneva

BULGARIA

Mrs D. PARUSHEVA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BURKINA FASO

M. M. NÉBIÉ, Chargé d'affaires, Mission permanente, Genève
Mme E. BALIMA, Attaché d'Ambassade, Mission permanente, Genève

CAMBOYA

Mr PHAN PEUV, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CANADÁ

Mr B. EPHREM, Director-General, International Affairs, Health Canada, Ottawa
Mrs G. WISEMAN, Director, International Relations, Health Canada, Ottawa
Dr G. ASLANYAN, Senior Health Adviser, Policy Branch, Canadian International Development Agency, Ottawa
Mr J. BALL, Director, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada, Ottawa
Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr D. MACPHEE, Special Adviser, WHO/Global Health Issues, Foreign Affairs Canada, Ottawa
Mr D. STRAWCZYNSKI, Senior Adviser, International Affairs Division, Health Canada, Ottawa
Mrs N. STUEWER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CHILE

Sr. J. E. EGUIGUREN, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Sr. M. SANTA CRUZ, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

CHIPRE

Mr J.C. DROUSHIOTIS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr N. NICOLAOU, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms M. SOLOYIANNI, Adviser, Permanent Mission, Geneva

COLOMBIA

Dra. L. S. ARANGO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. D. MURILLO GARCIA, Misión Permanente, Ginebra

CONGO

M. R.J. MENGA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme D. BIKOUTA, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

COSTA RICA

Sr. L. A. VARELA QUIRÓS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. C. F. GARBANZO BLANCO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

CÔTE D'IVOIRE

M. T. MORIKO, Conseiller, Mission permanente, Genève
M. J.B. BAMBA, Mission permanente, Genève

CUBA

Sr. A. FERNÁNDEZ PALACIOS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. M. SÁNCHEZ OLIVA, Tercer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

ECUADOR

Sr. M. MONTALVO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. C. SANTOS, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

EGIPTO

Dr H. HINDI, Responsible for Francophonic Relations, International Cooperation and Agreements,
Ministry of Health and Population, Cairo

EMIRATOS ÁRABES UNIDOS

Mrs S.N. AL QASSIMI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESLOVAQUIA

Ms S. KOVÁCSOVÁ, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Bratislava
Ms E. JABLONICKÁ, Department of International Relations, Ministry of Health, Bratislava
Ms N. ŠEPTÁKOVÁ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESPAÑA

Sr. J. A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J. DE ARÍSTEGUI, Embajador, Representante Permanente Adjunto, Ginebra
Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Sr. O. GÓNZALEZ GUTIÉRREZ-SOLANA, Consejero Técnico, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid
Sra. I. SAIZ MARTÍNEZ-ACITORES, Jefe de Servicio, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ESTONIA

Mrs K. SIBUL, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ETIOPIA

Mr A. SHIKETA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

EX REPÚBLICA YUGOSLAVA DE MACEDONIA

Mrs K. SALMANI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERACIÓN DE RUSIA

Mr O. CHESTNOV, Deputy Director, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mr V. LOSHCININ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr V. NEBENZIA, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr N. LOZINSKIY, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mrs O. SHARAPOVA, Director, Department of Medical and Social Problems of Family, Maternal and Child Health, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Professor Y. MIKHAILOVA, Director, Central Research Institute of Health, Management and Information Systems, Moscow
Mr N. SIKACHEV, Senior Adviser, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow
Dr Y. FEDOROV, Deputy Director of Department, Federal Supervisory Service for Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow
Dr A. MELNIKOVA, Chief of Unit, Federal Supervisory Service for Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow
Mrs A. TEZIKOVA, Attaché, Legal Department, Ministry of Foreign Affairs, Moscow
Mrs E. VARAVIKOVA, Deputy Chief of Unit, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mr N. MAKHEL, Deputy Chief of Unit, Department of Pharmaceutical Activity, Human Welfare, Science and Education, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mrs A. KOROTKOVA, Deputy Director, Central Research Institute of Health Management and Information Systems, Moscow
Ms N. KULESHOVA, Chief Specialist, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mr Y. SIRENKO, Senior Specialist, Central Research Institute of Health Management and Information Systems, Moscow
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr L. KULIKOV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BERDYEV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr M. KOCHETKOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Mr D. KHUDOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

FINLANDIA

Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
Mr R. POMOELL, Senior Officer, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
Ms J. KOTKAJÄRVI, Counsellor, Ministry for Foreign Affairs, Helsinki
Mr K. PAASO, Government Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

FRANCIA

M. J.-M. RIPERT, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. F. GOYET, Direction des politiques de développement, Ministère des Affaires étrangères, Paris
M. G. DELVALLEE, Direction des Nations unies et des organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères, Paris
Mme E. JEAN, Chef, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris
Mme B. ARTHUR, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris
Mme I. VIREM, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris
Mme G. BONNIN, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris
Mlle A. SOCIAS, Direction des Nations unies et des organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères, Paris
Mme J. TOR-DE TARLÉ, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

GABÓN

Mme M. ANGONE ABENA, Conseiller, Mission permanente, Genève

GEORGIA

Mr T. BAKRADZE, Minister Plenipotentiary, Permanent Mission, Geneva

GHANA

Mr K. BAAH-DUODU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs L. ASIEDU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

GRECIA

Mr F. VERROS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M.-C. DIAMESIS, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva
Mr C.A. VOUSVOURAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

GUATEMALA

Sr. C. RAMIRO MARTÍNEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. S. HOCHSTETTER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Srta. S. URRUELA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HAITÍ

M. J.-C. PIERRE, Chargé d'Affaires a.i., Mission permanente, Genève
M. J.B. ALEXANDRE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève

HUNGRÍA

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr G. SOMOGYI, Attaché, Permanent Mission, Geneva

INDONESIA

Mr S.M. SOEMARNO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Dr I. NYOMAN KANDUN, Director-General, Disease Control and Environmental Health, Ministry
of Health, Jakarta
Mr A. SOMANTRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRLANDA

Mr P. KAVANAGH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms F. FLOOD, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Dr J. KIELY, Department of Health and Children, Dublin
Mr B. INGOLDSBY, Department of Health and Children, Dublin
Ms F. FLETCHER, Department of Health and Children, Dublin
Mr D. WEAKLIAM, Development Specialist, Irish Aid, Dublin
Mr M. GALLAGHER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ISLANDIA

Mr K.F. ARNASON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr I. EINARSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik
Mr R.G. KRISTJANSSON, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr T. JONSSON, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mrs A. KNUTSDOTTIR, Adviser, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

ISRAEL

Mr I. LEVANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr Y. SEVER, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Jerusalem
Ms N. FURMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms D. NICOLAU-NORRIS, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ITALIA

Mme L. FIORI, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
Dr F. CICOGLIA, Direction générale des Relations internationales, Ministère de la Santé, Rome
Professeur G. MAJORI, Directeur, Laboratoire de Parasitologie, Institut supérieur de la Santé, Rome
Mme M.P. RIZZO, Direction générale de la Coopération au Développement, Ministère des Affaires étrangères, Rome
M. G. GHISI, Ministre Conseiller, Ministère de la Santé, Rome
Mme M. CAPRIOLA, Attaché, Mission permanente, Genève

JORDANIA

Mr H. AL-HUSSEINI, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr H. QUDAH, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Mr M. HINDAWI, Attaché, Permanent Mission, Geneva

KAZAJSTÁN

Dr Z. KARAGULOVA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LITUANIA

Mr E. BORISOVAS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms R. KAZRAGIENE, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

MALAWI

Mrs M. NGAUNJE, Minister of Health, Lilongwe
Dr F.M.L. SALANIPONI, Director, National TB Control Programme, Ministry of Health, Lilongwe
Dr D. LU, Health Adviser, Ministry of Health, Lilongwe
Mr I. MWENYE, Office of the Minister, Ministry of Health, Lilongwe

MALASIA

Mr W.A.R. WAN A YUSRI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

MALTA

Mr S.F. BORG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr C. MERCIECA, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr R. SARSERO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

MARRUECOS

M. M. LOULICHKI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. N.-E. HALHOUL, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

MÓNACO

Mme C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève
M. A. JAHLAN, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

NEPAL

Mr B.R. PAUDYAL, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NICARAGUA

Sra. A. MARTÍN, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra
Sr. N. CRUZ TORUÑO, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Sr. N. SOMARRIBA FONSECA, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

NORUEGA

Mr B.I. LARSEN, Director General, Norwegian Directorate of Health and Social Affairs, Oslo
Mr W.C. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs T. ROSCHER NIELSEN, Director General, Ministry of Health and Care Services, Oslo
Mr T.E. LINDGREN, Senior Adviser, Ministry of Health and Care Services, Oslo
Mr B. GARDEN, Senior Adviser, The Norwegian Agency for Development Cooperation, Oslo
Mr A.-P. SANNE, Project Director, Norwegian Directorate of Health and Social Affairs, Oslo
Mrs T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NUEVA ZELANDIA

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General of Health, Ministry of Health, Wellington
Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva

PAÍSES BAJOS

Mr B.J. VAN EENENNAAM, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms N. JAGESSAR, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Ms M.S. KAPPEYNE VAN DE COPPELLO, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr F. LA FEBER, Head, International Affairs Department, Ministry of Health, Welfare and Sport,
The Hague

Mr L. VAN DER HEIDEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague

Mr H. VAN DER HOEVEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Ms F. NICOLAI, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr B. WIJNBERG, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague

Ms R. AALDERS, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague

Mr S. KAASJAGER, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

PERÚ

Sr. C. A. CHOCANO, Ministro Consejero, Representante Permanente Alterno, Ginebra

Sr. D. BELEVÁN, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

Sr. A. NEYRA, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

POLONIA

Mr R. PLACHIMOWICZ, Deputy Director, International Cooperation Department, Ministry of
Health, Warsaw

Ms R. LEMIESZEWSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London

Dr D. HARPER, Director of Health Protection and International Health, Department of Health,
London

Ms S. HENDRY, Director of International Health, Department of Health, London

Mr W. NIBLETT, Global Affairs Team Leader, Department of Health, London

Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mrs M. TOMLINSON, Head of Section – Emerging Hazards, Department of Health, London

Ms L. DEMMING, Global Business Manager, Department of Health, London

Mr B. GREEN, Manager, Institutional Relations (WHO and UNAIDS), Department for International
Development, London

Ms P. SCOTT, Deputy Programme Manager (WHO), Department for International Development,
London

Mr R. KELLY, Office of the Chief Medical Officer, Department of Health, London

Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms S. CHUBBS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms J. NEWSTEAD, Department of Health, London

REPÚBLICA CHECA

Mr M. VÍT, Deputy Minister of Health, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Prague

Mr T. HUSÁK, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms D. BELADOVÁ, International Relations and European Union Department, Ministry of Health,
Prague

Mr P. HRNČÍŘ, Deputy Permanent Representative, Geneva

REPÚBLICA DE COREA

Mr PARK Hun-yul, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Jae-yong, Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Dr HUR Young-joo, Director, Epidemic Intelligence Service Team, Korea Center for Disease Control and Prevention, Seoul
Mr KWON Jun-wook, Director, Communicable Disease Control Team, Korea Center for Disease Control and Prevention, Seoul
Mr MOON Wang-kon, Deputy Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Ms KIM Sunyoung, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Kang-hee, Deputy Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Mr LEE Dong-han, Senior Scientific Officer, National Immunization Programme Team, Korea Center for Disease Control and Prevention, Seoul

REPÚBLICA DE MOLDOVA

Mr V. MORARU, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva

REPÚBLICA DOMINICANA

Sr. H. L. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. M. BELLO DE KEMPER, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

SAN MARINO

Mr D. GALASSI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

SERBIA

Mr S. VUKČEVIĆ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr V. LAZOVIĆ, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUDÁFRICA

Dr M.E. TSHABALALA-MSIMANG, Minister of Health, Pretoria
Mrs M.K. MATSAU, Deputy Director-General, Department of Health, Pretoria
Dr G.J. MTSHALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

SUDÁN

Mrs I.I.M. ELAMIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUECIA

Ms E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr F. LENNARTSSON, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm
Mr A. HILMERSSON, Deputy Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm
Ms A. MOLIN HELLGREN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms K. NILSSON KELLY, Desk Officer, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm
Mr B. PETTERSSON, Deputy Director-General, National Institute of Public Health, Stockholm
Mr P. SVENSSON, Senior Research Officer, Swedish International Development Cooperation Agency, Stockholm
Mr C. SKAU, Special Adviser, Permanent Mission, Geneva

SUIZA

M. G. SILBERSCHMIDT, Chef, Division des affaires internationales, Vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique, Berne
M. O. CHAVE, Chef, Section ONU-Développement, Direction du développement et de la coopération, Berne
M. G. KESSLER, Chef, Section organisations internationales, Office fédéral de la santé publique, Berne
Mme M. PENEVEYRE, Cheffe suppléante, Section organisations internationales et politique d'accueil, Division politique III, Nations Unies et autres Organisations internationales, Département fédéral des affaires étrangères, Berne
M. P. BEYER, Conseiller juridique, Service juridique, Division droit et affaires internationales, Institut fédéral de la propriété intellectuelle, Berne
M. A. VON KESSEL, Chef suppléant, Section organisations internationales, Office fédéral de la santé publique, Berne
M. J. MARTIN, Conseiller (Développement/Santé), Mission permanente, Genève
Mme B. SCHAER BOURBEAU, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève
M. F. DEL PONTE, Section multilatérale et tâches spéciales, Aide humanitaire, Direction du développement et de la coopération, Berne

TÚNEZ

M. S. LABIDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. H. LANDOULSI, Conseiller, Mission permanente, Genève

UCRANIA

Mrs S. HOMANOVSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

UZBEKISTÁN

Mr B. OBIDOV, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Sr. O. CARVALLO VALENCIA, Embajador, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Sr. J. ARIAS PALACIO, Embajador, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

VIET NAM

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

YEMEN

Dr E. AL-MAHBASHI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ZAMBIA

Mr A. ZULU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ZIMBABWE

Mr C. CHIPAZIWA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

OBSERVADORES DE UN ESTADO NO MIEMBRO**SANTA SEDE**

Mgr S.M. TOMASI, Nonce apostolique, Observateur permanent, Genève

Mgr J.-M. MUSIVI MPENDAWATU

Rev. R. VITILLO

Dr G. RIZZARDINI

Dr A. CAPETTI

OBSERVADORES**ORDEN DE MALTA**

M. M. DE SKOWRONSKI, Observateur permanent adjoint, Ministre Conseiller, Genève

Professor J.-M. DECAZES, Expert

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA

Ms J. MULLER

**REPRESENTANTES DE LAS NACIONES UNIDAS
Y DE ORGANIZACIONES AFINES**

Naciones Unidas

Dr D. NABARRO, United Nations System Senior Coordinator for Avian and Human Influenza
Ms M. MULLER, Senior Adviser to the United Nations System Coordinator for Avian and Human Influenza
Mr A. SMITH SERRANO, External and Inter-Agency Affairs Officer, Office of the Director-General, United Nations Office at Geneva

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Dr P. VILLENEUVE, Associate Director, Programme Partnerships

Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo

Ms E. TUERK, Economic Affairs Officer, Division on International Trade in Goods and Services and Commodities

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

Mr P. QUIBLIER, Programme Officer, UNEP Chemicals Branch, Division of Technology, Industry and Economics

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office in Geneva
Mr V. FAUVEAU, Senior Maternal Health Adviser, UNFPA Office in Geneva
Ms S. HAMID, External Relations Officer
Ms R. GROENEN, Adviser on Gender and Human Rights, UNFPA Office in Geneva
Ms L. EKLUND, Technical Officer, UNFPA Office in Geneva
Ms P. MARESCA, UNFPA Office in Geneva

Programa Mundial de Alimentos

Mr D. BELGASMI, Director, WFP Office in Geneva
Ms P. KENNEDY, Deputy Director, WFP Office in Geneva

Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente

Dr G. SABATINELLI, Director of Health
Mr M. BURCHARD, Head, UNRWA Representative Office, Geneva

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

Dr M. BADURAU, Director, Medical Service
Ms T. MOREL, Chief, Community Development, Gender Equality and Children Section
Ms M. LEICHTNER-BOYCE, Head, Human Resources Policy Unit
Mr P. SPIEGEL, Head, HIV/AIDS Unit
Ms M. SCHILPEROORD, Technical Officer, HIV/AIDS Unit
Ms N. CORNIER, Reproductive Health Officer, Technical Support Section
Ms F. ABDALLA, Senior Nutritionist, Technical Support Section

ONUSIDA

Dr P. PIOT, Executive Director
Ms D. LANDEY, Deputy Executive Director
Mr M. SIDIBE, Director, Country and Regional Support Department
Ms P. MANE, Director, Policy, Evidence and Partnerships
Mr T. MARTINEAU, Director, Executive Office
Ms H. FRARY, Chief, External Relations and Governance
Mr E. HAARMAN, Chief, Finance and Administration
Mr D. WHYMS, Team Leader, Country and Regional Support Department
Mr G. TEMBO, Team Leader, UN Action at Regional and Country Level
Ms S. SMITH, Programme Development Adviser, Civil Society Partnerships
Ms J. POLSKY, Programme Development Adviser, Global Coalition on Women and AIDS
Mr J. TYSZKO, External Relations Officer, External Relations and Governance

**Junta Internacional de Fiscalización de
Estupefacientes**

Dr P.O. EMAFO, President
Ms C. SELVA-ELIZALDE, Chief,
Psychotropics Control Section

ORGANISMOS ESPECIALIZADOS Y ORGANIZACIONES CONEXAS

Organización Internacional del Trabajo

Ms X. SCHEIL-ADLUNG, Health Policy
Coordinator, Social Security Department
Dr O. FRANK, ILO Programme on
HIV/AIDS and the World of Work
Dr B. ALLI, ILO Programme on HIV/AIDS
and the World of Work
Dr S. NIU, Programme on Safety and Health
at Work and the Environment
Dr I. FEDOTOV, Programme on Safety and
Health at Work and the Environment

**Organización de las Naciones Unidas para
la Agricultura y la Alimentación**

Mr T.N. MASUKU, Director, FAO Liaison
Office with the United Nations in Geneva
Mr P. PAREDES-PORTELLA, Liaison
Officer, FAO Liaison Office with the
United Nations in Geneva
Mr J.L. FERNÁNDEZ, Liaison Officer

Banco Mundial

Mr P. REICHENMILLER, The World Bank
Group Geneva Office

Unión Internacional de Telecomunicaciones

Mrs M. WILSON, Personnel Officer, Pensions
and Insurances Sections

Organización Meteorológica Mundial

Ms L. MALONE, Scientific Officer, World
Climate Applications and CLIPS Division,
World Climate Programme Department

**Organización Mundial de la Propiedad
Intelectual**

Mr C. MAZAL, Senior Counsellor,
Coordination Office of External Relations

**Organismo Internacional de Energía
Atómica**

Ms R.M. MAZZANTI, Policy Officer, IAEA
Geneva Office

Organización Mundial del Comercio

M. R. KAMPF, Conseiller, Division de la
propriété intellectuelle

**REPRESENTANTES DE OTRAS ORGANIZACIONES
INTERGUBERNAMENTALES**

Comisión Europea

Mr E. GUTH, Ambassador, Permanent Delegation, Geneva
Mr T. BECHET, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
Mr M. RAJALA, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
Ms A.E. AMPELAS, Policy Officer, Directorate General for Health and Consumer Protection

Liga de los Estados Árabes

Mr S. ALFARARGI, Ambassador, Permanent Observer, Geneva
Mr T. HAFEDH, Permanent Delegation, Geneva

Organización de la Conferencia Islámica

Mr M.A. JERRARI, Minister Counsellor, Permanent Observer Mission, Geneva
Mrs A. KANE, First Secretary, Permanent Observer Mission, Geneva

Secretaría del Commonwealth

Dr D. DE SILVA, Adviser and Head of Health, Social Transformation Programmes Division
Dr J. AMUZU, Adviser, Social Transformation Programmes Division

Unión Africana

Mrs K. MASRI, Permanent Observer, Geneva
Mr D. NEGOUSSE, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
Miss B. NAIDOO, First Secretary, Permanent Delegation, Geneva

REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE MANTIENEN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS**Alianza Internacional de Mujeres**

Mrs M. PAL

Asociación Internacional de Consultores en Lactancia

Ms M. ARENDT LEHNERS

Asociación Internacional de Epidemiología

Dr R. SARACCI

Asociación Internacional de los Clubes de Leones

Mr G.E. CANTAFIO

Asociación Internacional de Médicas

Dr C. BRETSCHER-DUTOIT

Dr L. TOSCANI

Asociación Internacional de Pediatría

Professor A. GRANGE
Professor J. SCHALLER

Asociación Internacional para Investigación Dental

Dr J.T. BARNARD
Dr H. BENZIAN

Asociación Internacional para la Salud de la Madre y del Recién Nacido

Dr R. KULIER

Asociación Internacional Soroptimista

Ms I.S. NORDBACK

Asociación Mundial de Sociedades de Patología y Medicina de Laboratorio

Dr R. BACCHUS
Dr U.P. MERTEN

Asociación Rotaria Internacional

Mr J. KENNY

CMC - Acción de las Iglesias por la Salud

Mr J. ARKINSTALL
Mr T. BALASUBRAMANIAN
Ms A. BEUTLER
Ms M. CHILDS
Ms M. DOSANJH
Ms S. GOMBE
Dr C.P. JOHN
Dr H. JOHN
Dr G. JOURDAN
Dr M. KHOR KOK PENG
Dr M. KURIAN
Mr A. LEATHER
Mr J. LOVE
Dr A. MINO
Mr A. PETERSEN
Ms F. RASOLOMANANA
Mr T. RIAZ
Dr S. SANGEETA
Dr M. SHIVA
Ms E. 'T HOEN
Ms G. UPHAM
Dr C. WAGNER

Coalición Internacional para la Salud de la Mujer

Ms Z. WOODS

Colegio Internacional de Cirujanos

Professor P. HAHNLOSER
Dr F. RUIZ-HEALY
Professor N. HAKIM
Mr M. DOWNHAM

Comisión Internacional de Medicina del Trabajo

Professor J. RANTANEN
Professor S. IAVICOLI
Dr I. FEDOTOV

Confederación Internacional de Matronas

Ms K. HERSCHDERFER
Ms R. BRAUEN
Ms J. BONNET

Consejo de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo

Professor C. IJSSELMUIDEN
Ms S. DE HAAN
Mr M. DEVLIN
Dr A. KENNEDY
Dr M. BERGER

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

Dr G. KREUTZ
Dr J. IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ
Mr S. FLUSS
Dr J. VENULET

Consejo Internacional de Enfermeras

Dr J.A. OULTON
Dr T. GHEBREHIWET
Mrs L. CARRIER-WALKER
Mr M. VITOLS
Mr S. LEWIS
Ms S. SCHUMANN
Mrs T. DLAMINI

Consejo Internacional de Mujeres

Mrs C. SCHENK MONFRINI
Ms R. SHAHBARI

Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo

Dr G. BURROW
Dr C. EASTMAN
Dr M. ZIMMERMAN
Dr H. BUERGI

Consumers International

Ms M. CHILDS
Ms A. LINNECAR
Dr L. LHOTSKA
Ms N. EL RASSI
Ms J.K. YEONG
Mr T. REED
Ms T. LEONARDO ALVES

Corporate Accountability International

Ms K. MULVEY

Federación Dental Internacional

Dr M. AERDEN
 Dr J.T. BARNARD
 Dr H. BENZIAN
 Dr A. VITALI
 Ms C. THORSEN

Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina

Mr A. KUIPER
 Ms Z. ELBERTOVA

Federación Internacional de Colegios de Cirugía

Professor S.W.A. GUNN

Federación Internacional de Estudiantes de Farmacia

Ms A. CLARISSA
 Ms A. WATSON
 Ms G. GAL
 Mr M.A.A. EL HAKIM FARAG

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

Dr R. KULIER

Federación Internacional de Hospitales

Dr R. MASIRONI
 Mr D. MOE
 Mrs S. ANAZONWU

Federación Internacional de Industrias de Alimentos Dietéticos

Dr A. BRONNER
 Mr THIEN LUONG VAN MY
 Ms J. KEITH
 Mr D. HAWKINS
 Mr N. CHRISTIANSEN
 Ms G. CROZIER

Federación Internacional de Ingeniería Médica y Biológica

Professor J. NAGEL
 Dr M. NAGEL

Federación Internacional de la Diabetes

Professor M. SILINK
 Mr L. HENDRICKX

Federación Internacional de la Industria del Medicamento

Dr H. BALE
 Dr E. NOEHRENBERG
 Mr A. AUMONIER
 Mr D. HAWKINS
 Ms J. BERNAT
 Mr J. PENDER
 Ms L. BIGGER
 Ms L. AKELLO-ELOTU
 Mr M. OJANEN
 Ms P. CARLEVARO
 Mr P. HEDGER
 Dr R. HYER
 Ms S. CROWLEY
 Mr T. KOIZUMI
 Dr S. MEREDITH
 Dr D. RONAN
 Dr F. SANTERRE

Federación Internacional de Mujeres de Negocios y Profesionales

Mrs M. GERBER
 Dr I. ANDRESEN
 Mrs G. GONZEBACH

Federación Internacional de Planificación de la Familia

Dr K. ASIF

Federación Internacional Farmacéutica

Mr T. HOEK
 Mr XUAN HAO CHAN
 Ms T. WULJI

Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública

Dr T. ABELIN
 Dr B. HATCHER
 Ms J. BELL DAVENPORT

Federación Mundial de Educación Médica

Dr H. KARLE
Professor L. CHRISTENSEN

Federación Mundial de Quiropráctica

Mr D. CHAPMAN-SMITH

Federación Mundial de Salud Mental

Mrs M. LACHENAL
Dr S. FLACHE
Mrs A. YAMADA-VETSCH

**Federación Mundial de Sociedades de
Acupuntura y Moxibustión**

Mr S. BANGRAZI

Federación Mundial del Corazón

Mrs J. VOÛTE
Mrs D. GRIZEAU-CLEMENS
Mrs L. ZONCO
Mrs H. ALDERSON
Mr T. O'LEARY

**Fundación Africana de Medicina e
Investigaciones**

Dr H. JEENE

Global Forum for Health Research

Professor S.A. MATLIN
Dr A. DE FRANCISCO
Dr A. GHAFFAR
Ms L. SUNDARAM
Ms S. OLIFSON
Mrs M.A. BURKE
Mrs S. JUPP
Ms A. LIWANDER

**Industria Mundial de la Automedicación
Responsable**

Dr D. WEBBER

**International Association for the Study of
Obesity**

Mr N. RIGBY

International Stroke Society

Professor B. NORRVING

**Organismo Internacional de Prevención de
la Ceguera**

Mr C. GARMS
Mr R. PORTER

**Organización Internacional de
Normalización**

Mr T.J. HANCOX

The Network: Towards Unity for Health

Dr P. KEKKI

The Save the Children Fund

Mrs R. KEITH
Mr J. MECASKEY

The World Medical Association, Inc.

Dr Y. COBLE
Dr P. STACHWITZ
Mrs A. SEEBOHM
Dr O. KLOIBER

Unión Internacional contra el Cáncer

Mrs I. MORTARA

Unión Internacional de Arquitectos

Mr H. EGGEN

**Unión Internacional de Farmacología
Básica y Clínica**

Dr K. HOPPU

**Unión Internacional de Promoción de la
Salud y Educación para la Salud**

Ms M.-C. LAMARRE

Visión Mundial Internacional

Mr T. GETMAN

COMITÉS Y GRUPOS DE TRABAJO¹

1. Comité de Programa, Presupuesto y Administración

Dr. A. S. Salehi (Afganistán), Sra. J. Halton (Australia), Dr. Jigmi Singay (Bhután), Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia, miembro *ex officio*), Dra. E. Smith (Dinamarca), Dr. A. H. I. Al-Shammari (Iraq), Sr. H. Dalley (Jamaica), Dr. J. Nyikal (Kenya, miembro *ex officio*), Dr. W. T. Gwenigale (Liberia), Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), Dr. J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), Sr. N. S. de Silva (Sri Lanka), Dr. V. Tangi (Tonga), Dr. J. Agwunobi (Estados Unidos de América)

Quinta reunión, 17-19 de enero de 2007: Sra. J. Halton (Australia, Presidenta), Dr. A. S. Salehi (Afganistán), Dr. D. Wangchuk (Bhután, suplente del Dr. Jigmi Singay), Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia, miembro *ex officio*), Sra. M. Kristensen (Dinamarca, suplente de la Dra. E. Smith), Dr. E. A. Aziz (Iraq, suplente del Dr. A. H. I. Al-Shammari), Dra. G. Allen-Young (Jamaica, suplente del Sr. H. Dalley), Dr. W. T. Gwenigale (Liberia), Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), Dr. Y. D. N. Jayathilaka (Sri Lanka, suplente del Sr. N. S. de Silva), Sr. A. Kayitayire (Rwanda, suplente del Dr. J. D. Ntawukuliryayo), Dr. V. Tangi (Tonga), Sra. A. Blackwood (Estados Unidos de América, suplente del Dr. J. Agwunobi)

2. Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

Sr. O. K. Shiraliyev (Azerbaiyán), Dr. P. M. Buss (Brasil), Dr. Ren Minghui (China), Dr. R. R. Jean Louis (Madagascar), Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia)

Reunión del 23 de enero de 2007: Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia, Presidente), Dr. P. M. Buss (Brasil), Dr. Xing Jun (China, suplente del Dr. Ren Minghui), Dra. M. P. Rahantanirina (Madagascar, suplente del Dr. R. R. Jean Louis)

3. Comité de la Fundación León Bernard

El Presidente y los Vicepresidentes del Consejo Ejecutivo, y la Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo)

Reunión del 24 de enero de 2007: Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia, Presidente), Dr. B. Sadasivan (Singapur, Vicepresidente), Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia, Vicepresidente), Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo)

4. Comité de Selección de la Fundación Ihsan Dogramaci para la Salud de la Familia

El Presidente del Consejo Ejecutivo, el Presidente de la Universidad de Bilkent (Ankara) o su representante, y un representante del Centro Internacional de la Infancia (Ankara)

¹ Con su composición actual y los nombres de las personas que asistieron a las sesiones celebradas con posterioridad a la anterior reunión del Consejo.

Reunión del 24 de enero de 2007: Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia, Presidente), Dr. P. L. Erdogan (nombrado por el Presidente de la Universidad Bilkent), Profesor K. Yurdakok (representante del Centro Internacional de la Infancia)

5. Comité de Selección del Premio Sasakawa para la Salud

El Presidente del Consejo Ejecutivo, un representante del Fundador, y un miembro del Consejo Ejecutivo

Reunión del 24 de enero de 2007: Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia, Presidente), Profesor K. Kiikuni (representante del Fundador), Dr. V. Tangi (Tonga)

6. Comité de Selección de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud

El Presidente del Consejo Ejecutivo, un representante del Fundador, y un miembro del Consejo Ejecutivo procedente de un Estado Miembro de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS.

Reunión del 25 de enero de 2007: Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia, Presidente), Sr. N. K. Al Budoor (representante del Fundador), Dr. S. A. Khalfan (Bahrein, suplente de la Dra. N. A. Haffadh)

7. Comité de Selección de la Fundación del Estado de Kuwait para la Promoción de la Salud

El Presidente del Consejo Ejecutivo, un representante del Fundador, y un miembro del Consejo Ejecutivo procedente de un Estado Miembro de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS.

Reunión del 25 de enero de 2007: Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia, Presidente), Dr. S. A. Khalfan (Bahrein, suplente de la Dra. N. A. Haffadh), Sr. N. Al Bader (representante del Fundador)

ACTAS RESUMIDAS

PRIMERA SESIÓN

Lunes 22 de enero de 2007, a las 9.35 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. APERTURA DE LA REUNIÓN Y ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA: punto 1 del orden del día provisional (documentos EB120/1 y EB120/1(annotado))

El PRESIDENTE declara abierta la 120ª reunión del Consejo Ejecutivo y da la bienvenida a dos nuevos miembros: el Dr. Salehi, del Afganistán, y la Dra. Smith, de Dinamarca. Invita al Consejo a examinar el orden del día provisional.

El Dr. NYIKAL (Kenya), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, secundado por la Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) y el Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia), propone que el punto del orden del día titulado «Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción», que se encuentra dentro del punto 9 «Asuntos para información», sea transferido al punto 4 «Asuntos técnicos y sanitarios».

El Dr. BUSS (Brasil), secundado por el Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia), propone que el punto titulado «Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud» también sea transferido del punto 9 al punto 4.

Se adopta el orden del día, en su forma enmendada.¹

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien hace uso de la palabra en nombre de la Comunidad Europea, recuerda que desde 2000 la Comisión ha asistido a las reuniones del Consejo Ejecutivo en calidad de observadora, lo cual no impide la posible celebración de un acuerdo general sobre cooperación entre la OMS y la Comisión Europea en el futuro. No obstante, con arreglo al artículo 4 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, los observadores no están autorizados automáticamente a asistir a las sesiones de los comités u otras subdivisiones del Consejo, incluidos los grupos de redacción o de trabajo. Por consiguiente, el orador pide al Consejo que permita a la Comisión asistir a esas sesiones y participar en ellas, sin derecho de voto, en los asuntos que competan a la Comisión Europea. El orador se refiere en particular al punto sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, pero también a otros puntos.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) pregunta cuáles son los puntos sobre los que la Comisión Europea desea intervenir.

La Sra. HALTON (Australia), secundada por el Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia), dice que en el pasado se entendía que, cuando un representante de la Comisión Europea tomaba la palabra

¹ Véase p. 59.

para hablar sobre un tema en nombre de la Comunidad Europea, los diferentes Estados miembros de la Unión Europea se abstendrían de pronunciarse sobre ese mismo tema.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) señala que hablará tanto en nombre de la Comunidad Europea como de la Unión Europea, dado que Alemania, país que actualmente ocupa la presidencia de esta última, no está representada en el Consejo. Está de acuerdo en que, habitualmente, en tales circunstancias los Estados miembros de la Unión Europea o de la Comisión no formulen declaraciones por cuenta propia.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo desea permitir que la Comisión Europea participe como observadora en las sesiones de los subcomités y otras subdivisiones del Consejo, a reserva de las condiciones acordadas por el Consejo.

Así queda acordado.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJOS

El PRESIDENTE indica que las sesiones no deben prolongarse hasta tarde. No debería ser necesario acogerse a lo estipulado en el artículo 28 del Reglamento Interior, que limita la duración de las intervenciones de cada miembro. El calendario diario preliminar (documento EB120/DIV/2) prevé que el jueves 25 de enero y el viernes 26 de enero se examine el punto 5, «Plan Estratégico a Plazo Medio, incluido el proyecto de presupuesto por programas para 2008-2009». Entiende que el Consejo desea seguir ese calendario y, si fuera necesario, el jueves por la mañana podría reconsiderarse la situación.

Así queda acordado.

3. INFORME DEL DIRECTOR GENERAL: punto 2 del orden del día (documentos EB120/2 y EB120/40)

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General), que hace uso de la palabra en calidad de antiguo Director General interino, recuerda las dificultades derivadas de la muerte prematura del Dr. Lee y agradece a los Estados Miembros y al personal su excelente respuesta. En la 59ª Asamblea Mundial de la Salud se adoptaron decisiones importantes con relación, entre otras cosas, al cumplimiento voluntario inmediato del Reglamento Sanitario Internacional (2005); el VIH/SIDA, en particular la nueva estrategia quinquenal para el acceso universal; la adopción de la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual; la adopción del Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015; y la puesta en marcha de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario.

La colaboración con los asociados del sistema de las Naciones Unidas ha abarcado actividades conjuntas con el FNUAP en el área de la salud sexual y reproductiva; la continuación del copatrocinio del ONUSIDA; consultas con la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, y una estrecha relación con el UNICEF centrada en la poliomielitis, la inmunización y la supervivencia infantil. La OMS ha participado en la reforma de las Naciones Unidas, en particular a través del Grupo de Alto Nivel sobre la coherencia en todo el sistema de las Naciones Unidas, que ha subrayado la función de los organismos especializados. La cooperación con el Banco Mundial ha aumentado en dos áreas importantes: el paludismo y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Por primera vez, la OMS fue invitada oficialmente a participar en la Cumbre del G8, en la que se formularon 60 recomendaciones en pro de la salud mundial. Más recientemente, la OMS, el ONUSIDA, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria enviaron una carta conjun-

ta a la Canciller de Alemania sobre la importancia de que la salud siga ocupando un lugar prioritario en el programa del G8, carta a la que el Gobierno alemán respondió positivamente.

Se están elaborando directrices en materia de política relativas a la participación de la OMS en alianzas. Se ha concertado con la Alianza Hacer Retroceder el Paludismo, un memorando de entendimiento donde se dispone que la OMS albergará la secretaría de la Alianza y se define la función del Programa Mundial de Paludismo de la Organización. La OMS ha puesto en marcha, junto con la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el mecanismo internacional de financiación de la inmunización. También ha participado en la puesta en funcionamiento del Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) y ha firmado un memorando de entendimiento para albergar su secretaría. Asimismo, se ha intensificado la cooperación técnica con el Fondo Mundial.

La OMS participó en conversaciones de alto nivel con laboratorios farmacéuticos con el fin de examinar la posibilidad de mejorar el acceso a los tratamientos pediátricos antirretrovirales. Se ha firmado un acuerdo por valor de US\$ 25 millones con un importante laboratorio farmacéutico, cuyo objetivo es combatir las enfermedades tropicales desatendidas. Se han seguido celebrando reuniones con el sector de la alimentación y las bebidas no alcohólicas, en el marco de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Se han celebrado con distintos representantes de la industria de bebidas alcohólicas y de los sectores agrícola y del comercio reuniones consultivas en las que se ha estudiado la forma de reducir los efectos nocivos del alcohol.

Todos los comités regionales se han centrado en las enfermedades crónicas no transmisibles y en la creciente epidemia de obesidad. Tras la adopción, en 2005, de la resolución WHA58.22 sobre prevención y control del cáncer, en 2006 la Secretaría consolidó sus actividades de lucha contra el cáncer y elaboró el primero de seis módulos de orientación destinados a gobiernos y planificadores sanitarios. Se han realizado progresos en la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, y se ha adoptado la Carta Europea sobre la Obesidad». Al finalizar 2006, había 142 Estados Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y un particular había donado US\$ 125 millones para actividades de control del tabaco. Se han hecho progresos considerables en la aplicación de la resolución WHA59.25 sobre prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables, en particular en la Región del Mediterráneo Oriental.

En el área de las enfermedades transmisibles, se ha puesto en marcha una nueva estrategia para combatir algunas de las enfermedades tropicales más desatendidas. La Conferencia Internacional sobre el SIDA (Toronto (Canadá), 13 al 18 de agosto de 2006) puso de manifiesto el papel de la OMS en el tratamiento, la prevención y la prestación de atención y apoyo a quienes viven con VIH/SIDA. Se ha iniciado una nueva estrategia antipalúdica centrada en el uso de mosquiteros, un tratamiento eficaz y un mayor hincapié en el control de los vectores. Se ha creado un grupo de trabajo especial integrado por 100 expertos para actuar frente a la tuberculosis extremadamente farmacorresistente, descubierta recientemente. Según un examen independiente de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiéltis, el número de zonas actualmente afectadas por la poliomiéltis es el más bajo de la historia, y la enfermedad sigue siendo endémica en tan sólo cuatro zonas de cuatro países.

Con relación a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), más de la mitad de los Estados Miembros han designado centros nacionales de enlace. En respuesta a los brotes de gripe aviar, la OMS ha puesto en marcha más de 30 misiones sobre el terreno con sus asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Se ha creado un programa de aumento de la capacidad para desarrollar una nueva vacuna contra la gripe, y el grupo de trabajo sobre la pandemia de gripe se reunió por primera vez en septiembre de 2006 con el fin de prestar asesoramiento sobre el grado de amenaza de pandemia.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva y de la salud infantil, altos funcionarios de la OMS participaron en el periodo extraordinario de sesiones de la Conferencia de Ministros de Salud de la Unión Africana (Maputo, 18-22 de septiembre de 2006), donde se adoptó un plan integral de acción. En la 56ª reunión del Comité Regional para África (Addis Abeba, 28 de agosto a 1 de septiembre de 2006) se adoptó una estrategia conjunta OMS/UNICEF/Banco Mundial para la supervivencia infantil en la Región de África.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ha seguido desarrollando su labor. Se han publicado un informe¹ y una serie de directrices sobre la calidad del aire y del agua para beber. Se ha elaborado un conjunto de patrones internacionales de crecimiento infantil. Se ha formulado una estrategia con el fin de integrar el análisis y las actuaciones en materia de género en la labor de la OMS.

La Organización ha respondido a distintas emergencias sanitarias, por ejemplo en el Líbano. No obstante, la situación de la República Democrática del Congo, el Iraq y Darfur (Sudán) sigue siendo motivo de preocupación. La OMS ha reexaminado y mejorado sus procedimientos operativos normalizados para emergencias en caso de catástrofes nacionales.

El fortalecimiento de los sistemas de salud se examinará más adelante. En el ámbito de los recursos humanos, también es importante la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario. Junto con la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, la OMS está examinando maneras de vincular la inmunización, la OMS está examinando con el fortalecimiento de los sistemas de salud. Mediante sus actividades de precalificación, la Organización ha ampliado su respuesta a las necesidades de asociados como el UNICEF, el Fondo Mundial y el UNITAID. El Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual avanzó considerablemente en su primera reunión (Ginebra, 4-8 de diciembre de 2006).

El sistema de gestión basada en los resultados respalda el Programa General de Trabajo. El proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, que establece objetivos claros, resultados previstos y costos conexos, se ha presentado al Consejo Ejecutivo.

Durante el bienio 2004-2005, la OMS contó con una financiación completa, aunque hubo ciertos desequilibrios entre áreas de trabajo y las distintas oficinas de la Organización. Para hacer frente a esos desequilibrios se adoptaron medidas como las siguientes: un seguimiento más exhaustivo e informes financieros normalizados; negociaciones con los asociados para mejorar la alineación; establecimiento de un grupo consultivo sobre recursos financieros y de cuentas institucionales en toda la Organización para facilitar la transferencia de recursos.

En el área de recursos humanos se está examinando la reforma de la contratación. Todos los directores participaron en el Programa de Liderazgo Mundial. La puesta en marcha del Sistema Mundial de Gestión, prevista para 2008, proporcionará un entorno moderno con apoyo adecuado. En 2006 se estableció en la Sede un departamento de comunicaciones.

Ante las inusitadas circunstancias de mayo de 2006, el orador fijó tres objetivos prioritarios para la Organización: mantener la labor técnica de alto nivel de la OMS; gestionar con eficacia y transparencia el proceso de elección; y proseguir con las reformas de gestión. Gracias a la colaboración del personal de la OMS y de los Estados Miembros, esos objetivos se han alcanzado.

La DIRECTORA GENERAL expresa agradecimiento al Dr. Nordström por su admirable gestión de la Organización. Recuerda que, cuando ella asumió el cargo, prometió al personal que proseguirían las reformas iniciadas en la OMS, pero no introduciría cambios que provocaran trastornos o perturbaran la continuidad que necesitan el personal y sus programas. Ha iniciado conversaciones con los Directores Regionales sobre la manera de mejorar la Organización a todos los niveles, incluidas las oficinas en los países. Se han obtenido muchos logros. La estructura orgánica de la Sede necesita aún algunos ajustes, y la oradora procurará amplificar el impacto de las actividades de la OMS y aproximar algunos programas relacionados entre sí.

Es un momento de optimismo para la salud. Las ambiciosas metas establecidas para la reducción de la mortalidad por sarampión - en un 50% antes de que acabe 2005 - se han sobrepasado. La mortalidad por sarampión se redujo en un 60%. En África, la Región con mayor morbilidad por sarampión, la mortalidad por esa enfermedad se redujo nada menos que en un 75%. Es más, gracias a la Iniciativa de Lucha

¹ Prüss-Üstün A, Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

contra el Sarampión se ha puesto en marcha un conjunto de otras intervenciones que permiten salvar vidas y fomentar la salud, tales como la distribución de mosquiteros para prevenir el paludismo, la administración de vitamina A para estimular el sistema inmunitario, la administración de comprimidos vermífugos y de vacuna antipoliomielítica, así como de vacuna antitetánica a las embarazadas. Esta iniciativa es un modelo de lo que puede conseguirse mediante la prestación de servicios integrados.

La oradora distingue seis cuestiones que orientarán la labor futura de la Organización. Dos de ellas se refieren a necesidades sanitarias fundamentales, a saber: el desarrollo sanitario y la seguridad sanitaria. Otras dos son de carácter estratégico: el fortalecimiento de los sistemas de salud y la utilización de datos más sólidos para fundamentar estrategias y medir resultados. Las dos últimas son operacionales: la dependencia de los asociados encargados de la ejecución en los países, y la mejora del desempeño institucional en todos los programas y niveles.

La pertinencia y eficacia de la labor de la OMS ha de medirse en función de sus efectos en las personas, en particular las mujeres y la población de África. A la hora de pensar en la salud de las mujeres, es importante tener en cuenta su función como agentes de cambio. El aumento de los ingresos familiares de las mujeres permite mejorar la salud de ellas, así como la de sus familiares y comunidades. Es importante no olvidar la relación existente entre pobreza y salud en África. La mala salud hunde a grandes poblaciones en la pobreza; la mejora de la salud les permite encontrar la manera de salir de la pobreza y dedicar sus recursos a otras cosas aparte de las enfermedades.

El paludismo acarrea inmensos sufrimientos en extensas zonas del mundo, pero causa sus mayores estragos en África. Además de una elevada mortalidad, la enfermedad provoca una alta carga de enfermedades debilitantes que obstaculizan el progreso humano. El número de intervenciones está aumentando. Las alianzas publicoprivadas parecen prometedoras para aglutinar recursos de distintos sectores en favor de la población de África.

Las enfermedades tropicales desatendidas también se cobran el mayor número de víctimas en África y afectan de forma desproporcionada a la salud de las mujeres: la OMS estima que hay al menos unos 300 millones de mujeres discapacitadas de forma grave y permanente a causa de esas enfermedades prevenibles. Afortunadamente, existen excelentes iniciativas, alianzas e intervenciones para combatirlas.

Las enfermedades transmisibles, especialmente el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, son trabas muy importantes para el desarrollo de África. Las enfermedades crónicas también están aumentando en ese continente y en el resto del mundo. En los países de ingresos bajos y medianos esas enfermedades son otro serio obstáculo para el desarrollo. Los sistemas de salud no pueden controlar las emergencias intermitentes provocadas por enfermedades infecciosas ni afrontar las demandas y costos de la atención que requieren las enfermedades crónicas. Las consecuencias de estas últimas pueden ser catastróficas. Ahora bien, un informe de la OMS¹ deja claro que hay excelentes oportunidades de prevención - con mucho la mejor alternativa -, así como un amplio espectro de intervenciones costoeficaces. La OMS debe seguir persuadiendo a los líderes sanitarios de todas las regiones de que solucionar el problema de las enfermedades crónicas forma parte del programa de desarrollo.

La salud y la seguridad es el tema del Día Mundial de la Salud 2007 de los informes sobre la salud en el mundo de 2007 y de 2008. El informe de 2007 se centrará en los riesgos y peligros para la salud que entrañan los modos en que las poblaciones interactúan en el plano internacional. El síndrome respiratorio agudo severo puso de relieve que el mundo actual, donde la movilidad, la interconexión y la interdependencia son la regla, se ha vuelto más vulnerable a las amenazas sanitarias. Los embates que sufre la salud, ya procedan de enfermedades infecciosas emergentes, desastres naturales o cambios ambientales, pueden perturbar fácilmente la economía, la sociedad y la continuidad de la actividad comercial en todo el mundo. Dado que en 2008 se celebra el sexagésimo aniversario de la OMS y el trigésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* se centrará en la atención primaria de salud y su función en el fortalecimiento de los sistemas de salud. También abordará la seguridad sanitaria.

¹ *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

ria, el acceso comunitario a los requisitos previos fundamentales para la salud, como alimentos suficientes, agua potable, vivienda y saneamiento adecuados, y atención de salud esencial. Con una buena gestión pública, todos los países deben satisfacer esas necesidades esenciales para la salud pública.

La oradora se ha fijado objetivos mensurables de desempeño. Ha de marcar el camino dando ejemplo y debe rendir cuentas a los Estados Miembros; la medición del desempeño constituye la base de la rendición de cuentas, y espera que el personal de todos los niveles también rinda cuentas de manera semejante.

Con respecto al orden del día del Consejo señala que uno de los puntos, el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, que comprende el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009, abarca la labor de la OMS en su totalidad. El primer punto de los asuntos técnicos y sanitarios se refiere a la poliomielitis. Su erradicación es uno de los temas pendientes más importantes de la Organización. El Comité Consultivo sobre Erradicación de la Poliomielitis llegó a la conclusión de que es técnicamente viable interrumpir la transmisión de poliovirus en todo el mundo, si bien sigue habiendo obstáculos de carácter operacional y financiero. A finales de febrero de 2007 se celebrará una reunión consultiva de alto nivel cuyo resultado previsto es el establecimiento de una serie de metas por alcanzar para que se interrumpa la transmisión en los cuatro países endémicos. En esa reunión también se considerará la financiación necesaria para tal fin; las conclusiones se comunicarán a la Asamblea de la Salud en mayo.

Las iniciativas centradas en una sola enfermedad son importantes, pero es preciso lograr sinergias que den resultados múltiples. En los últimos años se ha registrado un crecimiento sin precedentes del número de alianzas, iniciativas y organismos de financiación dedicados a la salud pública. La financiación procedente de fundaciones privadas y de otras fuentes ha alcanzado un nivel sin igual, y nunca se había dado tanta importancia a la salud en los programas políticos y de desarrollo. La OMS tiene la enorme responsabilidad de encauzar esa actividad y esos fondos de maneras que aporten beneficios claros y mensurables a los países y a sus poblaciones.

Evitar la duplicación de esfuerzos es tan importante como evitar la fragmentación. La aplicación de un enfoque integrado a la atención primaria de salud permitirá relacionar entre sí las actividades de los programas, y, de ese modo, aumentar sus efectos. La necesidad de enfoques integrados queda corroborada al plantearse reiteradamente en informes y resoluciones las tres cuestiones siguientes: los sistemas de salud, los datos científicos para medir el impacto, y el acceso a la atención esencial. Fortalecer los sistemas y servicios de salud es vital para combatir numerosas enfermedades y obtener resultados. Para medir los resultados se necesitan datos científicos y vigilancia. El informe sobre el control de la tuberculosis (documento EB120/8) constituye un modelo para vigilar el desempeño operacional de un programa y sus efectos. Cuando se fijaron las metas mundiales en materia de tuberculosis, en 1991, no existía ningún sistema para medir la carga mundial de esa enfermedad, pero actualmente se puede decir con confianza que, gracias a la vigilancia, los logros alcanzados han sido enormes. Para medir el desempeño y los resultados se necesita información fiable. Incluso los datos más básicos sobre morbilidad y mortalidad dependen del buen funcionamiento de los sistemas sanitarios.

La tercera cuestión es la equidad en el acceso a la atención esencial, incluidos los medicamentos y otros servicios, y a la información necesaria para evitar o reducir al mínimo los riesgos para la salud. El género es otro factor que afecta al acceso a la atención sanitaria y, por consiguiente, la oradora acoge con agrado el proyecto de estrategia sobre género, mujer y salud (documento EB120/6). El informe sobre el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos destinados a los niños (EB120/37), señala que los niños enfermos de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo a menudo no disponen de medicamentos con dosis fijas porque la industria farmacéutica carece de un incentivo de mercado suficientemente fuerte para producirlos. La falta de medicamentos pediátricos esenciales, incluidos los antibióticos, dificulta el progreso hacia algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los problemas de acceso y equidad llevan a la oradora a reforzar su compromiso con el sistema de atención primaria de salud.

En cuanto al desempeño, la reforma de las Naciones Unidas figura en el orden del día y la OMS participará activamente en ella. Como organismo especializado con la mayor presencia en los países, la Organización está en condiciones de contribuir al programa de reforma.

Con respecto a la gripe aviar y la amenaza conexas de pandemia, el hecho de que el mundo entero haya vivido con la amenaza de una pandemia de gripe durante más de tres años muestra la tenacidad del virus H5N1. En tanto éste siga circulando entre las aves, la amenaza de una pandemia persistirá. Si bien la gripe aviar sigue siendo fundamentalmente una enfermedad que afecta a las aves, la experiencia ha demostrado que cuando infecta a seres humanos su virulencia es extrema. De los 267 casos confirmados hasta la fecha, 161 han resultado mortales. En 2006 se registraron más defunciones que en todos los años anteriores juntos y, ese año, la tasa de letalidad fue del 70%. El mensaje es claro: la comunidad internacional no debe bajar la guardia. Aunque están mucho mejor preparados, los países no deben cejar en sus esfuerzos.

El PRESIDENTE encomia a la Directora General por su prospectivo y amplio informe, y felicita al Subdirector General por su labor como Director General interino. También felicita al Director General Adjunto por su nombramiento.

El Sr. SHA Zukang (suplente del Dr. QI Qingdong, China) ve con satisfacción la continuidad de la labor de la OMS desde el nombramiento de la nueva Directora General. Los progresos realizados en la lucha contra las enfermedades transmisibles han sido notables.

La posibilidad de una pandemia de gripe aviar ha recibido atención mundial. Para combatir la gripe aviar es necesario el esfuerzo conjunto del sector de la salud pública y del de la salud animal. Los Estados Miembros deben mejorar el intercambio de información entre ambos sectores con miras a una detección precoz y un control eficaz de la enfermedad. Una colaboración estrecha entre la OMS y otros organismos internacionales, como la FAO, permitirá intensificar la lucha contra el virus.

El VIH/SIDA y la tuberculosis se están controlando a nivel mundial gracias a la atención prestada por los gobiernos, a mejores políticas de prevención y de control, y a un mejor acceso a los tratamientos, pero no se ha reducido su propagación. Además, otras enfermedades transmisibles, como la esquistosomiasis y la hepatitis, siguen suponiendo graves amenazas para la salud humana. Por otra parte, los efectos sociales y económicos de afecciones crónicas tales como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son particularmente perjudiciales para los países en desarrollo, donde la doble carga de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles provoca problemas de salud pública cada vez más graves. La comunidad internacional espera que la OMS sea un líder más enérgico en los asuntos de salud pública y adopte medidas dinámicas que permitan frenar la propagación de las enfermedades y mejorar la salud y la calidad de vida, que son la base del progreso humano.

China es partidaria de que aumente el presupuesto por programas para atender a las crecientes necesidades sanitarias mundiales. Han de asignarse más fondos del presupuesto por programas a la atención primaria de salud.

La Dra. ALLEN-YOUNG (Jamaica), quien hace uso de la palabra en nombre de los países miembros de la Comunidad del Caribe, dice que éste es un momento interesante para el desarrollo de los sistemas de salud, en particular para la atención primaria integrada. Ve con satisfacción las prioridades fijadas por la Directora General y la importancia concedida a la salud de las mujeres y de la población de África. No sólo la Directora General, sino también los Estados Miembros deben rendir cuentas de la consecución de los objetivos de desempeño. La Comunidad se compromete a seguir apoyando los objetivos de la OMS.

El Dr. SHINOZAKI (Japón), recordando el discurso pronunciado por la Directora General el 4 de enero ante el personal, coincide en que la Organización ha de guiarse por el principio de «sí a las reformas, no a los cambios drásticos». Si bien resulta difícil aceptar cambios drásticos, es preciso examinar formas de administrar la Organización más eficaz y eficientemente.

Dado que el número de casos humanos confirmados de gripe aviar sigue aumentando, la amenaza de epidemia continúa siendo motivo de preocupación. La mayoría de los Estados Miembros están preparándose para una posible epidemia. La capacidad de producción y el intercambio de información sobre

el virus son algunos de los problemas por resolver. Probablemente la situación siga siendo grave en el futuro previsible.

El orador ve con satisfacción la importancia atribuida a la salud maternoinfantil, a la luz del alarmante número de defunciones de mujeres y recién nacidos a consecuencia de complicaciones prevenibles. La neumonía y la diarrea siguen siendo las principales causas de defunción entre los niños menores de cinco años, y acusan cifras casi equivalentes a las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo. La comunidad internacional no presta suficiente atención a la salud maternoinfantil.

La salud siempre ha ocupado un lugar preeminente en el programa de cooperación del Japón, que es partidario de adoptar un enfoque global con amplias prestaciones. Su país está plenamente decidido a apoyar las actividades de la OMS bajo el competente liderazgo de la Directora General.

El Dr. NYIKAL (Kenya), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, comparte la afirmación de la Directora General de que se debe juzgar la labor de la Organización por sus efectos en la salud de la población de África y de las mujeres, que ella misma ha fijado como indicadores clave del desempeño de la OMS. También está de acuerdo con las seis áreas básicas definidas; los Estados Miembros son responsables del logro de esos objetivos y de asignar suficientes recursos. Así pues, la Región de África apoya el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y el aumento propuesto en el presupuesto por programas para el bienio 2008-2009.

Ve con agrado el incremento en términos absolutos de la asignación presupuestaria propuesta para la Región de África y el aumento propuesto de la parte del presupuesto correspondiente a las cinco regiones de la OMS. No obstante, señala con preocupación la reducción propuesta en el porcentaje de la asignación del presupuesto correspondiente a la Región de África y pregunta cómo puede ser eso compatible con las prioridades establecidas por la Directora General.

En el orden del día figuran asuntos técnicos y sanitarios de gran interés para la Región de África, en particular la salud pública, la innovación y la propiedad intelectual. A ese respecto, el orador es partidario de una aplicación inmediata de la estrategia mundial y el plan de acción, y del establecimiento de un marco a plazo medio basado en las recomendaciones de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Encomia la importancia atribuida a la atención primaria de salud para fortalecer los sistemas sanitarios.

El Dr. BUSS (Brasil) está de acuerdo en principio con las ideas sobre la modernización de la administración contenidas en el informe de la Directora General. Ésta ha hecho hincapié en el fortalecimiento del «sistema de valores» y es conveniente que vuelva a examinarse la cuestión de los sistemas de salud. El enfoque basado en la atención primaria de salud ha de prestar especial atención a la equidad, el acceso universal, el establecimiento de vínculos intersectoriales y el control social, todo lo cual determina y justifica las actuaciones por emprender. Celebra que se haya decidido que la atención primaria de salud y su papel en el fortalecimiento de los sistemas de salud sean el tema del *Informe sobre la salud en el mundo 2008*.

La OMS debe compaginar el enorme interés en la salud y las posibilidades de solidaridad con los recursos internacionales disponibles, a fin de garantizar mejoras duraderas y no sobrecargar a los países receptores. Está de acuerdo en que corresponde a la OMS definir el programa sanitario internacional y cumplir con su mandato como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria.

Aprueba la nueva estructura del proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Es preciso que la OMS vuelva a centrarse en sus funciones esenciales para restablecer su liderazgo en la coordinación y armonización de las actividades sanitarias mundiales, revitalizar el principio de fortalecimiento de la capacidad institucional de los países en el ámbito de la salud pública y restablecer la posición de la OMS en la reforma del sistema de las Naciones Unidas.

El Brasil participa en las actividades de la OMS desde 1948 y hace hincapié en políticas favorables al multilateralismo en la esfera de la salud, a las cuestiones sociales y al fortalecimiento del papel rector de la OMS. El Brasil ha contribuido a establecer la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Su Presidente considera que las políticas sociales respaldan el desarrollo porque mejoran las condiciones de

vida de la población. Junto con Kenya, el Brasil ha promovido la creación del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, convencido de que la comunidad internacional ya tiene los medios tecnológicos y financieros necesarios para ampliar el acceso a tratamientos que se consideran un bien público mundial. Los intereses comerciales de unos pocos no deben tener más peso que la necesidad de mil millones de hombres, mujeres y niños de todo el mundo de acceder a medicamentos.

El Profesor CHEW Suok Kai (Singapur) aplaude la intervención de la Directora General, en particular su llamamiento a no bajar la guardia contra la gripe aviar y a fortalecer los sistemas de salud, especialmente la atención primaria. Singapur albergará la reunión del grupo de alto nivel sobre seguridad sanitaria mundial que se celebrará en el marco del Día Mundial de la Salud 2007.

El Dr. CÓRDOVA VILLALOBOS (suplente del Dr. Bailón, México) reitera el compromiso de su país con la OMS y sus prioridades, entre ellas la cobertura universal, el acceso a medicamentos y las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con el fin de que se puedan detectar y tratar las enfermedades cronicodegenerativas, las infecciosas y las emergentes.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) expresa su confianza en que la nueva Directora General no sea objeto de presiones políticas y goce de libertad para adoptar decisiones adecuadas en materia de salud mundial. Apoya firmemente sus seis ideas clave, en particular los objetivos de mejorar la salud de la mujer y fortalecer los sistemas de salud y la atención primaria de salud. Las tendencias mundiales en materia sanitaria, tales como los enfoques horizontales y verticales, deben combinarse con el fin de crear sistemas sólidos e integrados.

Valora la labor cumplida por ella como Subdirectora General deseosa de ampliar la capacidad mundial de producción de vacunas contra la gripe, labor que ha de continuar como una cuestión de seguridad nacional y no como una cuestión comercial impulsada por la demanda. Apoya asimismo el aumento propuesto del presupuesto por programas; Tailandia está dispuesta a aumentar su contribución.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados miembros de la Unión Europea, en nombre de la Presidencia alemana, dice que se suman a su declaración los países candidatos (Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía), los países del Proceso de estabilización y asociación y candidatos potenciales (Albania, Bosnia y Herzegovina, Montenegro y Serbia) y Ucrania.

Encomia los esfuerzos de la OMS respecto de una gripe pandémica humana y aviar, que dieron lugar a las reuniones fructíferas de Beijing, Viena y Bamako. La Unión también apoya el plan de acción estratégico contra la gripe pandémica y está decidida a mejorar la colaboración con la OMS, la FAO y el OIE.

Según el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*,¹ hay un déficit mundial estimado en casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y auxiliares de enfermería, lo que debería alarmar a todas las partes interesadas. La estrategia mundial de la OMS para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual y su objetivo de proporcionar acceso universal a servicios de prevención y tratamiento de la infección por VIH contribuirán valiosamente a mejorar la salud de hombres, mujeres y jóvenes.

En febrero de 2006 se celebró en Ginebra la primera reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El orador felicita a la OMS por lograr que el control mundial del tabaco haya adquirido una estructura y una forma bien definidas.

¹ *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

Señalando a la atención las seis áreas prioritarias de la Directora General y el proceso de reforma estructural, encomia la estrategia basada en la integración de la atención primaria de salud para fortalecer los sistemas sanitarios. Ello debe facilitar el manejo de las enfermedades no transmisibles. Es importante evaluar los efectos de la actuación de la OMS, especialmente en la salud de la población de África, así como en la salud de las mujeres y otros grupos vulnerables. El desarrollo sanitario es fundamental para combatir el VIH, el paludismo y la tuberculosis, y para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales. Por consiguiente, la OMS no debe limitar sus esfuerzos al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El orador ve con optimismo la labor desarrollada por la Organización junto con sus asociados de las Naciones Unidas para introducir reformas que permitan mejorar su eficacia combinada, en particular en los países. La Cumbre Mundial de 2005 revitalizó el proceso, y la OMS debe contribuir a lograr los objetivos establecidos y evaluar otras posibilidades que permitan adoptar estrategias bien coordinadas. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) entrará en vigor en 2007. Los países han de recibir ayuda para dotarse de medios de prevención, preparación, respuesta y rehabilitación con el fin de hacer frente a las emergencias sanitarias con mayor eficacia. La próxima reunión consultiva de partes interesadas sobre la erradicación de la poliomielitis supondrá un paso importante en esa dirección.

La gestión basada en los resultados constituye un útil punto de partida para la reforma institucional en curso en el sistema de las Naciones Unidas. La OMS ha de centrarse en la calidad y aprovechar sus puntos fuertes. El orador ve con buenos ojos el examen interno propuesto. Se prestará la asistencia que sea necesaria.

La Sra. HALTON (Australia) encomia las seis áreas clave de trabajo definidas por la Directora General y celebra que se centre la atención en la población de África y en las mujeres. Los hombres y las mujeres tienen problemas de salud diferentes, razón por la cual un sistema sanitario en pleno funcionamiento debe reflejar las necesidades de ambos sexos.

La OMS necesita respuestas creativas y adaptabilidad. La oradora ve con agrado la importancia atribuida a la rendición de cuentas, el desempeño y la gestión, así como el compromiso de la Organización con la reforma de las Naciones Unidas. Ahora bien, la proliferación de protagonistas con intereses declarados en los asuntos sanitarios, como donantes, organismos especializados e incluso personajes de fama internacional, exigirá de la OMS mayor flexibilidad y capacidad de respuesta si ésta desea que su labor siga siendo pertinente en un ámbito donde cada vez hay más competencia.

El Sr. RABGYE (suplente del Dr. Wangchuk, Bhután) dice que las enfermedades transmisibles no son las únicas que se están cobrando víctimas en la región, pues la carga de las enfermedades no transmisibles también está aumentando. Expresa satisfacción por la atención dada a la prestación integrada de servicios, a los enfoques basados en la atención primaria de salud y a las cuestiones de salud y género.

El Sr. MIGUIL (Djibouti), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que los países en desarrollo confían en que la Organización obtendrá resultados positivos con su nuevo liderazgo, pese a las limitaciones presupuestarias. La situación sanitaria de muchos países de África y del Mediterráneo Oriental presenta innumerables dificultades, en particular en lo que atañe a la salud maternoinfantil, los determinantes de la salud, el acceso equitativo a servicios básicos de salud y los vínculos entre salud y medio ambiente. Además, el Afganistán, el Iraq y el Líbano están atravesando situaciones de conflicto. La OMS debe prestar asistencia especial a la Oficina Regional en sus esfuerzos para que sean atendidas las necesidades de esos países. Décadas de inestabilidad en la Región han impulsado a Djibouti a promover la cooperación entre los países concernidos, lo que ha incluido la organización de una conferencia sobre salud (Djibouti, 27 a 30 de noviembre de 2006). Esta reunión también sirvió para tender puentes entre las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental. El orador pide a la OMS que preste apoyo técnico con el fin de sacar partido a esas iniciativas. Es preciso que la OMS, en estrecha colaboración con el Banco Mundial y otros organismos especializados de las Naciones Unidas, combata el paludismo, la tuberculosis y el SIDA con mayor eficacia. Éstas y otras enfermedades amenazan el desarrollo económico de la Región.

El orador es partidario de una mayor descentralización administrativa a nivel regional con el fin de aplicar las estrategias brevemente expuestas por la Directora General. Su Región se compromete a apoyar las recomendaciones y los objetivos que conformarán la labor futura de la Organización.

Se levanta la sesión a las 12.35 horas.

SEGUNDA SESIÓN

Lunes 22 de enero de 2007, a las 14.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. INFORME DE LA DIRECTORA GENERAL: punto 2 del orden del día
(documentos EB120/2 y EB120/40) (continuación)

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) dice que una de las funciones de la Secretaría es proporcionar competencia técnica especializada a los Estados Miembros con el fin de garantizar la seguridad sanitaria mundial. La competencia técnica especializada que ha mostrado la Directora General al dirigir el programa de lucha contra la gripe aviar y su capacidad demostrada para convertir sus conocimientos en acción no deja dudas de que hará avanzar la labor propia de la Organización.

La OMS no es principalmente una organización donante, ya que tiene una función distinta que desempeñar. El orador acoge complacido las referencias hechas por la Directora General al desarrollo del sistema sanitario, que requiere mayor atención. Los medicamentos antirretrovirales y otros tratamientos nunca podrán proporcionarse gratuitamente a los Estados Miembros, pero la OMS debe procurar que se reduzcan los precios de los productos farmacéuticos y velar por que se otorgue la debida importancia a los sistemas sanitarios nacionales.

El compromiso de la Directora General respecto de la transparencia y la gestión responsable debe hacerse extensivo a todos los niveles de la Organización; los Estados Miembros darán pleno apoyo a esa ingente tarea. Muchas actividades programáticas se han realizado con fondos asignados, por ejemplo a la lucha contra enfermedades transmisibles y no transmisibles, pero la cuestión es si los resultados son proporcionales al dinero empleado. La gestión responsable y la transparencia dependen tanto de la evaluación de las necesidades como del desempeño.

El Dr. TANGI (Tonga) dice que, como miembro representante del país más pequeño del Consejo Ejecutivo, se siente con derecho a prometer el apoyo de todos los países pequeños a la Directora General. En las seis esferas que ella ha puesto de relieve, la obtención de resultados buenos o malos dependerá en gran medida de los esfuerzos que se desplieguen a nivel de país, como demuestra la experiencia en la lucha contra la tuberculosis: incluso tras una prórroga de cinco años, tan sólo una región ha alcanzado el objetivo fijado. Por consiguiente, es especialmente importante concentrarse en las actividades sobre el terreno y tener eso en cuenta a la hora de establecer los objetivos de la lucha contra la poliomielitis en las próximas consultas de alto nivel.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en calidad de miembro representante de Bolivia, reconoce el mensaje de esperanza y confianza de la Directora General en un futuro mejor, incluida una mejor salud para todos, especialmente por lo que se refiere a los pobres, las mujeres y los niños. La suya es una visión de equidad y justicia social. A pesar de que hoy en día tanto ricos como pobres parecen tener más que antes, de hecho las desigualdades entre ambos han aumentado.

Tras haber propuesto la candidatura de la Dra. Chan como Directora General, el Consejo Ejecutivo reitera su confianza en ella.

La Sra. EPHREM (Canadá)¹ acoge complacida el hecho de que la Directora General se centre en sus principales funciones respecto de la salud mundial. Habida cuenta de que organismos multilaterales y bilaterales, bancos de desarrollo, fundaciones privadas y alianzas publicoprivadas se han convertido en protagonistas influyentes, la OMS debe aprovechar sus ventajas comparativas y establecer prioridades. El impulso reformista debe ser continuo, y los cambios introducidos por la Secretaría en años recientes deben institucionalizarse en todos los niveles. La OMS también debe ampliar sus esfuerzos de armonización con el fin de obtener resultados más sólidos sobre el terreno. El Canadá respalda las seis esferas prioritarias y acoge con satisfacción la importancia otorgada a las mujeres y la población de África.

La DIRECTORA GENERAL da las gracias al Consejo por el amplio apoyo expresado con respecto a las seis esferas importantes que ha expuesto brevemente. La Organización tiene que aprender a trabajar con los asociados, dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas, mejorar su capacidad de respuesta y de rendición de cuentas y obtener resultados a nivel de país. Acoge complacida el apoyo a la idea de utilizar las mejoras en la salud de las mujeres y la población de África como indicadores del desempeño de la OMS. Ese enfoque no se materializará necesariamente en nuevos programas o departamentos; por el contrario, ayudará a promover una firme reducción de los costos y asegurar que se desarrollan sinergias partiendo de los programas existentes.

La Secretaría, empezando por la propia Directora General en su calidad de principal funcionaria técnica y administrativa, responderá ante los Estados Miembros de la obtención de resultados en relación con las prioridades convenidas en materia de salud pública mundial. Al mismo tiempo, tal como han indicado los miembros representantes de Jamaica y Tonga, los Estados Miembros deben ser responsables de la aplicación de los programas convenidos conjuntamente.

La Directora General hace un llamamiento a los Estados Miembros para que presten su firme apoyo a la OMS en los meses y años venideros. Ésa es la única manera de proporcionar una plataforma en la cual la Organización pueda trabajar con los asociados externos y alcanzar las metas convenidas y las prioridades establecidas en aras de mejorar la salud de la población mundial.

2. INFORME DEL COMITÉ DE PROGRAMA, PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO: punto 3 del orden del día (documento EB120/3)

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, presenta el informe y encomia los frutos de su quinta reunión. Su objetivo como Presidenta del Comité era perseguir una mayor transparencia, en armonía con las aspiraciones compartidas por el difunto Director General, el ex Director General interino y la nueva Directora General. Hay mucha más claridad con respecto a lo que la Organización ha hecho, está haciendo y se propone hacer, todo ello en interés de la salud mundial. En consecuencia, puede instituirse un diálogo sobre los esfuerzos actuales y las orientaciones futuras de la OMS.

El Comité ha comenzado por un examen de las reformas de la gestión en la OMS, con especial atención al Sistema Mundial de Gestión, que la información facilitada por la Secretaría ha permitido esclarecer. Los miembros del Comité han hecho hincapié en el intercambio de experiencias del Sistema Mundial de Gestión y, por encima de todo, en la vigilancia de los resultados. Cuando se han instituido cambios de gestión, los sistemas informáticos han aportado tanto riesgos como oportunidades. La Secretaría tiene que proceder con cautela, prestando la debida atención al programa de trabajo que se ha de llevar a cabo.

El Comité también ha examinado detalladamente el procedimiento por el que la Secretaría autoriza el uso del logotipo de la OMS en las publicaciones, y ha abordado la importancia del descargo de respon-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

sabilidad. Se ha expresado interés en proteger la reputación de excelencia técnica de la OMS, y se ha puesto de relieve la necesidad de vigilar la inspección y publicación de la documentación. El Comité ha pedido una breve descripción de la política de publicaciones, con inclusión de la cuestión de los idiomas y del acceso a los materiales elaborados por la OMS. En la sexta reunión del Comité, en mayo de 2007, debe presentarse un informe sobre el examen de la política de publicaciones por la Directora General, que posteriormente podrá transmitirse al Consejo Ejecutivo.

El Comité ha examinado un informe sobre el seguimiento del Undécimo Programa General de Trabajo y ha pedido que se le presente, en su séptima reunión, en enero de 2008, un panorama general de todos los procedimientos conexos de evaluación previa y posterior y de examen con el fin de asegurar la adecuación entre la política y la práctica. El Comité ha examinado la evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2004-2005, y ha aprobado para el bienio 2006-2007 un proceso revisado en cuyo marco se mantendrán debates sobre la base de un resumen del informe relativo a la evaluación de la ejecución. El examen se validará una vez esté disponible el informe íntegro en todos los idiomas.

El Comité ha acogido con satisfacción el incremento del presupuesto por programas de US\$ 3313 millones a US\$ 3670 millones, lo que refleja la confianza en la Organización. El equilibrio entre las contribuciones voluntarias y señaladas ha llevado al Comité a solicitar que se sigan examinando y poniendo en marcha mecanismos para mejorar la alineación de los recursos. La Directora General ha indicado con claridad que los servicios de la OMS no pueden comprarse a cambio de contribuciones financieras y que, por lo tanto, la Organización debe limitarse a trabajar únicamente en las esferas convenidas de importancia para la salud mundial.

La posición detallada de la Secretaría con respecto a cada uno de los informes de la Dependencia Común de Inspección publicados en 2005 y 2006 ha facilitado una mayor supervisión de la labor de la Organización. El Comité ha acogido con satisfacción la mayor transparencia y rendición de cuentas, así como el compromiso de la Directora General con respecto al proceso de reforma de las Naciones Unidas y la gestión orientada a la consecución de resultados. El Comité ha solicitado una dotación adecuada de personal para la Oficina de Servicios de Supervisión Interna, habida cuenta de su carga de trabajo creciente. Se ha tomado nota de la dedicación del personal de auditoría de la OMS a fin de asegurar que se atienden las prioridades de la Organización, y se han solicitado pequeños cambios para los informes futuros.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) está de acuerdo en lo concerniente a la importancia de proteger la marca de la OMS. Su Gobierno ha llevado al Comité la cuestión de la política de publicaciones de la OMS, ya que el mundo entero deposita su confianza en los informes y documentos de la Organización. Esas publicaciones deben representar la mejor base científica y calidad posibles, con normas claras sobre el uso del logotipo de la OMS. El informe de la Directora General sobre la política de publicaciones debe establecer un proceso de revisión claro y fiable, y poner de manifiesto su compromiso respecto de la aplicación coherente y transparente de esa política en toda la Organización.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia), refiriéndose al párrafo 27 del informe, dice que el número de resoluciones de los órganos deliberantes se debe reducir si se desea mejorar su aplicación. Insta a la Secretaría a que prepare su informe lo antes posible. Es preciso proteger la reputación de excelencia técnica de la Organización. Años atrás, cuando ejercía como médico en las zonas rurales de Tailandia, el orador aceptaba sin reservas los informes y recomendaciones de la OMS. Después de haber trabajado con la Organización, ha pasado a ser más cauto, consciente de que esos textos pueden haber sufrido la influencia de las posiciones de determinados Estados Miembros. Las publicaciones de la OMS deben tener una base fáctica y fundamentos científicos sólidos, sin sesgo alguno. El proceso de supervisión propuesto no debe comprometer la aparición de las publicaciones a su debido tiempo.

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que los documentos publicados por la OMS se toman muy en serio y no debe haber duda alguna con respecto a su base científica. Pregunta si las publicaciones de la OMS son objeto de exámenes colegiados.

La DIRECTORA GENERAL conviene en que deben protegerse la marca y la reputación de excelencia técnica de la OMS. Informará al Consejo sobre una política que garantice un examen previo adecuado de las publicaciones. Asegura a éste que las publicaciones de la OMS serán dignas de crédito y estarán exentas de la influencia de cualesquiera Estados Miembros o industrias, y que el proceso de examen será transparente, equitativo y fiable para todos.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) hace hincapié en que los miembros del mundo académico y los científicos deben disfrutar de libertad de expresión, y en que la libertad de prensa debe respetarse siempre.

3. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día

Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 4.12 del orden del día

Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus* (documentos EB120/11, EB120/11 Add.1 y EB120/39)

El PRESIDENTE dice que, para ahorrar tiempo, algunos miembros del Consejo han sugerido que se establezca un grupo de redacción con el fin de examinar el proyecto de resolución sobre la erradicación de la viruela en el marco del punto 4.12. Entiende que, al no formularse objeción alguna al respecto, el Consejo está de acuerdo con esa sugerencia.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la undécima sesión.)

Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación: punto 4.1 del orden del día (documentos EB120/4 Rev.1 y EB120/4 Rev.1 Add.1)

El Sr. MIGUIL (Djibouti) dice que, en la Región del Mediterráneo Oriental, el compromiso político ha permitido realizar rápidos progresos hacia la erradicación de la poliomiélitis. En 2003, tan sólo tres países notificaron casos, a saber, el Afganistán, Egipto y el Pakistán, y únicamente se notificaron 113 casos. Lamentablemente, desde entonces los esfuerzos de erradicación se han interrumpido debido a cuestiones políticas y de seguridad. El conflicto armado en el Afganistán impidió el acceso a ambos lados de la frontera con el Pakistán durante las campañas de inmunización. Las campañas preventivas se interrumpieron por escasez de recursos, como consecuencia de lo cual en 2004 el virus se propagó de Nigeria al Sudán y, posteriormente, al Yemen y a Somalia; en el Sudán y el Yemen, gracias a ingentes esfuerzos y gastos, se frenó la epidemia. El conflicto armado en Somalia modificó la situación epidemiológica e interrumpió la campaña de inmunización suplementaria prevista.

Los Gobiernos del Afganistán y del Pakistán están sincronizando sus campañas de inmunización, y la Arabia Saudita ha adoptado medidas a fin de impedir que el poliovirus salvaje siga propagándose desde sus reservorios actuales.

El orador acoge complacido el proyecto de resolución, pero propone que en el párrafo 3(2), a continuación de la palabra «poliovirus», se añada la frase «y de los países donde, estando actualmente exentos de poliomiélitis, es alto el riesgo de reinfección» con el fin de impedir que vuelva a reducirse la inmunidad debido a la falta de apoyo a las actividades de inmunización suplementaria en los países muy expuestos, tal como sucedió en 2004 y 2005.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) acoge con satisfacción el compromiso de la Organización respecto a la erradicación de la poliomielitis. Apoya un programa sostenible de inmunización y, por ende, el proyecto de resolución. Recuerda las arduas negociaciones que precedieron la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y pide que se aclare el procedimiento para la redacción de un anexo adicional a ese Reglamento, según se indica en el párrafo 9 del informe.

La Sra. TJIPURA (suplente del Dr. Shangula, Namibia), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, dice que la persistente transmisión endémica de poliovirus salvaje en Nigeria es la causa del 94% del total de casos confirmados en la Región en 2006. El poliovirus salvaje se ha exportado a Angola, Etiopía, Kenya, Namibia, el Níger y la República Democrática del Congo desde las zonas que siguen siendo endémicas. El Comité Regional para África, en su 56ª reunión, ha aprobado el plan estratégico regional del Programa Ampliado de Inmunización (2006-2009), en el cual se insta a los Estados Miembros de la Región a que mantengan el nivel de vigilancia necesario para la certificación y establezcan sistemas de respuesta a los brotes. Ha solicitado que el Director Regional, junto con dirigentes políticos y forjadores de opinión, siga promoviendo la adopción de medidas encaminadas a la erradicación de la poliomielitis.

En el párrafo 1(1) del proyecto de resolución, la oradora propone que se suprima la frase «para poner al día regularmente al Jefe de Estado o de Gobierno acerca de los progresos y necesidades de los programas» y que las palabras «nivel estatal/provincial y distrital» se sustituyan por «todos los niveles». Los párrafos 2(1) y 2(2) podrían condensarse, pero sería útil aclarar el significado de los términos en que están redactados. La oradora pregunta si un nacional de un país donde la poliomielitis sea endémica que viajara por el territorio de otro país tendría que presentar un certificado de inmunización. Acoge complacida la introducción de «días de tregua» durante los conflictos a fin de poder llevar a cabo la inmunización contra la poliomielitis y otras enfermedades prevenibles.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) apoya el proyecto de resolución. Dice que el informe debería especificar que es preciso reforzar las políticas de vacunación y la vigilancia epidemiológica en todas las zonas donde el poliovirus salvaje sea endémico y en los países donde el virus se haya reintroducido. En los países expuestos a la importación del virus salvaje, deben reforzarse la vigilancia epidemiológica, la vacunación de quienes viajen a zonas donde el virus esté presente, la vigilancia de los viajeros procedentes de esas zonas y la vacunación de los grupos menos protegidos, incluidos los inmigrantes.

Portugal ha aplicado la estrategia de la OMS para la erradicación mundial de la poliomielitis y ha incorporado un plan de acción posterradicación en su programa nacional. Debido a las relaciones que mantiene con países del África subsahariana, su país ha incrementado la verificación de la situación de su población con respecto a la vacunación y la cobertura de ésta, sobre todo en las comunidades desfavorecidas susceptibles de contraer la enfermedad, principalmente las de inmigrantes. Siguiendo las directrices de la OMS, Portugal utiliza una vacuna con virus inactivados.

Entre las medidas importantes de erradicación de la enfermedad figuran la vacunación en zonas donde el poliovirus salvaje sea endémico y en países donde el virus se haya reintroducido, la vigilancia epidemiológica en los países expuestos a la importación del virus salvaje, la vacunación de quienes viajen a zonas expuestas y la vigilancia de los viajeros procedentes de esas zonas.

El Dr. QI Qingdong (China) apoya el análisis y las recomendaciones de la OMS sobre la situación epidemiológica de la poliomielitis. Propone añadir a continuación del tercer párrafo preambular, un nuevo párrafo que diga lo siguiente: «Reconociendo que los viajeros procedentes de zonas donde sigue circulando el poliovirus pueden entrañar un riesgo de que el virus se propague internacionalmente». A fin de mejorar la calidad del apoyo técnico de la Secretaría, sugiere también que, en el párrafo 3(1), a continuación de las palabras «transmisión del poliovirus salvaje», se añada la frase «, y a los Estados Miembros donde es alto el riesgo de importación de poliovirus... ».

El Dr. SOMSAK AKKSILP (asesor del Dr. Suwit Wilbulpolprasert, Tailandia) dice que la erradicación de la poliomielitis es técnicamente viable, pero requiere el compromiso político de los cuatro Estados Miembros donde el poliovirus salvaje sigue siendo endémico porque, sin ese compromiso, fracasarán los esfuerzos desplegados a nivel mundial para erradicar la enfermedad. Acoge complacido el proyecto de resolución y sugiere que, a fin de obtener el firme compromiso de interrumpir la transmisión de poliovirus salvaje de esos cuatro países, en el párrafo 1, a continuación de la palabra «prevalente», se añadan las palabras «, en particular a los cuatro países donde la poliomielitis es endémica».

En el párrafo 2(2), la frase «zonas donde circula el poliovirus» está abierta a la interpretación por lo que se refiere al alcance de las intervenciones, por ejemplo si deben aplicarse a nivel nacional o subnacional. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) define una zona afectada como un lugar geográfico respecto del cual la OMS ha recomendado específicamente medidas sanitarias. Habida cuenta de que a los Estados Miembros les resulta difícil distinguir a los viajeros procedentes de zonas donde circula poliovirus de los procedentes de Estados donde no circula, la cobertura completa de inmunización no se puede garantizar. Las intervenciones en países muy poblados pueden ser costosas, y sería útil disponer de asesoramiento adicional.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) apoya la inmunización de los viajeros procedentes de zonas donde circula poliovirus salvaje a fin de interrumpir su transmisión a nivel mundial. En el Japón, se está trabajando en el confinamiento en laboratorio de conformidad con la edición actual del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en laboratorio. En la era posterradicación deberá considerarse la posibilidad de aplicar una estrategia para hacer frente a la liberación de poliovirus en la comunidad. A fin de que la Región del Pacífico Occidental mantenga su condición de exenta de poliomielitis, se ha iniciado una cooperación bilateral en la esfera de las vacunas para enfermedades prevenibles, incluidas la poliomielitis y el sarampión, lo que contribuirá a la erradicación mundial de la primera. Teniendo en cuenta que no ha disminuido el número de casos registrados en los cuatro países donde el poliovirus salvaje sigue siendo endémico, será necesario fijar un nuevo año como objetivo y establecer una hoja de ruta para la erradicación mundial de la poliomielitis.

La Dra. YOUBA (Malí) dice que la erradicación de la poliomielitis preocupa mucho no solamente a los países donde esta enfermedad aún es endémica, sino también a los países vecinos, como es el caso de Malí. Acoge complacida la rápida aplicación de las medidas previstas en la resolución WHA59.1, que ha permitido contener brotes recientes y realizar progresos sustanciales en los preparativos para la era posterradicación. Estos últimos comprenden el proyecto de tercera edición del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en laboratorio, y el examen por el Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis de los procedimientos normalizados de trabajo para la constitución de reservas de vacuna oral monovalente contra el poliovirus en la era posterradicación y la interrupción del uso de la vacuna oral.

Se necesitan fondos con el fin de interrumpir la transmisión de poliovirus endémico, prepararse para la era posterradicación y gestionar los riesgos de reaparición de la poliomielitis en esa era. La oradora apoya el proyecto de resolución e insta a la comunidad internacional a reforzar su compromiso con respecto a la erradicación mundial de la poliomielitis. Si bien la vacunación de los viajeros procedentes de países con poliovirus circulante no es compatible con la política de su país, tales medidas son necesarias a fin de prevenir la propagación internacional del poliovirus salvaje.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) recuerda que, en 1982, el Caribe fue la primera subregión que erradicó la poliomielitis. En la Región de las Américas, el último caso de esa enfermedad se registró en 1991 en el Perú, y en 1994 la Región fue declarada exenta de poliomielitis. Desde entonces, Jamaica ha establecido y fortalecido un sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda. Se están desplegando esfuerzos para reducir el descenso de la cobertura de inmunización registrado en los últimos seis años y para aumentar la tasa de cobertura del 80% (cifra de finales de 2006) al 95%. La última campaña «de recuperación», dirigida a los niños de uno a seis años de edad, se llevó a

cabo en 1996. De acuerdo con el asesoramiento de la OMS, en la subregión todavía se utiliza la vacuna antipoliomielítica oral pese a las preocupaciones sobre la poliomielitis paralítica asociada a esa vacuna. Mediante la Declaración de los Gestores del Programa Ampliado de Inmunización del Caribe en apoyo de las actividades de la Copa Mundial de Cricket (Paramaribo, 17 de noviembre de 2006), los países del Caribe, en el marco de la gestión del riesgo de importación de enfermedades transmisibles, entre ellas la poliomielitis y el sarampión, aprobaron el requisito de que los viajeros procedentes de países endémicos presentaran pruebas de una vacunación adecuada porque se preveía que la Copa atraería a numerosos visitantes a la región. Se necesita una vigilancia reforzada para identificar, notificar e investigar oportunamente los casos sospechosos de esas enfermedades. Las sanciones a personas o servicios que no notifiquen los casos se deben reglamentar en el marco de la legislación de salud pública. Se alienta a la vacunación de los nacionales del Caribe que viajen a países donde la poliomielitis sea endémica.

Los niveles de cobertura deben aumentar al menos hasta el 95% por cada cohorte de nacimientos, y debe vencerse la autocomplacencia de los padres jóvenes con respecto a la vacunación de sus hijos. La falta de agentes de salud comunitarios y programas de difusión constituye una grave limitación. También son importantes la vigilancia sensible, una buena tecnología de muestreo de las heces, niveles elevados de inmunización y la prevención de la poliomielitis vacunal. Las amplias actividades de confinamiento y la notificación veraz pueden prevenir la posibilidad de que los bioterroristas utilicen el poliovirus salvaje.

Con la colaboración de los medios de comunicación y una educación eficaz y sostenida de la población, es preciso contrarrestar la acción de los grupos que militan visiblemente contra la inmunización. Será necesaria una transición sin tropiezos de la vacuna antipoliomielítica oral a la vacuna antipoliomielítica inactivada una vez que se haya declarado al mundo entero exento de poliomielitis.

Los países miembros de la Comunidad del Caribe apoyan el proyecto de resolución. La Secretaría debe asegurar la presentación oportuna de informes y documentación sobre las actividades de confinamiento realizadas por los laboratorios, prestar apoyo a los países a fin de hacer frente a los grupos anti-inmunización, promover la sensibilización de la población con respecto a la seguridad de las vacunas y buscar fondos adicionales para la erradicación mundial. En particular, debe aumentar con rapidez la cobertura de inmunización en Nigeria, donde se han notificado los casos más recientes. Hay que compartir con todos los países, incluidos aquellos donde persiste la transmisión, directrices más estrictas para el confinamiento de los poliovirus salvajes en laboratorio, que se debe hacer bajo la supervisión de expertos independientes. También se deben apoyar las actividades en el marco del Programa Ampliado de Inmunización, incluida la introducción de nuevas vacunas y tecnologías.

El Dr. CORDOVA VILLALOBOS (suplente del Dr. Bailón, México) respalda la necesidad de un consenso internacional sobre las políticas encaminadas a controlar los riesgos de reaparición de la poliomielitis. México apoya los esfuerzos de erradicación de la OMS y fue declarado exento de esta enfermedad en 1994. La vigilancia epidemiológica de la poliomielitis y la parálisis flácida aguda se está fortaleciendo en respuesta al riesgo de reintroducción del virus y reaparición de la enfermedad. La cobertura de inmunización con vacuna antipoliomielítica oral es elevada; además, se están llevando a cabo campañas intensivas durante las semanas nacionales de salud. A partir de 2007, México introducirá en su programa nacional de inmunización una vacuna pentavalente que comprende la antipoliomielítica inactivada. En las campañas intensivas de vacunación se seguirá utilizando la vacuna oral. El orador apoya el proyecto de resolución.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) observa que la erradicación de la viruela y los excelentes progresos realizados hacia la erradicación de la poliomielitis son ejemplos del papel singular y de la fuerza extraordinaria de la OMS. La reaparición de la poliomielitis en algunos países pone de relieve la importancia de alcanzar niveles elevados de inmunización mediante una vacunación eficiente.

En Eslovenia, el último brote grave de poliomielitis se produjo en 1957. Pese a una cobertura de inmunización superior al 95%, en 1979 se registró un brote de nueve casos, ninguno de los cuales resultó mortal. Ninguno de los afectados estaba vacunado, y no quedó claro si el brote estuvo relacionado con la vacuna o fue provocado por el poliovirus salvaje. Incluso con una cobertura elevada, puede haber niños

no vacunados. Al igual que en otros países, ha habido oposición a la inmunización en Eslovenia, organizada por un movimiento del cual forman parte algunos médicos y que, con algún apoyo de medios de difusión, acusa a las autoridades sanitarias de poner en peligro la vida de los niños del país. Hay que convenir a un número cada vez mayor de padres para que permitan vacunar a sus hijos. Los Estados Miembros son responsables de aplicar programas de vacunación eficaces, pero esa clase de movimientos puede provocar un grave descenso de la cobertura. La OMS debe permanecer alerta ante ese peligro y estar preparada para intervenir en caso necesario. El orador apoya el proyecto de resolución.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) observa que su país es el contribuyente financiero más importante de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis e indica que la erradicación es viable. Los Estados Miembros deben permanecer centrados en el objetivo de la erradicación y procurarse los recursos humanos y financieros necesarios en los planos nacional y mundial. Cada país debe reducir el riesgo de importación, asegurar la capacidad de detectar con rapidez la presencia de poliovirus circulante y responder eficazmente a ésta. El liderazgo al más alto nivel en los países de África, el Oriente Medio y Asia es esencial a fin de mejorar la cobertura de inmunización suplementaria y sistemática y la vigilancia de la parálisis flácida aguda.

La reintroducción de poliovirus sigue siendo una importante preocupación para todos los Estados Miembros. Las recomendaciones que los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de su país han establecido en su «Libro Amarillo»,¹ así como las formuladas por la OMS,² requieren la vacunación de las personas que viajan a países donde la poliomielitis sea endémica. También podría resultar eficaz asegurarse de que todos los viajeros procedentes de países endémicos hayan sido inmunizados sistemáticamente. El medio de conseguirlo podría ser una recomendación permanente a tal efecto, establecida en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que entrará en vigor en junio de 2007. El Reglamento exigirá la notificación inmediata de los casos de poliomielitis. Antes de esa fecha, los Estados Miembros deben respetar ese requisito de forma voluntaria y mantenerse vigilantes frente a la importación de poliovirus salvaje.

Los Estados Unidos desean que se les incluya como patrocinadores del proyecto de resolución.

El Dr. SADASIVAN (Singapur) dice que la transmisión de poliovirus salvaje en los cuatro países que siguen siendo endémicos sólo se interrumpirá con apoyo adicional de la OMS y compromiso político al más alto nivel en los países afectados. Por consiguiente, el orador respalda el proyecto de resolución. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) proporcionará un medio eficaz de prevenir la reaparición de poliovirus salvaje en los países donde actualmente no es endémico.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) recuerda que, en su país, el último caso de poliomielitis se registró en 1993 y prosigue la labor de vigilancia, en particular habida cuenta del riesgo procedente de la India y el Pakistán, los países vecinos endémicos. Gracias al liderazgo político y al apoyo de las organizaciones no gubernamentales se han alcanzado los objetivos, incluida la cobertura de inmunización, incluso en las zonas en conflicto. El orador apoya el proyecto de resolución.

El Sr. RABGYE (suplente del Dr. Wangchuk, Bhután) acoge complacido la consulta propuesta para febrero de 2007 a fin de promover la erradicación en los países donde la poliomielitis aún es endémica. En esos países existe la voluntad política de lograr la erradicación, pero se requiere un apoyo financiero y logístico más coordinado con el fin de aplicar programas y días de inmunización sistemáticos. El orador apoya el proyecto de resolución.

¹ Centers for Disease Control and Prevention. *Health information for international travel, 2005-2006*. Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2005.

² *International travel and health 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

El Dr. SALEHI (Afganistán) tranquiliza al Consejo en el sentido de que su país está plenamente comprometido con la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje y la erradicación mundial de la poliomielitis. Su Presidente ha establecido un grupo nacional de lucha contra la poliomielitis, que permitirá a la Oficina del primero supervisar la aplicación de las medidas adoptadas al respecto. El Afganistán está colaborando con el Pakistán en la aplicación de campañas simultáneas de inmunización a ambos lados de la frontera. El apoyo político ha abarcado la administración de una dosis de vacuna antipoliomielítica oral por el Ministro de Salud de cada uno de esos países a un niño del otro país. El orador apoya el proyecto de resolución con la enmienda al párrafo 3(2) propuesta por el miembro representante de Djibouti.

El Profesor AYDIN (Turquía) señala que el Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis ha hecho hincapié en que los cuatro países donde la poliomielitis aún es endémica seguirán representando un riesgo continuo para todas las zonas exentas de la enfermedad hasta que la transmisión se haya interrumpido completamente. La OMS debe apoyar el establecimiento de requisitos más rigurosos de inmunización para los viajeros que se dirijan a zonas endémicas o procedan de ellas. Las preocupaciones financieras y de seguridad en algunas zonas endémicas obstaculizan la aplicación de los programas. El orador apoya el proyecto de resolución.

El Sr. KENNY (Asociación Rotaria Internacional), quien hace uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que la dedicación de los Estados Miembros y los progresos realizados son alentadores. La poliomielitis ya no es endémica en Egipto y el Níger; en 2006 se ha registrado el menor número de zonas afectadas por poliomielitis en toda la historia; se han introducido nuevos instrumentos y estrategias en las zonas afectadas. En el plazo de dos decenios, se ha reducido en un 99% el número de casos, se han prevenido cinco millones de casos de parálisis y se han evitado 250 000 muertes pediátricas por causa de la poliomielitis. Pese a ello, los progresos son limitados. Si no se consigue erradicar la poliomielitis, se estima que ésta dejará parálisis a 10 millones de niños en los próximos 40 años, y se verá comprometida la inversión mundial en la iniciativa, que asciende a US\$ 4500 millones.

Los funcionarios de los países donde la poliomielitis es endémica y otros países afectados por ella deben dar prioridad a la erradicación. Mediante su red mundial de voluntarios de la comunidad, que han inmunizado a más de 2000 millones de niños en 122 países, y su contribución de más de US\$ 650 millones, la Asociación Rotaria Internacional mantiene su compromiso respecto de la erradicación de la enfermedad.

El Dr. OMI (Director Regional para el Pacífico Occidental) dice que la experiencia ha demostrado que la parte más difícil del proceso de erradicación es la eliminación de los últimos focos de transmisión de poliovirus salvaje, que requiere esfuerzos extraordinarios pertinentes a cada situación. Los países que siguen siendo endémicos ya han hecho muchos esfuerzos por contener la transmisión, con el firme apoyo de la comunidad internacional, incluida la Asociación Rotaria Internacional. Sin embargo, el virus sigue circulando, y existe el peligro de que el cansancio de los donantes y los países afectados impida realizar nuevos progresos. Es preciso que se renueven los esfuerzos de los Estados Miembros afectados, el compromiso mundial y la solidaridad de la comunidad internacional. En nombre de los Directores Regionales de las tres Regiones declaradas exentas de poliomielitis, a saber, la Región de las Américas, la Región de Europa y la Región del Pacífico Occidental, el orador dice que ellas están dispuestas a proporcionar todo el apoyo necesario a fin de completar la tarea de erradicación, incluido el despliegue de personal en las zonas afectadas.

El Dr. GEZAIRY (Director Regional para el Mediterráneo Oriental) acoge complacido ese ofrecimiento de apoyo. En su Región hay dos países que siguen siendo endémicos, aunque se notificaron sólo dos casos en diciembre de 2006. La fatiga de quienes trabajan sobre el terreno, sus dirigentes políticos y los donantes representa un obstáculo. El orador ha visitado los países afectados con el fin de hacer hincapié en la necesidad de la erradicación. La cobertura del Programa Ampliado de Inmunización en los cuatro países con poliomielitis endémica, en particular en las zonas afectadas, no alcanza el nivel necesario

para la erradicación. Es preciso apoyar plenamente las actividades sistemáticas y las campañas de inmunización. Si bien se han establecido sistemas sensibles de vigilancia de la parálisis flácida aguda, se siguen necesitando suministros adecuados de vacunas y un aumento de los fondos con el fin de salvaguardar las inversiones realizadas en la erradicación. Se requieren días de tregua y seguridad. Todos los Estados Miembros deben combinar sus esfuerzos. Es preciso disipar los rumores sobre los efectos adversos de la vacunación, y se debe dar publicidad al hecho de que en todo el mundo se utilizan las mismas vacunas y una tecnología racional. De no haberse erradicado la viruela, la respuesta al VIH/SIDA habría resultado mucho más complicada, puesto que la vacunación de una persona VIH-positiva puede dar como resultado una infección mortal por *Vaccinia virus*.

El Dr. HEYMANN (Representante de la Directora General para la Erradicación de la Poliomieltis), en nombre de los principales asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis, a saber, la OMS, el UNICEF, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y la Asociación Rotaria Internacional, da las gracias a los miembros del Consejo por su continuo apoyo. Desde finales de 2006, cada uno de los cuatro países donde la poliomieltis aún es endémica ha aplicado estrategias contra la enfermedad. El Afganistán y el Pakistán han sincronizado sus actividades transfronterizas de inmunización; la India, país densamente poblado cuyo saneamiento es deficiente en las zonas donde persiste la poliomieltis, está vacunando a los niños menores de dos años de edad en esas zonas; las medidas aplicadas por Nigeria incluyen «días de inmunización y más», durante los cuales habrá intervenciones adicionales a la vacunación antipoliomielítica encaminadas a fortalecer los sistemas sanitarios.

El orador acoge complacido las propuestas de enmienda al proyecto de resolución. Se reflejarán plenamente las preocupaciones relativas a la propagación internacional del poliovirus a consecuencia de los viajes hacia y desde las zonas donde la poliomieltis es endémica. Los viajes desde esas zonas también se abordarán en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Se presentará un informe a la Asamblea de la Salud sobre la próxima consulta con el fin de establecer indicadores de la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje para finales del siguiente período de dos años. Se están haciendo preparativos para una era posterradicación a fin de garantizar la destrucción o el almacenamiento seguros de los poliovirus salvaje o Sabin una vez declarada la erradicación de la poliomieltis. La red de vigilancia de la poliomieltis debe mantenerse como legado de la erradicación, y hacerse extensiva a las enfermedades que requieran una vigilancia continua. La infraestructura de erradicación de la poliomieltis estará plenamente incorporada en los programas sistemáticos de inmunización. La OMS continuará movilizando los US\$ 570 millones que aún necesitan las actividades previstas para 2007-2008, y el orador confía en que podrá seguir contando con sus asociados financieros hasta lograr la erradicación de la poliomieltis.

En respuesta a la pregunta formulada por el miembro de Luxemburgo, el Sr. BURCI (Asesor Jurídico) dice que los anexos al Reglamento Sanitario Internacional (2005) forman parte integrante de éste. Por consiguiente, añadir un anexo equivaldría a enmendar el Reglamento. La Asamblea de la Salud debería adoptar la decisión de entablar negociaciones sobre un nuevo anexo; se debería establecer un grupo de trabajo u órgano similar encargado de negociar el texto e informar al respecto a la Asamblea de la Salud. La Asamblea de la Salud podría adoptar el anexo, y éste entraría en vigor 24 meses después de su adopción, sin perjuicio de las condiciones establecidas en el Reglamento.

La DIRECTORA GENERAL hace hincapié en que la erradicación de la poliomieltis es una cuestión pendiente que requiere esfuerzos concertados. Da las gracias a los países exentos de esa enfermedad por los logros alcanzados, a los cuatro países donde aún es endémica por sus esfuerzos, y da asimismo las gracias a los principales asociados y demás donantes. Los Directores Regionales de las regiones exentas de la enfermedad también mostraron la determinación de la Secretaría de erradicar la poliomieltis cuando manifestaron su voluntad de desplegar recursos en las tres regiones donde aún es endémica. La erradicación de la poliomieltis será un regalo a perpetuidad para generaciones de niños de todo el mundo. Por último, agradece a los países su solidaridad y compromiso con el logro de ese objetivo.

El PRESIDENTE dice que las enmiendas propuestas se incorporarán en un proyecto revisado de resolución que se examinará en una reunión posterior.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la tercera sesión, sección 2.)

Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo:
punto 4.2 del orden del día (documentos EB120/1(annotado), EB120/5 y EB120/5 Add.1)

La Dra. ALLEN-YOUNG (Jamaica) describe la reciente experiencia de su país, que después de haber erradicado esta enfermedad la vio reaparecer. Jamaica notificó el último caso de paludismo en 1961, fue declarada exenta de la enfermedad en 1965, y recientemente registraba cada año menos de 10 casos importados. Sin embargo, en 2006 se detectó un primer caso, seguido de un segundo en octubre y un tercero en noviembre. Hay transmisión local de la enfermedad en una zona reducida de Kingston. Se ha establecido un centro de operaciones de emergencia, sin ocultar el problema. La estrategia de Jamaica ha consistido en la detección precoz y el tratamiento inmediato de los casos, con vigilancia epidemiológica y entomológica. Se ha informado y educado a la población de forma oportuna, se ha movilizó a la comunidad y ha habido colaboración intersectorial. En diciembre se registró el número más alto de casos, 43 semanales, que luego descendieron a 18, la mayoría de ellos entre 20 y 39 años de edad. Los 255 casos confirmados se trataron adecuadamente y no se notificaron defunciones.

La transmisión local de una enfermedad erradicada más de 40 años atrás ha conmocionado a Jamaica. La eficacia de la vigilancia mundial ha sido esencial para la detección precoz. La aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), la cooperación internacional y el fortalecimiento de los sistemas de salud han sido vitales. Jamaica ha recibido asistencia técnica de fuentes tales como la OPS, el Centro Epidemiológico del Caribe y ministerios de salud. La oradora puede afirmar que el paludismo no es endémico en la isla, el brote ha estado localizado en Kingston, y la transmisión alcanzó su nivel máximo entre finales de noviembre y mediados de diciembre de 2006. La situación está controlada. La vigilancia continua permitirá identificar y tratar todo caso esporádico, así como mejorar las actividades de lucha antivectorial. En colaboración con la OPS, se seguirá evaluando la situación local. La oradora insta a los países que ya hayan erradicado el paludismo a que se mantengan atentos y fortalezcan los sistemas de vigilancia. Apoya la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo.

El Dr. SALEHI (Afganistán), que hace uso de la palabra en nombre los países de la Región del Mediterráneo Oriental, apoya la propuesta de declarar Día Mundial del Paludismo el 25 de abril. Las personas expuestas al riesgo de contraer paludismo tienen escasos conocimientos sobre éste y su transmisión. Un mayor número de personas viajan a regiones donde el paludismo es endémico. Es frecuente que los casos registrados entre viajeros resulten mortales. El establecimiento de un Día Mundial del Paludismo ayudará a los países exentos de la enfermedad a prevenir su reintroducción, mejorar las medidas de protección de los viajeros y manejar los casos importados.

El orador acoge complacido el proyecto de resolución. Sin embargo, los países que tienen una pesada carga de paludismo probablemente no alcancen con las intervenciones previstas el objetivo del 80% de cobertura en 2010 (establecido por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA58.2), ya que los fondos prometidos para la lucha contra la enfermedad no se han materializado. Los países con presupuestos sanitarios reducidos, sistemas sanitarios deficientes o escasez de recursos humanos pueden necesitar enfoques más innovadores a fin de hacer frente a emergencias complejas.

El orador encomia el aumento de las intervenciones de lucha antivectorial desplegadas por la OMS, incluida la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual, y hace hincapié en la sostenibilidad y el acceso para las comunidades afectadas. Sin embargo, muchos países carecen de entomólogos y equipos de lucha antivectorial debidamente formados. La OMS debe apoyar y alentar la financiación de la formación a corto y largo plazo en todos los niveles.

Muchos países de la Región, entre ellos la República Islámica del Irán y el Irak, están acometiendo la eliminación del paludismo. En el Sudán se ha puesto en marcha una iniciativa local de eliminación en

las provincias de Jartum y Gezira. Los Estados Miembros necesitan apoyo de asociados tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y capacitación de parte de la OMS sobre los conocimientos técnicos especializados que son necesarios. La OMS podría mejorar la capacidad de eliminación del paludismo mediante una coordinación transfronteriza y la cooperación interregional. El personal con conocimientos técnicos especializados en el control del paludismo debe descentralizarse al nivel de país.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) acoge complacido el proyecto de resolución y dice que en su país el paludismo ha sido endémico y bien puede reaparecer. Desde 2000, el Japón ha mantenido un firme compromiso con el control mundial de esta enfermedad a través del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y de la prestación de apoyo a los países afectados, por ejemplo mediante la distribución de mosquiteros tratados con insecticida. El apoyo técnico que propicia la OMS abarca la fumigación de acción residual de interiores con DDT, compuesto reglamentado por el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes. Los países deben examinar cuestiones de sostenibilidad y la posible aparición de mosquitos resistentes. El orador insta a la Secretaría a que establezca, junto con la secretaría del Convenio de Estocolmo, un sistema de vigilancia de esa intervención. La OMS debe ampliar las actividades de lucha contra el paludismo, aumentar la formación de entomólogos médicos, promover programas de higiene a nivel comunitario, apoyar la realización de estudios sobre la resistencia a los insecticidas, y adoptar una lucha ecológica contra los mosquitos. El mejor enfoque necesitará una diversidad de conocimientos técnicos especializados, financiación segura y recursos humanos garantizados.

El Dr. SOMSAK AKKSILP (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que el programa de lucha antipalúdica de su país es una importante iniciativa de salud pública y funciona tanto en zonas muy endémicas como en zonas poco endémicas. El uso autorizado de medicamentos antipalúdicos cuya comercialización se permite desde 1985 suele estar limitado a los servicios sanitarios del Gobierno. Dos medicamentos de uso común, a saber, el artesunato y la mefloquina, sólo se encuentran en las farmacias públicas. En mayo de cada año, antes de que el número de casos de paludismo alcance su máximo estacional, se celebra una «semana del paludismo» durante la cual se promueve la sensibilización de la población.

El orador acoge complacido el proyecto de resolución, pero pregunta por el alcance de la palabra «mercado», la mención de los medicamentos antirretrovirales precalificados y el significado de la expresión «monoterapias de artemisinina» en el párrafo 1(3). Sugiere que, al final del párrafo 4, se añada la frase siguiente: «Además, se debe informar al público en general acerca de los obstáculos surgidos y los progresos realizados en la lucha contra el paludismo, a fin de reflejar la responsabilidad del Gobierno con la sociedad».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que las estadísticas ponen de relieve la necesidad del control mundial del paludismo, en particular por lo que se refiere a las mujeres y los niños pequeños. Las poblaciones vulnerables no tienen información sobre la forma de protegerse de esa enfermedad. El establecimiento de un Día Mundial del Paludismo no reducirá por sí solo la carga mundial de la infección. Debe prestarse más atención al suministro de medicamentos antipalúdicos que salvan vidas, la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo. El orador apoya firmemente la fumigación de acción residual de interiores con DDT y otros insecticidas. La iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo apoya el uso del DDT y otros insecticidas en campañas muy controladas de fumigación de viviendas en zonas destinatarias de África. Las terapias combinadas a base de artemisinina son las más eficaces para el tratamiento del paludismo. Sin embargo, el orador no apoya la prohibición de las monoterapias antipalúdicas, siempre que esos medicamentos cumplan las normas internacionales de calidad, seguridad y eficacia. Es preciso seguir examinando las cuestiones de reglamentación relativas a los tratamientos combinados de dosis fijas. La financiación debe centrarse en el suministro de medicamentos cuya seguri-

dad y eficacia sean bien conocidas. Las terapias de combinación de dosis fijas pueden simplificar los regímenes terapéuticos y prevenir el desarrollo de farmacorresistencia.

El Gobierno de los Estados Unidos es el principal donante para el control del paludismo, por intermedio de la iniciativa del Presidente contra esa enfermedad y las contribuciones al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Todos los países deben incrementar su apoyo a la lucha mundial contra el paludismo con un compromiso financiero y político más firme. El orador insta a los países afectados, especialmente en África, a que aumenten los fondos que destinan al control del paludismo.

El orador presentará por escrito algunas propuestas de enmienda al proyecto de resolución.

La Dra. YOUBA (Malí), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, dice que el paludismo es un importante problema de salud pública en esa Región. La enfermedad mata a millones de niños cada año y pone en peligro 30 millones de embarazos. En África, el paludismo representa el 25% de los gastos de los hogares y es una importante carga económica y social. El aumento de la resistencia a los medicamentos antipalúdicos ha hecho que la mayoría de los países africanos adopten tratamientos más eficaces pero más costosos, por ejemplo las terapias combinadas a base de artemisinina. Algunos países, entre ellos Malí, han promovido el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y el tratamiento preventivo intermitente de las embarazadas con sulfadoxina-pirimetamina. Los costos elevados, los sistemas sanitarios inadecuados y la escasez de recursos humanos impiden la cobertura de las poblaciones vulnerables. La oradora pide que se adopten más medidas transfronterizas, se mejoren los sistemas de seguimiento y evaluación y se establezcan alianzas publicoprivadas. Las terapias disponibles a base de artemisinina, los sistemas de farmacovigilancia y el acceso a los servicios sanitarios son insuficientes, especialmente en las zonas remotas y rurales. Debe concienciarse a la comunidad internacional sobre la grave escasez de fondos y otros recursos para el control del paludismo. La oradora apoya el proyecto de resolución, en particular la propuesta de establecer un Día Mundial del Paludismo.

El Dr. CÓRDOVA VILLALOBOS (suplente del Dr. Bailón, México) recuerda que las graves repercusiones del paludismo tienen un impacto negativo en el crecimiento económico, reducen la productividad y perpetúan la pobreza. México ha reducido la incidencia del paludismo mediante una estrategia denominada tratamiento focalizado, también utilizado en otros países del continente americano, que ha permitido reducir la dependencia de los insecticidas. En el proyecto de resolución debe señalarse de manera explícita la prioridad de la participación organizada de la comunidad en el control del paludismo, la búsqueda constante de la disminución del uso de insecticidas, y la preferencia por aquellos que se consideren ecológicamente amigables, siempre con base en las evidencias científicas.

El Dr. QI Qingdong (China) dice que debe movilizarse a la comunidad internacional con el fin de hacer frente al paludismo. La OMS ha coordinado la labor de los organismos internacionales en esa esfera, incluida la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. El orador acoge complacido el hecho de que el proyecto de resolución haga hincapié en la eliminación de los impuestos y aranceles aplicados a los mosquiteros, medicamentos y otros productos necesarios para la lucha contra el paludismo.

Un Día Mundial del Paludismo señalará el problema a la atención de los gobiernos y la comunidad internacional, y aumentará el grado de conciencia del público con respecto a su autoprotección. Sin embargo, debería reconsiderarse la fecha, ya que el 25 de abril es el día nacional de inmunización infantil en China. Un día del mes de abril sería inapropiado para China y los países vecinos, donde el mayor número de casos de paludismo se registran entre abril y octubre.

La promoción gradual de terapias combinadas a base de artemisinina requiere condiciones idóneas. No obstante, según expertos chinos, no hay pruebas de resistencia específica de *Plasmodium falciparum* a las monoterapias de artemisinina. En comparación con la monoterapia de artemisinina, las terapias combinadas no reducen los episodios de enfermedad ni aumentan la eficacia del tratamiento. Además, las terapias de combinación son mucho más caras que los productos utilizados en la monoterapia. Antes de optar por promover dichos productos, la OMS debe incrementar su vigilancia de los tratamientos antipalúdi-

cos a base de artemisinina y establecer un calendario a más largo plazo para interrumpir la utilización de las monoterapias.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien hace uso de la palabra en nombre de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros, así como de la Presidencia alemana, acoge con beneplácito los esfuerzos desplegados por la OMS para unir la prevención y el control del paludismo a nivel mundial, regional y nacional mediante el Programa Mundial sobre Paludismo. Los medicamentos antipalúdicos eficaces y los mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración son bienes públicos mundiales, y para facilitar el acceso a los mismos se requieren debates participativos y métodos de financiación innovadores. Los países en desarrollo deben ampliar su capacidad local de producción y distribución de medicamentos y mosquiteros. El orador hace hincapié en el papel de la investigación farmacéutica y el establecimiento de pruebas mediante iniciativas tales como la Operación Medicamentos Antipalúdicos y el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales; la cooperación y los intercambios entre países y regiones también son muy valiosos.

El orador apoya el proyecto de resolución, pero propone que, a continuación del tercer párrafo preambular, se añada uno nuevo que diga lo siguiente:

«Acogiendo con beneplácito la contribución a la movilización de recursos para el desarrollo que representan las iniciativas de financiación innovadoras de carácter voluntario impulsadas por grupos de Estados Miembros y, al respecto, observa la existencia del Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), el Servicio Financiero Internacional para la Inmunización y el compromiso de iniciar en 2006 un proyecto piloto en el marco de las iniciativas de compromisos anticipados de compra de vacunas;».

Este texto reproduce el párrafo 5 de la resolución 61/228 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, relativa al paludismo.

El párrafo 1(3) debe modificarse para que rece como sigue:

«a que retiren del mercado las monoterapias de artemisinina oral o retiren su autorización de comercialización y que promuevan la autorización de comercialización de las terapias combinadas a base de artemisinina, apliquen políticas que prohíban la falsificación de medicamentos antipalúdicos, y velen por que los órganos de financiación dejen de adquirir dichas monoterapias u otros medicamentos, incluidos antirretrovirales precalificados, de los fabricantes que siguen comercializando monoterapias de artemisinina».

El párrafo 1(4) debe suprimirse a fin de evitar todo conflicto con la resolución correspondiente ya adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su período de sesiones más reciente.

La redacción empleada en el párrafo 2(1) debe sustituirse por un texto similar al siguiente:

«que presten apoyo a los países para expandir el uso de tratamientos combinados que sean apropiados para la situación local en materia de farmacorresistencia, incluidas las terapias combinadas a base de artemisinina en caso necesario, la utilización de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración y medidas de lucha antivectorial integrada como el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual apropiados y seguros, según indique la OMS de conformidad con el Convenio de Estocolmo, y el uso de sistemas de seguimiento y evaluación, incluida la base de datos de países, desarrollados por la OMS;».

Al final del párrafo 3(1) debe insertarse el texto siguiente:

«y que proporcione orientación técnica para el manejo de la lucha antipalúdica en los campamentos de refugiados y en las emergencias complejas».

El orador recomienda que se suprima el párrafo 4. Considera que el hecho de establecer un Día Mundial del Paludismo no aportaría ningún valor añadido. La referencia a ese día también debe suprimirse del preámbulo.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) expresa pleno apoyo al proyecto de resolución. Desde 1990, la incidencia de paludismo en su país se ha reducido de 400 000 a unos cuantos centenares de casos anuales. El orador agradece el apoyo técnico facilitado mediante la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. Sugiere que todos los programas anteriores de lucha contra el paludismo se evalúen en función de la inversión realizada en ellos.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la tercera sesión, sección 2.)

Se levanta la sesión a las 17.45 horas.

TERCERA SESIÓN

Martes 23 de enero de 2007, a las 9.40 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

Tras una sesión abierta a las 9.00 horas, se inicia la sesión pública a las 9.40 horas.

1. ASUNTOS DE PERSONAL: punto 7 del orden del día

Nombramiento de Director Regional para el Mediterráneo Oriental: punto 7.1 del orden del día (documento EB120/23)

El Dr. SAHELI (Jamahiriya Árabe Libia), Relator, da lectura de la siguiente resolución, adoptada por el Consejo durante la sesión abierta:¹

El Consejo Ejecutivo,
Vistas las disposiciones del Artículo 52 de la Constitución de la OMS;
Enterado de la propuesta de nombramiento formulada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental en su 53ª reunión,

1. VUELVE A NOMBRAR Director Regional para el Mediterráneo Oriental al Dr. Hussein A. Gezairy, con efecto a partir del 1 de octubre de 2007;
2. AUTORIZA a la Directora General para que extienda al Dr. Hussein A. Gezairy un contrato por un periodo de cinco años, con efecto a partir del 1 de octubre de 2007, con sujeción a lo dispuesto en el Estatuto del Personal y en el Reglamento de Personal.

El PRESIDENTE felicita al Dr. Gezairy por la renovación de su nombramiento.

El Dr. GEZAIKY (Director Regional para el Mediterráneo Oriental) dice que se siente honrado por la renovación de su nombramiento y agradecido por la confianza depositada en él, y promete estar a la altura de la tarea encomendada. Se refiere a los progresos realizados en la Región, por ejemplo en la lucha contra las enfermedades transmisibles y en la reforma del sector sanitario. El principio de la atención primaria de salud seguirá orientando el cambio en los sistemas de salud, y se promoverán las alianzas con el sector privado, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales. Entre los retos que presenta el futuro figuran el aumento de las enfermedades no transmisibles crónicas, las carencias de personal y las enfermedades transmisibles, incluida la maximización de la cobertura de inmunización contra las enfermedades prevenibles mediante vacunas y la aparición de nuevas enfermedades. Proseguirá la Iniciativa de base comunitaria de la Región, se fortalecerá la atención primaria de salud y se promoverá la prevención, especialmente de las enfermedades de las mujeres y los niños.

¹ Resolución EB121.R2.

La DIRECTORA GENERAL felicita al Dr. Gezairy por la renovación de su nombramiento y elogia su liderazgo, su sabiduría y su experiencia, así como la labor realizada en materia de prevención y control de numerosas enfermedades, incluida la erradicación de la poliomielitis.

El Dr. KHALFAN (Bahrein), apoyado por el Dr. AL-EISSAWI (Iraq) y el Dr. SALEHI (Afganistán), felicita al Director Regional por la renovación de su nombramiento, reconociendo su contribución al Consejo para la Cooperación en el Golfo y sus conocimientos y experiencia.

2. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación: punto 4.1 del orden del día (documentos EB120/4 Rev.1 y EB120/4 Rev.1 Add.1) (continuación de la segunda sesión, sección 3)

El PRESIDENTE informa al Consejo de que al día siguiente se publicará una versión revisada del proyecto de resolución, con un cambio de redacción en el párrafo 3(5).

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la cuarta sesión.)

Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo: punto 4.2 del orden del día (documentos EB120/5 y EB120/5 Add.1) (continuación de la segunda sesión, sección 3)

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que el Consejo debe dar directrices claras en materia de lucha contra el paludismo, primera causa de morbilidad y mortalidad en la Región de África. Las consideraciones relacionadas con el comercio no deben eclipsar la responsabilidad primordial de la OMS, que es la protección de la salud humana, y el Consejo debe guiarse solamente por datos científicos sólidos cuando examine cuestiones como la resistencia a los fármacos y los insecticidas. La cuestión de la monoterapia en los casos de farmacoresistencia carece de solidez científica. Los principios científicos deben primar sobre los intereses comerciales nacionales si se pretende preservar la eficacia de los nuevos medicamentos. Muchos africanos tienen denegado el acceso a medicamentos antipalúdicos eficaces debido al elevado costo de éstos; hay que poner remedio a esa situación.

Apoya el proyecto de resolución que figura en el documento EB120/5, así como la fecha propuesta del 25 de abril para celebrar el Día Mundial del Paludismo, que coincide con el Día Africano del Paludismo. Propone las modificaciones siguientes: debe añadirse un nuevo párrafo 1(5) con el texto siguiente: «a que dispongan en sus legislaciones el recurso pleno a las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención». Debe añadirse un nuevo subpárrafo entre los subpárrafos existentes 3(2) y 3(3), con el texto siguiente:

«que reúna al Programa Mundial de la OMS sobre Paludismo, la Alianza Hacer Retroceder el Paludismo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el sector académico, empresas farmacéuticas y biotecnológicas pequeñas y grandes, Estados Miembros interesados, consejos de investigaciones médicas, y fundaciones en un foro permanente con el fin de mejorar la coordinación entre las diversas partes interesadas en la lucha contra el paludismo».

El párrafo 4 se debe dividir en dos subpárrafos, con lo que el párrafo actual se convertiría en el subpárrafo 4(1) y se insertaría un nuevo subpárrafo 4(2), con el texto siguiente: «que el Día del Paludismo

suponga la culminación de un año entero de aplicación intensificada de las estrategias nacionales de lucha antipalúdica, incluidas las actividades comunitarias de prevención y tratamiento del paludismo en las zonas endémicas».

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) establece un vínculo entre el calentamiento del planeta y el paludismo. Las enfermedades como el paludismo y sus vectores pueden propagarse de zonas de resultados del cambio climático a zonas en las que previamente no eran endémicas. Ya se han encontrado mosquitos anófeles en la costa eslovena; por ahora no son portadores de *Plasmodium spp.*, pero desde el punto de vista epidemiológico, con el tiempo habrá paludismo si el planeta continúa calentándose. Los países próximos a zonas palúdicas deben instituir medidas preventivas de vigilancia entomológica. Respalda el proyecto de resolución.

El Dr. SADASIVAN (Singapur) dice que el paludismo es un azote mundial que todavía provoca millones de muertes prevenibles, y a pesar de ello sigue habiendo escasa conciencia de la enfermedad en cuanto problema de escala mundial. Respalda el establecimiento de un Día Mundial del Paludismo encaminado a promover la concienciación y la comprensión. De todos modos, los países endémicos también deben poner en pie las políticas y las estrategias recomendadas por la OMS. Apoya el proyecto de resolución.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que algunas de las modificaciones propuestas al proyecto de resolución parecen contradictorias entre sí. Sugiere que la resolución sea remitida a un grupo de redacción.

El Dr. KOCHI (Programa Mundial sobre Paludismo), respondiendo a las observaciones sobre la monoterapia con artemisinina, subraya que el mundo no puede permitirse perder la artemisinina por la aparición de farmacoresistencia. Si los plasmodios se hacen resistentes a este fármaco, los esfuerzos de lucha antipalúdica sufrirán un retroceso de dos decenios. Por esa razón la OMS propugna el uso de tratamientos que combinen la artemisinina con otros antipalúdicos. Ya hay signos de que está apareciendo resistencia a la artemisinina en algunas zonas del mundo, especialmente en la región fronteriza entre Camboya y Tailandia. Durante la semana siguiente, la OMS celebrará consultas oficiosas con los Gobiernos de ambos países a fin de analizar la situación y formular recomendaciones. En lo que atañe a si la prohibición de la monoterapia se aplicará tanto al sector privado como al público, la respuesta es afirmativa.

En cuanto al rociado de interiores con insecticidas de acción residual y el uso de DDT, acoge favorablemente la sugerencia del miembro representante del Japón sobre el establecimiento de un sistema de vigilancia. En octubre de 2006, la OMS celebró una reunión de expertos con el PNUMA. Una de las recomendaciones fue que las dos organizaciones establezcan un sistema de seguimiento del uso de DDT; se está preparando un memorando de entendimiento al respecto. En cuanto a las observaciones formuladas en nombre de la Unión Europea, está de acuerdo en que el rociado de interiores con insecticidas de acción residual y DDT debe formar parte de una estrategia de manejo integrado de los vectores.

La OMS está elaborando directrices para la eliminación del paludismo que incluirán recomendaciones para la gestión de brotes palúdicos en zonas previamente libres de la enfermedad. Una vez se ultimen las directrices, lo que está previsto para el primer trimestre de 2007, se organizarán programas de capacitación de conformidad con lo sugerido por el miembro representante del Afganistán.

El PRESIDENTE dice que puede remitirse de inmediato el proyecto de resolución a un grupo de redacción o puede pedirse a la Secretaría que prepare una versión revisada para someterla a debate en una reunión ulterior, en la que se podrá constituir un grupo de redacción en caso necesario.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que cualquiera de las dos posibilidades sería aceptable para él.

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que sería preferible que el Consejo examinase una versión revisada del proyecto de resolución y a continuación decidiese si es necesario establecer un grupo de redacción.

El PRESIDENTE, pues, pide a la Secretaría que revise el proyecto de resolución, incluyendo en él todas las observaciones y sugerencias indicadas. El punto del orden del día, por lo tanto, se mantiene abierto.

Así queda acordado.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la octava sesión, sección 2.)

Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo: punto 4.3 del orden del día (documentos EB120/8, EB120/8 Add.1 y EB120/8 Add.1 Rev.1)

El Dr. GWENIGALE (Liberia), quien interviene en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, dice que aunque en esa Región sólo vive alrededor del 11% de la población mundial, se estima que en ella se encuentra el 25% de los casos de tuberculosis que se notifican cada año. También soporta la mayor carga de VIH/SIDA del mundo, y padece un número creciente de coinfecciones por VIH/tuberculosis, muchas de ellas resistentes a los fármacos antituberculosos de segunda línea. El Comité Regional para África ha declarado que la tuberculosis es una emergencia y ha pedido medidas aceleradas de lucha, como lo hizo la Cumbre Especial de la Unión Africana sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (Abuja, 2 a 4 de mayo de 2006). Sin embargo, los retos planteados por la coinfección y la resistencia a los medicamentos de segunda línea no pueden abordarse sin contar con más apoyo técnico y financiero de la OMS. El orador aprecia la importancia que se ha dado a la tuberculosis y los problemas asociados mediante su inclusión en el orden del día del Consejo y apoya el proyecto de resolución contenido en el documento EB120/8.

El Dr. SOMSAK AKKSILP (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que el hecho de que no se hayan alcanzado las metas mundiales para la tuberculosis fijadas para 2000 y los lentos avances hacia las metas de detección y tratamiento fijadas para 2005 son reflejo de las deficiencias en sistemas de salud, infraestructura, recursos humanos y capacidad para gestionar programas. El Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 y la estrategia de la OMS Alto a la Tuberculosis, con sus seis elementos amplios, proporcionan instrumentos eficaces para alcanzar las metas. Sin embargo, uno de los grandes obstáculos que se oponen a su ejecución es el déficit de financiación, estimado en US\$ 31 000 millones. Insta a la OMS y a sus asociados a esforzarse por enjugar ese déficit.

Acoge favorablemente el proyecto de resolución, aunque propone dos enmiendas. En primer lugar, habida cuenta de la necesidad de mejorar la información sanitaria con el fin de medir los resultados de los programas nacionales contra la tuberculosis, debe añadirse «y acelerar la mejora de los sistemas de información sanitaria utilizados para evaluar el desempeño de los programas nacionales» al final del párrafo 1(1)(a). En segundo lugar, habría que insertar un nuevo párrafo 2 con el texto siguiente:

- «2. INSTA a las organizaciones internacionales y los asociados en el desarrollo:
- 1) a que presten apoyo a los países con alta carga de morbilidad en la ampliación de la ejecución de la estrategia Alto a la Tuberculosis;
 - 2) a que aumenten y mejoren los mecanismos de financiación de acuerdo con el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015».

El Dr. SALEHI (Afganistán), quien interviene en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, observa que la tuberculosis afecta a unas 600 000 personas al año en la Región. La mayoría de los pacientes pertenecen a los grupos de edad social y económicamente productivos.

Para detener la tuberculosis, se ha extendido ampliamente la estrategia DOTS, con una cobertura de alrededor del 94% de la población. La tasa de tratamiento del 82% se aproxima a la meta mundial de éxito terapéutico.

Por el contrario, en muchos países de la Región la detección de casos está muy por debajo de la meta mundial del 70%. Las causas subyacen en una aplicación deficiente de la DOTS; el número insuficiente de proveedores de atención sanitaria, particularmente en el sector privado; la limitada participación activa de las comunidades; la incidencia creciente de VIH/SIDA; la tuberculosis multirresistente, y la tuberculosis extremadamente resistente.

Por todo ello, apoya la estrategia amplia Alto a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Las necesidades presupuestarias para la lucha antituberculosa se han determinado en el Plan Mundial y se están llevando a cabo actividades de lucha. Nueve de los diez países de la Región con una incidencia elevada o intermedia de la enfermedad han elaborado mecanismos de cooperación entre países y están recibiendo apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

El orador respalda el proyecto de resolución. Es necesario que en el nivel nacional se ejecuten más actividades de lucha y se apliquen planes a largo plazo para detener la tuberculosis, a pesar de la estabilización o la disminución de la incidencia de la enfermedad en cuatro de las seis regiones de la OMS durante el último decenio. Las alianzas son indispensables para movilizar los recursos que requieren los planes a largo plazo, como el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis de la Alianza. El proyecto de resolución debe instar a todos los Estados Miembros a establecer relaciones de asociación efectivas, similares a la Alianza del Mediterráneo Oriental para Detener la Tuberculosis, y debe reflejar la asistencia y la coordinación cruciales de la OMS. Actualmente sólo está atendida la tercera parte de las necesidades de recursos en su Región, situación que debe subrayarse en el proyecto de resolución. La colaboración con el Fondo Mundial es sumamente importante. Elogia el informe, pero destaca una mejor precisión de las estimaciones de la incidencia, la prevalencia y la mortalidad debidas a la enfermedad. En el proyecto de resolución debe pedirse a la Directora General que establezca mecanismos encaminados a examinar y vigilar esas estimaciones.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien habla en nombre de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros, en nombre de la Presidencia alemana, dice que los países candidatos Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía, los países del Proceso de Estabilización y Asociación y candidatos potenciales Albania, Bosnia y Herzegovina, Montenegro y Serbia, así como Ucrania y la República de Moldova, hacen suya esta declaración.

El orador reconoce los logros realizados por la OMS en la lucha antituberculosa y afirma su apoyo a la Alianza Alto a la Tuberculosis. Destaca la colaboración con todos los interesados directos en los sistemas regionales de vigilancia. Le preocupa, no obstante, el espectacular aumento de las tasas de infección tuberculosa observado el año anterior en Europa oriental y en África, donde la enfermedad está principalmente asociada al VIH/SIDA. Resulta alarmante que estén evolucionando cepas extremadamente resistentes en países donde prácticamente no existe posibilidad de tratamiento. Se trata de una prioridad sanitaria que exige fortalecer la asistencia de la OMS y de la comunidad internacional.

La Unión Europea y sus asociados están haciendo frente a la tuberculosis y su propagación y preparando instrumentos de política de vecindad. La mejora de la colaboración con otros programas, especialmente los relacionados con el VIH/SIDA, es necesaria junto con un mayor alineamiento entre los sectores sanitarios nacionales para dar una respuesta internacional más efectiva. Hace hincapié en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y en las soluciones a la crisis en materia de recursos humanos. En relación con el acceso a los medicamentos, acoge favorablemente las iniciativas de financiación como el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), el Mecanismo Internacional de Financiación de la Inmunización, y un proyecto piloto enmarcado en los Compromisos Anticipados de Mercado para 2007. La OMS ha desempeñado un papel crucial en la Alianza Alto a la Tuberculosis por conducto del Comité Luz Verde y el Servicio Farmacéutico Mundial, apoyando el acceso a los medicamentos antituberculosos y el uso seguro de éstos. Apoya el proyecto de resolución pero pide que se agreguen las

palabras «en caso de que estén afectados, luchar de inmediato contra la tuberculosis extremadamente resistente en el marco de la estrategia general para detener la tuberculosis, otorgando a esa lucha la máxima prioridad» al final del párrafo 1(1)(b), y se agreguen las palabras «que refuerce urgentemente el apoyo que presta la OMS a los países afectados por la tuberculosis extremadamente resistente» al final del párrafo 2(1).

Hablando a continuación como miembro representante de Portugal, dice que aunque su país ha alcanzado las metas mundiales de control de la tuberculosis, sigue teniendo una de las incidencias más altas de la Unión Europea. El programa nacional de prevención y control de la tuberculosis necesita aumentar su capacidad de detección precoz, reducir la incidencia de la tuberculosis asociada al VIH/SIDA y mitigar la elevada prevalencia de la tuberculosis extremadamente resistente. El anterior Presidente de Portugal, el Sr. Sampaio, que ha sido nombrado Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para Detener la Tuberculosis, está trabajando para aumentar la sensibilización en todo el mundo, recabar fondos e instar a los dirigentes mundiales a fortalecer su compromiso. El lema «Si hay tuberculosis aquí, la hay en todas partes», escogido por el Sr. Sampaio para el Día Mundial de la Tuberculosis 2007, deberá tenerse presente en la lucha colectiva contra la enfermedad.

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) dice que el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en México ha dejado de ser un programa con enfoque medicalizado para convertirse en un programa con enfoque social e integral. El control de la tuberculosis no es sólo responsabilidad del Gobierno, ni tampoco del personal médico, por lo que la estrategia DOTS ha sido reorientada para incluir el compromiso de toda la sociedad, principalmente de la población que está expuesta a los riesgos. En el programa nacional denominado «México libre de tuberculosis» se ha incrementado la detección en las unidades de salud y en la comunidad, especialmente entre los grupos vulnerables. Esto ha llevado a un mayor conocimiento y organización del personal de salud así como a una mayor movilización social. La corresponsabilidad y el empoderamiento de la comunidad son indispensables para combatir la enfermedad. En relación con la nueva Alianza Alto a la Tuberculosis, su Gobierno ha establecido el Comité Nacional de Alto a la Tuberculosis, que ha sido replicado en todos los estados del país. México ha participado activamente en la elaboración del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, como representante de las Américas.

Apoya el proyecto de resolución y se suma a las peticiones de que la OMS incremente las medidas de prevención y control de esta enfermedad.

El Dr. QI Qingdong (China) encomia la labor de la Secretaría en la lucha antituberculosa y los progresos realizados a escala mundial, pero expresa su profunda preocupación ante el hecho de que no se hayan alcanzado las metas fijadas para 2005.

En China hay cinco millones de pacientes de tuberculosis, la segunda cifra más alta del mundo, que viven principalmente en zonas rurales. Su Gobierno ha realizado progresos notables adoptando medidas energéticas para combatir la enfermedad. A finales de 2005, la cobertura con DOTS alcanzó el 100%, la tasa de detección de tuberculosis pulmonar de esputo positivo fue del 79% y la tasa de éxito terapéutico del 91%. El compromiso de China con la comunidad internacional es una fuerza impulsora en la mejora de la lucha contra la tuberculosis. Entre las políticas oficiales han figurado estrategias de lucha científica e iniciativas de recaudación de fondos. Entre los retos que quedan por delante se encuentran la asociación con la infección por VIH, la aparición de la multirresistencia y la creciente migración de las zonas rurales a las ciudades. China está decidida a salvar esas dificultades y, en cooperación con la comunidad internacional, a alcanzar las metas internacionales fijadas para 2015.

Los países que tienen una elevada incidencia de la enfermedad deben incluir la lucha contra la tuberculosis en la planificación estratégica nacional y proporcionar los fondos, los recursos humanos y las garantías normativas pertinentes. El orador acoge favorablemente el objetivo de «aumentar el acceso a los medicamentos de segunda línea, de calidad garantizada y a precios asequibles, por medio del Comité Luz Verde de la Alianza Alto a la Tuberculosis» contenido en el párrafo 1(1)(c) del proyecto de resolución. Subraya el papel de la OMS en la coordinación, la promoción y el apoyo de esa iniciativa. El déficit de

financiación estimado para los 10 años siguientes a que se alude en el informe puede enjugarse recurriendo a un mecanismo efectivo de recaudación de fondos ideado por la OMS. Los países desarrollados y las instituciones donantes deben cumplir sus obligaciones financieras para que se alcancen las metas. Apoya el proyecto de resolución.

El Dr. AL-EISSAWI (Iraq) apoya el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. La aplicación rigurosa del Plan en los niveles mundial, regional y nacional es indispensable para todos los Estados Miembros. El orador subraya la estrategia de lucha antituberculosa acordada a escala internacional (la estrategia DOTS) y las políticas encaminadas a hacer frente a las cepas multirresistentes y extremadamente resistentes. La estrategia DOTS se debe seguir aplicando como núcleo de la estrategia Alto a la Tuberculosis, lo que puede llevar a altas tasas de éxito terapéutico. Sin embargo, pese a los progresos considerables conseguidos, el informe muestra que las tasas de detección de casos y de éxito terapéutico, tanto a escala mundial como en su región, no han alcanzado las metas fijadas, y es preciso trabajar más al respecto. Muchos países están experimentando problemas en la aplicación de la estrategia DOTS, y es importante mejorar la calidad de las actividades de DOTS en aquellos que no han alcanzado las metas mundiales de detección de casos y éxito terapéutico. El párrafo 1(1)(b) del proyecto de resolución debe ser enmendado para que su redacción sea «mejorar rápidamente la calidad de las actividades de la DOTS como paso primero y más importante en la aplicación plena de la estrategia Alto a la Tuberculosis y también limitar la aparición y la transmisión de la tuberculosis multirresistente, incluida la tuberculosis extremadamente resistente». También sugiere que en el párrafo 2(1) se inserten las palabras «en particular la calidad de las actividades DOTS,» después de las palabras «de control de la tuberculosis».

Existe el peligro de que el uso indebido de los medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea lleve a la aparición de tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente. Los brotes recientes de esta última en Sudáfrica han puesto de manifiesto que el impacto puede ser considerable, por lo que es preciso abordar la cuestión. Debe prestarse atención inmediata a los pacientes en los sistemas de gestión, con un diagnóstico exacto y a tiempo, un tratamiento efectivo, el control de la infección y el seguimiento. Debe evitarse el pánico tanto entre el personal sanitario como entre el público.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) observa la gran preocupación que suscita la tuberculosis entre los miembros del Consejo, en particular el solapamiento entre las epidemias de tuberculosis y de VIH/SIDA y la aparición de mortíferas cepas multirresistentes y extremadamente resistentes.

Apoya el proyecto de resolución pero sugiere que se inserten las palabras «y ejecuten sin demora medidas de lucha contra la infección» al final del párrafo 1(1)(b), y que se añada un nuevo párrafo con la numeración 1(2), «reforzar la capacidad de laboratorio con el fin de que se puedan someter rápidamente a pruebas de farmacosenibilidad los aislados obtenidos de todas las personas con cultivos positivos para la tuberculosis, y promover el acceso a una microscopia de frotis de esputo de calidad asegurada»; el actual párrafo 1(2) pasaría a ser el 1(3). Sugiere además que se inserten las palabras «aplicando medidas de lucha contra la infección» después de «programas nacionales de control de la tuberculosis y» en el párrafo 2(1), y que se incluya un nuevo párrafo 2(3) con la redacción «que preste apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de la capacidad de laboratorio con el fin de que se puedan someter rápidamente a pruebas de farmacosenibilidad los aislados obtenidos de todas las personas con cultivos positivos para la tuberculosis»; los párrafos 2(3) y 2(4) pasarían a ser 2(4) y 2(5), respectivamente.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) expresa su confianza en que el apoyo sostenido de la OMS permita a África avanzar hacia la meta 8 del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, a saber, detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves antes de 2015. La aplicación de la estrategia DOTS en Madagascar ha dado resultados tangibles: la tasa de éxito terapéutico ha pasado del 63% en 2004 al 86% en 2006. La viabilidad financiera del programa requiere urgentemente que se movilicen recursos, pues una financiación insuficiente puede poner en peligro el tratamiento de las formas multirresistentes de la enfermedad.

La oradora propone que la primera parte del párrafo 2(2) se modifique para que diga «que mejore el liderazgo de la OMS dentro de la Alianza Alto a la Tuberculosis en su labor de coordinación de las actividades para aplicar el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015».

El Dr. INOUE (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) expresa su respaldo al proyecto de resolución y a las modificaciones propuestas. El Japón está contribuyendo a la prevención y el control mundiales de la tuberculosis mediante un curso internacional organizado por su Instituto de Investigaciones sobre la Tuberculosis. En él han participado casi 2000 personas de 90 países desde 1963; muchas de ellas están ahora desempeñando un importante papel en ese ámbito en sus propios países. El Japón seguirá prestando apoyo a la prevención y la lucha contra la tuberculosis en todo el mundo.

El Dr. NYIKAL (Kenya) acoge favorablemente el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, y manifiesta su respaldo al liderazgo de la OMS en los esfuerzos encaminados a alcanzar las metas internacionales fijadas para 2015 en la lucha antituberculosa. Sólo un país de África ha llegado a las metas establecidas para 2005 en materia de detección de casos y éxito terapéutico; en Sudáfrica se ha observado una alarmante tendencia en la mortalidad por tuberculosis extremadamente resistente, que entraña elevados costos de tratamiento.

El orador sugiere que se agregue un nuevo párrafo 1(3) al proyecto de resolución, con la redacción siguiente: «a que, cuando proceda, consideren a la tuberculosis una emergencia sanitaria y asignen recursos adicionales con el fin de reforzar las actividades encaminadas a detener la propagación de la tuberculosis extremadamente resistente». Ese texto sería conforme con la Declaración de Maputo de 2005 y respaldaría la labor de promoción encaminada a conseguir una mejor financiación.

El Dr. TANGI (Tonga) señala que China, que tiene una de las incidencias de tuberculosis más altas, ha alcanzado las metas fijadas para 2005 gracias al compromiso político contraído al más alto nivel. Tonga también ha alcanzado las metas, estableciendo prioridades y trabajando por sus objetivos. Debe prestarse más atención a las investigaciones, particularmente en el ámbito de la farmacoresistencia. Interesa a las empresas farmacéuticas desde el punto de vista comercial realizar esas investigaciones si desean sobrevivir en el mercado.

La Sra. MAFUBELU (Sudáfrica)¹ manifiesta preocupación ante la aparición de tuberculosis extremadamente resistente en algunos países, incluido el suyo, y la falta de capacidad de los laboratorios para las tareas de detección en esos países, lo que puede tener consecuencias desastrosas. Acoge favorablemente la asistencia técnica que presta la OMS a Sudáfrica y el apoyo que han prestado los asociados de su país.

Apoya el proyecto de resolución con las modificaciones propuestas.

El Dr. RAVIGLIONE (Alto a la Tuberculosis) dice que la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 son elementos clave para alcanzar las metas contenidas en el ODM pertinente. Actualmente, las tasas de éxito mundial en la detección y el tratamiento de casos de tuberculosis son del 60% y del 84%, respectivamente. Aunque se han hecho progresos, aún queda mucho por hacer.

En respuesta a las preguntas planteadas, afirma que la estrategia Alto a la Tuberculosis abarca todas las cuestiones definidas hasta ahora. La aplicación de la estrategia DOTS es un requisito para todos los países, habida cuenta de que es prácticamente imposible tratar los casos de tuberculosis multirresistente o extremadamente resistente sin haber establecido en primer lugar una estructura básica. La anterior estrate-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

gia DOTS ha sido mejorada mediante la inclusión de un elemento de medición del impacto, con lo que se han fortalecido los sistemas de información sanitaria. Un grupo especial de expertos está estudiando la forma de proporcionar información precisa sobre incidencia, prevalencia y mortalidad. Se ha elaborado un presupuesto y un plan, pero los estudios pertinentes requerirán inversiones. La falta de laboratorios, como ha señalado el miembro de los Estados Unidos de América, es uno de los eslabones débiles en ambas estrategias, Alto a la Tuberculosis y DOTS. El diagnóstico y la eficacia de los servicios dependen de que se cuente con buenos sistemas de laboratorio. Se prestará la debida atención a las enmiendas propuestas.

La tuberculosis extremadamente resistente, a la que se está concediendo gran prioridad, y la coinfección tuberculosis/VIH quedan incluidas en el componente 2 de la estrategia Alto a la Tuberculosis. Se ha lanzado un plan de acción que, a pesar de su déficit presupuestario, ayudará a los países que, como Sudáfrica, afrontan problemas de importancia. En respuesta a las observaciones del miembro representante de México, señala que la movilización de la sociedad civil en la lucha antituberculosa está incluida en el componente 5 de la nueva estrategia. Sin la participación de la comunidad y del nivel de atención primaria, las metas mundiales no se alcanzarán. La nueva estrategia incluye la promoción de investigaciones encaminadas a aumentar la disponibilidad de nuevos medios de diagnóstico y medicamentos y también, es de esperar, la obtención de una vacuna que prevenga la tuberculosis. El Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, respaldada por la nueva estrategia, se ejecutará de acuerdo con los principios de la Alianza Alto a la Tuberculosis.

El orador acoge con satisfacción el nombramiento del Sr. Jorge Sampaio como Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para Detener la Tuberculosis. Se felicita también por las contribuciones realizadas por las organizaciones bilaterales y otras, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos; todos ellos ayudan a enjugar el déficit de financiación de unos US\$ 30 000 millones del presupuesto del Plan Mundial.

El PRESIDENTE sugiere que, habida cuenta del gran número de enmiendas que se han propuesto, se prepare una versión revisada del proyecto de resolución para que el Consejo la examine más adelante.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la octava sesión, sección 2.)

Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): punto 4.4 del orden del día (documentos EB120/15, EB120/15 Add.1, EB120/INF.DOC./3 y EB120/16)

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien habla en nombre de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros, los países candidatos Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía, los países del Proceso de Estabilización y Asociación y candidatos potenciales Albania, Bosnia y Herzegovina, Montenegro y Serbia, así como Ucrania y la República de Moldova, acoge favorablemente los progresos realizados por la OMS en su gestión de la gripe aviar y en la mejora de la preparación para una pandemia. La vigilancia amplia de la gripe animal y humana y un intercambio oportuno y transparente de información y de muestras son indispensables para dar una respuesta temprana. La falta de recursos y la debilidad de las infraestructuras veterinarias son preocupantes; es necesario mejorar el acopio de información y el intercambio de ésta en los países afectados. La rápida aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) dará lugar al establecimiento de sistemas de vigilancia y mecanismos de reacción rápida. Desde la perspectiva de la salud pública, el control en el origen sigue siendo una de las primeras líneas de

defensa cruciales. El plan de acción estratégica de la OMS para la gripe pandémica 2006-2007,¹ apoyado por los esfuerzos comunes de gobiernos, organizaciones internacionales, países afectados y la industria farmacéutica, desempeñará un papel importante en el aumento del suministro de vacunas. Es indispensable contar con sistemas de atención sanitaria que funcionen debidamente para que la preparación contra la gripe sea eficaz, pues la competencia entre prioridades sanitarias puede obstaculizar la aplicación de los programas de vacunación anuales.

En cuanto a la mejora de la preparación para una pandemia, sería de agradecer contar con más información sobre cómo se propone la OMS asegurar la coordinación con organizaciones regionales como la Unión Europea y organismos internacionales como la FAO y el OIE.

Hablando en calidad de miembro representante de Portugal, dice que su país ha adoptado un plan de contingencia con disposiciones concretas referidas a la atención de día y la atención hospitalaria, medidas de salud pública, sistemas de información, vacunas y medicamentos. Aunque las medidas en el ámbito farmacéutico son fundamentales para la preparación contra una pandemia, la OMS también debe promover otras medidas de salud pública. En los lugares donde sólo existan reservas limitadas de medicamentos antivirales, esas medidas pueden desempeñar una función fundamental para retrasar la propagación de una pandemia.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) insta a los Estados Miembros a compartir la información de salud pública relevante, incluidas muestras de virus y datos sobre secuencias genéticas, y notificar de forma puntual y transparente los casos humanos y animales de infección por el virus H5N1, así como de los virus estacionales y otros nuevos virus de la gripe. Una de las grandes prioridades de la OMS debe ser un plan de acción claro y coordinado. A pesar de los progresos realizados, aún quedan muchas preguntas sin respuesta.

En diciembre de 2006 su Gobierno aceptó formalmente el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y la aplicación de éste ya ha comenzado, mucho antes de la fecha de entrada en vigor. Apoya el proyecto de resolución.

El Dr. URBINA (El Salvador) conviene en que la aplicación efectiva del Reglamento Sanitario Internacional (2005) mejoraría en gran medida la respuesta rápida a una pandemia de gripe. Por consiguiente, en agosto de 2006 su país designó un centro nacional de enlace. Preocupa al orador que hasta el 2 de enero de 2007 sólo la mitad de los Estados Miembros hayan establecido centros de enlace. Para la fecha de entrada en vigor del Reglamento, el 15 de junio de 2007, la mayoría de ellos deberán haberlo hecho. Mientras algunos países permanezcan fuera de la red de centros de enlace, seguirán existiendo eslabones peligrosos en el sistema de vigilancia mundial; la Directora General debe instar a esos países a que designen puntos de contacto para que estén cubiertos todos los territorios y zonas de acuerdo con el artículo 3.3 del Reglamento.

El Dr. JAKSONS (Letonia) dice que en su país las noticias sensacionalistas de los medios sobre la gripe aviar y pandémica han provocado confusión entre el público y llevado a un gasto considerable del Gobierno en vacunas y medicinas. La OMS debe aumentar su perfil público con el fin de contrarrestar las afirmaciones sensacionalistas y ofrecer una evaluación equilibrada de la situación que esté fácilmente al alcance de la población. Una campaña prolongada en los medios sobre la amenaza de una pandemia de gripe puede provocar apatía entre el público y reducir las probabilidades de detección temprana.

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) dice que su país ha puesto en marcha un plan nacional de preparación y respuesta para combatir una futura pandemia de gripe. Ha colaborado con

¹ Documento WHO/CDS/EPR/GIP/2006.2.

la OMS y otras organizaciones multilaterales en sus esfuerzos por garantizar que todos los países tengan a su alcance tratamientos y vacunas antivirales en condiciones de igualdad. El Gobierno ha establecido una unidad de información epidemiológica responsable de la comunicación, el análisis de situación y respuesta rápida y control. Se ha reforzado la red nacional de laboratorios. Se ha constituido una reserva estratégica de medicamentos antivirales, equipo de protección y material de laboratorio, junto con una reserva de vacuna contra la gripe H5N1. Se realizará un simulacro en escala real de una epidemia de gripe, a fin de poner a prueba la capacidad de respuesta del sistema de salud.

México está cumpliendo así los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005) relativos a la preparación. Sin embargo, como por ahora no existe una vacuna eficaz contra todas las cepas gripales y la capacidad de producción mundial es insuficiente para atender la demanda potencial, su Gobierno ha firmado un convenio con la industria farmacéutica para la transferencia de tecnología y el establecimiento a mediano plazo de una planta para la producción de vacunas. Apoya el proyecto de resolución contenido en el documento EB120/15.

El Dr. QI Qingdong (China) acoge favorablemente los informes, particularmente la información sobre mejores prácticas que contiene el documento EB120/INF.DOC./3. Los esfuerzos de China por controlar la propagación de la gripe aviar incluyen mecanismos integrados en todos los niveles para la prevención y el control de la enfermedad, incluidas leyes, normas y planes de emergencia. En 2006 sólo se produjeron 10 brotes de gripe aviar en la China continental, lo que supone una reducción del 67,7% respecto de 2005. Catorce personas contrajeron la gripe aviar en 2006, de las cuales ocho fallecieron. No se ha producido ningún caso nuevo en los últimos cuatro meses y la tasa de curación también ha mejorado.

China ha establecido una comunicación efectiva con otros países y con las organizaciones internacionales. Una pandemia sólo podrá vencerse mediante la cooperación internacional. La fase actual de alerta pandémica de la OMS, fase 3, sigue estando justificada, el orador respalda el plan de acción estratégico para la gripe aviar 2006-2007. La aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) ayudará a combatir una pandemia futura, pero será preciso observar todos los principios subyacentes, incluida la soberanía de los Estados, la protección de los derechos humanos y la Carta de las Naciones Unidas.

En cuanto a las mejores prácticas para intercambio de virus y datos sobre secuencias genéticas, dice que, en interés de la bioseguridad, muchos países han restringido gravemente la investigación de los virus de la gripe. Esas reglamentaciones nacionales deben ser observadas con el fin de impedir que se liberen en la comunidad virus de ese tipo. Los países en desarrollo están particularmente expuestos a la gripe aviar y pandémica: los gobiernos, los laboratorios y los especialistas científicos deben trabajar estrechamente con los centros colaboradores de la OMS y la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe con el propósito de aumentar la capacidad en esos países. La OMS debe elaborar una estrategia a largo plazo sobre el intercambio de virus de la gripe y datos sobre secuencias genéticas. Debe establecerse un sistema para proteger la propiedad intelectual de los Estados que proporcionen virus de la gripe con el fin de aclarar las responsabilidades de todas las partes e impedir que se utilicen virus para las investigaciones de un individuo o con fines comerciales sin el consentimiento del Estado proveedor. Presentará a la Secretaría por escrito las enmiendas propuestas al proyecto de resolución.

El Dr. NYIKAL (Kenya), que habla en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, encomia la labor de la Secretaría en materia de preparación para una pandemia de gripe, el plan de acción estratégica 2006-2007, la aplicación de la resolución WHA59.2 y el establecimiento de un sistema de gestión de eventos en la Sede. En 2006 se han notificado más casos de gripe que en 2004 y 2005 juntos, pero la transmisión humana todavía no supone un grave problema.

Siete países africanos han notificado casos de gripe aviar en el último año: Burkina Faso, Camerún, Djibouti, Egipto, Níger, Nigeria y Sudán. En África, las aves de corral suelen criarse en pequeños grupos en los patios de las casas, más que en explotaciones grandes en las que sería más fácil de combatir un brote de gripe aviar, y por consiguiente suele haber un contacto estrecho entre seres humanos y aves de corral. La infraestructura sanitaria y veterinaria de la Región es débil y existe una capacidad de laboratorio insuficiente.

ciente en el nivel de bioseguridad 3, el exigido para manipular material infectado con la cepa H5N1 del virus.

A pesar de todo, muchos países africanos han preparado planes de respuesta de emergencia, que están aplicando con apoyo de la OMS, la FAO y el OIE. La Oficina Regional para África ha proporcionado apoyo en materia de recursos humanos y laboratorios. En la 56ª reunión del Comité Regional para África, celebrada en agosto de 2006, los Estados Miembros se comprometieron a aumentar el grado de preparación y de respuesta en los niveles nacional y regional.

El orador apoya el proyecto de resolución, con la adición de un nuevo subpárrafo después del 2(3), con la siguiente redacción: «que movilice apoyo adicional para los Estados Miembros que tienen sistemas de salud vulnerables con el fin de fortalecer esos sistemas y mejorar su grado de preparación». Pide a todos los Estados que apliquen el Reglamento Sanitario Internacional (2005) de forma voluntaria, aunque aún no haya entrado oficialmente en vigor.

El Dr. KHALFAN (Bahrein), que habla en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, acoge favorablemente los esfuerzos realizados por la OMS para aumentar la preparación contra la gripe en los Estados Miembros. Los países de su Región han elaborado planes nacionales de preparación para la gripe pandémica. Sin embargo, ninguno de ellos fabrica actualmente vacunas contra la gripe estacional y es poco probable que produzcan vacunas para una cepa pandémica que surja en un futuro próximo, puesto que carecen de la infraestructura y la capacidad necesarias. Tampoco disponen de la capacidad epidemiológica y de laboratorio que se requiere para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

En el proyecto de resolución se insta a los Estados Miembros a intercambiar material viral y biológico relacionado con nuevos virus de la gripe, pero no se indica la forma en que los países en desarrollo tendrán acceso a vacunas contra la gripe pandémica a tiempo para salvar vidas. El párrafo 2(3), relativo a la capacidad de producción y el acceso a las vacunas contra la gripe, debe perfilarse mejor. Cada región debe recibir una parte de las vacunas producidas que sea proporcional al número de habitantes, si bien debe darse un trato especial a los países en los que por primera vez aparezca la pandemia y aquellos en los que se aísla la cepa pandémica.

Se levanta la sesión a las 12.30 horas.

CUARTA SESIÓN

Martes 23 de enero de 2007, a las 14.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): punto 4.4 del orden del día (documentos EB120/15, EB120/15 Add.1, EB120/16 y EB120/INF.DOC./3) (continuación)

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) solicita información actualizada acerca de la aplicación de la resolución WHA58.3 sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular información sobre la situación de las reservas expresadas por los Estados Miembros. Pide que se presente a la Asamblea de la Salud un informe que contenga un panorama general de la aplicación del Reglamento, información reciente sobre las directrices de aplicación y evaluación del anexo 2, y directrices sobre los pasos fronterizos terrestres.

La Sra. HALTON (Australia) dice que, en su condición de expertos, los miembros del Consejo entienden que el comportamiento de un virus es impredecible. Lamentablemente, no siempre resulta fácil convencer a la población, ni a los gobiernos en particular, de que el riesgo de pandemia es real y representa un peligro considerable. Advierte que algunos gobiernos parecen estar mostrando signos de fatiga en relación con la preparación. El Consejo debe seguir reforzando el mensaje de que la preparación es vital. Un alto funcionario de un gobierno había comparado la amenaza de una pandemia de gripe aviar con los muy anunciados presagios de finales de los años noventa de que la llegada del nuevo milenio provocaría el colapso de los sistemas informáticos, peligro que no se materializó. Los miembros del Consejo saben que en algún momento puede surgir un virus con efectos devastadores, aunque no pueden estar seguros de cuándo. Por esa razón, es imprescindible seguir promoviendo la vigilancia. A ese respecto, aplaude el proyecto de resolución y en particular los párrafos 1(2) y 1(4), en los que se pide a los Estados Miembros que intercambien nuevas muestras de virus de la gripe y la información epidemiológica de forma sistemática y puntual. Destaca el papel coordinador de la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe para proteger contra la gripe estacional y la gripe potencialmente pandémica. La OMS también debe mantener su papel de promoción y liderazgo en la esfera de la sanidad animal, que necesariamente tiene efectos en la salud humana. Los Estados Miembros deben seguir preparados. Acoge con satisfacción los intentos realizados por varios países para someter a ensayo sus procedimientos de respuesta: el Ejercicio Cumpston '06 realizado en su país ha resultado instructivo tanto para el Gobierno como para los observadores de otros países de la región. Australia mantendrá su compromiso respecto del desarrollo y el aumento de la capacidad de la región de Asia y el Pacífico con el fin de prevenir y controlar los brotes de enfermedades infecciosas emergentes. Australia también está aplicando el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

La Dra. AKIZUKI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) expresa satisfacción por el hecho de que la OMS esté apoyando el cumplimiento inmediato del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Las directrices ayudarán a los Estados Miembros a comprender y aplicar el Reglamento. La Secretaría debe proseguir las consultas y compartir información con los Estados Miembros acerca de esas directrices.

Habida cuenta de la importancia de aumentar la capacidad de producción de vacunas y de compartir información sobre los virus gripales, apoya el proyecto de resolución. Manifiesta su satisfacción por el hecho de que las acuciantes inquietudes de los Estados Miembros acerca de la limitada capacidad de pro-

ducción de vacunas estén siendo abordadas por la Secretaría; para producir una vacuna pandémica, es indispensable que el intercambio de información sea fluido y puntual. El intercambio sistemático de virus de la gripe estacional funciona sin tropiezos, aunque aún es preciso solventar ciertos problemas en el intercambio de información. Insta a todos los miembros a que apoyen el proyecto de resolución.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) dice que lo ideal sería que las muestras de virus de la gripe sean compartidas con el fin de producir vacunas y productos antivirales que estén al alcance de todos. El intercambio de muestras o de información sobre el virus debe basarse en la igualdad de acceso a las vacunas y los medicamentos antivirales. La OMS no debe convertirse en un agente de las empresas farmacéuticas que deseen adquirir virus. La falta de suficiente capacidad de producción vacunal debe considerarse una cuestión de seguridad nacional. La capacidad actual de 400 millones de dosis está muy por debajo de la cantidad que se necesitaría en caso de pandemia, y es probable que los países más duramente afectados sean los países en desarrollo.

Acoge favorablemente el proyecto de resolución, si bien propone dos enmiendas. Debe insertarse un nuevo párrafo 2(5) que diga lo siguiente: «que investigue y ponga en práctica todas las opciones posibles para velar por que la vacuna contra la gripe pandémica y los medicamentos antivirales sean un bien de salud pública mundial que esté al alcance de todos, por ejemplo movilizando fondos suficientes para compensar el costo de la labor de investigación y obtención de la vacuna contra la gripe pandémica y de medicamentos antivirales». También debería añadirse un nuevo párrafo 2(6) con el texto siguiente: «que informe todos los años a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo acerca de la situación de la gripe pandémica y del grado de preparación a escala mundial».

El Dr. SADASIVAN (Singapur) comparte la preocupación expresada acerca de la perspectiva de una pandemia de gripe humana. Aunque el actual brote de gripe aviar por H5N1 aún no ha llegado a una transmisión sostenida entre seres humanos, es posible que lo haga en el futuro, dada la capacidad de mutación del virus. Teniendo en cuenta ese potencial devastador, aplaude los esfuerzos de la OMS por liderar a la comunidad mundial en la prevención de una pandemia de gripe, la preparación y la adopción de medidas de respuesta ante semejante eventualidad. La Secretaría y los Estados Miembros deben proseguir enérgicamente los preparativos.

Hacer frente a las enfermedades infecciosas transnacionales como la gripe aviar exige compartir con la OMS y la comunidad mundial datos epidemiológicos y de investigación vitales. A pesar de las inquietudes acerca de los derechos de propiedad intelectual, las oportunidades comerciales y el crédito académico, la amenaza para la salud de todos no tiene en cuenta las fronteras nacionales y exige estrechas relaciones de trabajo basadas en la confianza y el respeto. Singapur contribuirá a la lucha mundial contra una posible pandemia, entre otras cosas participando en las actividades de investigación y prestando servicios de laboratorio de referencia.

Apoya el proyecto de resolución y las enmiendas propuestas por Tailandia. La información epidemiológica y la obtenida de las investigaciones deben ser compartidas con puntualidad. Por consiguiente, propone que se añada la palabra «puntualmente» después de «mantenga» al final del párrafo 2(4) del proyecto de resolución.

El Profesor AYDIN (Turquía) expresa apoyo al proyecto de resolución y las enmiendas propuestas. Subraya que los Estados Miembros deben respaldar los esfuerzos encaminados a aumentar la capacidad de producción vacunal y el acceso a vacunas contra una gripe pandémica. La OMS debe mantener informada a la comunidad internacional acerca de los resultados de la investigación sobre virus gripales, incluida la cepa H5N1. Un brote ocurrido en Turquía en enero de 2006 fue controlado y el foco eliminado gracias a los conocimientos teóricos y prácticos y el apoyo de la OMS. Las lecciones aprendidas de esa experiencia se están poniendo a disposición de la comunidad mundial. El orador hace hincapié en la rápida investigación clínica y epidemiológica de las infecciones humanas y en la comunicación puntual y transparente de los hallazgos a la OMS y la comunidad internacional. La OMS debe coordinar la vigilancia internacional de los virus de la gripe estacional y los virus con potencial pandémico.

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) dice que su país ha trabajado mucho con el fin de estar preparado para una nueva pandemia de gripe. Se ha establecido una comisión interministerial y se ha formulado un plan nacional, junto con planes de contingencia para los 27 estados federales. Ese proceso ha permitido al Brasil adaptar su legislación al Reglamento Sanitario Internacional (2005) y mejorar su sistema nacional de vigilancia sanitaria. El sistema brasileño está bien equipado para hacer frente a una emergencia sanitaria, y la asistencia técnica de la OMS le ha permitido elaborar modelos matemáticos y realizar un ejercicio de simulación. El Brasil incrementará el número de laboratorios de referencia de tres a ocho. En São Paulo hay una fábrica lista para producir vacunas, incluida una vacuna contra el H5N1 en caso necesario. La migración de aves al Brasil se vigila en 18 sitios estratégicos. La cobertura de inmunización contra la gripe común es buena, particularmente para los mayores de 60 años. Se están distribuyendo CD-ROM a los profesionales de la salud con el fin de facilitar el reconocimiento de los casos de gripe aviar y la respuesta a esos casos. Apoya el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE, que interviene en su condición de miembro representante de Bolivia, dice que todos los países se enfrentan a los riesgos de gripe aviar y gripe pandémica, y el cumplimiento de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) supone una obligación moral, si no legal. La información debe compartirse con los profesionales médicos y el público general, y presentarse de manera que se entienda fácilmente e inspire la confianza del público en los preparativos de las autoridades para una pandemia potencial.

La cooperación entre los países en todos los niveles de desarrollo debe promoverse para que los que no tienen la capacidad financiera ni tecnológica puedan acceder a las reservas de vacuna pandémica y reciban ayuda para establecer o aumentar la capacidad de fabricación interna.

El Sr. PAREDES-PORTELLA (FAO) acoge favorablemente los informes y los esfuerzos de la OMS por reducir al mínimo el riesgo de aparición de un virus pandémico. La FAO y la OMS ya están cooperando estrechamente en ese ámbito. En el plano internacional, la FAO tiene un papel activo en la información sobre los riesgos de gripe aviar y está desarrollando la coordinación interinstitucional a fin de hacer frente a la enfermedad. La Estrategia mundial FAO-OIE para el control progresivo de la gripe aviar altamente patógena, que se está revisando actualmente para tener en cuenta la evolución de la situación, se propone prevenir y controlar la enfermedad mediante un aumento de la vigilancia, la detección precoz, la información y una respuesta inmediata.

En el nivel regional, la FAO está desarrollando la Red Subregional de Laboratorios Nacionales y Centros Colaboradores, establecida en 2004. Esos centros funcionan actualmente en África, Asia, Europa oriental y el Cáucaso, América Latina y el Caribe. La FAO ha ayudado a los países a elaborar estrategias nacionales, aumentar la capacidad y apoyar sus sistemas de vigilancia y respuesta. El Centro de Emergencia para el Control de las Enfermedades Animales Transfronterizas, con sede en Bangkok, ha coordinado una parte del programa de lucha de la FAO contra la gripe aviar patógena.

La disminución de los brotes de gripe aviar hiperpatógena ha reducido el número de casos humanos, aunque la situación en países como Egipto e Indonesia es preocupante y el virus también sigue circulando en varias regiones, particularmente en Asia Sudoriental y partes de África. La FAO se concentrará en revisar la Estrategia Mundial FAO-OIE; realizar estudios epidemiológicos en África; investigar el papel de las aves silvestres y las estrategias de vacunación; investigar los aspectos socioeconómicos y de rehabilitación, y promover enfoques participativos en el nivel de las aldeas. La FAO fortalecerá sus centros de emergencia regionales y en los países y sus centros regionales de sanidad animal.

El Dr. HEYMANN (Subdirector General interino) da las gracias a los miembros por el apoyo técnico y financiero prestado a los preparativos de la OMS para una potencial pandemia de gripe aviar. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) ha sido un elemento de cohesión entre la Secretaría y los Estados Miembros. En la Región de África, las redes integradas de vigilancia de enfermedades, y en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental, la Red de Vigilancia de Enfermedades Emergentes en Asia y el Pacífico se están utilizando para planificar la aplicación del Reglamento. El establecimiento de centros

nacionales de enlace para el Reglamento y la designación de puntos de contacto de la OMS, indispensables para la aplicación temprana del Reglamento, también ha generado una renovada colaboración con los Estados Miembros.

El plan mundial de preparación para la gripe hará posible reducir la exposición humana al virus H5N1, fortalecer el sistema de alerta temprana, intensificar las operaciones de contención rápida, aumentar la capacidad para hacer frente a una pandemia y coordinar la labor científica mundial en materia de investigación y desarrollo. El orador respalda el hincapié que hace el miembro representante de Tailandia en el plan de acción mundial contra la gripe pandémica que, de aplicarse plenamente, permitirá resolver el problema de la escasez de vacunas mediante la transferencia de tecnología y producción de vacunas de los países industrializados a los países en desarrollo. Seis de las 11 solicitudes de transferencia de tecnología de producción de vacuna antigripal recibidas serán desarrolladas en forma de propuestas completas, con financiación inicial de la OMS.

La amenaza de una pandemia de gripe aviar ha impulsado la coordinación internacional. En un futuro próximo, la FAO, el OIE y la OMS estudiarán un plan de vigilancia y respuesta que permitirá estrechar la cooperación. La OMS también está participando en el programa de coordinación del sistema de las Naciones Unidas ante la gripe. En 2006, funcionarios de los ministerios de salud debatieron el asunto de la comunicación de riesgos en el marco de la preparación contra una gripe aviar y pandémica; se celebrará una segunda reunión en El Cairo en febrero de 2007.

El orador acoge favorablemente las enmiendas propuestas al proyecto de resolución en cuanto a las prácticas óptimas para el intercambio de virus de la gripe. Esas prácticas deben garantizar que, al igual que en el intercambio ordinario de virus de la gripe estacional, las vacunas más apropiadas para los virus pandémicos estén disponibles cuando se necesiten.

Los casos humanos de gripe aviar parecen estar disminuyendo. Dado que la gripe aviar en seres humanos es una zoonosis, su incidencia disminuirá si las medidas preventivas aplicadas a los animales son eficaces. Sin embargo, como ha advertido el miembro representante de Australia, sigue habiendo riesgo de pandemia mientras circule virus H5N1, sea donde fuere, lo que hace indispensable un estado constante de preparación.

Como solicitó el miembro representante de Luxemburgo, se presentará a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud más información acerca de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

La DIRECTORA GENERAL vuelve a hacer hincapié en la vigilancia ante la persistente amenaza de una gripe pandémica. El brote de infección por virus H5N1 en animales, la propagación geográfica de éste y su capacidad para afectar a los seres humanos y otras especies no tienen precedentes. Ningún gobierno podría soportar la presión política que sufriría por no estar preparado o no proteger a su población. La gripe pandémica es la principal prioridad de la OMS; la oradora apoyará las actividades de preparación en el nivel de los países mientras se mantenga la amenaza.

El riesgo de gripe pandémica es real, y es preciso abordarlo; se aconseja encarecidamente a los Estados Miembros que dediquen recursos a la preparación contra esa amenaza, aunque ello signifique detraer recursos de otros ámbitos sanitarios que los necesitan, como el VIH/SIDA, la tuberculosis o la salud de la madre y del niño. La OMS no está «avisando que viene el lobo»: las predicciones de una potencial pandemia están basadas en pruebas científicas sólidas. El seguimiento del virus exige que los Estados Miembros compartan muestras clínicas y virus sin demora.

Algunos miembros han manifestado preocupación respecto del acceso a medicamentos y vacunas. La OMS pondrá a punto su plan de acción y velará por que, mediante la cooperación norte-sur y sur-sur, aumente la capacidad de producción de vacunas y mejoren las actividades de investigación y desarrollo de agentes antivirales. Reconoce la vital contribución de la industria farmacéutica y su responsabilidad social y buena voluntad respecto de la gripe pandémica.

Otra prioridad para la OMS es la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que, prestando apoyo a los países carentes de recursos, dará al mundo mejores armas para defenderse del virus H5N1 y otras infecciones nuevas que puedan dar lugar a emergencias de salud pública de interés internacional.

El PRESIDENTE dice que el proyecto de resolución enmendado se presentará a los miembros del Consejo en una sesión posterior.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la décima sesión.)

Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación: punto 4.1 del orden del día (documentos EB120/4 Rev.1 y EB120/4 Rev.1 Add.1) (continuación de la tercera sesión, sección 2)

El PRESIDENTE presenta una versión revisada del proyecto de resolución contenido en el documento EB120/4 Rev.1, al que se han incorporado las modificaciones propuestas por los miembros, y cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre la erradicación de la poliomiélitis,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la erradicación de la poliomiélitis;

Recordando la resolución WHA59.1, en la que se insta a los Estados Miembros con poliomiélitis endémica a que cumplan su compromiso de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje;

Reconociendo que el poliovirus endémico está circunscrito hoy a zonas geográficamente limitadas de cuatro países;

Reconociendo la necesidad de un consenso internacional sobre las políticas a largo plazo encaminadas a reducir al mínimo y controlar los riesgos de reaparición de la poliomiélitis en la era de la posterradicación;

Reconociendo que los viajeros procedentes de zonas donde sigue circulando el poliovirus salvaje pueden entrañar un riesgo de que el virus se propague internacionalmente;

Observando que la planificación de ese consenso internacional debe dar comienzo en un futuro próximo,

1. INSTA a todos los Estados Miembros donde la poliomiélitis es aún prevalente, **en particular a los cuatro países donde la poliomiélitis es endémica:**

1) a que establezcan mecanismos para ~~poner al día regularmente al Jefe de Estado o de Gobierno acerca de los progresos y necesidades de los programas, a que refuerzen~~ **reforzar** su compromiso político y su participación en las actividades de erradicación de la poliomiélitis a ~~nivel estatal/provincial y distrital~~ **todos los niveles**, y a que impliquen a los líderes locales y a los miembros de las poblaciones aún afectadas por la poliomiélitis para lograr la plena aceptación de las campañas de inmunización contra esa enfermedad y la participación en las mismas;

2) a que intensifiquen las actividades de erradicación de la poliomiélitis a fin de interrumpir rápidamente la transmisión del poliovirus salvaje;

¹ Documento EB120/4 Rev.1.

2. INSTA a todos los Estados Miembros:
 - 1) a que se protejan contra la importación y la propagación internacional de los poliovirus salvajes, revisando y actualizando si es necesario sus políticas nacionales para recomendar la inmunización completa contra la poliomiélitis a los viajeros ~~procedentes de las~~ **con destino a** zonas con poliovirus circulante;
 - 2) a que revisen la política y la legislación nacionales sobre la inmunización de los viajeros procedentes de ~~las zonas~~ **países** donde circula el poliovirus de conformidad con las recomendaciones provisionales o permanentes que puedan establecerse en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) una vez que éste entre en vigor;
 - 3) a que reduzcan las consecuencias potenciales de la importación del poliovirus salvaje alcanzando y manteniendo una cobertura de inmunización sistemática contra la poliomiélitis superior al 90% y, cuando proceda, llevando a cabo actividades de inmunización suplementaria contra la enfermedad;
 - 4) a que refuercen la vigilancia activa de la parálisis flácida aguda para poder detectar rápidamente cualquier cepa de poliovirus salvaje circulante y estar preparados para certificar la erradicación de la poliomiélitis;
 - 5) a que se preparen para garantizar el bioconfinamiento a largo plazo de los poliovirus aplicando las medidas descritas en las fases 1 y 2 en la actual edición del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en el laboratorio;¹

3. PIDE a la Directora General:
 - 1) que siga prestando apoyo técnico a los Estados Miembros donde la poliomiélitis todavía es prevalente para secundar sus actividades tendentes a interrumpir las cadenas finales de transmisión del poliovirus salvaje, **y a los Estados Miembros donde es alto el riesgo de importación de poliovirus;**
 - 2) que ayude a movilizar recursos financieros para erradicar la poliomiélitis de las zonas donde aún circula el poliovirus, **prestar apoyo a los países donde, estando actualmente exentos de poliomiélitis, es alto el riesgo de importación de poliovirus,** y para reducir al mínimo el riesgo de reaparición de la poliomiélitis en la era de la posterradicación;
 - 3) que siga colaborando con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en las cuestiones relacionadas con la seguridad, a través de mecanismos como la implantación de «días de tregua», en las zonas donde se requiere un mejor acceso para dar cobertura a todos los niños;
 - 4) que inicie el proceso de elaboración de una posible recomendación permanente, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), acerca de la inmunización antipoliomielítica de los viajeros procedentes de zonas donde circule el poliovirus;
 - 5) que inicie el proceso de modificación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) con miras a reducir al mínimo el riesgo a largo plazo de reintroducción del poliovirus o de reaparición de la poliomiélitis en la era de la posterradicación, forjando para ello un consenso internacional sobre el uso a largo plazo de las vacunas antipoliomielíticas y el bioconfinamiento de material de poliovirus infeccioso o potencialmente infeccioso.

¹ Documento WHO/V&B/03.11 (segunda edición).

El PRESIDENTE dice que, al no haber objeciones, entiende que el Consejo desea adoptar el proyecto de resolución.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial: punto 4.5 del orden del día (documentos EB120/22 y EB120/22 Add.1)

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) dice que los servicios de salud deben divulgar información científica que permita a los ciudadanos proteger la propia salud. La información y la autoatención son las claves de la prevención y del control de las enfermedades no transmisibles crónicas, que en México están apareciendo a edades cada vez más tempranas y por esta razón el tratamiento se vuelve más costoso. Para hacer frente a las enfermedades degenerativas crónicas, México lanzará en febrero de 2007 una estrategia que integrará a todas sus instituciones sanitarias y hará hincapié en la prevención. Su país adoptará medidas congruentes con la estrategia mundial con el fin de reducir las enfermedades crónicas. Apoya el proyecto de resolución.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) dice que Jamaica ha aplicado una estrategia de promoción y protección de la salud que comprende modos de vida saludables y actividades encaminadas a prevenir la violencia.

Apoya el proyecto de resolución, siempre que se introduzcan algunas modificaciones. Además de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, los traumatismos y la violencia representan una tercera carga, por lo que habría que insertar un nuevo párrafo en el preámbulo con el texto siguiente: «Teniendo presente la respuesta a la triple carga de enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles crónicas y traumatismos que sobrellevan muchos países». Debe añadirse un nuevo subpárrafo 1 en el que se inste a los Estados Miembros «a que asignen en el presupuesto sanitario anual una partida ordinaria para prevención y control de estas enfermedades, como medida esencial para la aplicación de la política». Al final del párrafo 1(4) deben insertarse las palabras «y a que fortalezcan los sistemas de atención primaria de salud, de modo que puedan responder a los retos planteados por las enfermedades no transmisibles crónicas». El párrafo 2(5) debe incluir una referencia a la necesidad de aumentar los programas de salud y bienestar en el lugar de trabajo. En el párrafo 2 debe incluirse un nuevo subpárrafo en el que se pida a la Directora General «que fomente el diálogo con organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, donantes y organismos técnicos asociados con el fin de incrementar el apoyo, los recursos y las relaciones de asociación para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles crónicas».

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien interviene en nombre de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros en nombre de la Presidencia alemana, y con el apoyo de los países candidatos Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía, los países del Proceso de Estabilización y Asociación y candidatos potenciales Albania, Bosnia y Herzegovina, Montenegro y Serbia, así como de Ucrania y la República de Moldova, expresa satisfacción por la importancia concedida a la prevención y la lucha contra las enfermedades no transmisibles, así como por la mayor prioridad que necesariamente darán a esa esfera la Secretaría y los Estados Miembros. El proyecto de resolución, y el plan de acción propuesto, tienen el potencial de acelerar la ejecución de la estrategia mundial en materia de enfermedades no transmisibles. En el informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2007 habrá que incluir un esbozo del plan de acción. Así será posible tener listo un plan de acción para presentar al Consejo en su 122ª reunión, en enero de 2008. Ese plan debe centrarse en los factores de riesgo de las enfermedades no

¹ Resolución EB120.R1.

transmisibles, y podría aprovechar las estrategias existentes en relación con riesgos y enfermedades. El plan debe abarcar políticas, estrategias y actividades, desde la promoción sanitaria y la prevención de enfermedades hasta las funciones y responsabilidades de los sistemas de salud. Los Estados Miembros podrían aumentar su capacidad para hacer frente a las enfermedades no transmisibles concentrando los sistemas nacionales de salud en la atención primaria y revisando mecanismos legislativos y reglamentarios con miras a incluir medidas para combatir dichas enfermedades.

El orador apoya el proyecto de resolución, siempre que se introduzcan ciertas enmiendas. Deben agregarse las palabras «entre ellas las referidas a la salud mental» al final del segundo párrafo del preámbulo, y las palabras «el medio ambiente» después de «desarrollo,» en el quinto párrafo del preámbulo. Al final del párrafo 1 habría que incluir dos nuevos subpárrafos con el texto siguiente: «(6) a que velen por que los sistemas nacionales de salud dispongan de una organización adecuada que les permita afrontar los importantes retos planteados por las enfermedades no transmisibles, lo cual implica que se haga especial hincapié en la atención primaria de salud», y «(7) a que consideren diferentes posibilidades de utilizar los mecanismos legislativos o normativos nacionales con el fin de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles». En el párrafo 2(1), habría que insertar «sobre la base de un esbozo contenido en el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles» antes de «prepare», y «cuando sea necesario para elaborar» antes de «intensificar la ejecución». Al final de ese párrafo habría que añadir «este plan de acción debe ser presentado a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud». En el párrafo 2(5), habría que agregar «en particular» después de «sector privado». Habría que incluir un nuevo párrafo 2(8) con el texto siguiente: «que vele por que la labor de prevención y control de las enfermedades no transmisibles reciba la alta prioridad que merece, inclusive en lo que atañe a los recursos». El párrafo 2(8) se convertiría en el 2(9) y debería ser enmendado sustituyendo «Asamblea de la Salud» por «63ª Asamblea Mundial de la Salud» y añadiendo «incluidos los progresos realizados en lo que se refiere al plan de acción» después de «enfermedades no transmisibles».

Hablando en calidad de miembro representante de Portugal, hace hincapié en la ejecución de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y, en la Región de Europa, la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, promovida por Portugal. Su país también se propone decididamente aplicar la Carta Europea contra la Obesidad, que comprende sinergias intersectoriales, alianzas con el sector privado y la sociedad civil e intervenciones dirigidas a las escuelas y los lugares de trabajo.

El Sr. MIGUIL (Djibouti), quien habla en nombre de los países de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que actualmente las enfermedades no transmisibles representan el 52% de la carga de morbilidad en la Región y que esa cifra podría elevarse al 60% de aquí a 2020. La mayoría de esas enfermedades están ligadas al modo de vida y a la situación socioeconómica y presentan múltiples factores de riesgo, como el uso de tabaco o el régimen alimentario. Las resoluciones de la Asamblea de la Salud sobre la prevención y la lucha contra las enfermedades no transmisibles han fortalecido la gestión de las enfermedades crónicas y son la base para las actividades nacionales de prevención y control. En el informe se destaca el fortalecimiento de la acción integrada y amplia. La aplicación del proyecto de resolución exigirá acelerar la aplicación de las resoluciones anteriores.

La cifra total de 35 millones de muertes por enfermedades crónicas en 2005 ha duplicado la correspondiente a todas las enfermedades infecciosas, las afecciones maternoinfantiles y las carencias nutricionales. Es posible detener esa epidemia, pues son enfermedades que tardan decenios en asentarse por completo y tienen su origen a una edad temprana. El tratamiento exige una prevención sistémica y a largo plazo, integrando las respuestas a las enfermedades no transmisibles con las que se dan a las enfermedades infecciosas agudas.

La iniciativa mundial emprendida en 2005 para el tratamiento de las enfermedades crónicas tuvo su origen en la Región y está basada en las lecciones aprendidas de la iniciativa «tres millones para 2005», la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, la Alianza Hacer Retroceder el Paludismo y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La Iniciativa incluirá la determinación de las carencias en materia de acceso y disponibilidad de medicamentos costoeficaces, estrategias para influir

en los precios y gestionar la disponibilidad, y la mejora del acceso y de la asequibilidad. También en 2005, el Comité Regional en su 52ª reunión estableció una estrategia regional encaminada a prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles. La Declaración Conjunta sobre el Control de las Enfermedades Crónicas en la Región (2006) pide a los Estados Miembros que den prioridad a las enfermedades crónicas y hagan suya la meta de prevención fijada por la OMS, reduzcan los factores de riesgo e integren la gestión de la enfermedad crónica en la atención primaria de salud.

Se necesita que la OMS participe de manera pronta y más firme mediante actividades de promoción, priorización de programas, mayores fondos, proporcionales a la carga mundial, y la aplicación de instrumentos novedosos de prevención y control especialmente idóneos para satisfacer las necesidades de los países en desarrollo, en los que se produce el 80% de esas enfermedades. El proyecto de resolución establece la meta de salvar 36 millones de vidas de aquí a 2050.

El Dr. JAKSONS (Letonia) dice que la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles podría servir como base para establecer prácticas óptimas en toda la OMS, dando a ésta la oportunidad de funcionar como «una sola Organización». La estrategia abarca factores psicológicos y socioeconómicos, la prevención y la promoción sanitaria, e intervenciones costoeficaces y basadas en datos científicos. La sociedad debe crear entornos que favorezcan la salud, como comidas sanas en las escuelas, con el fin de facilitar decisiones saludables. La pobreza es un factor de susceptibilidad a las enfermedades no transmisibles, y las desigualdades en salud han de ser reducidas. Los sistemas de salud deben ser más fáciles de usar, y debe mejorar el acceso a la atención primaria de salud y a los medicamentos. También tienen importancia los mecanismos de financiación y una promoción sanitaria costoeficaz. El envejecimiento plantea más retos en lo que se refiere a la prestación de apoyo a las personas que viven con enfermedades crónicas. Los cimientos de la salud se establecen a edad temprana, lo que complica la búsqueda de soluciones.

Apoya el proyecto de resolución con las enmiendas propuestas por el miembro representante de Portugal, pero hace hincapié en que el Consejo debe evaluar el plan de acción.

El Dr. SUPAKIT SIRILAK (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) informa de que la mortalidad debida a las enfermedades no transmisibles en Tailandia supera a la debida a las enfermedades transmisibles y los traumatismos en todos los grupos de edad salvo en los menores de cinco años. Las enfermedades no transmisibles son responsables de ocho de las diez principales causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad en hombres y mujeres. Los principales factores de riesgo son el uso indebido de alcohol, el uso de tabaco, la obesidad y la hipertensión. Desde 2001, el 2% de los impuestos recaudados por la venta de alcohol y tabaco se ingresa en el Fondo de Promoción de la Salud. El aumento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco ha llevado a una reducción del consumo entre los adultos jóvenes.

Apoya el proyecto de resolución, pero señala que la meta de reducción de las tasas de mortalidad es ambiciosa, especialmente para los países en desarrollo. Resulta difícil evaluar las tasas de mortalidad, dado que el registro de la causa de defunción suele ser inexacto y más de la mitad de las defunciones se producen fuera del medio hospitalario. Las prioridades del Grupo del Banco Mundial en materia de control de enfermedades en los países en desarrollo ofrecen orientación sobre planes de acción eficaces en relación con el costo.¹

El Profesor AYDIN (Turquía) apoya el proyecto de resolución con las enmiendas propuestas por el miembro representante de Portugal. La obesidad es un importante reto para la salud pública en el siglo XXI y una de las principales causas de enfermedades no transmisibles. A menos que se adopten las

¹ Jamison DT, Breman JG, Measham AR (editores). *Disease control priorities in developing countries*. Washington D.C., Banco Mundial, y Nueva York, Oxford University Press, 2ª edición, 2006.

medidas necesarias, supondrá una amenaza cada vez mayor para las generaciones futuras. La Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre la lucha contra la obesidad (Estambul (Turquía), 15 a 17 de noviembre de 2006) acordó medidas rápidas encaminadas a alcanzar las metas de la OMS de reducir la obesidad y las enfermedades crónicas, particularmente entre los niños y adolescentes. El plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles debe estar en consonancia con las conclusiones de esa Conferencia.

El Dr. TANGI (Tonga) dice que, habida cuenta del efecto de las enfermedades no transmisibles en la carga mundial de morbilidad, es preciso incluir la cuestión en el orden del día del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud cada año. Acoge favorablemente el interés particular de la Directora General por la salud de la mujer y de la población de África. En Tonga, entre las medidas adoptadas en la esfera de las enfermedades no transmisibles, se estableció por ley una fundación de promoción de la salud que se financiará con el 5% de los impuestos recaudados de la venta de tabaco y alcohol. Apoya el proyecto de resolución.

El Dr. NYIKAL (Kenya), quien interviene en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, dice que durante mucho tiempo las enfermedades no transmisibles han sido erróneamente consideradas enfermedades exclusivas de los ricos, y ello ha tenido efectos negativos de gran alcance en la población y los sistemas de salud en África. El incremento de las enfermedades no transmisibles en África, junto con la desproporcionada carga que suponen las enfermedades transmisibles, ha hecho aumentar los niveles de mortalidad prematura y ha reducido la calidad de vida. Esa carga doble y compleja de morbilidad supone una gran presión para los débiles sistemas de salud y los escasos recursos de la Región. El diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles son costosos y no pueden ser debidamente sufragados con los actuales presupuestos sanitarios, debido a la carga que también suponen las enfermedades transmisibles. En torno al 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles, la mayoría de las cuales son prevenibles, siguen ocurriendo en países de ingresos bajos y medianos, a pesar de las intervenciones costoeficaces que se realizan. Puesto que las enfermedades no transmisibles, una vez contraídas, se padecen para toda la vida, África no puede esperar a que esa epidemia silenciosa crezca. Se requiere cuanto antes un apoyo costoeficaz para aplicar estrategias de prevención y control de estas enfermedades.

El orador apoya el proyecto de resolución y propone que en el párrafo 1(2) se supriman las palabras «según las circunstancias nacionales»; que se añada un nuevo párrafo 1(4) con el texto siguiente: «a que aumenten el presupuesto destinado a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles crónicas», y un nuevo párrafo 1(5) con el texto: «a que consideren la posibilidad de poner en práctica acuerdos internacionales y aumentar el apoyo a iniciativas mundiales que contribuyan a alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles crónicas en un 2% al año durante los próximos 10 años», y que se agreguen las palabras «cada dos años» a final del párrafo 2(8).

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad en su país; cada año 90 millones de personas se ven afectadas negativamente por esas enfermedades. Sin embargo, también son algunas de las enfermedades más fáciles de prevenir, y los riesgos suelen poder reducirse. La atención especial de la Secretaría al acopio de datos y la vigilancia de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo subyacentes relacionados con los hábitos es el enfoque correcto. Los Estados Miembros deben fortalecer su capacidad para medir la creciente carga de morbilidad, en particular la prevalencia, el impacto en todas las poblaciones y en todos los grupos de edad, y la repercusión económica. La prevención debe dirigirse hacia tres grandes factores de riesgo: uso de tabaco, alimentación no saludable y falta de actividad física. La información que proporciona la Secretaría siempre debe estar basada en datos científicos y reflejar los mejores datos disponibles. El proyecto de resolución debe ser preciso y distinguir entre el uso de alcohol y el uso nocivo de alcohol. También debe reflejar que, aunque los principales factores de riesgo comunes son los mismos para hombres y mujeres en todas las regiones, existen variaciones de unas a otras. Presentará las enmiendas propuestas por escrito.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho) dice que, las enfermedades no transmisibles merecen más atención en muchos países en desarrollo, incluido el suyo, concentrados en el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. La mayoría de las enfermedades no transmisibles se deben a los modos de vida y son por tanto prevenibles. Apoya el proyecto de resolución.

La Sra. HALTON (Australia) dice que, al pasar de la formulación a la ejecución de estrategias, se debe determinar qué medidas pueden ser adoptadas por todos los interesados, las administraciones nacionales y regionales, los profesionales de la medicina y los particulares. Las enfermedades no transmisibles no tendrán el efecto catastrófico inmediato de una pandemia infecciosa, pero pueden tener efectos devastadores en el entramado de las sociedades. Tras la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y los debates sobre el uso nocivo de alcohol, la atención prioritaria debe centrarse en la responsabilidad individual. Apoya el proyecto de resolución, aunque presentará por escrito ligeras sugerencias en la redacción con el fin de destacar la importancia de apoyar a los países y los sistemas de salud y de trabajar con las personas y las familias, educándolas y apoyándolas para que tomen decisiones saludables en su vida cotidiana.

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) dice que en el Iraq una estrategia nacional para combatir las enfermedades no transmisibles se ha visto respaldada en 2006 por una encuesta a nivel nacional realizada en colaboración con la OMS. Las mediciones y los datos de las muestras de sangre obtenidas en la encuesta, que fueron recogidas a domicilio en circunstancias peligrosas por más de 400 trabajadores adiestrados, mostraron que el 66,9% de la población iraquí padece obesidad o exceso de peso, lo que indica una dieta poco saludable. Casi cuatro millones de iraquíes (40,4% de la población) sufre de hipertensión y cerca de un millón (10,4%) de diabetes; 3,7 millones (37,5%) presentan elevados niveles de colesterol, y unos dos millones (21,9%) son fumadores. Los resultados son análogos a los obtenidos en una encuesta comparable realizada en Jordania en 2005. Con el fin de evaluar la magnitud del problema y elaborar un plan de trabajo, la encuesta debería repetirse cada tres a cinco años, y compararse los datos con los procedentes de países vecinos y con los de la región en conjunto.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) dice que la diabetes y las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las principales causas de discapacidad y muerte en su país. Su Gobierno, con apoyo técnico de la OMS, está aplicando el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; prevé aplicar políticas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Sri Lanka lleva prestando atención sanitaria gratuita a toda la población desde la independencia en 1948. La prevención y la atención para quienes padecen enfermedades no transmisibles se ampliarán por conducto de los numerosos establecimientos de atención primaria. Las medidas legislativas recientes reducirán el consumo de tabaco y alcohol controlando la venta, la publicidad y la promoción del alcohol en los lugares públicos. La venta de alcohol a menores de 21 años se considera un delito; se han recaudado más de cinco millones de rupias en multas en las tres semanas transcurridas desde que se aprobó la legislación.

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) apoya el proyecto de resolución y dice que en su país las enfermedades no transmisibles, en especial la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, han alcanzado niveles catastróficos. La atención primaria de salud se apoya en 26 000 equipos primarios de salud y llega a cerca del 70% de la población. La estrategia nacional de promoción de la salud puede modificar los hábitos alimentarios y de ejercicio de la población y reducir la carga de enfermedades no transmisibles. Una campaña realizada en los medios ha alentado la mejora de la alimentación y más ejercicio. El Brasil está aplicando el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; también está trabajando para reducir el número de accidentes de tráfico. La comisión nacional sobre determinantes sociales de la salud ha recurrido a personajes nacionales famosos del mundo del deporte y del arte para ofrecer una visión más amplia de la salud.

El PRESIDENTE, quien interviene en su calidad de miembro representante de Bolivia, dice que aunque algunas enfermedades son en sí mismas no transmisibles, uno de los resultados de la globalización es que ciertos modos de vida y sus efectos se han convertido en algo excesivamente transmisible. En lugar de incrementar los años de vida de las personas, se trata de mejorar la calidad de vida propiamente dicha. El uso del tabaco, una alimentación equivocada y la falta de ejercicio físico son factores importantes en las enfermedades no transmisibles. La educación es fundamental, pues los hábitos adquiridos en la infancia son difíciles de abandonar.

El Sr. DEL PICÓ (Chile)¹ dice que puede aceptar el proyecto de resolución, pero habría agradecido más propuestas concretas en el sentido de que los países que han aprendido a hacer frente a las enfermedades no transmisibles presten apoyo a los que no, especialmente en la elaboración de planes de acción nacionales. Su país está dispuesto a compartir su experiencia con los países de la Región de las Américas, y a dar capacitación a equipos de atención sanitaria.

El Dr. GHEBREHIWET (Consejo Internacional de Enfermeras), quien habla por invitación del PRESIDENTE, recuerda que el mandato de su organización consiste en mejorar la salud de la población del mundo mejorando los niveles de calidad en la práctica de la enfermería y fortaleciendo la contribución del personal de enfermería a los sistemas de salud en todos los niveles. El personal de enfermería que interviene en el cuidado y la rehabilitación de los enfermos crónicos es indispensable para reducir los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas y permitir el éxito de la estrategia mundial. Es preciso fortalecer al personal de enfermería con el fin de reducir la carga de las enfermedades crónicas y aplicar la estrategia mundial. Acoge favorablemente el compromiso de la Directora General respecto de la atención primaria de salud y la gestión integrada de las enfermedades, y reafirma el compromiso reforzado de su organización en su alianza con la OMS.

El Profesor NORRVING (International Stroke Society), quien habla por invitación del PRESIDENTE, dice que el accidente cerebrovascular es la segunda causa simple de defunción, con 5,8 millones de casos mortales al año, lo que supone una parte considerable de la carga de las enfermedades no transmisibles. Alrededor del 40% de los accidentes cerebrovasculares se producen en personas menores de 70 años. Hay en torno a 15 millones de nuevos casos de accidente cerebrovascular cada año, y unos 55 millones de personas, dos tercios de ellas en países de ingresos bajos o medianos, han padecido un accidente cerebrovascular en algún momento. Muchos afectados padecen discapacidades duraderas, incluidos trastornos cognitivos y demencia. La carga que suponen los accidentes cerebrovasculares probablemente aumentará de resultas de los cambios demográficos, la urbanización y la mayor exposición a los principales factores de riesgo. Para 2025, alrededor del 80% de todos los accidentes cerebrovasculares se producirán en personas que viven en países de ingresos bajos o medianos. A pesar de todo, el accidente cerebrovascular es en gran medida prevenible. Al menos dos tercios de los accidentes cerebrovasculares pueden atribuirse a un puñado de factores de riesgo vinculados al modo de vida. El orador apoya a la OMS en sus esfuerzos por alentar hábitos saludables y medidas costoeficaces para la prevención secundaria. La International Stroke Society colabora con la Sede y las oficinas regionales, y está preparando instrumentos técnicos y promoviendo la vigilancia del accidente cerebrovascular. En la mayoría de las regiones del mundo, sigue habiendo pocos datos recientes y exactos sobre los accidentes cerebrovasculares.

La Conferencia sobre la gestión del accidente cerebrovascular, del Consenso Europeo sobre Estrategias contra el Accidente Cerebrovascular, celebrada en Helsingborg (Suecia) del 22 al 24 de marzo de 2006, adoptó la Declaración de Helsingborg de 2006 sobre estrategias europeas contra el accidente cere-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

brovascular, y estableció nueve metas nuevas que deben alcanzarse antes de 2015, entre ellas la prevención, la atención apropiada en unidades especializadas, los tratamientos de la fase aguda para disolver los trombos, y la mejora de las funciones y la supervivencia. Insta a que se tomen medidas prioritarias para fortalecer la prevención y el control de los accidentes cerebrovasculares.

La Sra. ALDERSON (Federación Mundial del Corazón), hablando por invitación del PRESIDENTE, dice que la misión de su organización es prevenir y controlar las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Las enfermedades cardiovasculares provocan una cifra estimada de 17,5 millones de muertes al año y constituyen la principal causa mundial de mortalidad. Más del 80% de esas defunciones se producen en países de ingresos bajos y medianos. Los países deben reconocer la amenaza de las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas y tomar medidas sin más dilación.

El plan de acción internacional y los planes regionales traducirán la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en intervenciones normativas y mecanismos de vigilancia concretos, pero esas medidas necesitan una financiación mucho mayor. En conjunto, los programas de la OMS sobre enfermedades crónicas y control del tabaco apenas representan el 2,6% del presupuesto por programas 2006-2007, y la oradora insta a que se asigne una mayor proporción a las enfermedades crónicas. Su organización, acompañada de un firme liderazgo por parte de la OMS, hará posible el fortalecimiento de los planes de acción nacionales.

La Dra. LHOTSKA (Consumers International), quien habla por invitación del PRESIDENTE y también en nombre de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil, dice que ambas organizaciones apoyan la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. En Europa, las enfermedades no transmisibles representan el 77% de la carga de morbilidad cuando se expresan en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En 2005, su organización efectuó una encuesta piloto sobre la aplicación de la Estrategia Mundial. Las respuestas de 40 gobiernos muestran progresos diversos. Se formularon recomendaciones acerca de medidas nacionales en materia de regulación de las prácticas comerciales, etiquetado transparente de los alimentos, producción responsable de alimentos, consultas de los gobiernos con organizaciones de interés público para idear estrategias de aplicación de la Estrategia Mundial, aumento de los recursos, e inicio de los trabajos por la OMS en un código internacional de comercialización de alimentos y bebidas para niños.

Entre las medidas inmediatas podrían figurar una reducción del tiempo dedicado a ver la televisión y la promoción de la lactancia materna; en los Estados Unidos de América ambas han demostrado ser eficaces en relación con el costo para combatir la epidemia de obesidad infantil. No obstante, ninguna de esas medidas se menciona en el informe ni en el proyecto de resolución. Lamentablemente, el diálogo con el sector privado, al que se alude en el párrafo 2(5), suele dar lugar a complicados conflictos de intereses.

El Sr. HENDRICKX (Federación Internacional de la Diabetes), quien habla por invitación del PRESIDENTE, dice que su organización es la voz mundial de unos 246 millones de personas, o sea el 6% de la población mundial, afectadas por esa enfermedad. Se calcula que cada año se producen siete millones de casos nuevos, siendo la carga particularmente pesada en los países en desarrollo. Una resolución sobre la diabetes adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas¹ designó el 14 de noviembre, actual Día Mundial de la Diabetes, como un Día que las Naciones Unidas celebrarán cada año a partir de 2007. El orador alienta a los Estados Miembros a formular políticas nacionales de prevención y tratamiento de la diabetes. En las propuestas presupuestarias que pronto examinará el Consejo, la financiación de las enfermedades no transmisibles debe aumentarse significativamente.

¹ Resolución 61/225 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El Sr. CHAN (Federación Internacional Farmacéutica), quien habla por invitación del PRESIDENTE, dice que la promoción de los equipos de atención sanitaria multidisciplinarios y el reconocimiento del papel de todos los profesionales de la atención de salud, incluidos los farmacéuticos, deben ser elementos integrantes de la prevención y la gestión de las enfermedades no transmisibles. La colaboración es importante para garantizar la observancia de los tratamientos de larga duración por parte del paciente.

Los farmacéuticos, que son los profesionales sanitarios más cercanos a la población, podrían identificar hábitos poco saludables y promover ciertos servicios, como la ayuda para dejar de fumar, el asesoramiento en cambios de hábitos, la vigilancia y la educación. La Federación alentará a las asociaciones de farmacéuticos a que integren los servicios de farmacia en programas nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

El Sr. RIGBY (International Association for the Study of Obesity), hablando por invitación del PRESIDENTE, dice que la Carta Europea sobre la Obesidad, adoptada en noviembre de 2006, abarca los alimentos y la nutrición porque son elementos centrales de todo plan de acción destinado a combatir las enfermedades no transmisibles. Deben prepararse estrategias para proteger a los niños de las causas alimentarias de las enfermedades crónicas. En recientes consultas de la OMS se ha determinado la necesidad de reducir la comercialización de productos no saludables para los niños. El plan de acción de la OMS debe alentar esa reducción.

El PRESIDENTE señala que las propuestas formuladas por Estados Miembros no representados en el Consejo han de ser apoyadas por un miembro de éste para que puedan ser examinadas. Hablando en su condición de miembro representante de Bolivia, por consiguiente, apoya la propuesta formulada por el representante de Chile.

El Dr. DANZON (Director Regional para Europa), quien habla en nombre de todos los Directores Regionales y las oficinas regionales, subraya la importancia del tema. La Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, adoptada en septiembre de 2006, se verá seguida por un plan de acción. Las enfermedades no transmisibles y su prevención deben ser abordadas como parte de la atención primaria de salud. El costo del tratamiento a largo plazo de esas enfermedades es elevado, por lo que el Director Regional para el Mediterráneo Oriental ha lanzado una campaña de recaudación de fondos. El orador hace hincapié en la necesidad de coherencia entre la Carta adoptada por la Conferencia Ministerial Europea sobre la obesidad y los enfoques mundiales, regionales y nacionales respecto del tratamiento y la prevención de las enfermedades no transmisibles.

La Dra. LE GALÈS-CAMUS (Subdirectora General) da las gracias a todos los oradores por sus sugerencias y observaciones. El informe será revisado para tener en cuenta la redacción más precisa sugerida por la Unión Europea y los Estados Unidos. Como ha dicho el miembro representante de Australia, no se trata de crear una nueva estrategia sino de basarse en las ya adoptadas por la Asamblea de la Salud. La labor ya realizada en materia de control del tabaco, régimen alimentario y actividad física y uso nocivo del alcohol se aprovechará en la elaboración del plan de acción.

Los últimos descubrimientos científicos y las diversas experiencias de los países se utilizarán para orientar el plan desde el punto de vista estratégico. Coincide con las observaciones del Director Regional para Europa sobre la coordinación entre las oficinas regionales y las oficinas en los países.

En respuesta a una observación del PRESIDENTE, confirma que el proyecto de resolución será enmendado y presentado para que se lo examine más adelante.

La DIRECTORA GENERAL dice que los hechos hablan por sí mismos respecto de la importancia del tema. El debate ha sido intenso y rico, se ha acordado dar prioridad al plan de acción, y ella así lo hará. La Secretaría apoyará los esfuerzos de los Estados Miembros para prevenir las enfermedades no transmisibles. Como ha solicitado el miembro representante de Tonga, en futuras reuniones del Consejo

Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud se debatirán algunos aspectos de la cuestión. Da las gracias a los miembros por sus consejos y su orientación.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la octava sesión, sección 2.)

Se levanta la sesión a las 17.15 horas.

QUINTA SESIÓN

Miércoles 24 de enero de 2007, a las 9.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad: punto 4.6 del orden del día (documento EB120/10)

El PRESIDENTE señala a la atención el proyecto de resolución titulado «Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad», propuesto por el Brasil, China, Djibouti, Etiopía, Francia, la Jamahiriya Árabe Libia, el Japón, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malí, México, Namibia, Rwanda, Sri Lanka y el Sudán, junto con las repercusiones financieras y administrativas conexas, que dice lo siguiente:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad¹ y el informe sobre Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA22.30, WHA28.64 y WHA31.50 sobre fluoración y salud dental; WHA36.14 sobre la salud bucodental en la estrategia de salud para todos; WHA42.39 sobre salud bucodental; WHA56.1 y WHA59.17 sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; WHA58.22 sobre prevención y control del cáncer; WHA57.14 sobre la expansión del tratamiento y la atención en el marco de una respuesta coordinada e integral al VIH/SIDA; WHA57.16 sobre promoción de la salud y modos de vida sanos; WHA57.17 relativa a la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; WHA58.16 relativa a la promoción del envejecimiento activo y saludable; WHA51.18 y WHA53.17 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y WHA58.26 sobre problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol;

Reconociendo el importante papel de la salud bucodental para la salud en general y para la calidad de vida;

Haciendo hincapié en la necesidad de incorporar programas para la promoción de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales en los programas nacionales de prevención y tratamiento integrados de las enfermedades crónicas,

¹ Documento EB120/10.

² Documento EB120/22.

1. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que adopten medidas para velar por que la salud bucodental sea incorporada a las políticas nacionales para la prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles;
 - 2) a que den cobertura a la población con atención bucodental básica y garanticen, en el marco de la atención primaria de salud mejorada para las enfermedades crónicas no transmisibles, la disponibilidad de sistemas nacionales de salud bucodental, que deben orientarse hacia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud entre las poblaciones pobres y desfavorecidas, en colaboración con los programas integrados de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles;
 - 3) para los países que aún no hayan establecido programas sistemáticos de fluoración del agua, a que elaboren y ejecuten programas nacionales de fluoración, dando prioridad a estrategias equitativas como la administración automática de flúor, por ejemplo en el agua de bebida, la sal o la leche, y al suministro de dentífricos fluorados a precios asequibles;
 - 4) a que adopten medidas para velar por que la prevención del cáncer de la boca forme parte integral de los programas nacionales de control del cáncer, y a que alienten la participación de profesionales de la salud bucodental o de personal especialmente capacitado en salud bucodental y especializado en detección, diagnóstico precoz y tratamiento;
 - 5) a que elaboren y ejecuten programas de prevención de enfermedades bucodentales asociadas al VIH/SIDA y promoción de la salud bucodental y la calidad de vida entre las personas que viven con el VIH, en los que participen profesionales de la salud bucodental o personal especialmente adiestrado en atención primaria de salud, aplicando la atención primaria en salud bucodental;
 - 6) a que desarrollen y apliquen la promoción integrada de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales entre los niños como parte integral de los programas nacionales de escuelas sanas;
 - 7) a que elaboren y apliquen, en los países afectados por el noma, programas nacionales de lucha contra esta enfermedad dentro de los programas de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y para la reducción de la malnutrición y la pobreza, de acuerdo con los objetivos de desarrollo acordados en el plano internacional en relación con la salud, inclusive los contenidos en la Declaración del Milenio;
 - 8) a que incorporen un sistema de información sobre la salud bucodental a los planes de vigilancia sanitaria de modo que los objetivos de salud bucodental sean conformes con las normas internacionales, y a que evalúen los progresos realizados en la promoción de la salud bucodental;
 - 9) a que fortalezcan la investigación en salud bucodental y utilicen la promoción de la salud bucodental y la prevención de enfermedades bucodentales basadas en datos científicos para consolidar y adaptar los programas nacionales de salud bucodental y a que alienten el intercambio entre países de conocimientos sólidos y experiencias de programas comunitarios de salud bucodental;
2. PIDE a la Directora General:
 - 1) que fomente la toma de conciencia acerca de los retos mundiales a que se enfrenta la mejora de la salud bucodental y de las necesidades específicas de los países de ingresos bajos y de los grupos pobres y desfavorecidos;
 - 2) que vele por que la Organización, en los niveles mundial y regional, preste asesoramiento y apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten para la elaboración y la ejecución de programas de salud bucodental en el marco de criterios integrados de vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles;

- 3) que siga continuamente promoviendo la cooperación internacional y la interacción con todos los interesados, y entre éstos, en la aplicación del plan de acción en salud bucodental, incluidos los centros colaboradores de la OMS en salud bucodental y las organizaciones no gubernamentales.

1. Resolución Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad	
2. Relación con el presupuesto por programas	
Área de trabajo	Resultados previstos
Promoción de la salud	1. Se habrán ampliado las orientaciones para integrar en los planes de salud la promoción de la salud, incluidas cuestiones relacionadas con el régimen alimentario, la actividad física, el envejecimiento y la salud bucodental
Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles	1. Se habrá prestado a los países apoyo para formular políticas y estrategias de prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel nacional, incluida la integración de la prevención primaria y secundaria en los sistemas de salud 5. Se habrán mejorado la calidad, la disponibilidad, la comparabilidad y la difusión de los datos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y sus principales factores de riesgo modificables
3. Repercusiones financieras	
<i>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</i> US\$ 3 230 000 entre 2008 y 2013	
<i>b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</i> US\$ 1 040 000	
<i>c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?</i> US\$ 1 040 000	
4. Repercusiones administrativas	
<i>a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)</i>	
La aplicación de la resolución requerirá la participación de todos los niveles de la Organización, centrándose las actividades en los países de ingresos bajos y medianos. Se hará particular hincapié en los 23 países que soportan el 80% de la carga de enfermedades no transmisibles crónicas que afecta a los países de ingresos bajos y medianos.	
<i>b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal)</i>	
No se prevé que aumente la dotación de personal.	
<i>c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación)</i>	
La aplicación tendrá lugar desde 2007 hasta 2013.	

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) observa que una prioridad importante de la estrategia mundial de salud bucodental es la reducción de los factores de riesgo comunes a las afecciones de la boca y las enfermedades crónicas. Los sistemas de salud deben tratar de mejorar la salud bucodental en función de los riesgos y necesidades de las diferentes poblaciones, en particular los grupos de ingresos bajos, que presentan la incidencia más elevada de afecciones bucodentales, promoviendo la función y la capacidad de la atención primaria de salud. En Portugal, el programa nacional de salud bucodental hace especial hincapié en los niños menores de 16 años y las mujeres embarazadas. El objetivo del programa es

reducir la prevalencia de las enfermedades bucodentales y promover la equidad asistencial centrandos los esfuerzos en el nivel de la atención primaria, tanto en los centros de salud como en otras instituciones, por ejemplo las escuelas. El orador apoya el proyecto de resolución propuesto.

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) indica que la salud bucodental es una prioridad para México, que lleva 20 años aplicando estrategias de prevención, en particular un programa de fluoración de la sal, de amplia cobertura, gracias al cual se ha reducido la incidencia de caries dental en los niños de 6 a 10 años de edad. Asimismo, se está promoviendo la higiene bucodental a través de las escuelas. Cada año se llevan a cabo eventos de reforzamiento de la prevención, denominados Semanas Nacionales de Salud Bucal, en los que participan las instituciones sanitarias y educativas, la sociedad civil y el sector privado. Con todo, la falta de salud bucodental sigue constituyendo en México, y en general en la Región de las Américas, un importante problema. El orador manifiesta su apoyo al plan de acción propuesto en el proyecto de resolución.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, dice que las enfermedades bucodentales representan un problema de salud pública en el continente africano. Las afecciones de la boca varían de un lugar a otro de la Región, dependiendo del grado de exposición a diversos factores de riesgo, como los entornos y comportamientos poco saludables, la absorción de cantidades insuficientes de fluoruro, la malnutrición grave y enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, el sarampión y el paludismo.

La estrategia regional de salud bucodental para 1999-2009 da prioridad a la prevención y la elaboración de estrategias nacionales. El número de programas nacionales aumentó en 2006 a 36, y la cobertura del programa regional de lucha contra el noma se ha ampliado entre 2001 y 2006 de uno a nueve países. Entre los factores que obstaculizan la promoción de la salud bucodental en la Región se destacan: la escasez de personal especializado; la ausencia de un acceso equitativo a los servicios de salud bucodental; la falta de información epidemiológica precisa sobre salud bucodental; la insuficiente sensibilización del público; y la falta de inversiones en salud bucodental, tanto en el plano regional como de los países.

El plan de acción propuesto aboga por integrar la prevención de los problemas de salud bucodental con la prevención de las enfermedades crónicas, combatiendo los factores de riesgo comunes. Su finalidad es promover los servicios y sistemas de salud bucodental en el contexto de la atención primaria. La oradora hace hincapié en las necesidades de las poblaciones pobres y desfavorecidas e insta al Consejo a que adopte el proyecto de resolución.

La Dra. AKIZUKI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) observa que una buena salud bucodental es fundamental para mantener una salud general y una calidad de vida satisfactorias. La salud bucodental está estrechamente ligada a diversos factores relacionados con el modo de vida, como el tabaquismo, el régimen alimentario, la actividad física y la higiene del sueño. Es preciso reforzar y promover la prevención y el diagnóstico precoz de los problemas de salud bucodental, por ejemplo mediante revisiones sistemáticas y una mayor concienciación sobre los determinantes de la salud bucodental y general. La OMS debería promover el intercambio de experiencias.

El Dr. QI Qingdong (China) dice que su país apoya el plan de acción propuesto y desea copatrocinar el proyecto de resolución. Las enfermedades de la boca constituyen un importante problema de salud pública, aunque no se les presta suficiente atención, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos. En China, por ejemplo, la concienciación sobre la importancia de la salud bucodental es escasa y hay pocos dentistas. La adopción del proyecto de resolución debería contribuir a centrar la atención en la salud bucodental y a reducir la carga de morbilidad en esta esfera.

La Dra. ALLEN-YOUNG (Jamaica) indica que su país ha logrado reducir notablemente el índice de dientes cariados, perdidos u obturados en los niños menores de 10 años, gracias a un programa de fluoración de la sal que viene aplicándose desde 1984. Aunque se han conseguido mejoras en materia de

salud bucodental infantil, el envejecimiento de la población en la región del Caribe trae consigo nuevos riesgos, como demuestra la creciente prevalencia de las periodontopatías y enfermedades no transmisibles conexas. Muchas afecciones comparten un mismo origen, lo cual tiene repercusiones en la prestación de servicios de salud. Los servicios de salud bucodental deben suministrarse con arreglo a un enfoque horizontal e integrado basado en la atención primaria.

La oradora sugiere que el informe de la Secretaría incluya información sobre prácticas óptimas. Propone añadir en el párrafo 2 del proyecto de resolución un nuevo subpárrafo, que diga: «que comunique al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que realizan actividades relacionadas con la salud la necesidad de que la salud bucodental forme parte integral de sus programas».

La Sra. HALTON (Australia) anuncia que presentará por escrito algunas enmiendas menores al proyecto de resolución, destinadas a reflejar la existencia de diferentes esferas de responsabilidad en materia de salud bucodental y las diferencias en el grado de participación de los gobiernos nacionales en los distintos países.

La Dra. SOPIDA CHAVANICHKUL (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) sostiene que las encuestas nacionales periódicas de salud bucodental recomendadas por la OMS deberían incluir datos adicionales sobre el consumo de azúcares y dulces, los comportamientos relacionados con la higiene bucodental y el acceso a los servicios pertinentes. Esa información resultaría útil para la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas de salud bucodental. Los logros alcanzados por su país en materia de control del tabaco durante los últimos 20 años han puesto de manifiesto la valiosa contribución de los profesionales de la salud bucodental a la reducción del tabaquismo. Según demuestran diversos estudios, uno de los métodos de disuasión más eficaces en esta esfera consiste en incluir en las cajetillas ilustraciones de las afecciones bucodentales causadas por el consumo de tabaco.

Tailandia siente preocupación por el problema de la fluorosis, que en algunas partes del país alcanza niveles de prevalencia del 50%. Antes de poner en marcha programas nacionales de fluoración, los países deben evaluar la concentración natural de fluoruros en las fuentes de abastecimiento de aguas subterráneas y los niveles de ingesta de fluoruros a través de los productos de higiene dental. En consecuencia, propone modificar el párrafo 1(3) del proyecto de resolución como sigue: «para los países que carezcan de acceso a fuentes naturales de fluoruro que aún no hayan establecido programas sistemáticos de fluoración del agua, a que elaboren y ejecuten programas nacionales de fluoración...».

Tailandia apoya la promoción de la salud bucodental en las escuelas y la prestación de asistencia bucodental en los servicios de atención primaria. Para ello hay que contar con suficientes profesionales especializados, sobre todo personal auxiliar. Según demuestran diversos estudios, los servicios facilitados por personal auxiliar son eficaces y a menudo más apropiados que los dispensados por dentistas. A través de los auxiliares, se podría ampliar además el acceso de las poblaciones rurales a los servicios de salud bucodental. Sin embargo, en muchos países, incluido el suyo, el número de dentistas es superior al de auxiliares. En consecuencia, propone modificar el proyecto de resolución añadiendo un nuevo párrafo 1(7), que diga: «a que amplíen la formación de enfermeros, higienistas y otros auxiliares dentales, velando por que esos auxiliares se distribuyan de forma equitativa en el nivel de atención primaria y por que se disponga del adecuado servicio de apoyo de dentistas, por conducto de los sistemas apropiados de referencia de casos».

Según se desprende de la encuesta nacional de salud bucodental efectuada en Tailandia, la mayor parte de los problemas bucodentales se dan en niños de edad preescolar. Por consiguiente, propone modificar el párrafo 1(6) del proyecto de resolución como sigue: «a que desarrollen y apliquen la promoción de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales entre los niños de edad preescolar y escolar como parte integral de los programas nacionales de escuelas promotoras de la salud».

La oradora hace suyas las enmiendas propuestas por el miembro representante de Jamaica.

El Dr. SAHELI (Jamahiriya Árabe Libia), que hace uso de la palabra en nombre de los países de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que para estar a la altura de los desafíos planteados por las enfermedades de la boca y los problemas conexos, los administradores de la salud pública y las instancias decisorias deben disponer de los instrumentos, la capacidad y la información apropiados para evaluar y supervisar las necesidades sanitarias, escoger estrategias de intervención, formular políticas y mejorar los programas de salud bucodental.

Los países de la Región han logrado grandes avances en lo que respecta a la promoción de la salud bucodental, que en la mayoría de los Estados Miembros forma parte integrante de iniciativas sanitarias de más amplio alcance. No obstante, el acceso a los servicios de salud bucodental a menudo sigue siendo limitado, y los dientes enfermos o dañados frecuentemente no se tratan ni se extraen.

El orador expresa su apoyo al proyecto de resolución, que debe basarse en las 10 esferas prioritarias enunciadas en el Informe mundial sobre salud bucodental publicado en 2003.¹ Asimismo, es importante que incorpore peticiones en el sentido de que la OMS aumente los recursos financieros y humanos destinados a la promoción de la salud bucodental y la asistencia prestada en materia de vigilancia de las enfermedades de la boca.

El Dr. TANGI (Tonga), poniendo de relieve el aumento alarmante de la incidencia de la caries dental entre los niños de edad escolar, dice que Tonga ha dado prioridad a la salud bucodental en sus programas nacionales. Se ha introducido la fluoración del agua y se ha implantado en las escuelas primarias de todo el país un programa que promueve el uso de enjuagues bucales fluorados. Los pequeños Estados insulares y los países en desarrollo tienen dificultades para fortalecer su capacidad de recursos humanos en la esfera de la salud bucodental. Tonga desea figurar entre los patrocinadores del proyecto de resolución.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho) observa que Lesotho, que ha sufrido muchos problemas causados por las manifestaciones bucodentales del VIH/SIDA, los traumatismos bucodentales y el cáncer de la boca, reconoce la importancia de la salud bucodental en el contexto de las políticas de salud pública. Es preciso ampliar el acceso a los servicios de salud bucodental y reforzar la equidad asistencial en esta esfera, en beneficio de las poblaciones desfavorecidas y rurales, sobre todo por medio de la descentralización. La promoción de la salud bucodental puede redundar en favor del diagnóstico y el tratamiento precoces; por otro lado, conviene reforzar la vigilancia de las manifestaciones bucodentales del VIH/SIDA. Deben organizarse campañas de educación contra el abuso de alcohol y el tabaquismo, que figuran entre las principales causas de los traumatismos bucodentales y del cáncer de boca. El orador hace hincapié en el papel desempeñado por la OMS en materia de asistencia a los países en desarrollo y expresa su apoyo al proyecto de resolución.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) señala que hasta la fecha la comunidad médica no ha otorgado suficiente atención a la salud bucodental. A la luz del informe elaborado por la Secretaría, Eslovenia incorporará la salud bucodental en su estrategia de prevención de enfermedades no transmisibles. Se prestará especial atención a las lesiones de las mucosas, en particular las atrofas, las lesiones precancerosas y los cánceres de la cavidad bucal.

Hace varias décadas, se aplicó en Eslovenia un sistema de prevención de la caries dental, desde el jardín de infancia hasta el final de la escuela secundaria. Se obtuvieron resultados notables, en particular, una reducción de la frecuencia de caries dental. Sin embargo, a raíz de la introducción de una nueva legislación, muchos dentistas especialmente capacitados para llevar a cabo una labor de prevención con los niños han optado por pasarse al sector privado, lo cual ha debilitado la prestación de servicios de atención primaria. Eslovenia se propone colaborar con otros países europeos que han alcanzado resultados similares sobre la base de sistemas de salud mixtos de carácter publicoprivado.

¹ Documento WHO/NMH/NPH/ORH/03.2.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) indica que en su país el cáncer de boca representa alrededor del 35% del conjunto de enfermedades cancerosas. Su Gobierno ha promovido la salud bucodental a través de programas de extensión destinados a las poblaciones rurales. Más de 100 licenciados en odontología participan cada año en la integración de la salud bucodental en los programas de salud escolar. Sri Lanka acogió en 2006 la reunión científica de la Asociación Dental del Commonwealth, en la que se celebraron valiosos debates sobre la prestación costoeficaz de atención de salud comunitaria.

El Dr. OGWELL (suplente del Dr. Nyikal, Kenya) sostiene que es primordial integrar planes y actividades de salud bucodental dentro de los planes y actividades de los sistemas generales de salud, tanto en el nivel de planificación como en el de prestación de servicios, sobre todo intervenciones comunitarias basadas en la atención primaria. El plan estratégico para el sector de la salud aplicado por Kenya se basa en un enfoque costoeficaz y preventivo más que curativo.

Para asegurar la eficacia de los servicios es preciso contar con un personal debidamente formado, respaldado y motivado, pero el informe no aborda cuestiones relacionadas con los recursos humanos ni señala el hecho de que la capacidad actual de la OMS para facilitar apoyo técnico a los Estados Miembros es deficiente. El personal asignado por la Organización a su programa de salud bucodental es insuficiente, tanto en la Sede como en las oficinas regionales, situación ésta a la que urge poner remedio. Además, el informe no reconoce adecuadamente el papel de algunos asociados clave en la esfera de la salud bucodental. Los Estados Miembros deberían consultar el informe sobre los objetivos mundiales en salud bucodental para 2020, elaborado conjuntamente por la OMS, la Federación Dental Internacional y la Asociación Internacional para Investigación Dental, que constituye una valiosa herramienta para el establecimiento de objetivos claros y mensurables en materia de prestación de atención bucodental.

El orador expresa su amplio apoyo al proyecto de resolución, pero propone las enmiendas siguientes: el cuarto párrafo del preámbulo debe decir: «Reconociendo el vínculo intrínseco que une la salud bucodental, la salud en general y la calidad de vida»; en el preámbulo se deben añadir dos nuevos párrafos, seis y siete, que digan: «Consciente de que en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 se destaca la importancia de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles» y «Valorando la función que desempeñan diversos asociados, como la Federación Dental Internacional y la Asociación Internacional para Investigación Dental, en la mejora de la salud bucodental en todo el mundo». Asimismo, propone incorporar en el párrafo 1 tres nuevos subpárrafos, que digan: «a que adopten medidas para velar por que se apliquen planteamientos basados en la evidencia a la hora de incorporar la salud bucodental en las políticas nacionales de prevención y control integrados de las enfermedades no transmisibles»; «a que tengan en cuenta la planificación de los recursos humanos y la fuerza de trabajo para salud bucodental en el marco de los planes nacionales de salud»; y «a que aumenten las dotaciones presupuestarias dedicadas a la prevención y el control de las enfermedades y afecciones bucodentales y craneofaciales». Por último, propone añadir en el párrafo 2 el siguiente subpárrafo: «que refuerce el liderazgo técnico de la OMS en materia de salud bucodental ampliando el programa de salud bucodental mediante una mayor asignación de fondos y personal, tanto en la Sede como en las oficinas regionales».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) expresa su apoyo a la integración de la salud bucodental en sistemas y programas de salud de más amplio alcance. La aplicación de enfoques de salud pública adecuados, centrados, entre otras cosas, en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la vigilancia de la morbilidad, es un elemento clave dentro de los programas de salud bucodental. El orador apoya el proyecto de resolución, con algunas enmiendas: en el párrafo 1(2), propone suprimir las palabras «y garanticen» y, en la versión inglesa, la coma que las precede, así como el adjetivo «nacionales» que sigue a «sistemas». En el párrafo 1(9) también habría que suprimir la palabra «nacionales».

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) señala que en su país se otorga gran importancia a la salud bucodental. El 80% de los equipos de salud de la familia incluyen a profesionales dentistas, que suman 12 000 en total. Con arreglo a una iniciativa personal puesta en marcha por el Presidente, que se

crió en una región pobre del Brasil sin acceso a servicios de atención bucodental, se han creado en todo el país 400 centros especializados de odontología.

La Dra. AERDEN (Federación Dental Internacional), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, resalta los principios estratégicos incluidos en el informe, en particular la noción de que la salud bucodental como parte integrante de la salud en general; la reducción de los factores de riesgo, entre ellos el tabaquismo; la promoción de una alimentación sana, con un consumo reducido de azúcar; y la prevención de la caries dental por medio de la higiene bucodental y un empleo apropiado de fluoruros. También es importante dar respuesta a la pandemia de caries infantiles no tratadas observada en numerosos países de ingresos bajos y medianos y reconocer y reforzar el papel de la mujer en materia de promoción de la salud.

Todos los planes sanitarios nacionales deberían contar con profesionales de la salud bucodental debidamente capacitados y motivados. Desafortunadamente, en muchos países la salud bucodental no está integrada dentro de la atención primaria, lo que la hace inaccesible e inasequible para los grupos de población más desfavorecidos. La oradora hace un llamamiento para que se asegure un acceso equitativo a los servicios básicos de atención y prevención relacionados con la salud bucodental para todas las personas. La OMS y la Federación Dental Internacional ofrecen asistencia técnica para la implantación de servicios de atención bucodental adecuados y asequibles, a costos realistas, en todos los niveles de la atención primaria de salud. La oradora reafirma asimismo la efectividad, la costoeficacia y la inocuidad del uso diario de fluoruro en condiciones óptimas e insiste en la necesidad de asegurar, a través de medidas como la reducción o exención de impuestos, que los dentífricos y demás vehículos de fluoruros de probada eficacia sean asequibles y accesibles.

La Federación recomienda encarecidamente la adopción del proyecto de resolución.

La Sra. LEHNERS (Asociación Internacional de Consultores en Lactancia), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE y hablando también en nombre de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil, muestra su agrado por el hecho de que el informe reconozca la importancia de la lactancia materna dentro de la promoción de la salud, incluida la salud bucodental, como se indica en el Informe mundial sobre salud bucodental de 2003.¹ La oradora apoya la importancia concedida a la relación entre la salud bucodental y la alimentación saludable, en particular la reducción del consumo de azúcares, tal y como propugna la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Lamenta, sin embargo, que la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño no haga hincapié en la vinculación entre una buena salud bucodental y la lactancia materna. Ello habría ofrecido un mayor potencial para la coordinación de enfoques en todas las etapas del ciclo de vida, con la consiguiente mejora de la salud en general y la prevención de diversas enfermedades y sus causas subyacentes, incluidas las directamente relacionadas con la salud bucodental.

El Dr. BARNARD (Federación Dental Internacional), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE y hablando también en nombre de la Asociación Internacional para Investigación Dental, insta al Consejo a que incluya en el orden del día de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud el fortalecimiento de la investigación en salud bucodental y la utilización de datos científicos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la morbilidad.

El Dr. GEZAIKY (Director Regional para el Mediterráneo Oriental) hace suyas las observaciones formuladas por el miembro representante de Tailandia con respecto a la fluorosis. También coincide en que una proporción de dentistas mucho mayor que la de higienistas y auxiliares puede dar lugar a proble-

¹ Documento WHO/NMH/NPH/ORH/03.2.

mas. Dado que hasta la fecha ha habido poca comunicación entre la OMS y las instituciones de formación odontológica, muchas de ellas no parecen tener en cuenta la importancia de la prevención y de la educación basada en la comunidad, cuestión ésta que debe abordarse debidamente.

La Dra. LE GALÈS-CAMUS (Subdirectora General) indica, con respecto a la cuestión de la vigilancia y la evaluación sistemática, que la ausencia de datos no implica que no haya problemas. El ejemplo citado por el miembro representante de Tailandia pone de manifiesto la importancia de las evaluaciones periódicas. Las sugerencias para un sistema de vigilancia más exhaustivo y completo se tendrán en cuenta en la medida de lo posible.

Resalta la importancia de la prevención, sobre todo en lo que respecta a los principales factores de riesgo, como las enfermedades no transmisibles. Dado que la salud bucodental no sólo está relacionada con éstas, la aplicación de un enfoque integrado podría tener un efecto beneficioso y aumentar la eficacia y durabilidad del tratamiento en contextos con limitaciones de recursos. Es importante compartir la experiencia de mejores prácticas y seguir centrando la atención en los sectores más vulnerables de la población.

El término «sistemas de salud bucodental» se emplea comúnmente para designar tanto los servicios asistenciales del sector formal como los del sector informal; no se pretende que sugiera la promoción de sistemas de salud específicamente concebidos para una enfermedad o un conjunto de enfermedades. Antes de presentarse a la Asamblea de la Salud, el informe será revisado con miras a eliminar posibles ambigüedades.

La oradora insiste en la necesidad de asegurar en la esfera de la salud bucodental una interacción entre todas las partes interesadas, incluidas las organizaciones no gubernamentales, y subraya la función crucial de los centros colaboradores de la OMS.

La DIRECTORA GENERAL dice que hasta la fecha la salud bucodental ha sido sin duda un área desatendida. Sin embargo, existen herramientas eficaces y ejemplos de prácticas óptimas relacionados con la prevención y la promoción, y es preciso aplicarlos. Serán asequibles si aprovechan los conocimientos científicos de que se dispone. La inacción puede tener un costo muy elevado en términos financieros y de sufrimiento de los pacientes.

El PRESIDENTE indica que ulteriormente se presentará, para su consideración por el Consejo, una versión revisada del proyecto de resolución que incorporará las numerosas enmiendas propuestas.

Así queda acordado.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la novena sesión, sección 2.)

Sistemas de salud, incluidos los sistemas de atención de emergencia: punto 4.7 del orden del día (documentos EB120/27, EB120/27 Add.1, EB120/38 y EB120/38 Add.1)

El PRESIDENTE llama a la atención el proyecto de resolución contenido en el párrafo 17 del documento EB120/27.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África y reconoce que en el continente africano el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud se ve obstaculizado principalmente por la debilidad y el mal funcionamiento de los sistemas sanitarios. Para hacer frente a los problemas de salud prioritarios, como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, se precisan sistemas eficientes y eficaces; el fortalecimiento de los sistemas de salud es decisivo para introducir innovaciones con la participación de la comunidad, asegurar la permanencia del personal de salud mediante medidas contractuales e implantar en todos los países africanos un sistema de seguro médico de acceso universal.

En vista de la renovada toma de conciencia de la importancia que revisten los sistemas de salud y de los llamamientos de apoyo hechos en esta esfera, se han publicado orientaciones estratégicas para la Región de África.¹ Una de estas orientaciones propugna el fortalecimiento de los sistemas de salud que funcionen bien, sobre todo en el plano comunitario y distrital. Ello requerirá la actuación de la OMS a nivel de país, así como el intercambio de experiencias con apoyo de la Organización.

Para asegurar una atención primaria de salud revitalizada, en consonancia con la resolución AFR/RC56/R6 del Comité Regional para África, es primordial promover la participación comunitaria, reforzar la cooperación y mejorar la calidad y la cobertura de los servicios básicos. Los asociados en esta tarea deben tener presente que los sistemas de salud han de considerarse siempre como un todo, de modo que las intervenciones contribuyan a la aplicación del plan estratégico del país de que se trate y a una utilización más eficiente de los recursos.

El Dr. ILIESCU (Rumania) expresa su apoyo al proyecto de resolución. El fortalecimiento de los sistemas sanitarios contribuirá a resolver diversos problemas de salud en el mundo. Se pueden prevenir muchas muertes mediante la creación de sistemas de atención de emergencia. Las medidas propuestas en el proyecto de resolución tendrán una repercusión importante, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, donde las tasas de mortalidad prevenible van en aumento y los sistemas de atención traumatólogica a menudo son inexistentes. Urge más que nunca contar con sistemas nuevos y mejores; para lograr esa meta, habrá que hacer un mejor uso de los recursos existentes.

El Dr. JAKSONS (Letonia) sugiere que en el proyecto de resolución se invite a los Estados Miembros a establecer un marco temporal para la prestación de atención de emergencia fuera de las instituciones médicas, lo que permitirá medir el grado de desarrollo de los sistemas de atención de emergencia.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) dice que la prestación de apoyo en relación con los sistemas de salud debe constituir una prioridad para la OMS, como medio de asegurar una atención sanitaria equitativa, eficiente, de alta calidad, sostenible y acorde con las necesidades.

Las familias y comunidades deben ocupar un lugar destacado dentro de los sistemas de salud. El nuevo enfoque de atención primaria se basa en la equidad, la solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud e incorpora la promoción de la salud, la gestión y la atención integrada. Se trata del modo más costoeficaz de lograr resultados sanitarios para la mayoría de la población, incluidos los grupos vulnerables. La oradora recuerda a este respecto la Declaración de las Américas sobre renovación de la atención primaria de salud, adoptada en 2005.

Las estrategias de «salud para todos» pueden reorientarse con miras a atender las necesidades más comunes de las poblaciones y reducir las desigualdades en materia sanitaria.

Propone añadir en el sexto párrafo del preámbulo del proyecto de resolución, después de «forma parte esencial de», las palabras «un sistema de prestación de atención integrada y tiene un papel importante en». Asimismo, propone añadir en el párrafo 2 tres nuevos subpárrafos, que recen así:

- «a que aseguren un enfoque estratégico para el fortalecimiento de los sistemas de atención de emergencia en el contexto del sistema asistencial general»;
- «a que velen por que se incluyan enfoques e intervenciones de promoción de la salud»;
- «a que identifiquen e incorporen programas de apoyo y mejoras en las condiciones de trabajo de los dispensadores de atención que trabajan en los servicios de emergencia».

¹ *Strategic orientations for WHO action in the African Region, 2005-2009*. Brazzaville, Oficina Regional de la OMS para África, 2005.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) expresa su apoyo al proyecto de resolución e indica que en su país tanto los servicios curativos como los de salud pública son gratuitos, pues se consideran una inversión. La aplicación, en lo que respecta a la labor llevada a cabo en esta esfera, de un estricto marco normativo ha permitido a su país alcanzar elevados objetivos. La esperanza de vida, por ejemplo, se sitúa en 71 años para los hombres y 75 años para las mujeres, y el porcentaje de personas mayores de 60 años es el más alto de Asia Sudoriental. Sri Lanka ha formulado una estrategia de desarrollo sanitario general que abarca los próximos 10 años. La prestación de una atención de salud gratuita en el contexto de una población que envejece cada vez más no es tarea fácil.

El Dr. OTHMAN (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) habla en nombre de los países de la Región del Mediterráneo Oriental y observa que no hay sistema sanitario capaz de soportar el ingente número de incidentes padecidos por el Iraq en los últimos años. En términos generales, la prevalencia de traumatismos y sus consecuencias están aumentando en toda la Región, sobre todo en los países de ingresos medianos y bajos. Un manejo eficaz de los traumatismos en las etapas prehospitalaria y hospitalaria podría ser crucial para minimizar su impacto y sus secuelas. Esta cuestión reviste gran pertinencia en la Región, muy frecuentemente castigada por conflictos civiles, guerras y desastres naturales. Dado que el acceso a los servicios de atención primaria es restringido, los servicios de emergencia también se utilizan para casos no urgentes. En consecuencia, es necesario no sólo reforzar la atención primaria sino también evaluar la calidad de los servicios médicos de emergencia, sobre todo en lo referente a los siguientes elementos: la competencia del personal; los gastos de inversión de los servicios; la ampliación de la colaboración intersectorial; la consecución de los objetivos fijados, por ejemplo en lo que atañe al tiempo de respuesta; la planificación estratégica y la formulación de normas; y el diseño y la construcción de departamentos de atención de emergencia. Es preciso hacer hincapié en el valor de la investigación, tanto en lo que respecta a la obtención de la información pertinente como en general, y hacer mención de ello en el proyecto de resolución.

Tras recordar la resolución WHA57.10 sobre seguridad vial y salud, pide que el proyecto de resolución tenga en cuenta algunas cuestiones específicas: la difícil situación de los países de ingresos bajos y medianos; la concentración de los esfuerzos de la OMS en técnicas sencillas capaces de salvar vidas, junto con la aplicación de métodos de costos menos elevados para establecer sistemas eficaces de atención traumatológica; el fomento de una participación multisectorial en las actividades de respuesta relacionadas con la atención traumatológica, sobre todo en contextos prehospitales; la colaboración con el sector privado, con miras a identificar alternativas menos costosas en lo que a equipo y tecnología salvavidas se refiere, por ejemplo para el tratamiento del VIH/SIDA; y el incremento de las inversiones destinadas por la OMS a los sistemas de atención traumatológica, así como a la planificación, gestión y evaluación de las mismas, y a la documentación de las experiencias pertinentes, en beneficio de los países de ingresos bajos y medianos. El orador, partiendo de la experiencia de su país, hace hincapié en el manejo de los traumatismos a nivel comunitario con arreglo a un enfoque basado en los primeros auxilios; la incorporación del manejo de los traumatismos en la atención primaria de salud; y la supervisión y evaluación sostenibles de los sistemas de atención traumatológica, con indicadores y parámetros apropiados.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) concuerda en que los sistemas sanitarios son esenciales para asegurar que los recursos asignados a la salud se utilicen de forma sensata y eficiente. Un examen detenido del desempeño de los sistemas nacionales de salud permite a las instancias decisorias conocer la eficacia y el nivel de atención de sus respectivos sistemas. La Secretaría podría ayudar a los Estados Miembros a elaborar métodos basados en criterios científicos para la medición y evaluación de sus sistemas sanitarios. Conviene también en que la atención de emergencia debe ser un componente de los sistemas de atención nacionales. La prevención primaria tiene por objeto reducir la carga de traumatismos, en tanto que el fortalecimiento de los servicios de atención traumatológica y de emergencia contribuirá a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles a los traumatismos y a la violencia. A la hora de fortalecer los servicios nacionales de atención traumatológica y de emergencia, los Estados Miembros deben asegurarse de que queden incluidas tanto la atención hospitalaria como la prehospitalaria.

El orador expresa su apoyo al proyecto de resolución, pero solicita que el término «servicios» se sustituya en todo el texto por el de «atención» cuando aparece en expresiones como «atención de emergencia». El objetivo es subrayar la noción de que la responsabilidad en esta esfera recae sobre la comunidad asistencial más amplia, incluidos los ciudadanos, y no exclusivamente en los dispensadores de servicios.

El Dr. SUPAKIT SIRILAK (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que su Gobierno reconoce la importancia de los sistemas de atención sanitaria. A su juicio, sin ánimo de defender ninguna estructura en particular, los sistemas de salud deben garantizar un acceso equitativo a una atención sanitaria de alta calidad, asequible y costoeficaz. También es importante asegurar su sostenibilidad, mediante una prestación óptima de atención primaria, con sistemas de envío de casos y políticas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad eficaces. Expresa su apoyo a la continuada colaboración de la Secretaría con los Estados Miembros y los asociados internacionales de cara a la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales relacionados con la salud.

Los servicios de atención traumatológica y de emergencia requieren una infraestructura y una capacidad formativa apropiadas. Con la inclusión de las palabras que siguen al final del párrafo 2(9) del proyecto de resolución, quedaría reflejada la necesidad de contar con los fondos adecuados: «incluidos métodos financieros y métodos de gestión, para asegurar que haya un conjunto básico de servicios de atención traumatológica y de emergencia accesibles para todas las personas que los necesiten».

La Dra. SMITH (Dinamarca) propone sustituir en el párrafo 2(2) del proyecto de resolución la expresión «los ministerios de salud» por «las autoridades responsables de la atención prehospitalaria», a fin de reflejar las diferencias entre los países.

Celebra la prosecución de las consultas en 2007 con ánimo de elaborar una estrategia mundial para el fortalecimiento de los sistemas de salud, asunto éste que es de máxima prioridad, particularmente para los Estados Miembros del mundo en desarrollo. La estrategia debería centrarse sobre todo en intervenciones prácticas, destinadas por ejemplo a motivar a los trabajadores sanitarios y dotarles del equipo necesario o a diseñar sistemas idóneos. Asimismo, es fundamental que tenga en cuenta las teorías pertinentes en materia de organización y gestión; las asociaciones publicoprivadas; la epidemiología; y la economía de la salud. La OMS debe examinar asimismo la colaboración en la arena mundial de la salud, por ejemplo con el Banco Mundial. La oradora añade que el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte suscribe la presente declaración.

El Dr. BUSS (Brasil) subraya la importante función de la Secretaría en lo que atañe al desarrollo de los sistemas de salud de los Estados Miembros. La comunidad internacional debería revisar, no obstante, su política de apoyo a los países en desarrollo. Aunque se están asignando cuantiosos recursos al tratamiento del VIH/SIDA y otras enfermedades, en algunos países la ausencia de sistemas de salud bien estructurados hace que no den el fruto esperado. En el futuro, la comunidad internacional debería facilitar apoyo para los sistemas de salud nacionales, por ejemplo en relación con la contratación de personal y los centros de atención primaria. Si se cuenta con sistemas que funcionan debidamente, la repercusión de otros recursos será mayor. Por consiguiente, se debería haber hecho referencia en el documento EB120/38 a la reanudación por la OMS de su apoyo al desarrollo de sistemas de salud sostenibles basados en la atención primaria.

El Brasil cuenta con un sistema nacional de atención prehospitalaria traumatológica y de emergencia, cuyo control está centralizado y que permite facilitar la mejor atención para determinados problemas de salud. La mayoría de los requisitos incluidos en el proyecto de resolución ya se están cumpliendo en buena parte de las ciudades y estados. El Brasil posee un sistema integrado, gratuito y universal, dentro del cual los pacientes pueden acceder a cualquier nivel de atención que precisen, ya sea a través de los servicios de emergencia o de la atención primaria.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho) observa que en su país la atención de salud ha sufrido un deterioro tal que ya no es posible sostener los beneficios sanitarios de los últimos 20 años. Esta situación se ha

visto exacerbada por la pérdida de trabajadores de la salud a causa de enfermedades como el VIH/SIDA y la tuberculosis. Los servicios de atención primaria son los más afectados, sobre todo en las zonas rurales. El Gobierno ha emprendido un proceso de descentralización, que atañe también a la atención primaria, lo cual debería redundar en beneficio de la dispensación de los servicios de salud. Dado que en las estructuras locales participan comunidades locales, las prioridades sanitarias serán determinadas por la gente del lugar. Para reducir la carga de morbilidad, será importante atraer, formar y retener a trabajadores de la salud. En las zonas remotas y rurales es fundamental ofrecer ciertos incentivos, por ejemplo asegurar buenas condiciones de trabajo y un alojamiento adecuado y atender otras necesidades básicas, con miras a fomentar la permanencia de los trabajadores sanitarios. Sin embargo, Lesotho, al igual que otros países en desarrollo, no puede ofrecer condiciones de trabajo atractivas, lo cual también afecta a los servicios de atención de emergencia. El orador apoya el fortalecimiento de los sistemas de salud.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que el servicio nacional de salud de Portugal refleja los principios de la OMS y se adhiere a las medidas enunciadas en el documento EB120/38. Los Estados Miembros deberían definir el funcionamiento y la gestión del sector de la salud a través de procesos intersectoriales. A fin de lograr el objetivo común de mejorar la salud, también es importante que los gobiernos tengan en cuenta a los sectores que cooperan con la sanidad, en particular a los procesos operativos, las estructuras y la gestión de los mismos.

Debe ponerse especial empeño en hallar modos innovadores de utilización de los recursos ya existentes y aprovechamiento de los servicios de otros actores, como las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, y en dar cabida a cambios en las políticas y la administración públicas. Es más probable que estas reformas resulten beneficiosas para los pobres si se asegura la participación de otros sectores. La labor intersectorial relacionada con los determinantes de la salud debe contar con la debida coordinación.

El orador apoya el proyecto de resolución. Como ha señalado el miembro representante de los Estados Unidos, el fortalecimiento de los vínculos entre los servicios de atención traumatológica y de emergencia y el fomento de la participación comunitaria en la atención prehospitalaria propiciará sin duda beneficios en materia de salud pública.

La Sra. HALTON (Australia) resalta la importancia de contar con sistemas de salud robustos e integrados que funcionen debidamente, un requisito imprescindible para los esfuerzos destinados a combatir el VIH/SIDA y las enfermedades no transmisibles o a hacer frente a problemas de salud importantes y situaciones extraordinarias. Australia procurará, por tanto, asegurar que sus actividades de ayuda a los países en desarrollo incluyan medidas destinadas a fortalecer los sistemas sanitarios, puesto que el logro de esa meta también será beneficioso para conseguir otros objetivos de desarrollo. Aunque los sistemas de salud varían de un país a otro, todos ellos deben ser eficaces y eficientes, hacer un uso óptimo de los recursos y ofrecer una cobertura de amplio alcance para todos los grupos poblacionales, con independencia del nivel de ingresos, el lugar de residencia o el estado de salud de las personas.

La Secretaría debe colaborar con todos los asociados pertinentes para fortalecer los sistemas de salud. Señala que trabaja tanto con la OCDE como con la OMS y que valora enormemente los lazos de asociación entre ambas organizaciones; otros oradores han subrayado la importancia de la colaboración con el Banco Mundial, el Banco Asiático de Desarrollo y otras instituciones.

La oradora expresa su apoyo al proyecto de resolución, aunque con una pequeña enmienda, que presentará por escrito.

El Dr. NYIKAL (Kenya) hace suyas las observaciones formuladas por el miembro representante de Lesotho y observa que la calidad de la atención de emergencia es un criterio de referencia para el sistema sanitario en su conjunto. En la Región de África, la calidad de la atención de emergencia se ve perjudicada por las deficiencias intrínsecas de los sistemas de salud nacionales.

Propone enmendar el proyecto de resolución añadiendo dos nuevos subpárrafos al final del párrafo 2. El nuevo subpárrafo 10 debería decir: «[INSTA a los Estados Miembros] a que velen por que el fortalecimiento de los sistemas sanitarios sea un objetivo clave de todas las iniciativas de salud», entendiénden-

dose que ello incluiría también las iniciativas de salud centradas en enfermedades específicas. La formulación del nuevo subpárrafo 11 sería como sigue: «a que desarrollen incentivos para la formación de dispensadores de atención y la permanencia de éstos en sus empleos». En el párrafo 3, propone añadir el siguiente subpárrafo después del párrafo 9 actual: «[PIDE a la Directora General] que preste apoyo a los Estados Miembros para establecer o fortalecer programas de gestión de la calidad en la atención de salud», puesto que la gestión de la calidad a menudo no recibe suficiente atención en las iniciativas de salud.

El Dr. TANGI (Tonga) concuerda en que la creación de sistemas de salud capaces de dar respuesta a nuevas amenazas, introducir innovaciones y, en consecuencia, gestionar más eficazmente los problemas existentes constituye un importante desafío. Acoge con satisfacción los esfuerzos de la OMS por mejorar la atención de emergencia, una esfera en la que la colaboración entre la Organización y los profesionales de la salud que trabajan en los hospitales no se ha explotado en la justa medida.

No cabe duda de que la mejora de la atención prehospitalaria puede contribuir a reducir las muertes y discapacidades prevenibles. Las defunciones de pacientes con traumatismos en la mayoría de los casos se producen ya sea inmediatamente después del accidente o en los 10 días siguientes. La mejora de la seguridad vial y de los servicios de ambulancia contribuiría a reducir esa mortalidad inmediata. También se cobran muchas vidas los eventos adversos ocurridos en el hospital, que deben reducirse.

En el proyecto de resolución, el término «servicios de atención de emergencia» abarca la intervención de diversos actores, incluidos los trabajadores de la salud, los servicios de ambulancia, los expertos en ingeniería de caminos y las personas presentes en el lugar del accidente; por consiguiente, esa expresión es preferible al término «atención de emergencia», que tiene un significado mucho más general.

El Dr. KOIKE (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) observa que los esfuerzos encaminados a robustecer los sistemas de salud mediante el fortalecimiento de la prestación de atención primaria deben ser pertinentes y eficaces y pide a la OMS que facilite directrices y pautas adicionales. Los servicios de atención traumatológica y de emergencia son imprescindibles para atender las consecuencias de actos de violencia y accidentes de tráfico y dar respuesta a los desastres naturales, como terremotos o maremotos. El orador apoya el proyecto de resolución y sugiere incorporar al texto el concepto de atención de emergencia en caso de desastres, junto con el pertinente fortalecimiento de los sistemas de salud.

El PRESIDENTE, hablando en calidad de miembro representante de Bolivia, dice que el informe sobre los sistemas de salud incluido en el documento EB120/38 ofrece un panorama completo, con orientaciones para la adopción de medidas. Con un sistema de salud que funciona debidamente se puede alcanzar un alto grado de sofisticación en caso de necesidad. Todos los sistemas de salud deben cooperar con miras a asegurar la sostenibilidad y promover el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto. La potencial contribución de la atención primaria no necesariamente es una obviedad para los donantes de ayuda, por lo que habrá que dar a conocer mejor su importancia, ya que es en esa esfera donde los receptores de ayuda realmente desean ser apoyados. Contar con un sólido sistema de salud es imprescindible para poder ofrecer una respuesta eficaz en caso de emergencia. El peligro estriba en que, en cuanto un desastre desaparece de las pantallas de televisión, puede detenerse también la prestación de atención de emergencia. El orador expresa su apoyo al proyecto de resolución.

El Dr. ASLANYAN (Canadá)¹ acoge con agrado la información facilitada por la Secretaría, aunque pide que se haga mayor hincapié en el desempeño de los sistemas sanitarios, la medición de los resultados y la formulación de indicadores. El apoyo prestado por el Canadá para fortalecer los sistemas de salud en los países en desarrollo incluye esfuerzos destinados a prevenir y controlar las principales enfermedades

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

asociadas a la pobreza. En 2006 su Gobierno asignó a esos fines fondos adicionales destinados al continente africano. Los asociados pertinentes de la OMS deberían asegurar una colaboración eficaz entre las actividades «programáticas» y las actividades «sistémicas», a nivel nacional, regional y mundial.

La Profesora MIKHAILOVA (Federación de Rusia)¹ observa que el fortalecimiento de los sistemas de salud es una de las siete esferas prioritarias del programa de acción sanitaria mundial contenido en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015, pero no se menciona expresamente en el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 ni en el proyecto de presupuesto por programas para 2008-2009. La necesidad de fortalecer los sistemas sanitarios, frente a la opción de promover la salud en general, podría plasmarse más explícitamente en el texto, en beneficio de las instancias normativas y de los ministros de finanzas que no son expertos en salud.

El informe sobre los sistemas de salud (documento EB120/38) enumera numerosos problemas, junto con sus posibles soluciones. Aunque el documento destaca la importancia de la generación de consenso en todos los niveles de la Organización, contiene algunas incoherencias: la Secretaría parece justificar sus planteamientos citando argumentos de diferente índole. Por ejemplo, en el apartado dedicado a los cambiantes problemas que aquejan a los sistemas de salud, se hace referencia tanto a la necesidad de introducir modificaciones en el tratamiento como a los cambios adoptados en las políticas públicas, en particular la descentralización de la atención de salud. En lugar de explicar cómo se pueden fortalecer los sistemas de salud, el informe incluye una enumeración, incompleta, de los «elementos fundamentales» que integran un sistema sanitario (párrafo 8). Por otra parte, se indica la utilidad de esos elementos, sin explicar cómo se pueden crear, y se señala que ofrecen una manera útil de aclarar funciones esenciales, aunque sin especificar cuáles. En el párrafo 10, se hace referencia a «las diversas partes» del sistema de salud, pero no se indica de qué partes se trata. Por último, no se mencionan criterios para la evaluación de los sistemas sanitarios. El informe debería ser revisado por expertos independientes y reestructurado, con miras a separar la cuestión de los sistemas de salud en general de la función de la OMS en lo que atañe al fortalecimiento de los sistemas a nivel de país.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina)¹ dice que, cercanos ya al trigésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, muchos países de la Región de las Américas y de otras partes del planeta han obtenido logros sociales y sanitarios importantes, aunque millones de personas permanecen excluidas de los bienes y servicios esenciales que requiere todo ser humano para su pleno desarrollo. Entre los retos actuales cabe citar el envejecimiento de la población, la urbanización acelerada y desordenada, los cambios en los modos de vida, el deterioro ambiental y la conflictividad social. Es fundamental proteger los progresos realizados en las condiciones de salud y en la prolongación de la expectativa de vida y asegurar la aplicación equitativa de los desarrollos de la ciencia y la tecnología.

Los Estados Miembros de la Región han reconfirmado, a través de un proceso de consultas regionales iniciado por la OPS en 2003, su adhesión a la atención primaria de salud y su compromiso de incluirla en el desarrollo de los sistemas sanitarios nacionales. El sector de la salud puede contribuir, junto con otros sectores, al desarrollo humano integral y equitativo, lo que permitirá abordar diversos retos, entre ellos los establecidos en la Declaración del Milenio.

El Gobierno de la Argentina ha hecho un llamamiento a la OMS, la OPS, el UNICEF, el Banco Iberoamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Secretaría General Iberoamericana y otras instituciones para que apoyen la organización de una conferencia internacional dedicada al fortalecimiento de la atención primaria de salud y de los sistemas sanitarios (Buenos Aires, 13 a 18 de agosto de 2007). Los objetivos de este evento son promover alianzas mundiales, regionales y subregionales para fortalecer la estrategia de atención primaria, superar las barreras de acceso a los sistemas de salud, fortalecer los sistemas sa-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

nitarios nacionales, proteger la seguridad humana y allanar el camino para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se analizarán temas como los recursos humanos en salud o «la equidad en salud y financiamiento» y se presentará una declaración política y técnica: «Buenos Aires 30/15: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio». El orador invita a los Estados Miembros a asistir a la conferencia y a contribuir a que ésta se convierta en un hito del compromiso mundial con la atención primaria de salud y la reafirmación del derecho a la salud, como requisitos fundamentales para la inclusión social y el desarrollo.

La Sra. KEITH (The Save the Children Fund), hablando por invitación del PRESIDENTE, muestra su agrado por el énfasis puesto en África, la mujer y los sistemas de salud, y confirma que su organización se compromete a seguir prestando apoyo y cooperando en este ámbito. La oradora se felicita por el hecho de que el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 haga mayor hincapié en los sistemas de salud. En el documento EB120/38 se podría haber hecho referencia a resoluciones anteriores, como por ejemplo la resolución WHA58.31 sobre la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, con el fin de recordar a todas las partes interesadas su compromiso de asegurar que cada mujer y cada niño cuenten. Son pocos los países africanos que han alcanzado los niveles presupuestarios nacionales fijados en 2001 en Abuja, y ninguno de los países del G8 ha cumplido la promesa, hecha hace 30 años, de asignar un 0,7% de sus presupuestos nacionales a la ayuda al desarrollo. El documento también debería haber mencionado el informe sobre los principios aplicables a las alianzas mundiales en pro de la salud preparado en 2006 para el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud; los recursos sanitarios mundiales deben obrar en apoyo de las prioridades nacionales en materia de salud, y su eficacia debe medirse por su capacidad para fortalecer los sistemas de salud nacionales. Es primordial que las alianzas mundiales, los países desarrollados y el sector privado apliquen las resoluciones anteriores, como la resolución WHA57.19 sobre la migración internacional del personal sanitario. La oradora propone sustituir en el párrafo 18 el término «asequible» por «equitativo» o «favorable a los pobres», dado que la asequibilidad es algo relativo. La finalidad es centrar la atención en la equidad de acceso y en el uso que hacen de los servicios de atención sanitaria quienes más los necesitan. Según los estudios realizados por su organización, la prestación gratuita de servicios de atención de salud básicos en el punto de acceso es una medida costoeficaz y contribuye, por tanto, a la reducción de la pobreza. La OMS debería brindar un mayor apoyo a las investigaciones operativas centradas en métodos de financiación de la salud beneficiosos para los pobres. Save the Children colaborará con la OMS en el contexto de la nueva estrategia de la Organización para los sistemas de salud.

Con respecto al proyecto de resolución, sugiere incorporar en el párrafo 2(9) una referencia a las políticas de prevención, además de la referencia a la legislación pertinente, con miras a reducir la mortalidad atribuible a los traumatismos. Si se invierten fondos suficientes en los sistemas de atención primaria, se pueden prevenir muchas defunciones infantiles. También convendría hacer mayor referencia a los planes de preparación para emergencias.

El Dr. DANZON (Director Regional para Europa) concuerda en que contar con sistemas de salud sólidos y sostenibles es una de las principales prioridades de la OMS. Los sistemas sanitarios ilustran la visión integral que la Organización tiene de la salud, plasmada en un enfoque horizontal de las diferentes contribuciones de las áreas de trabajo, y da sustancia al concepto de la dimensión «intersectorial» de la salud. No se podrán lograr avances con respecto a los sistemas sanitarios si sólo se aborda la cuestión de la salud: se trata de una esfera en la que las alianzas cobran especial importancia. También es fundamental canalizar la ayuda al desarrollo hacia los sistemas de salud en su conjunto y no meramente hacia un sector específico.

El Comité Regional para Europa está trabajando en esferas tales como la calidad de los sistemas de salud y la seguridad del paciente, en cooperación con la Unión Europea; la financiación de los sistemas de salud; y la migración de trabajadores sanitarios. Asimismo, ha dado instrucciones para que el diseño de todos sus programas técnicos redunde en pro del desarrollo de los sistemas de salud y para que la prestación de asesoramiento y apoyo se limite a los Estados Miembros con sistemas de salud claramente capaces

de sacar provecho de esa ayuda. Está previsto celebrar en 2008 una conferencia ministerial sobre esta cuestión.

Los sistemas de salud brindan a la OMS la oportunidad de demostrar su unidad, su eficacia y su desempeño, así como su capacidad para introducir innovaciones, mediante el reparto de las responsabilidades entre las regiones y la Sede y también a nivel interregional. El orador dice que, al igual que los demás directores regionales, se compromete a prestar atención a esta cuestión, de modo análogo en que se ha asumido el compromiso de atajar el problema de la poliomielitis. Huelga decir que ambas cuestiones van de la mano.

El Dr. EVANS (Subdirector General) explica que el documento EB120/38 se centra en la formulación de una estrategia para los servicios de salud aplicable por el conjunto de la Organización; con respecto a la observación formulada por el miembro representante de Rwanda en el sentido de que los sistemas de salud deben abordarse como un todo y a la cuestión planteada por la representante de la Federación de Rusia, señala que la idea contenida en el párrafo 10 es que, además de analizar los elementos fundamentales específicos de los sistemas de salud que se definen en el párrafo 9, es necesario estudiar el modo en que interactúan dichos elementos. El párrafo se reformulará para dotarlo de mayor claridad. Se tomarán en consideración las observaciones hechas sobre la referencia a resoluciones y declaraciones anteriores relacionadas con los sistemas de salud y también se tendrá plena cuenta de la petición del miembro representante de Dinamarca de que la estrategia incluya orientaciones prácticas con respecto a los denominadores comunes de los sistemas de salud (comunidades, distritos y centros sanitarios). Confirma asimismo que ha tomado nota de las observaciones sobre la formación y la investigación.

La OMS, que no puede trabajar en el tema de los sistemas de salud de forma aislada, proseguirá su cooperación con asociados como el Banco Mundial y la OCDE, aprovechando los respectivos puntos fuertes de éstos. La cuestión de cómo las alianzas mundiales en pro de la salud o la ayuda al desarrollo, a menudo centrados en problemas específicos como el VIH/SIDA o la tuberculosis, pueden contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto queda abarcada por el segundo pilar de la estrategia. Se trata de una esfera en la que la OMS cuenta con ventajas comparativas. La Organización ha colaborado con la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización en el tema del fortalecimiento de los sistemas de salud. El orador señala que los sistemas de salud no se pueden fortalecer desde el interior del propio sector sanitario; en ese sentido, reconoce la necesidad de fomentar la acción intersectorial, que constituye uno de los pilares de la atención primaria. La capacidad para interactuar con otros actores en el contexto de reformas del sector público de más amplio alcance se está convirtiendo en una competencia crucial de los ministerios de salud. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se ha centrado específicamente en los mecanismos de acción intersectorial y formulará recomendaciones en esta esfera. Conviene con el miembro representante de Australia en que no se puede aplicar el mismo modelo a todos los casos y observa que habrá que extraer las oportunas enseñanzas de la diversidad entre unos y otros.

La Dra. LE GALÈS-CAMUS (Subdirectora General) dice que se adoptarán las medidas oportunas con respecto a las observaciones formuladas por los miembros. La finalidad del informe y del proyecto de resolución es contribuir a salvar la vida de muchas víctimas de actos de violencia o traumatismos, por medio de intervenciones sencillas, eficaces y de bajo costo. La cuestión de la violencia y de los traumatismos será objeto de un informe que se presentará al Consejo. Recuerda que recientemente se han publicado orientaciones sobre cuidados quirúrgicos, atención traumatológica básica y sistemas de atención traumatológica prehospitalaria, como se indica en el párrafo 8 del informe. Se están preparando además orientaciones adicionales sobre la atención de víctimas a gran escala. La participación de numerosos expertos de todas las partes del mundo, incluidos países de ingresos bajos, garantizará que las orientaciones se basen en los mejores datos disponibles. Hay que asegurar dentro de la Secretaría una mejor organización, a fin de atender la creciente demanda de los Estados Miembros en esta esfera. En las próximas semanas se reforzará la capacidad y la competencia técnica, sobre todo en materia de servicios de atención traumatológica y emergencia básicos y de atención prehospitalaria. Se presentará al Consejo una versión revisada del proyecto de resolución para su ulterior consideración.

El PRESIDENTE hace suya esa propuesta y señala a la atención del Consejo la necesidad de examinar, junto con cada proyecto de resolución, las repercusiones financieras y administrativas conexas. Es preciso efectuar una evaluación realista de las cifras propuestas, que son bastante optimistas.

La DIRECTORA GENERAL da las gracias a todos los participantes por sus constructivas observaciones y sugerencias, que se tendrán plenamente en cuenta, y agradece asimismo el apoyo prometido por las distintas regiones. El fortalecimiento de los sistemas de salud a través de una atención primaria integrada constituye una prioridad máxima para la Organización. Treinta años después de Alma-Ata, los principios de la atención primaria de salud siguen vigentes: equidad de acceso; prestación de servicios asequibles acordes con las necesidades; participación multisectorial; implicación y participación de la comunidad; y sostenibilidad. Con todo, el concepto de un enfoque integrado de atención primaria no necesariamente implica retomar el programa de Salud para Todos adoptado hace tres décadas. La Directora General señala que, en el contexto de la salud pública mundial en el siglo XXI, será necesario celebrar a lo largo del siguiente bienio consultas amplias y dinámicas con los Estados Miembros y otros asociados, con miras a acordar modelos pertinentes y eficaces, y agradece las distintas propuestas presentadas. El objetivo que ella persigue es diseñar modelos eficientes y novedosos que se ajusten a los diversos grados de desarrollo de los Estados Miembros y potenciar al máximo el impacto y la sinergia de los programas, para lo cual colaborará estrechamente con todas las partes interesadas.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra como miembro representante de Bolivia, se felicita por el renovado énfasis puesto en la atención primaria de salud, que, una vez adaptada al siglo XXI, puede contribuir a que los países con recursos limitados logren reforzar otros componentes de sus sistemas asistenciales.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la novena sesión, sección 2.)

Se levanta la sesión a las 12.40 horas.

SEXTA SESIÓN

Miércoles 24 de enero de 2007, a las 14.10 horas

Presidente: Dr. B. SADASIVAN (Singapur)
después: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Género, mujer y salud: proyecto de estrategia para integrar el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS: punto 4.8 del orden del día (documentos EB120/6 y EB120/6 Add.1)

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) dice que la estrategia de salud familiar y reproductiva para el Caribe, elaborada en 2001 por la OPS y la Comunidad del Caribe, incluye orientaciones estratégicas sobre salud de género, con objetivos relativos a ambos sexos. Aunque la potenciación del papel de la mujer constituye un medio eficaz para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades, también es preciso atender los problemas relacionados con la salud de los hombres, como su renuencia a acudir a los servicios sanitarios o su riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas. En algunos países del Caribe, entre los varones jóvenes el número de defunciones atribuibles a la violencia, los accidentes de tráfico y el VIH/SIDA es más elevado que entre las mujeres. Los servicios sanitarios tienden a concentrarse en la salud de la madre y del niño y no necesariamente son sensibles a las cuestiones de género. En Jamaica, por ejemplo, la prevalencia de cáncer de próstata alcanza niveles que figuran entre los más elevados de la Región de las Américas.

La oradora apoya las orientaciones estratégicas propuestas y el proyecto de resolución contenido en el informe, aunque sugiere añadir en el párrafo 2 dos nuevos subpárrafos, que digan lo siguiente: «a que hagan hincapié en la capacitación y la sensibilización en materia de género, mujer y salud, y en la promoción de esta cuestión»; y «a que velen por que en todos los niveles de prestación de atención sanitaria se incorporen servicios de salud sensibles a las cuestiones de género».

La Dra. SMITH (Dinamarca), hablando también en nombre de los miembros representantes de Eslovenia, Letonia, Luxemburgo, Portugal y Rumania, así como de Austria, Bélgica, el Canadá, Finlandia, Francia, Islandia, Noruega, los Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suecia y Suiza, dice que el proyecto de estrategia debería haber hecho referencia a la necesidad de contar con indicadores, como requisito imprescindible para un seguimiento adecuado, y más hincapié en las esferas técnicas específicas de la labor de la OMS en materia de género y salud, incluida la salud sexual y reproductiva. No obstante, en vista del hincapié que la Directora General hace en la salud de la mujer, no le cabe duda de que, una vez aprobada la estrategia, se incorporarán en el plan de acción medidas específicas que colmarán esas lagunas.

La cuestión del género y la salud está inextricablemente ligada a la de la salud sexual y reproductiva y los factores sociales y culturales conexos, incluida la violencia de género. En consecuencia, tal vez hubiese sido conveniente mencionar en el párrafo 18 del informe la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), las alianzas en esta esfera y el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005.¹

¹ Resolución 60/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El plan de acción debería aclarar asimismo la cuestión de la colaboración y la distribución de tareas con asociados como el FNUAP, el UNICEF y el ONUSIDA, con objeto de asegurar un enfoque coherente en materia de salud materno-infantil, por ejemplo en temas como la feminización de la epidemia de VIH/SIDA o la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.

El proyecto de estrategia tampoco hace referencia a los avances, las experiencias y las enseñanzas extraídas ni a los retos anteriores y futuros relacionados con la aplicación de políticas de género. En ese sentido, es fundamental que se informe periódicamente a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en relación con la aplicación de la estrategia, con miras a asegurar condiciones óptimas para incorporar la perspectiva de género en las actividades de la OMS.

Propone insertar en el proyecto de resolución, al principio del segundo párrafo del preámbulo, después de «Recordando», las palabras «el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994)»; al final del párrafo 2(2), las palabras «inclusive en la esfera de la salud sexual y reproductiva de conformidad con la estrategia de salud reproductiva de la OMS de 2004»; y al comienzo del párrafo 3(2), antes de «supervise», las palabras «defina indicadores y». Asimismo, propone modificar el párrafo 3(3) como sigue: «que preste apoyo y dé continuidad a la integración de una perspectiva de género en todas las actividades normativas y programáticas de la OMS, incluso mediante la contratación de personal con responsabilidades y experiencia específicas en género y salud de la mujer»; y añadir en el párrafo 3(7) la palabra «periódicamente» después de «e informe».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) encomia el énfasis puesto por la Directora General en la salud de la mujer y dice confiar en que se adoptará una estrategia audaz e integral que tendrá en el mundo entero un impacto importante en esta esfera. No obstante, el proyecto de resolución no refleja esa visión más amplia y el informe, si bien esboza algunos primeros pasos acertados, dista mucho de estar a la altura de lo esperado. En consecuencia, propone que el proyecto de resolución se modifique para reflejar esa estrategia de más amplio alcance, en lugar de ofrecer un enfoque fragmentario con respecto a la salud de la mujer, y que se vuelva a presentar a la consideración del Consejo en su 121ª reunión, programada para mayo de 2007.

El Dr. QI Qingdong (China) hace suyo el análisis recogido en el informe y apoya la incorporación de las cuestiones de género en la labor de la OMS. En los últimos años, el concepto de igualdad de género y promoción de la salud de la mujer ha recibido gran atención: las mujeres constituyen un grupo vulnerable, y en muchos países las medidas adoptadas para salvaguardar su derecho a la salud han sido demasiado escasas. La igualdad de género es una manifestación de la equidad social. El Gobierno de China viene poniendo desde hace tiempo gran empeño en integrar la igualdad de género en todos los ámbitos políticos, económicos y sociales y en otorgar prioridad a la salud de la mujer. La situación de las mujeres chinas está mejorando gracias a la salvaguarda de sus derechos en materia de atención sanitaria, educación, empleo, régimen matrimonial y salud reproductiva. Es primordial identificar las dificultades relacionadas con la igualdad de género y darles solución. La igualdad de género está ligada a la equidad asistencial en materia sanitaria. La OMS debe ajustar sus políticas y programas actuales, atender las necesidades específicas en esta esfera, promover la igualdad de género y tratar de mejorar el estado de salud de las mujeres.

El orador apoya el proyecto de resolución.

La Sra. PAWENA TARNSONDHAYA (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) muestra su agrado por el compromiso de la OMS de atajar las desigualdades sanitarias integrando una perspectiva de género en sus programas. En su *Informe de desarrollo humano 2006*,¹ el PNUD, tras repasar los pro-

¹ *Informe de desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua*. Nueva York, PNUD, 2006.

gresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, señala que aunque se ha promovido la igualdad de género, sigue siendo necesario mejorar el estado de salud de las mujeres. La información sobre las desigualdades de género relacionadas con la salud y el acceso a la atención sanitaria es insuficiente, y también escasean los datos desglosados por sexo. Es preciso que los sistemas de información sanitaria incorporen análisis de género, tanto en el plano mundial como nacional.

La oradora apoya el proyecto de resolución, en la confianza de que las estrategias propuestas contribuirán a reducir la discriminación por motivos de sexo en la educación, la información y los servicios relacionados con la salud, y expresa su satisfacción por la importancia otorgada por la Directora General a la salud de la mujer.

La Profesora MACHADO (suplente del Profesor Pereira Miguel, Portugal) se muestra preocupada por la posible naturaleza discriminatoria de la estrategia y por la terminología empleada en el informe. Aunque éste lleva por título «Género, mujer y salud», en algunas partes del texto se habla de mujer y salud y, en otras, de género y salud. A su juicio, un enfoque coherente con respecto al género y la salud debe incluir estrategias relacionadas tanto con la salud del hombre como con la salud de la mujer.

Su Gobierno ha introducido programas centrados en la igualdad de género y la violencia doméstica. A este respecto, menciona más concretamente las actividades sobre género y salud del Instituto Nacional de Salud, cuyos resultados se darán a conocer en 2007.

La oradora apoya el proyecto de resolución y sugiere que en el párrafo 3(3) también se pida a la Directora General que facilite al equipo directivo capacitación con objeto de integrar la equidad y la igualdad de género en el proceso de adopción y aplicación de decisiones.

El Dr. SALEHI (Afganistán), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, acoge con agrado la estrategia y encomia su objetivo de ampliar los medios de acción de la Secretaría para analizar el papel del género y el sexo en la salud y prestar apoyo a los Estados Miembros en la concepción y aplicación de estrategias sanitarias adaptadas a las necesidades específicas de mujeres y hombres. En el párrafo 2(1) del proyecto de resolución se insta a los Estados Miembros a que incluyan en sus estrategias análisis de género, lo cual apunta a la necesidad de emprender una labor conjunta de creación de capacidad. La inclusión de los Estados Miembros como asociados y como receptores dentro del proceso de cumplimiento de los objetivos estratégicos debe plasmarse de forma más explícita en el texto.

El orador apoya la distinción entre igualdad y equidad, con objeto de asegurar que los hombres y las mujeres tengan las mismas oportunidades de alcanzar una buena salud. Las condiciones sociales deberían facilitar la obtención de resultados sanitarios positivos.

El empleo, en los párrafos 6 y 8 del informe, de la expresión «las mujeres y los hombres» da a entender que la estrategia sólo aborda la salud de los adultos; deben introducirse las modificaciones pertinentes para que queden abarcados todos los grupos de edad.

Aunque tradicionalmente las desigualdades sanitarias se han cebado sobre todo en la mujer, no deben pasarse por alto las vulnerabilidades de los hombres atribuibles a diversas expectativas sociales. El hombre y la mujer deben actuar como asociados en la salud; en ese sentido, le preocupa el hecho de que en el párrafo 18 se mencionen objetivos estratégicos centrados en la salud de la mujer y que en el párrafo 3(3) del proyecto de resolución se haga referencia a la contratación de personal con experiencia específica en género y salud de la mujer.

Al atribuirse al personal directivo de la OMS la responsabilidad de integrar la perspectiva de género en los programas de la Organización, se logrará que la estrategia de género reciba la debida atención y sea incorporada en todas las áreas de trabajo. Se precisan indicadores relativos a los procesos y los resultados para supervisar la aplicación de la estrategia.

El orador expresa su apoyo al proyecto de resolución y a la estrategia propuesta.

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) dice que su Gobierno ha iniciado la incorporación de la perspectiva de género en sus políticas públicas, principalmente en el ámbito social. El orador expresa su apoyo al proyecto de resolución, que es congruente con los principios de promoción

de la igualdad de oportunidades seguidos por México y los compromisos contraídos por el país en virtud de acuerdos internacionales como los que se mencionan en el párrafo 3 del informe.

De adoptarse el proyecto de resolución en la presente reunión, su probable adopción por la 60ª Asamblea Mundial de la Salud podría dar en el mundo entero un considerable impulso a la equidad y la igualdad de género en materia de salud. La perspectiva de género es un arma poderosa contra la discriminación y las desventajas que afectan a las mujeres y también contra las actitudes negativas de los hombres con respecto a la propia salud, que se cobran muchas muertes prematuras. La OMS debe integrar las cuestiones de género en sus actividades generales, con miras a mejorar el acceso de la mujer a los servicios de salud y atender cuestiones como: la violencia de género; el cuidado de familiares que padecen enfermedades crónicas; y el creciente número de mujeres que trabajan fuera de casa, lo que está modificando las estructuras tradicionales de dispensación de cuidados.

El orador reitera su apoyo al proyecto de resolución como primer paso hacia la formulación de estrategias apropiadas atentas a las cuestiones de género.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar), hablando en nombre de los países de la Región de África, acoge con satisfacción los esfuerzos desplegados hacia la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, consistente en «promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer». Aunque se han realizado progresos en lo que respecta a la aplicación de las resoluciones adoptadas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la integración de una perspectiva de género en las políticas contribuirá a mejorar la salud de las mujeres, en especial la de las que están expuestas al riesgo de ser infectadas por VIH y padecer SIDA. Las diferencias biológicas y sociales entre hombres y mujeres afectan al comportamiento mostrado por unos y otros a la hora de solicitar tratamiento y repercuten también en la respuesta ofrecida por el sistema de salud. El área de trabajo del proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007 dedicada a la salud de la mujer prevé una focalización de los esfuerzos y debería ayudar a los Estados Miembros a adoptar políticas acertadas.

La OMS definió en 2003 para la Región de África 40 indicadores relacionados con las cuestiones de género y ayudó a cuatro países (Burkina Faso, Mauritania, Nigeria y Zimbabwe) a llevar a cabo un análisis de género para sus programas relacionados con el VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva. En 2004, la Organización fortaleció la aplicación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud a nivel de país. En octubre de 2005, se integró la perspectiva de género en un plan de acción elaborado para seis comunidades económicas regionales, contexto dentro del cual se definieron las prioridades y funciones de la OMS y la Unión Africana y posteriormente, en 2006, los instrumentos de análisis pertinentes. Es importante asegurar un empleo eficaz de esos instrumentos, con el respaldo de la OMS.

La oradora apoya el proyecto de resolución, con las enmiendas presentadas por el miembro representante de Dinamarca, pero también propone añadir al final del párrafo 3(7) las palabras «cada dos años», con el fin de asegurar una supervisión periódica.

La Dra. AKIZUKI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) acoge con agrado las medidas propuestas por la Directora General en pro del logro de la igualdad de género y la potenciación de la mujer por medio de la mejora del estado de salud y la reducción de la pobreza. Al analizar las diferencias entre los sexos, es primordial tener en cuenta los valores culturales y sociales locales. En el Japón, la equidad y la igualdad de género se promueven a través de los programas nacionales de cooperación, que persiguen el fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva y las capacidades de las trabajadoras sanitarias.

La Sra. HALTON (Australia) hace notar que, nada más abordarse la cuestión del género, ha aumentado el número de intervenciones hechas por miembros, suplentes y asesores del sexo femenino. Si las mujeres tomasen la palabra más a menudo con respecto a otros asuntos, ya no haría falta ningún debate sobre la equidad y la igualdad de género. Sin embargo de forma similar a la de varones fuertes que viven menos tiempo, el perfil de salud de las mujeres que asumen funciones más importantes en el lugar de trabajo,

probablemente se vaya acercando cada vez más al del hombre; ahora bien, la meta que debe perseguirse es la mejora del estado de salud de todas las personas.

La oradora indica que, a su juicio, no se han logrado mejoras importantes en relación con la equidad y la igualdad de género. Expresa apoyo al proyecto de estrategia y al proyecto de resolución, pero comparte la decepción expresada por el miembro representante de los Estados Unidos; el proyecto de estrategia no indica cuáles son las siguientes medidas que han de emprenderse; por otro lado, debería reflejar las preocupaciones relacionadas tanto con los hombres como con las mujeres. Es necesario aclarar la expresión «injusticias ... en el sector sanitario» empleada en el párrafo 9 del informe. Australia reconoce la importancia de la equidad y la igualdad de género y alienta a la OMS a proseguir sus esfuerzos en esta esfera.

El Profesor AYDIN (Turquía) acoge con satisfacción los esfuerzos de la OMS por incorporar el análisis de género en sus actividades generales de gestión e integrar la equidad y la igualdad de género en materia sanitaria en sus estrategias de cooperación en los países, sus objetivos estratégicos a plazo medio y su presupuesto por programas. Los determinantes de la salud de uno y otro sexo se analizarán con miras a averiguar si se pueden evitar las diferencias existentes y a establecer políticas, normas y pautas apropiadas. El orador apoya las acciones propuestas.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) dice que, dentro de la región a la que pertenece, su país presenta buenos indicadores sociales, por ejemplo en cuanto al acceso a la educación y la salud o el índice de desarrollo relacionado con el género. No obstante, la violencia doméstica contra la mujer y la escasa participación femenina en el proceso político causan preocupación. La Carta de Sri Lanka para la Promoción de la Mujer, adoptada en 1993, incorpora el principio de no discriminación y establece la política nacional en materia de equidad e igualdad de género. En 2005 se aprobó una legislación encaminada a prevenir la violencia doméstica, y el Ministerio de Asuntos de la Mujer ha emprendido los preparativos para la creación de una comisión nacional encargada de eliminar la discriminación por motivos de género. En Sri Lanka, un país de ingresos bajos, la esperanza de vida de las mujeres ha aumentado de 55 años en la década de los cincuenta al nivel actual de 76 años, y la mortalidad materna se ha reducido notablemente para situarse en 2006 en 34 por 100 000 nacidos vivos. El entorno normativo y diversos factores socioeconómicos y relacionados con los servicios han contribuido al logro de esos progresos. El orador expresa su apoyo al informe.

El Dr. TANGI (Tonga) conviene en que la OMS debe mirar hacia el futuro y examinar el impacto de la proporción, actualmente elevada, de estudiantes de sexo femenino matriculadas en escuelas de medicina y enfermería, así como los obstáculos que impiden aumentar la proporción de mujeres dentro del personal de la OMS. El orador apoya el proyecto de resolución, aunque pregunta si se va a disponer de los fondos necesarios para sufragar el déficit estimado de US\$ 3,65 millones que se indica en el documento EB120/6 Add.1.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que, si el Consejo desea proceder con la adopción del proyecto de resolución en la presente reunión, propondrá algunas enmiendas al mismo. El párrafo 1 debe suprimirse. En el párrafo 2(4) se debe aclarar la expresión «la contribución de ambos sexos a la atención de salud» y suprimir las palabras «tanto remunerada como no remunerada». En el párrafo 3(1), sugiere sustituir la formulación «que vele por que la Secretaría tenga la capacidad y asuma la responsabilidad de analizar» por «que evalúe». En el párrafo 3(2), la expresión «en los planos mundial y regional» debe reemplazarse por «por la Secretaría de la OMS y en el plano regional», para dejar claro que las responsabilidades en esta esfera incumben a la Secretaría. Apoya la modificación del párrafo 3(3) conforme a lo propuesto por el miembro representante de Dinamarca. Observa que varias de las enmiendas presentadas anteriormente han suscitado preocupación, aunque confía en que habrá ocasión de examinarlas con mayor detenimiento.

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) observa que la falta de equidad en materia sanitaria se da también a nivel comunitario, sobre todo en las zonas remotas, donde la OMS debe respaldar las acciones pertinentes. Las desigualdades relacionadas con el género tienen un carácter multisectorial. Los planes que se formulen al respecto han de prestar especial atención a los determinantes sociales de la salud e incluir estrategias de educación sanitaria que permitan corregir actitudes muy arraigadas. La equidad y la igualdad de género deben formar parte del desarrollo sostenible.

La Dra. SMITH (Dinamarca) expresa satisfacción por el hecho de que el miembro representante de los Estados Unidos de América considere que esta cuestión es importante y no debe postergarse más. La Directora General ha de velar por que la estrategia propuesta, que prevé la integración de la perspectiva de género dentro de las actividades generales de la Secretaría, se aplique de manera satisfactoria.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) recuerda que el Consejo en su 116ª reunión, celebrada en 2005,¹ solicitó la elaboración de una estrategia y un plan de acción y que el asunto se retiró del orden del día de la 117ª reunión, celebrada en 2006. Sin embargo, la Directora General ha formulado claramente sus prioridades; una de ellas es la salud de la mujer, que abarca, entre otros aspectos, la cuestión de la equidad y la igualdad de género. La oradora hace suyas las enmiendas propuestas por el miembro representante de los Estados Unidos de América. A su juicio, el proyecto de resolución podría mejorarse. Las medidas propuestas representan sólo un primer paso, y es necesario adoptar una perspectiva de futuro. No debe permitirse que algún día se reproche a la OMS que sus declaraciones en materia de equidad e igualdad de género sólo eran letra muerta. La oradora apoya la estrategia y el proyecto de resolución.

La Profesora MACHADO (suplente del Profesor Pereira Miguel, Portugal) hace suyas las observaciones formuladas por el miembro representante de Dinamarca. Es importante examinar las consecuencias potenciales de la elevada proporción de mujeres (un 70%) que actualmente se están formando en atención sanitaria porque éstas luego serán mayoría en las profesiones del sector.

El Sr. DEL PICÓ (Chile)² expresa apoyo al proyecto de estrategia. Los Estados Miembros deben promover la comunicación intersectorial. Si se realizan las encuestas pertinentes, se podrá determinar la importancia del trabajo no remunerado dentro de los hogares, propiciar un cambio de las percepciones y fortalecer el papel de las mujeres, que son las principales cuidadoras de la salud en la sociedad. Los cambios demográficos y epidemiológicos aumentan las demandas de cuidado, y es necesario asegurar que las personas que dispensan cuidados, de las que aproximadamente un 90% son mujeres, tengan acceso a los servicios de apoyo que precisen y reciban retribuciones financieras y prestaciones sociales. Es necesario promover procesos de cambio cultural, ya que dentro de las políticas sanitarias se suele considerar a las mujeres como una fuerza de apoyo, sin contemplar su participación en la toma de decisiones. También conviene promover el desglose de los datos pertinentes por sexo, estrato social y origen étnico.

La Sra. MAFUBELU (Sudáfrica)² reitera su posición, expuesta en la 116ª reunión del Consejo, de que la adopción de una estrategia y un plan de acción para la incorporación de la perspectiva de género dará visibilidad política a esta área de trabajo y conferirá un sólido mandato a la Directora General.¹ La oradora apoya el proyecto de resolución. Señala, no obstante, que en el párrafo 3(2) se debe hacer referencia a la aplicación de la estrategia a nivel de país, a través de las oficinas en los países, además de en los planos mundial y regional. En el párrafo 3(7), es necesario indicar la fecha de presentación del primer in-

¹ Documento EB116/2005/REC/1, acta resumida de la segunda sesión.

² Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

forme sobre los progresos realizados. La periodicidad de los informes debe ser bienal. La oradora expresa su apoyo al proyecto de estrategia y al plan de acción.

La Sra. SHARAPOVA (Federación de Rusia)¹ dice que en su país sería imposible poner en práctica proyectos nacionales de atención sanitaria sin prestar atención a las cuestiones de género. Los hombres disfrutaban de mejores condiciones económicas que las mujeres, pero su esperanza de vida es menor. La elevada tasa de mortalidad entre los varones en edad de trabajar, hace que las mujeres tengan dificultades para volver a casarse; de ahí el elevado número de familias monoparentales. A fin de dar respuesta a los problemas demográficos y de género, se ha promulgado una nueva legislación que prevé la asignación de ayudas estatales complementarias para las familias con más de un hijo. El consejo para las cuestiones de género, creado en fecha reciente, promueve la igualdad entre los sexos y tiene por cometido asegurar la incorporación de un enfoque de género en las políticas nacionales. La estrategia nacional en esta esfera contribuirá a garantizar la igualdad entre hombres y mujeres en lo que a derechos y oportunidades se refiere. La oradora apoya el proyecto de estrategia y el plan de acción.

La Sra. BELLO DE KEMPER (República Dominicana)¹ conviene en que es necesario tomar en cuenta, en los procesos de planificación y en las políticas sanitarias, la aportación del trabajo no remunerado realizado por las mujeres, así como el importante papel que éstas desempeñan en el hogar, el cuidado de la salud de los niños y la atención a las personas de edad. En los países donde la incidencia de VIH/SIDA es elevada, esas tareas tienen que ser asumidas por mujeres mayores.

La Sra. NGAUNJE (Malawi)¹ señala que la cuestión del género no se limita meramente al sexo femenino, sino que se refiere a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. El hombre suele percibirse como el cabeza de familia, en tanto que la mujer es vista como el pilar del hogar y, a menudo, como la encargada de dispensar atención primaria, aunque sin recibir ninguna remuneración a cambio. En África, debido a la pandemia de VIH/SIDA, las niñas comienzan a encargarse desde edades muy tempranas del cuidado de sus hermanos, y las abuelas frecuentemente cuidan de sus propios nietos y también de los de otros miembros de la comunidad. Malawi acoge con satisfacción la atención otorgada por la Directora General a la salud de la mujer y de las poblaciones de África y apoya el proyecto de resolución.

El Dr. BUSS (Brasil) expresa apoyo al proyecto de resolución y pide encarecidamente que las opiniones manifestadas por el miembro representante de Chile queden reflejadas en el texto.

La Sra. TELLIER (FNUAP), hablando por invitación del PRESIDENTE, acoge con agrado las eficaces estrategias propuestas en materia de género, mujer y salud a fin de asegurar que las intervenciones de la OMS y la actuación colectiva dentro del sistema de las Naciones Unidas den buen resultado. La incorporación de la perspectiva de género es importante para el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular para la mejora de la salud de la madre, la reducción de la mortalidad infantil y la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Sin embargo, las desigualdades de género relacionadas con los ingresos, la adopción de decisiones y la condición social hacen que la mujer sea más vulnerable a la pobreza y la mala salud. En el mundo en desarrollo, la mala salud sexual y reproductiva sigue figurando entre las principales causas de defunción y discapacidad entre las mujeres y niñas. Asegurar la igualdad de acceso a la salud reproductiva es una de las siete medidas clave enunciadas en el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 como elementos necesarios para el empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los géneros. Tanto el hombre como la mujer deben recibir un trato digno, y las intervenciones han de ajustarse a sus respectivas necesidades. Los hombres y los niños deben participar como

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

asociados en estos esfuerzos si se quiere poner fin a la violencia y la discriminación basadas en el género y mejorar la salud y la condición de la mujer.

El proyecto de estrategia guarda relación con iniciativas colectivas como la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño y el Plan de acción de Maputo para la aplicación del marco continental de políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos para 2007-2010. La oradora acoge con agrado el énfasis puesto en los datos desglosados por sexo y el análisis de género.

El Dr. Antezana Aranibar asume la presidencia.

La Sra. LEHNERS-ARENDE (Asociación Internacional de Consultores en Lactancia), hablando por invitación del PRESIDENTE y también en nombre de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil, encomia el proyecto de estrategia. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (adoptada en 1995) insta a los gobiernos, entre otras cosas, a que promuevan la información pública sobre los beneficios de la lactancia materna, a que velen por que se ofrezca a las madres la posibilidad de dar el pecho a sus hijos y a que eliminen las prácticas discriminatorias aplicadas por los empleadores. La lactancia materna es beneficiosa para la salud del niño y de la madre. La oradora pide encarecidamente a todos los gobiernos que apliquen el citado instrumento.

La Sra. KEITH (The Save the Children Fund), hablando por invitación del PRESIDENTE, acoge con satisfacción el proyecto de estrategia y pide que se prepare un plan de acción para aplicarla. Se debe instar a los asociados a que sufraguen el déficit de financiación. Propone insertar en el párrafo 8 del informe las palabras «políticas y» después de «para concebir». En la tercera oración de ese mismo párrafo, sugiere sustituir la expresión «Ello podría requerir» por «Ello requerirá». La OMS debe revisar sus planes y resoluciones para asegurar que éstos tengan debidamente en cuenta las cuestiones de género. La última oración del párrafo 8 ha de reformularse como sigue: «Esta labor debe incluir tanto a las mujeres como a los hombres, para propiciar con el tiempo los cambios oportunos, cambios que deberán evaluarse en términos de mejora de los resultados sanitarios correspondientes a la mujer, con miras a asegurar que, una vez incorporada la perspectiva de género en los programas, éstos aborden las desigualdades actuales entre los sexos». Si los programas se centran exclusivamente en la mujer, se corre el peligro de pasar por alto o dejar sin corregir normas sociales que perpetúan las desigualdades entre los sexos.

La oradora expresa su apoyo a los principios rectores enunciados en el documento y resalta la necesidad de contar con instrumentos de aplicación sencillos y con indicadores para evaluar los cambios que se vayan produciendo con el tiempo. La Secretaría debe ayudar a los Estados Miembros a analizar los factores legales, políticos, económicos y sociales que propician la existencia de desigualdades de género en el campo de la salud, como punto de partida para la medición de los cambios ulteriores. A fin de asegurar que la mujer pueda acceder en igualdad de condiciones a los servicios de salud, debe eliminarse el sistema de cobro de los costos al usuario. Se precisan recursos para divulgar las conclusiones de las investigaciones pertinentes. La OMS debe fomentar la incorporación de un mayor número de mujeres a la enseñanza reglada y promover la equidad en materia de utilización de los servicios de salud.

En cuanto al proyecto de resolución, sugiere que en el párrafo 2(3) se inste a los Estados Miembros a que recopilen y analicen datos desglosados por sexo e investigaciones sobre cuestiones de género específicas de los países. Propone que en el párrafo 3(7) se pida que se lleve a cabo una evaluación a mitad de periodo en 2010.

El Dr. GHEBREHIWET (Consejo Internacional de Enfermeras), hablando por invitación del PRESIDENTE, acoge con satisfacción el informe y señala a la atención del Consejo los datos incluidos en el informe anual sobre los recursos humanos (documento EB120/24 Add.1), datos que ponen de manifiesto la escasa representación de las enfermeras dentro de la Organización: un 1,5% del personal profesional. Las desigualdades de género que padece el sexo femenino están alimentando la pandemia de VIH/SIDA, sobre todo en el África subsahariana, donde las mujeres y niñas representan más del 60% de los infectados, proporción ésta que alcanza un 76% tratándose del grupo de edad de 15 a 24 años. Los Objetivos de

Desarrollo del Milenio hacen hincapié en la promoción de la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer como medios eficaces para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de fomentar el desarrollo sostenible. El orador apoya la creación de un organismo de las Naciones Unidas específicamente consagrado a la mujer y con capacidad operacional.

La Sra. WOODS (Coalición Internacional para la Salud de la Mujer), hablando por invitación del PRESIDENTE, acoge con satisfacción el proyecto de estrategia, que se basa en la labor ya emprendida en esta esfera dentro de la Organización. La cuestión del género y las diferencias entre los sexos debe ser objeto de un riguroso análisis en todas las políticas, programas y proyectos de la OMS. La incorporación de una perspectiva de género es la clave para eliminar las desigualdades sanitarias por razón del sexo. Si su título pasara a ser «Estrategia para la integración del análisis y las acciones de género en la labor de la OMS», este instrumento tendría un alcance más amplio. Habrá que contratar a personal adicional y asegurar el seguimiento y la evaluación de la estrategia. Es fundamental que toda la Organización participe en las acciones de género. La oradora hace notar que la presencia de mujeres en los comités de expertos es apenas del 23%. En el informe debe indicarse expresamente que la violación de los derechos humanos de la mujer también menoscaba su derecho a la salud. Asimismo, conviene mencionar la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y hacer una referencia más expresa a la asignación de recursos tanto para la integración de la perspectiva de género como a la formulación de programas específicos para las mujeres y las niñas. Se debe incluir además un marco temporal para la presentación de informes sobre la aplicación de la estrategia, con una evaluación a mitad de periodo o en 2010.

La Sra. PHUMAPHI (Subdirectora General) explica que el título del documento EB120/6 coincide con el del presente punto del orden del día; el título de la estrategia propiamente dicha refleja las diversas maneras en que la Organización prevé integrar el análisis y las acciones de género en su labor, en respuesta a la petición hecha por el Consejo al entonces Director General en su 116ª reunión. El plan de acción ofrece una respuesta detallada a las cuestiones planteadas por los miembros. Se precisa un estudio de referencia sobre las cuestiones de género que permita establecer mecanismos de rendición de cuentas, procedimientos de seguimiento y evaluación y un marco temporal para la ejecución de las diferentes partes de la estrategia. Se han elaborado instrumentos para la integración de la perspectiva de género en la promoción de la salud, que ya se han aplicado de forma experimental en algunos Estados Miembros, entre ellos Madagascar. Esos instrumentos podrán empezar a emplearse en cuanto los órganos rectores adopten una decisión con respecto a la estrategia. En el informe, se prefirió emplear la expresión «las mujeres y los hombres», con la que también se pretendía designar a las niñas y los niños, antes que locuciones más impersonales con la fórmula «de sexo femenino y masculino». Las sugerencias y reservas manifestadas con respecto al proyecto de resolución quedarán reflejadas en una versión modificada del texto.

La DIRECTORA GENERAL se muestra satisfecha por la sentida atención prestada por los miembros al asunto de la mujer y la salud. El informe de la Secretaría se elaboró antes de que ella asumiera su nuevo cargo, en respuesta a una petición hecha por el Consejo en su 116ª reunión. La integración del análisis y las acciones de género en la labor de la OMS redundará en beneficio de las cuestiones relacionadas con la mujer y la salud. Anuncia que en la próxima Asamblea de la Salud se informará con mayor detalle sobre las prioridades relacionadas con esta área de trabajo, que ya describió sucintamente en su toma de posesión.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la novena sesión, sección 2.)

Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico: punto 4.9 del orden del día (documentos EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 y EB120/37 Add.1)

El PRESIDENTE explica que el proyecto de resolución que figura en el documento EB120/7 refleja las deliberaciones celebradas por el Consejo sobre este punto del orden del día en su 118ª reunión.¹ El documento EB120/37 contiene un informe y un proyecto de resolución sobre la mejora del acceso de los niños a los medicamentos esenciales. El Consejo decidirá si los dos proyectos de resolución se han de examinar conjuntamente o por separado.

La Dra. ALLEN-YOUNG (Jamaica), respaldada por el Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) y la Dra. GASHUT (suplente del Dr. Saheli, Jamahiriya Árabe Libia), se muestra a favor de analizar ambos proyectos de resolución conjuntamente, dadas las sinergias existentes entre los dos.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) sostiene que combinar el segundo proyecto de resolución con el primero, que ya ha sido examinado en una reunión anterior del Consejo, acarreará complicaciones innecesarias. El nuevo proyecto de resolución debe analizarse por separado.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) dice que la cuestión subyacente en ambos proyectos de resolución es la de cómo lograr una gestión apropiada y costoeficaz de los medicamentos. Otra cuestión distinta, en un mundo azotado por las epidemias de VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis, es la de cómo asegurar la disponibilidad de medicamentos adecuados para los niños, a través de la actuación conjunta de los gobiernos, la industria farmacéutica y la OMS. Las cuestiones de procedimiento carecen de importancia.

La Profesora MACHADO (suplente del Profesor Pereira Miguel, Portugal) opina que los informes pueden examinarse de forma conjunta y los proyectos de resolución, por separado.

La Dra. ALLEN-YOUNG (Jamaica) dice que aceptará sumarse al consenso para examinar los proyectos de resolución por separado, aunque, como farmacéutica, percibe el tema del uso racional de los medicamentos como un concepto general con varios subconjuntos.

El PRESIDENTE sugiere aplicar la opción propuesta por el miembro representante de Portugal.

Así queda acordado.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, hace hincapié en las principales cuestiones planteadas en el informe. El uso irracional de los medicamentos representa en el mundo entero un grave problema, que contribuye de forma notable a la emergencia de la resistencia a los antibióticos, la rápida propagación de enfermedades transmisibles, la aparición de efectos secundarios, errores en la prescripción de fármacos y el despilfarro de recursos ya de por sí escasos, todo lo cual repercute negativamente en la salud pública y en las economías nacionales. Muchas políticas y estrategias destinadas a mejorar el uso de los medicamentos no se aplican de forma adecuada.

La Secretaría ha venido apoyando a los Estados Miembros por conducto de la estrategia farmacéutica para 2004-2007. Entre los resultados obtenidos cabe citar la elaboración y revisión de listas nacionales

¹ Documento EBSS-EB118/2006/REC/1, acta resumida de la tercera sesión, sección 1.

de medicamentos esenciales; la normalización de las pautas terapéuticas; la generación y difusión de información sobre los medicamentos esenciales; la creación de comités farmacéuticos y terapéuticos; la capacitación de trabajadores sanitarios en buenas prácticas en materia de prescripción y dispensación; la creación de laboratorios de análisis de productos farmacéuticos; y el establecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación del uso racional de los medicamentos.

Es fundamental fomentar y apoyar, en todos los niveles de la atención sanitaria, una estrecha cooperación entre prescriptores y dispensadores, y ello desde la etapa de formación. Entre los principales desafíos destacan la creciente resistencia a los antimicrobianos y la falta de recursos suficientes para aplicar estrategias que promuevan el uso racional de los medicamentos. En ese contexto, será crucial una alianza entre los gobiernos, la OMS y la industria farmacéutica para elaborar nuevos métodos que permitan combatir la resistencia a los antimicrobianos y asegurar la disponibilidad de formulaciones específicamente destinadas a los niños, para todos los grupos de edad y todas las enfermedades, en particular las infecciones atribuibles al VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. El orador apoya el proyecto de resolución.

La Profesora MACHADO (suplente del Profesor Pereira Miguel, Portugal) apoya los dos proyectos de resolución propuestos. Varios medicamentos utilizados para los niños se recetan para indicaciones distintas a las establecidas. Es preciso elaborar una estrategia de investigación; la Agencia Europea de Medicamentos tendrá un importante papel que desempeñar en lo que respecta a la definición de normas y el examen de los aspectos éticos de la investigación pediátrica. Debido a los intereses financieros de la industria farmacéutica, se han retirado del mercado algunas formulaciones específicamente destinadas a los niños, por ejemplo jarabes o gotas. Ahora bien, cuando se le indica a una madre que triture un comprimido, es difícil que se administre la dosis apropiada. Los medicamentos disponibles en formulaciones pediátricas no siempre son los que presentan el uso más racional. El proyecto de resolución sobre la mejora de los medicamentos destinados a los niños que figura en el documento EB120/37 debe hacer referencia a las formulaciones pediátricas y a la investigación pediátrica.

En el proyecto de resolución sobre uso racional de los medicamentos que figura en el documento EB120/7, debe suprimirse el párrafo incluido entre corchetes en la parte preambular que empieza así: «Entendiendo que el pago de honorarios por cada servicio por separado...». Pide que se aporten datos que respalden las oraciones entre corchetes incluidas en los párrafos 7 y 13 del preámbulo.

La promoción del uso racional de los medicamentos exige una actitud dinámica por parte de las autoridades sanitarias nacionales. También es necesario contar con personal técnico debidamente capacitado y con sistemas de información fiables. Otro requisito para asegurar el uso racional de los medicamentos es la existencia de sistemas de salud sostenibles.

La Dra. ALLEN-YOUNG (Jamaica), hablando en nombre de los países miembros de la Comunidad del Caribe, expresa su apoyo a los proyectos de resolución. Sugiere suprimir o reformular la oración que figura entre corchetes en el sexto párrafo del preámbulo del proyecto de resolución incluido en el documento EB120/7, ya que la promoción del uso racional de los medicamentos no guarda relación con la cuestión del acceso equitativo a los medicamentos esenciales. Concuere en que es conveniente suprimir el párrafo incluido entre corchetes en la parte preambular que empieza así: «[Entendiendo que el pago de honorarios por cada servicio por separado...]; si se pretende hacer referencia a la dispensación de medicamentos por los médicos, debe incluirse una referencia expresa a esa práctica y desalentarla. Es posible que no se le pueda denegar a un médico la facultad de administrar medicamentos capaces de salvar vidas, pero siendo así, habrá que considerar la conveniencia de elaborar una estrategia que limite esa facultad a circunstancias en que efectivamente se trate de salvar la vida del paciente. De ese modo, la incitación para vender o recetar un medicamento por el mero hecho de tener existencias del mismo sería menor. El requisito de una formación profesional continua debe hacerse extensivo a los farmacéuticos, que revisan las prescripciones antes de dispensar un producto, y a los enfermeros, que administran medicamentos en los centros hospitalarios. La experiencia demuestra que estos profesionales actúan de cortafuegos entre el prescriptor y el paciente.

La oradora sugiere incluir en el párrafo 1 del proyecto de resolución contenido en el documento EB120/37 una referencia a la responsabilidad de los padres o tutores. Se debe alentar a los Estados Miembros a que velen por que los adultos que en último término tienen la responsabilidad de introducir a los niños en el sistema de atención sanitaria tomen conciencia de la necesidad de acceder a los medicamentos esenciales: esa tarea no incumbe exclusivamente a los gobiernos. En vista de que los Estados Miembros en desarrollo en su mayoría no desarrollan fármacos nuevos, el párrafo 1(4), que hace referencia a la autorización rápida de comercialización de medicamentos, debe modificarse para incluir una referencia al requisito de que las solicitudes de autorización incluyan formas farmacéuticas pediátricas. En el brote palúdico registrado recientemente en su país, no había disponible ninguna forma farmacéutica de uso pediátrico. Los comprimidos, triturados o mezclados con jarabe, tenían un sabor muy desagradable para los adultos, y mucho más aún para los niños. La presentación de formas farmacéuticas pediátricas debe constituir, por tanto, un requisito previo para la autorización de medicamentos nuevos o esenciales.

La oradora expresa su apoyo a ambos proyectos de resolución, puesto que el logro de resultados terapéuticos depende de la disponibilidad de medicamentos adecuados, a precios justos, en el lugar en que se precisan y en cantidades suficientes y de su administración a los pacientes indicados, incluidos los niños.

La Dra. GASHUT (suplente del Dr. Saheli, Jamahiriya Árabe Libia), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, califica el uso irracional de los medicamentos de tragedia continua. Los países en desarrollo destinan, por término medio, hasta un 40% de sus presupuestos anuales de salud a la compra de medicamentos. Según estimaciones efectuadas por la OMS, más de la mitad de los fármacos se desperdician debido a prescripciones y usos inapropiados. En los países en desarrollo, las personas con acceso a los medicamentos probablemente no superen el 25%. Aun así, el uso irracional de los medicamentos no llega a abordarse a nivel nacional como un problema de salud pública. La oradora apoya el proyecto de resolución sobre uso racional de los medicamentos. La falta de acceso a los medicamentos ha suscitado gran preocupación internacional, pero la cuestión de su uso aún no ocupa un lugar suficientemente destacado en la agenda política. Los Estados Miembros, los asociados internacionales y la Directora General deben convertirla en una prioridad.

En cuanto al proyecto de resolución que figura en el documento EB120/7, recuerda que en la versión anterior, examinada en la 118ª reunión del Consejo, se proponía que la OMS apoyara el establecimiento de programas nacionales y órganos multidisciplinarios que promuevan el uso racional de los medicamentos. Esa referencia ha sido eliminada en la última versión, probablemente debido a sus repercusiones financieras. En su opinión, sin embargo, esa modificación es injustificada, por lo que pide que la parte suprimida vuelva a incorporarse en el texto. Sólo un enfoque que abogue por la existencia de sistemas de salud sostenibles puede tener un impacto significativo y acorde con las recomendaciones formuladas en la Segunda Conferencia Internacional sobre la Mejora del Uso de los Medicamentos (Chiang Mai, Tailandia, 30 de marzo - 2 de abril de 2004).

Es preciso intensificar los esfuerzos encaminados a la mejora de los medicamentos destinados a los niños y la disponibilidad, en lo que respecta a los medicamentos esenciales ya existentes, de formas terapéuticas apropiadas para uso pediátrico. Debe reducirse al máximo el empleo de formas terapéuticas de medicamentos comunes destinadas a los adultos para usos distintos a los expresamente indicados. Esta cuestión merece ser objeto de un proyecto de resolución independiente, en lugar de formar parte de un proyecto de resolución sobre el uso racional de los medicamentos.

El Dr. WANGCHUK (Bhután) dice que su país, en consonancia con el Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales, ha comenzado a utilizar listas de medicamentos esenciales basadas en la seguridad, la eficacia y la buena calidad, y ello con notables resultados. Se ha reducido la resistencia microbiana, y el gasto en medicamentos es muy inferior al gasto en productos no medicamentosos. El uso racional de los medicamentos ha pasado a formar parte integrante del sistema sanitario de Bhután. Los cambios que se están produciendo en el entorno comercial exigen la reactivación del programa de medicamentos esenciales. En ese sentido, habrá que fortalecer las capacidades de diversos organismos nacionales, entre ellos los encargados de la reglamentación farmacéutica. El liderazgo de la OMS sigue

siendo necesario para asegurar el acceso a medicamentos esenciales asequibles en las zonas más remotas. Dada su condición de pequeño Estado sin litoral marítimo, Bhután soporta gastos fijos elevados en lo que respecta a los medicamentos. El orador apoya el proyecto de resolución sobre uso racional de los medicamentos y considera que el proyecto de resolución sobre la mejora de los medicamentos esenciales destinados a los niños se debe examinar con mayor detenimiento y por separado.

La Sra. SRIPEN TANTIVESS (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia), remitiéndose al informe sobre la mejora de los medicamentos esenciales destinados a los niños, observa que según el *Informe de desarrollo humano 2006*¹ del PNUD los niños menores de 15 años representan el 31% de la población mundial; la necesidad de tecnologías sanitarias y medicamentos de uso pediátrico es, pues, importante.

En Tailandia, no existen formulaciones pediátricas listas para ser administradas: los farmacéuticos hospitalarios utilizan formas destinadas a los adultos para preparar formulaciones pediátricas, a veces sin la debida precisión. Por otra parte, pese a la aplicación de un programa eficaz de prevención de la transmisión perinatal, en Tailandia la epidemia de VIH ha condenado a varios millares de niños a vivir con el virus. El acceso universal al tratamiento antirretroviral se implantó en Tailandia en 2003, pero la falta de medicamentos antirretrovirales con formas terapéuticas y concentraciones específicas para los niños está causando problemas. Se ha instado al laboratorio farmacéutico estatal a que elabore formulaciones antirretrovirales pediátricas, y se ha iniciado la producción de jarabes. El uso de dos o más monoterapias con arreglo a las directrices sobre prácticas habituales para el VIH/SIDA plantea problemas en cuanto a la observancia del tratamiento antirretroviral. La oradora apoya el proyecto de resolución sobre la mejora de los medicamentos esenciales destinados a los niños.

El uso irracional de los medicamentos causa gastos innecesarios, reacciones adversas, problemas de farmacoresistencia y repercusiones sanitarias. En el informe presentado en el documento EB120/7 se hace hincapié en la necesidad de dar respuesta a un problema que afecta por igual a países desarrollados y en desarrollo. La oradora acoge con agrado el proyecto de resolución, con inclusión del texto que figura entre corchetes. Hay pruebas fehacientes de que algunos de los incentivos ofrecidos a los dispensadores privados para maximizar sus beneficios fomentan el uso irracional de medicamentos, medios de diagnóstico y otros tratamientos. En consecuencia, propone eliminar los corchetes que encierran la oración incluida en el séptimo párrafo del preámbulo.

Se ha demostrado ampliamente que existe una correlación entre los incentivos financieros ofrecidos a los dispensadores y el comportamiento de los prescriptores, tanto en el sector público como en el privado, con independencia del nivel de ingresos de los países. Un estudio realizado en la República de Corea ha demostrado que el sistema de pago de honorarios por servicios prestados propicia la sobredispensación y la distorsión, dado que los médicos tienen el incentivo de facilitar más servicios con un mayor margen de beneficios. La experiencia de Tailandia presenta características similares. En ambos países, las conclusiones obtenidas han dado lugar a reformas en la financiación de la atención sanitaria destinadas a mitigar el impacto negativo de los incentivos propios de los sistemas de pago de honorarios por servicios prestados. Basándose en las pruebas existentes, apoya la supresión de los corchetes en los párrafos 13 y 14 del preámbulo.

Se ha podido comprobar que la incorporación de una lista de medicamentos esenciales en el paquete de prestaciones de las cajas de seguros ya existentes o nuevas es un modo eficaz de frenar el uso irracional de los medicamentos. Varios países desarrollados emplean mecanismos de evaluación del costo y la eficacia de los productos a fin de garantizar un uso racional y eficiente. En consecuencia, propone suprimir los corchetes en los párrafos 1(3) y 1(6). A juzgar por el elevado número de sitios web que facilitan información tendenciosa sobre los medicamentos, parece necesario que los gobiernos introduzcan mecanis-

¹ *Informe de desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua*. Nueva York, PNUD, 2006.

mos de reglamentación aplicables a la venta de productos farmacéuticos por Internet. Recomienda, por consiguiente, eliminar los corchetes en el párrafo 1(5). De modo análogo, es preciso contar con un sólido comité farmacéutico y terapéutico hospitalario que actúe de guardián en la esfera de la promoción del uso racional de los medicamentos. Por ello, recomienda la supresión de los corchetes en el párrafo 1(7).

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) dice que hay tres grupos de interesados en la cuestión del uso racional de los medicamentos: los fabricantes y las compañías farmacéuticas, los prescriptores y farmacéuticos, y los consumidores o pacientes. Ningún médico quiere recetar medicamentos de forma irracional, y ningún paciente desea tomar una medicación innecesaria. El uso irracional de los medicamentos beneficia, sin embargo, a la poderosa industria farmacéutica. No se han examinado debidamente las cuestiones éticas relacionadas con el uso racional de los medicamentos: los médicos y los farmacéuticos tienen la responsabilidad de asegurar que los pacientes reciban la medicación indicada, sea cuales fueren los incentivos ideados para influir en sus decisiones. El orador recuerda el legado del Profesor S. Bibile, con arreglo a cuyos planteamientos su Gobierno está aplicando una estricta política que sólo permite la prescripción de genéricos. Sri Lanka tiene previsto establecer un organismo regulador independiente, con el apoyo de la OMS. En la esfera del uso racional de los medicamentos, la Directora General tendrá que plantar cara a las compañías farmacéuticas, para lo cual podrá contar con el apoyo de su país.

El PRESIDENTE rinde homenaje al Profesor Bibile, quien difundió los conceptos de medicamentos esenciales y uso racional de los medicamentos.

La Dra. SMITH (Dinamarca) expresa apoyo al proyecto de resolución contenido en el documento EB120/7. Sin embargo, la atención prestada en el documento EB120/37 a la cuestión de la mejora de los medicamentos destinados a los niños se debería hacer extensiva al problema de la falta de acceso, en el mundo entero, a medicamentos concebidos específicamente para uso pediátrico. Propone añadir dos nuevos subpárrafos. En el nuevo párrafo 1(3) habría que instar a los Estados Miembros «a que colaboren a fin de facilitar el desarrollo innovador, la formulación, la aprobación reglamentaria, la facilitación de información adecuada y el uso racional de los medicamentos pediátricos y de los medicamentos autorizados para los adultos, pero no aprobados para uso pediátrico». En el nuevo párrafo 2(1) habría que pedir a la Directora General «que vele por que todos los programas de la OMS, incluido, entre otros, el de medicamentos esenciales, contribuyan a lograr la igualdad de derecho de los niños a disponer de medicamentos apropiados».

La Dra. AKIZUKI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) dice que entre los problemas no resueltos relacionados con los medicamentos para uso pediátrico cabe citar la normalización de las formas farmacéuticas, las pautas de administración y la seguridad. Para promover prácticas prescriptoras basadas en datos comprobados, es primordial divulgar entre los trabajadores de la salud información científica sobre la eficacia y seguridad de los medicamentos. El Gobierno japonés ha ayudado a la industria farmacéutica y la comunidad médica nacionales a promover el desarrollo clínico de medicamentos destinados a los niños. El enfoque aplicado por el Japón también podría dar resultado a nivel internacional. La oradora apoya el proyecto de resolución contenido en el documento EB120/37.

La promoción del uso racional de los medicamentos exige un enfoque integral que incluya el fortalecimiento de los recursos humanos, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la facilitación de información al consumidor y medidas de política farmacéutica en esferas como la seguridad y la supervisión de la promoción de los medicamentos. La oradora expresa su apoyo al proyecto de resolución que figura en el documento EB120/7.

La Sra. HALTON (Australia) recuerda los conocimientos y la experiencia de su país en la esfera del uso racional de los medicamentos y añade que consagra buena parte de su semana laboral a este particular. Los beneficios que reportan las inversiones en el uso racional de los medicamentos han quedado demostrados. La oradora hace hincapié en la cuestión de la dispensación y el uso adecuados de los medicamen-

tos de venta con receta, que exige una estrecha colaboración entre el prescriptor, el farmacéutico y el paciente. No suscribe que en la parte preambular del proyecto de resolución que figura en el documento EB120/7 se incorpore un párrafo que comience como sigue: «[Entendiendo que el pago de honorarios por cada servicio por separado...]; propondrá algunas enmiendas al párrafo precedente, que presentará a la Secretaría.

A juicio de la oradora, resulta desconcertante que la gran cantidad de niños que pueblan el mundo no haya sido incentivo suficiente para acopiar la información requerida para que los profesionales de la salud tengan la certeza de que los medicamentos que recetan a los niños serán usados de forma eficaz y eficiente. Hace suyas las observaciones formuladas por el miembro representante de Jamaica con respecto a la práctica de triturar comprimidos, que puede modificar considerablemente el modo de administración. Propone añadir un nuevo párrafo 1(1) - cuya formulación indicará a la Secretaría al mismo tiempo que algunas enmiendas al párrafo 1(1) actual -, que quizás dé respuesta al problema resaltado por el miembro representante de Jamaica, a saber, el hecho de que pocos Estados Miembros desarrollan ellos mismos medicamentos.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) respalda el uso racional de los medicamentos por los prescriptores médicos y los pacientes. Reconoce los costos financieros y humanos asociados a los errores de medicación y al uso irracional de los medicamentos. El uso inapropiado o no óptimo de los medicamentos a menudo es causa de enfermedades o defunciones. La OMS debe esforzarse por identificar los modos más prácticos y basados en criterios científicos para promover el uso racional de los medicamentos entre médicos y farmacéuticos, tanto en el sector público como en el privado. Muestra preocupación por el hecho de que el informe presentado en el documento EB120/7 sólo parece promover una solución única aplicable a todos los casos, que consiste en un programa farmacéutico nacional gestionado por el gobierno que fomente el uso racional de los medicamentos. Los Estados Miembros deben elaborar programas y políticas basados en sus respectivos contextos nacionales, que son únicos.

La cuestión de los medicamentos destinados a los niños tiene suma importancia. Todos los países comparten la acuciante necesidad de mejorar los medicamentos para uso pediátrico. En los niños, una medicación ineficaz, no segura o inapropiada frecuentemente provoca enfermedades y defunciones, lo que a su vez tiene repercusiones negativas en el desarrollo. Se precisa más información en relación con los elementos siguientes: frecuencia de uso de los medicamentos en los niños; directrices basadas en pruebas científicas sobre el tratamiento de la mayoría de las enfermedades infantiles; prácticas prescriptoras en pediatría; formas farmacéuticas y concentraciones apropiadas para cada edad; y seguridad. Las iniciativas de la OMS deben incorporar un componente de fortalecimiento de la capacidad a fin de asegurar la prestación de la mejor atención pediátrica posible. La labor de la Organización relacionada con la mejora de los medicamentos destinados a los niños ha de enmarcarse dentro de la atención de salud infantil en general, y mantenerse separada de la labor relativa al uso racional de los medicamentos.

El orador no respalda la inclusión de ninguna de las formulaciones que figuran entre corchetes en el proyecto de resolución contenido en el documento EB120/7.

En cuanto al proyecto de resolución incluido en el documento EB120/37, propone que el comienzo del párrafo 1(1) se modifique como sigue: «a que estimulen el desarrollo de medicamentos apropiados contra las enfermedades que afectan a los niños...»; en el párrafo 1(2) sugiere añadir la expresión «según proceda», después de «planes de adquisición y reembolso», y suprimir las palabras «y reducir», antes de «los precios». El párrafo 2(1) debe suprimirse íntegramente, y también conviene eliminar las últimas dos oraciones del párrafo 2(3), que, una vez modificado, acabaría con las palabras «esas pautas».

El orador pide que se aclare en qué medida las repercusiones presupuestarias de los dos proyectos de resolución quedan cubiertas por el proyecto de presupuesto por programas para 2008-2009.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la octava sesión, sección 2.)

Se levanta la sesión a las 17.35 horas.

SÉPTIMA SESIÓN

Jueves 25 de enero de 2007, a las 9.10 horas

Presidente: Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia)

después: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

ASUNTOS PROGRAMÁTICOS Y PRESUPUESTARIOS: punto 5 del orden del día

Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, incluido el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 (documentos EB120/17, MTSP2008-2013/PPB2008-2009 y Corr.1)

- **Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013**
- **Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009**

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en su calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que el punto del orden del día reviste suma importancia para las actividades de la Organización. El Comité encomia la labor de la Secretaría en relación con el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, que refleja de forma exhaustiva y clara el nuevo método de planificación y preparación del presupuesto. Las deliberaciones del Comité han aportado mucha información, en particular acerca de las maneras de seguir mejorando el diseño del documento. En lo concerniente a los párrafos 19 a 28 de su informe (documento EB120/3), referentes al punto objeto de examen, en lugar de formular recomendaciones, el Comité pidió al Consejo que tomara nota de los detalles específicos allí indicados.

En relación con el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, el Comité estimó importante recordar la relación entre el Programa General de Trabajo, dicho Plan, el presupuesto por programas y los resultados previstos, tal como se ilustra en el anexo 2 del documento EB120/3. Solicitó a la Secretaría que clarificase tales relaciones y preparase un documento fácil de entender por todos los Estados Miembros. También solicitó aclaraciones sobre los aumentos presupuestarios, concretamente sobre la relación entre las cinco áreas prioritarias identificadas. Además, se hicieron observaciones acerca del contenido y la estructuración de los objetivos estratégicos, tal como se indica en el párrafo 25. Algunos Estados Miembros también tenían previsto presentar a la Secretaría observaciones por escrito acerca del modo en que deberían formularse dichos objetivos, por lo que cabría esperar modificaciones. Los costos propuestos para el bienio actual - que constituyen la base del presupuesto - junto con las estimaciones para el segundo y tercer bienio deberían presentarse de forma resumida, y el costo estimado del plan estratégico en su conjunto debería presentarse de forma agregada.

Pasando al proyecto de presupuesto por programas, la oradora dice que algunos Estados Miembros recibieron con beneplácito los aumentos de las contribuciones señaladas, mientras que otros expresaron preocupación al respecto. Algunos Estados Miembros indicaron su preferencia por un crecimiento nominal cero. Sin embargo, en el presente año la Organización recibió en realidad más recursos que los previstos inicialmente, lo cual pone de manifiesto la diferencia entre las contribuciones señaladas y las voluntarias. En consecuencia, debería tenerse en cuenta el balance entre los objetivos fijados y los fondos disponibles, en particular los resultantes de aumentos de las contribuciones voluntarias. Algunos Estados Miembros expresaron preocupación por la reducción proporcional de la financiación. Dicha reducción, no obstante, correspondía a la parte proporcional y no a la suma total de fondos disponibles. Las asignaciones de todas las regiones se encontraban dentro de los márgenes propuestos en los umbrales de validación.

Las conversaciones también giraron en torno a la manera de establecer el presupuesto, la función de la OMS en el contexto de la salud mundial y la gobernanza en los tres niveles de la Organización. El Co-

mité, reconociendo las consecuencias presupuestarias de las resoluciones de los órganos deliberantes y la insuficiencia de los recursos disponibles a tal efecto, hizo hincapié en la necesidad de reducir su número y pidió a la Secretaría que presentara propuestas al Consejo a ese respecto. Además, el Comité consideró conveniente que los aspectos financieros del proyecto de plan de mejoras, y no su contenido, se incluyan en el proyecto de presupuesto por programas en lugar de mantenerse separados.

La DIRECTORA GENERAL dice que ella participó en la preparación del proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio y del proyecto de presupuesto por programas 2008-2009, y procuró asegurar la concordancia del plan estratégico con las seis funciones básicas y las prioridades de la OMS, que están definidas en el Undécimo Programa General de Trabajo. Se muestra dispuesta a recibir sugerencias para su incorporación al programa y presupuesto que se someterá a la consideración de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien hace uso de la palabra en nombre de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros, en representación de la Presidencia alemana, dice que los países candidatos Croacia, Ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía, los países del Proceso de Estabilización y Asociación y los candidatos potenciales Albania, Bosnia y Herzegovina, Montenegro y Serbia, y Ucrania y la República de Moldova se alinean con su declaración. La Unión Europea acoge con satisfacción la sustanciosa información consignada en el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio y en el proyecto de presupuesto por programas. Está firmemente a favor de mantener el foco de atención en las funciones básicas de la Organización y comparte la idea de la Directora General de que la OMS no debería responder a un planteamiento de «menú completo». Debe desplegar las actividades para las cuales es la más idónea y seguir siendo la principal organización internacional de establecimiento de normas sanitarias.

El proyecto de plan, herramienta para una gestión basada en los resultados, facilitará el establecimiento de comparaciones a través del tiempo y entre las oficinas regionales y la Sede y conferirá más transparencia a la labor de la Organización. La reducción del número de objetivos estratégicos, con miras a impedir la fragmentación y la duplicación, permitiría mejorar el plan y alcanzar el objetivo esencial de fortalecer los sistemas de salud.

En las cinco áreas principales propuestas en el Undécimo Programa General de Trabajo, se debería hacer mayor hincapié en la seguridad sanitaria mundial tanto en el plan estratégico como en el presupuesto por programas 2008-2009. Se ha dado insuficiente importancia a la salud sexual y reproductiva, que es una de las cuestiones de más trascendencia en la prevención del VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, así como al acceso a los medicamentos. Estos temas son fundamentales para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y deben estar reflejados con claridad en el presupuesto. Debería darse prioridad a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y a la promoción de la salud; le preocupa que la asignación del presupuesto ordinario para las Regiones de Europa y África sea relativamente pequeña.

Todas las áreas de trabajo y los objetivos estratégicos deben apoyarse en sólidos fundamentos científicos. Espera con interés el informe sobre la política de publicaciones que presentará la Directora General a los órganos deliberantes; la reputación de la Organización como organismo internacional de normalización no se debe poner en peligro por cuestiones de coherencia.

Los objetivos estratégicos deben tener carácter prioritario. El documento, debería ser más claro y preciso en lo relativo a dos cuestiones concernientes al proyecto de presupuesto por programas, a saber: cómo fijará la Organización las prioridades de su labor si no obtiene los recursos previstos; y, en ese caso, cómo prevé adaptar en todos los niveles de la Organización la política de recursos humanos a las nuevas prioridades. Varios Estados Miembros plantearon este asunto en la 56ª reunión del Comité Regional para Europa, y es lamentable que se haya pasado por alto en el proyecto de plan estratégico actual.

En el contexto de la reforma del sistema de las Naciones Unidas, los objetivos estratégicos deberían evidenciar la mayor cooperación entre la OMS y las demás organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. El orador recomienda intensificar la colaboración con el ONUSIDA y espera recibir información

sobre el seguimiento de las recomendaciones del Equipo Mundial de Tareas por parte de la OMS y los efectos de la división del trabajo entre los copatrocinadores del ONUSIDA. La cooperación con la OIT, el Banco Mundial, la OMC y la FAO en las esferas de protección social, sistemas de salud, y nutrición e inocuidad de los alimentos permitirá evitar duplicaciones y reducir los costos.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho), que hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, apoya el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio y el proyecto de presupuesto por programas. También respalda la propuesta de aumentar los gastos con cargo a las contribuciones señaladas un 8,6% en comparación con lo previsto para 2006-2007 (documento EB120/17, cuadro 1), a los efectos de sostener la financiación del proyecto de presupuesto por programas. La creciente carga de morbilidad en la Región de África exige una mayor inversión en la salud. Al haber decidido concentrar la atención en África, la Directora General será juzgada por los resultados que la OMS obtenga con respecto a la salud de la población de África y la salud de las mujeres a nivel mundial.

Las contribuciones voluntarias, en gran medida asignadas a proyectos específicos, representan casi el 80% del proyecto de presupuesto por programas, lo cual compromete la flexibilidad de la Directora General en la asignación de recursos y la eficacia y eficiencia de la OMS - lleva tiempo gestionar miles de contratos, actualizar planificaciones, elaborar presupuestos y preparar informes para los donantes. El orador exhorta a todos los Estados Miembros, a las fundaciones y otros organismos que hacen contribuciones voluntarias, a no imponer restricciones a la Directora General en la asignación de recursos.

De acuerdo con el cuadro 3 del documento EB120/17, la Sede recibirá una gran proporción del presupuesto por programas en comparación con las oficinas regionales. La OMS continúa teniendo una presencia limitada en los países y se debería propiciar la descentralización. El orador observa con inquietud que, a tenor de la distribución propuesta, la asignación para la Región de África se reduce en un 0,5%, mientras que para otras regiones aumenta, hecho éste que no ha sido explicado por la Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración. Para dejar meridianamente claro su compromiso con África, la Directora General debería asignar a la Región de África el 30,8% del presupuesto por programas, el máximo permitido por el mecanismo de validación.

El Dr. AL-EISSAWI (Iraq), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, respalda el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, el marco de rendición de cuentas y el sistema de gestión del desempeño de la OMS, así como las metas de la Directora General y su voluntad de «lograr resultados a favor de la salud».

Respalda el proyecto de presupuesto por programas, que consigna un aumento del 16% sobre los gastos previstos y refleja la necesidad de los Estados Miembros de contar con el apoyo técnico y financiero de la OMS. El equilibrio entre las contribuciones señaladas y las voluntarias preservaría la identidad de la OMS y la responsabilidad y la tutela de los Estados Miembros sobre la labor de la OMS.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) elogia el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio y el proyecto de presupuesto por programas. Hubiera sido deseable más continuidad respecto de los presupuestos por programas anteriores, particularmente el correspondiente al ejercicio 2006-2007, y más información sobre los niveles de base.

No comparte la opinión de que las contribuciones señaladas de los Estados Miembros deban ir incrementándose de forma progresiva hasta alcanzar el equilibrio entre contribuciones señaladas y voluntarias. En el futuro previsible los recursos procedentes de contribuciones voluntarias probablemente aumentarán más que los del presupuesto ordinario. El Gobierno de su país reivindica para todos los organismos internacionales una política presupuestaria de crecimiento nominal cero, y aboga por la disciplina presupuestaria, la eficacia en la ejecución y el establecimiento de prioridades para los programas. No secunda, por tanto, el considerable aumento consignado en el anteproyecto de presupuesto por programas 2008-2009, especialmente después del aumento acordado para el ejercicio 2006-2007, e insta a la Directora General a presentar a la Asamblea de la Salud un presupuesto por programas debidamente revisado.

Con respecto a la propuesta relativa a contribuciones básicas negociadas, la Secretaría tiene libertad para explorar esa clase de financiación, en el entendimiento de que los distintos donantes tienen distintas exigencias en cuanto al uso de los recursos puestos a disposición de la OMS. En lo concerniente al plan decenal integrado de mejoras, la oradora pide que, en lugar de dos evaluaciones separadas, se someta a la consideración de los Estados Miembros un proyecto consolidado.

El Dr. SADASIVAN (Singapur) dice que los 16 objetivos estratégicos fijados en el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio requieren una cantidad importante de recursos. El proyecto de presupuesto por programas está en consonancia con las prioridades de la OMS. El orador expresa satisfacción por la asignación de US\$ 900 millones, o sea más del 20% del total, a la lucha contra las enfermedades transmisibles.

La erradicación mundial de la poliomielitis es factible y será uno de los logros distintivos de la OMS. Satisfecho por los recursos destinados a la vigilancia de las enfermedades transmisibles y la preparación para pandemias, propone que la OMS fije metas más inmediatas en dichas esferas, puesto que nadie conoce el momento ni el lugar en que podría comenzar una pandemia. Es partidario de facilitar asistencia técnica a los Estados Miembros para que refuerzen la fuerza laboral sanitaria, tanto incrementando el número de profesionales sanitarios como perfeccionando la combinación de calificaciones.

El proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio es amplio y ambicioso y la OMS debe mantener las 16 prioridades en constante revisión para poder alcanzar las metas y refundir aquellas iniciativas que entrañen duplicaciones.

El Dr. QI Qingdong (China) dice que la integración del proyecto de plan estratégico con el proyecto de presupuesto por programas es una medida útil. El Undécimo Programa General de Trabajo integra bien los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sintetiza y lleva a la práctica las enseñanzas aprendidas a lo largo de 60 años. El documento objeto de examen es novedoso tanto en su forma como en su contenido y establece con claridad los objetivos estratégicos a corto plazo. El orador está a favor de ese enfoque, que mejora la predictibilidad y continuidad de la labor futura.

El Gobierno de su país siempre ha sido favorable a incrementar el presupuesto por programas según aumenten las necesidades. La OMS tiene una función singular en los asuntos sanitarios mundiales y, para poder proporcionar una respuesta a los crecientes desafíos sanitarios, necesita un presupuesto por programas que le permita mantener su posición, inclusive mediante aumentos razonables de su financiación.

Las orientaciones estratégicas propuestas en el proyecto de plan estratégico son amplias y claras. El orador destaca que la medicina tradicional fortalece la constitución física, cura enfermedades difíciles y es un importante aspecto de la cultura y la civilización humanas. Bajo el liderazgo de la OMS, se comprenderá y reconocerá mejor y se realzará y potenciará más el papel de la medicina tradicional en materia de prevención y promoción. El proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio menciona la ceguera, y el orador hace hincapié en la carga psicológica y económica injustificada que ésta impone a quienes la padecen y a sus comunidades, en particular habida cuenta de que es prevenible en el 75% de los casos. La OMS debe llevar la iniciativa en la prevención mundial de esta enfermedad.

El Sr. ABOUBAKER (suplente del Sr. Miguil, Djibouti) pide una mayor predictibilidad de los fondos extrapresupuestarios, una alineación gradual de éstos con el presupuesto por programas, y un aumento de la proporción de los fondos no asignados a fines específicos en comparación con los fondos que están sujetos a condiciones excesivamente restrictivas. El presupuesto por programas debería tomarse como base para la asignación de los fondos extrapresupuestarios. También solicita que se asignen más recursos extrapresupuestarios para la lucha contra las enfermedades no transmisibles.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) reitera la inquietud en relación con la reducción del 0,5% de la parte asignada a la Región de África en el proyecto de presupuesto por programas, en comparación con el ejercicio 2006-2007. Dicha cifra, en apariencia insignificante, costará vidas en una región con elevadas tasas de paludismo, VIH/SIDA, malnutrición y otras afecciones, particularmente en mujeres

y niños. La proporción del presupuesto por programas asignada a la Región de África no debería reducirse sino incrementarse. La Región necesita inversiones en salud para poder cumplir los objetivos de desarrollo socioeconómico.

El Dr. SHANGULA (Namibia) se hace eco de la preocupación por la disminución de la proporción de los fondos asignados a la Región de África, una medida que quebranta el principio acordado varios años antes por la Asamblea de la Salud. Pide al Consejo que, para evitar prolongadas negociaciones durante la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, restablezca la proporción anterior. En los países ya se está apreciando un descenso de las actividades de la OMS como consecuencia de la limitación de fondos.

La Dra. SMITH (Dinamarca) dice que, teniendo presente el resultado de las deliberaciones relativas al presupuesto durante las últimas Asambleas de la Salud, un aumento global del 8,6% del nivel de las contribuciones señaladas es optimista. Ante la falta de orientación adecuada respecto a los mecanismos de ajuste en caso de que no se hagan efectivas las contribuciones voluntarias, para cumplir el mandato básico de la OMS es preciso tener una perspectiva nítida de las necesidades presupuestarias. A pesar del nuevo mecanismo de validación, la distribución de los fondos del presupuesto ordinario propuesta parece obedecer a la misma perspectiva histórica. ¿Están recibiendo todas las regiones la parte que les corresponde en virtud del nuevo procedimiento de validación? Para conservar su credibilidad, la OMS, responsable mundial de la labor técnica normativa, debiera obtener el grueso de su financiación de las contribuciones señaladas. El creciente desequilibrio entre el presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias podría tener efectos adversos para las prioridades de la OMS y debilitar la función rectora de los órganos deliberantes. La falta de claridad en lo concerniente a la asignación de fondos a las oficinas regionales para el bienio 2008-2009 es otro motivo de preocupación. Conocer los fondos disponibles les permitiría llevar a cabo las tareas prioritarias y retener al personal calificado.

El Gobierno de Bélgica suscribe esta declaración.

El Dr. JAKSONS (Letonia) hace suya la declaración del miembro representante de Dinamarca. El enfoque aprobado por el Consejo para la asignación estratégica de los recursos se basa en las necesidades y prioridades de los países y en una validación posterior de resultados. Las contribuciones voluntarias no deberían usarse para la planificación a largo plazo de las inversiones destinadas al desarrollo de los sistemas de salud. El orador destaca la función de la OMS en la prestación de apoyo sistemático y la coordinación de los donantes para emprender reformas sanitarias.

Los recursos presupuestarios deben utilizarse atendiendo a la costoeficacia y dentro del escrito plazo previsto. También se necesitan mecanismos para redistribuir los recursos en caso de que se demuestre que los resultados previstos no se materializan. La decisión respecto a cuáles de las funciones básicas de la OMS deberían estar centralizadas o descentralizadas y cómo se asignarían los recursos sobre dicha base debería considerarse con más detenimiento.

El Dr. INOUE (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) dice que el documento EB120/17, junto con el proyecto de plan estratégico y el proyecto de presupuesto por programas, ilustran el vínculo existente entre la estrategia a largo plazo y el ciclo presupuestario bienal, y presentan niveles de base y objetivos que facilitarían la supervisión. Si bien las contribuciones voluntarias negociadas son necesarias, los méritos relativos y las esferas de interés de cada país son diferentes. Las contribuciones voluntarias sirven para equilibrar, armonizar y alinear los intereses de la OMS, así como para la rendición de cuentas de los donantes (en algunos casos a los contribuyentes de la hacienda pública), con miras a asegurar la sostenibilidad. Ve con buenos ojos el diálogo entre la Secretaría y los Estados Miembros en relación con el futuro de las contribuciones voluntarias.

El Dr. NYIKAL (Kenya) subraya que las contribuciones voluntarias elevan los gastos de ejecución, fomentan la rigidez e inhiben el establecimiento de sistemas de salud congruentes. Por el modo en que se realizan, también hacen virtualmente imposible la instrumentación de planes estratégicos nacionales. Los

objetivos estratégicos 10, 11 y 13 son objetivos a largo plazo que no se pueden alcanzar con contribuciones voluntarias impredecibles. Exhorta a los países donantes y a los Estados Miembros a no utilizar las contribuciones voluntarias como arma para manipular a la OMS. Los países tienen intereses específicos, pero a veces resulta difícil discernir qué intereses son más importantes - los de los donantes o los de los beneficiarios. Éste es un tema que debería volver a examinarse.

El Dr. TANGI (Tonga) dice que, habida cuenta de la plétora de resoluciones adoptadas por el Consejo en los últimos años, en el futuro, antes de adoptar ninguna otra resolución sería prudente considerar las repercusiones financieras.

Los recursos presupuestarios deberían asignarse en función de la necesidad. Como Ministro de Salud de Tonga, acepta que los fondos de la OMS cubran solamente el 10% de los programas sanitarios de su país y que el apoyo adicional se recaude entre los donantes.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) se refiere en primer lugar al informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración (documento EB120/3), en concreto al párrafo 23, y dice que el Comité debería haber llegado a un consenso sobre la cuantía del incremento propuesto para el presupuesto. Se habían propuesto incrementos entre el cero y el 8,6%. Una reducción proporcional de las contribuciones señaladas podría dar lugar a la entrada de más fondos procedentes de contribuciones voluntarias asignadas. Algunas de las posibles maneras de evitar un desequilibrio de este tipo consistirían en aumentar las contribuciones señaladas para el bienio siguiente de acuerdo con la progresión ascendente de las necesidades sanitarias, y en mantener las contribuciones voluntarias asignadas en el nivel mínimo posible, dado su tendencia a distorsionar los sectores de programa prioritarios. Dichas contribuciones han de estar en consonancia con el presupuesto por programas y con el plan estratégico a plazo medio. La financiación adicional que pudiera recaudarse se debería destinar a mejorar la ejecución de los programas de la OMS y producir beneficios sanitarios efectivos, especialmente entre las mujeres en todo el mundo y la población de África.

En lo referente al proyecto de plan estratégico, se muestra partidario de la recomendación formulada por el miembro representante de Dinamarca acerca de la asignación de recursos. En cuanto concierne al proyecto de presupuesto por programas, acepta las observaciones consignadas en el párrafo 25 del documento EB120/3, en particular las referentes a los objetivos estratégicos 3, 12 y 13. Los objetivos estratégicos 1, 2 y 16 representan más de la mitad del presupuesto total. La cantidad que queda para los demás objetivos estratégicos es deplorablemente insuficiente, sobre todo la proporción asignada a las enfermedades no transmisibles, que según indican las pruebas son la principal causa de muerte e incapacidad en la mayoría de los países. La asignación prevista para el fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos los sistemas de información y la prestación de servicios, es insuficiente para asegurar servicios eficaces de control del paludismo, del VIH/SIDA y de la tuberculosis, y de la vigilancia de las infecciones agudas. La asignación de recursos basada en la selección de objetivos ha de reconocer la función vital que desempeña la atención primaria en todos los sistemas de salud.

Da su conformidad al incremento del 8,6% propuesto para las contribuciones señaladas y exhorta a revisar el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 antes de presentarlo a la consideración de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

El Dr. Antezana Aranibar asume la presidencia.

El Sr. SHIRALIYEV (Azerbaiyán) observa que muchas de las recomendaciones sobre las asignaciones presupuestarias están relacionadas con regiones o países determinados. Sería conveniente seguir las recomendaciones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, el cual ha analizado las prioridades médicas y socioeconómicas en todo el mundo.

El Dr. SALEHI (Afganistán) recibe con satisfacción el proyecto de plan estratégico. Las estadísticas sanitarias de la Región del Mediterráneo Oriental figuran entre las peores del mundo. En su propio

país, la mortalidad materna se cifra en 1600 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos, y uno de cada cuatro niños muere antes de cumplir cinco años a causa de una enfermedad prevenible.

Comparte las opiniones expresadas por los miembros representantes de Djibouti y el Iraq y se pronuncia a favor del proyecto de presupuesto por programas 2008-2009. La distribución de los recursos entre las distintas regiones ha de reflejar el mecanismo de validación de la asignación estratégica de recursos.

El Dr. MATHESON (Nueva Zelanda)¹ alaba la transparencia y la responsabilización del proceso de elaboración del presupuesto. No obstante, recibiría de buen grado más orientaciones sobre algunas áreas. Los informes objeto de examen ofrecen pormenores relativos a la mortalidad y al sufrimiento asociados a una enfermedad o una afección determinadas. Sin embargo, no ofrecen asesoramiento técnico para ayudar al Consejo a fijar prioridades generales en función de la carga impuesta por una enfermedad en comparación con otra, de las poblaciones afectadas por diversas enfermedades o de la etiología de la enfermedad. También le agradecería disponer de más información sobre las tendencias y previsiones sanitarias. Las repercusiones de las decisiones del Consejo abarcarán los próximos 10 años y deberían basarse en previsiones para el futuro además de información acerca del pasado.

El gasto anual mundial en salud ascendió a US\$ 3 000 000 millones, mientras que el gasto de la OMS fue de sólo US\$ 3700 millones. La cuestión es cuál es la mejor manera de emplear los magros recursos de la Organización para reducir la carga mundial de morbilidad. Pide más información sobre las relaciones existentes entre programas. Por ejemplo, se informa al Consejo de que la pobreza es la causa primordial del aumento de las tasas de tuberculosis, mientras que la falta de políticas racionales sobre la utilización de los medicamentos es la principal causa del aumento de la resistencia a los medicamentos antituberculosos. Desearía disponer de información más general acerca de las acciones que está desplegando la Organización, antes que de información sobre aspectos técnicos específicos.

El Sr. VAN DER HOEVEN (Países Bajos)¹ expresa la preocupación de su país, uno de los 10 principales contribuyentes al presupuesto de las Naciones Unidas, por el creciente desequilibrio entre el presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias. La OMS es el organismo internacional que tiene la responsabilidad mundial de la labor normativa y la asistencia técnica en materia sanitaria. En aras de su credibilidad y su integridad, una proporción significativa del presupuesto debería financiarse por conducto de contribuciones señaladas, no voluntarias. La OMS está en vías de convertirse simplemente en un fondo de las Naciones Unidas financiado por un reducido grupo de donantes, y éste no es un camino recomendable.

La Secretaría propone un aumento del 16% del presupuesto ordinario para 2008-2009, comprendido el aumento del 8,6% de las contribuciones señaladas. Todo aumento del presupuesto debería financiarse mediante un aumento de las contribuciones señaladas que fuera como mínimo del mismo porcentaje; de lo contrario, no se haría sino agravar el desequilibrio. Por consiguiente, se opone a las propuestas presupuestarias de la Directora General. La contribución voluntaria actual de los Países Bajos está en consonancia con las prioridades de la OMS, y el orador aplaude la propuesta de introducción de un sistema de contribuciones voluntarias negociadas.

La Sra. NGAUNJE (Malawi)¹ dice que la carga de morbilidad de África continúa su progresión ascendente y que deberían asignarse más recursos a fin de poder alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Debería darse más impulso a las oficinas regionales y nacionales, pero actualmente muchas oficinas nacionales están reduciendo su nivel de actividad debido a la escasez de recursos. No está a favor de la propuesta de reducir un 0,5% la asignación presupuestaria a la Oficina Regional para África.

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

La Sra. HALTON (Australia), quien hace uso de la palabra en su calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que las observaciones formuladas por los miembros serán una valiosa contribución a las deliberaciones del Comité y ayudarán a la Secretaría en su revisión de la documentación relativa al presupuesto.

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General) dice que la Secretaría ha tomado nota de las observaciones y las tendrá en cuenta para idear un enfoque, a más largo plazo, más estratégico, más transparente y más responsable. Asimismo, toma nota de las observaciones específicas sobre temas tales como sistemas de salud, seguridad sanitaria y brotes epidémicos, salud sexual y reproductiva, enfermedades no transmisibles y colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas.

El Consejo se congratula del enfoque esbozado en el Plan Estratégico a Plazo Medio, es decir, de un único presupuesto integrado aprobado por los órganos deliberantes y financiado por medio de contribuciones señaladas, contribuciones voluntarias básicas negociadas y contribuciones voluntarias específicas. La Secretaría seguirá dialogando con todos los Estados Miembros a fin de acordar un nivel razonable de contribuciones señaladas, así como con los donantes de contribuciones voluntarias específicas. Al revisar la documentación relativa al presupuesto también se tendrán en cuenta las observaciones concernientes al mecanismo de validación. Sin embargo, éste se utiliza para analizar retrospectivamente lo que ya se ha hecho, y no es un instrumento de asignación presupuestaria.

Se proporcionará una explicación más minuciosa del aumento del presupuesto propuesto, con inclusión de las diferencias entre el proyecto de presupuesto por programas y los presupuestos anteriores, las razones por las cuales se solicita un aumento del presupuesto, los resultados previstos, los incrementos de costo a los que habrá que hacer frente, y las áreas que verán reducidas sus actividades.

La DIRECTORA GENERAL dice sentirse animada por el amplio respaldo dado por los miembros al proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio. El presupuesto es fruto de un laborioso proceso; no se puede contentar a todos. La Organización debe funcionar de forma eficiente dentro de los límites de los recursos de que dispone y sería preciso obrar con disciplina en muchos campos.

Al ultimar el proyecto de presupuesto por programas para su presentación a la Asamblea de la Salud tendrá presentes las principales cuestiones destacadas en las deliberaciones con los órganos deliberantes, que también reflejan las prioridades por ella declaradas cuando fue elegida. Ha intercambiado opiniones con los Directores Regionales respecto a la mejor manera de asignar los recursos. Evidentemente, no todos estarán contentos con todas las decisiones que se tomen, pero el proceso se llevará a cabo con transparencia y responsabilidad.

Después de asignar los recursos será preciso decidir todos los pormenores relativos a cómo habrán de ejecutarse los programas empleando dichos recursos. Será preciso desplegar actividades transversales y crear sinergias entre los programas. Los Directores Regionales se han comprometido a introducir actividades interregionales en esferas tales como la erradicación de la poliomielitis. Hay renovado entusiasmo acerca del concepto de «una sola OMS», una Organización transparente y responsable que produzca resultados.

Toma nota de la propuesta del miembro representante de Letonia; si los programas no se ejecutan de conformidad con los plazos convenidos, ella o los Directores Regionales deberían poder retirar los recursos correspondientes y transferirlos a otros proyectos. Este tema también es una cuestión de disciplina presupuestaria.

Muchos oradores han hecho observaciones acerca del elevado número de resoluciones adoptadas por los órganos deliberantes, todas las cuales tienen repercusiones presupuestarias. Evidentemente, ella no podrá dar aplicación a dichas resoluciones si no cuenta con los recursos necesarios: si fuera éste el caso, debería dar a algunos programas mayor prioridad que a otros. En eso consiste su trabajo como principal funcionaria administrativa y técnica de la Organización, y ella hará su trabajo, aún siendo consciente de que eso no despertará precisamente simpatías por su persona.

Otro aspecto relacionado con la disciplina presupuestaria es la necesidad de tomar una decisión colectiva sobre las áreas a las que dará menos prioridad si no se dispone de los recursos necesarios para la

ejecución. La Organización no puede seguir indefinidamente haciendo más trabajo con menos recursos sin comprometer la calidad. La oradora trabajará en colaboración con los Directores Regionales, los Subdirectores Generales y los Directores de Gestión del Programa para mejorar el desempeño de la OMS, orientada por de las recomendaciones del Consejo.

El PRESIDENTE invita al Consejo a considerar el anteproyecto de presupuesto por programas 2008-2009, empezando por los objetivos estratégicos resumidos en las páginas 129 a 145 del documento.

Objetivos estratégicos 1 a 5

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que presentará por escrito observaciones técnicas sobre los objetivos estratégicos.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) pone en entredicho la utilización de las palabras «trastornos mentales» en la definición del objetivo estratégico 3. Prefiere el término más general de «salud mental». La Organización debería examinar con mayor atención los problemas que están surgiendo en el mundo - por ejemplo, el genocidio en su propio país y los conflictos en el Afganistán, el Iraq y el Líbano - y sus efectos sobre la salud mental. La salud mental es fundamental para la estrategia y la política sanitarias de Rwanda, que ha de hacer frente al trauma psicológico sufrido por las personas que vivieron el genocidio cuando eran niños. Del mismo modo, el objetivo estratégico 5 trata de las consecuencias inmediatas de los conflictos para la salud, sin tener en cuenta el trauma físico y psicológico que conllevan.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) se muestra preocupado porque el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio y el proyecto de presupuesto por programas no incluyen la prevención de la ceguera y las discapacidades visuales de forma específica, sino de forma más general, entre las afecciones crónicas no transmisibles del objetivo estratégico 3. Recordando que en la resolución WHA59.25 se pidió al Director General que diera prioridad a la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables y, más concretamente, que las incorporara al plan estratégico y al presupuesto por programas, el orador sugiere que tengan una asignación presupuestaria apropiada. La OMS cuenta con sólidas asociaciones mundiales en ese campo; las intervenciones son sumamente costoeficaces, y la Organización debería predicar con el ejemplo en cuanto a comprometer fondos se refiere.

La Dra. ALLEN-YOUNG (Jamaica) sugiere que, en vez de intentar elucidar las prioridades de los asuntos en la presente reunión, a su regreso los miembros podrían entablar un diálogo con las oficinas en los países. Las prioridades fijadas en el proyecto de plan estratégico y en el proyecto de presupuesto por programas se podrían adaptar a los planes nacionales. De ese modo, se generaría un efecto de «filtración»: de la OMS a las regiones y de éstas a los países.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia), refiriéndose a las observaciones del miembro representante de Rwanda, dice que, según entiende él, las prioridades del proyecto de plan estratégico y el proyecto de presupuesto por programas, incluidos los objetivos estratégicos, se fijaron de acuerdo con las necesidades y los deseos de los Estados Miembros. No es partidario de ampliar los objetivos. La salud en general es el «hilo de oro» que entreteje todas las actividades y los objetivos propuestos.

El Dr. TANGI (Tonga) hace suyas las observaciones del miembro representante de Bahrein en relación con la prevención de la ceguera, a la que debería darse adecuada cobertura en el objetivo 3. Expresa dudas acerca de que los aumentos del presupuesto recomendados lleguen a hacerse realidad. La Directora General debería, pues, abordar la cuestión de la reasignación presupuestaria. Al objetivo estratégico 3 se le deberían asignar más fondos de los consignados actualmente en el proyecto de presupuesto por programas.

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) hace hincapié en los servicios de salud escolar, que no reciben la atención adecuada ni asignaciones presupuestarias en cantidad suficiente. Alrededor de un tercio de la población de todas las comunidades asiste a algún tipo de escuela. El éxito de todos los programas de salud podría medirse en función de la eficacia de los servicios de salud escolar y, en última instancia, comunitaria.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) observa que el envejecimiento de la población representa en las sociedades de Europa y de otras regiones una carga cada vez mayor. Por consiguiente, la asignación consignada en el objetivo estratégico 4 para la promoción del envejecimiento activo y saludable debería ser mayor.

La Dra. LE GALÈS-CAMUS (Subdirectora General) dice que el empleo del término «trastornos mentales» en vez de «salud mental» en el objetivo estratégico 3 refleja el énfasis en la prestación de atención y servicios a las personas que padecen dichas afecciones. Ello no significa que vaya a desatenderse la promoción de la salud mental. Quizás no sea suficientemente evidente, pero la promoción de la salud mental forma parte del objetivo estratégico 3. La salud mental de las víctimas de situaciones de emergencia, desastres y crisis se aborda de forma más específica en el marco del objetivo estratégico 5, concretamente en el indicador 5.3.3. En lo que concierne a la prevención de la ceguera, ésta se aborda en el marco del objetivo estratégico 3, en concreto en el resultado previsto 3.5 y en los indicadores 3.2.5 y 3.3.5, todos los cuales tratan de la prevención de las discapacidades visuales, entre ellas la ceguera.

Objetivos estratégicos 6 a 9

El PRESIDENTE dice que, al no haber observaciones, considera que los miembros dan su conformidad a los objetivos estratégicos 6, 7, 8 y 9.

Objetivos estratégicos 10 a 14

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) dice que en los objetivos estratégicos 10 a 14 no encuentra ninguna referencia a la economía sanitaria, que actualmente es un aspecto primordial, como tampoco a la gestión integral de la calidad. Esta última es fundamental para la eficacia de la supervisión y la evaluación.

El Dr. NYIKAL (Kenya) encomia la vinculación de los objetivos estratégicos del proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 con las áreas de trabajo del bienio 2006-2007. En relación con el objetivo estratégico 14, dice que la financiación de la atención de salud es un gran reto. En muchos países, entre ellos Kenya, los pagos directos representan una parte sustancial del gasto total en salud, lo que de hecho significa que la mayoría de las personas pobres tienen escaso o ningún acceso a los servicios de salud. Celebra el aumento del 40% de la asignación correspondiente a las actividades contempladas en el objetivo estratégico 14; no obstante, la asignación equivale apenas al 2% del proyecto de presupuesto total para el periodo 2008-2009, y no es suficiente. En la batalla contra la pobreza, los gobiernos necesitan ayuda para identificar las fuentes sostenibles de financiación de la salud. Los sistemas de salud y la infraestructura sanitaria no mejorarán si no se toma en consideración la financiación de la salud.

El Dr. EVANS (Subdirector General) señala que el objetivo estratégico 14 consta de seis subsecciones que, consideradas en su conjunto, corresponden a la cuestión general de la economía de la salud y abordan aspectos tales como el diseño del sistema financiero, la movilización de recursos, la imputación de los gastos, la determinación de los costos y la eficacia de las intervenciones, y el fortalecimiento de la financiación de la salud. Coincide con el miembro representante de Kenya en que la financiación de los sistemas de salud es crucial prácticamente para todos los objetivos estratégicos. La gestión integral de la

calidad está incluida en el objetivo estratégico 10, concretamente en el indicador 10.2.1; la OMS concede especial atención a la gestión integral de la calidad y a la garantía de la calidad para reforzar los sistemas de salud, tal como se destaca en el documento EB120/38 Add.1 y se desprende de las deliberaciones habidas el día anterior.

Objetivos estratégicos 15 y 16

El Dr. BUSS (Brasil) sugiere fortalecer la función directiva de la OMS en materia de diplomacia sanitaria, esfera que ha ido cobrando creciente importancia en razón de los problemas sanitarios transfronterizos, como son las epidemias de enfermedades. La diplomacia sanitaria facilita las relaciones entre los asociados y los países receptores, mejora la coordinación entre los donantes a escala nacional, y favorece la formación del personal en los países receptores para aprovechar los recursos de manera más eficaz. El Brasil está diseñando programas de formación en diplomacia sanitaria nacional e internacional.

Los indicadores de los objetivos estratégicos también deberían evaluar el grado de éxito de la OMS en el cumplimiento de su función de coordinación internacional de las iniciativas sanitarias.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) recuerda que el difunto Dr. Lee había iniciado un proceso encaminado a reducir los gastos administrativos y destinar más recursos a los asuntos técnicos en el plano regional, y solicita la opinión de la Directora General al respecto.

La Sra. HENDRY (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte),¹ se muestra complacida por el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio y dice que algunos ajustes al documento ante el Consejo permitirían definir con mayor nitidez las funciones y prioridades de la OMS. Así pues, propone concentrar más los objetivos estratégicos combinando los objetivos estratégicos 1 y 2 del modo siguiente: «reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles, entre ellas el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo». También se podrían combinar los objetivos estratégicos 10, 11, 13 y 14 en el siguiente enunciado: «mejorar la gobernanza, la organización, la gestión, la dotación de personal, la sostenibilidad de la financiación, la accesibilidad y la prestación de servicios de salud mediante un enfoque de sistemas de salud con base científica...». Tales modificaciones reducirían a 11 el número de objetivos.

En cuanto a la reforma del sistema de las Naciones Unidas y teniendo presentes las positivas palabras de la Directora General sobre el ejercicio con países piloto, sugiere añadir las palabras «el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas» a continuación de «países» en el objetivo estratégico 15, el cual rezaría entonces así: «proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo». Además, sugiere agregar otro indicador al resultado previsto 15.2: «Número de países donde la OMS participa plenamente en los programas piloto de 'una sola ONU'».

La DIRECTORA GENERAL dice que ha tomado nota de los principales puntos planteados por los miembros. En respuesta a las observaciones formuladas por el miembro representante del Brasil y por el representante del Reino Unido, señala que las asociaciones son una de sus seis áreas básicas de trabajo y tienen mucha importancia, dada la proliferación de asociados para la salud pública mundial habida durante los 10 ó 15 últimos años. Ante ese nuevo panorama, para la OMS es sumamente importante identificar sus ventajas comparativas y sus áreas básicas de trabajo, tanto en la Sede como en las regiones. Induda-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

blemente, la OMS no debe duplicar los esfuerzos de los demás asociados. Así pues, antes de embarcarse en cualquier iniciativa, la OMS debe preguntarse qué debe hacer, qué puede hacer y qué no debe hacer.

Coincide en que la diplomacia sanitaria es una esfera que está adquiriendo progresiva importancia. Últimamente ha habido numerosos ejemplos de asuntos de salud pública primordiales que exigen la participación no sólo de los ministros de salud sino también de los de asuntos exteriores. La OMS abordará la diplomacia sanitaria en conjunción con su labor en otra área estrechamente relacionada como es la seguridad sanitaria.

En cuanto concierne a la reforma del sistema de las Naciones Unidas, agradece la sugerencia del representante del Reino Unido e intentará por todos los medios que se proceda en consecuencia.

Por último, respondiendo a la solicitud del miembro representante de Bahrein, dice que dará continuidad al legado del Dr. Lee y pondrá todo su empeño en reducir los costos de transacción de las actividades de la OMS. El Director General interino redujo los gastos generales de todos los grupos orgánicos, y la oradora seguirá procurando realizar economías adicionales y ganar en eficiencia con miras a destinar más recursos a los programas técnicos.

Se levanta la sesión a las 12.30 horas.

OCTAVA SESIÓN

Jueves 25 de enero de 2007, a las 14.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. ASUNTOS PROGRAMÁTICOS Y PRESUPUESTARIOS: punto 5 del orden del día
(continuación)

Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio, incluido el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 (continuación)

- **Bienes inmuebles: proyecto de plan de mejoras** (documentos EB120/18 y Corr.1 y EB120/18 Add.1)

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) acoge con agrado la elaboración del proyecto de plan de mejoras y se manifiesta complacida de que la Secretaría adopte un enfoque a largo plazo de la planificación de las necesidades de bienes inmuebles. Tal como ha acordado el Comité de Programa, Presupuesto y Administración, es fundamental que se determinen las necesidades de instalaciones y los cálculos de costos de éstas, se establezcan prioridades y se prevean las obras necesarias de manera escalonada a fin de distribuir los costos.

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra como Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que el Comité ha pedido a la Secretaría que incluya las necesidades financieras del plan de mejoras en los presupuestos por programas de la Organización como una única línea presupuestaria. El Comité ha sugerido que los gastos propuestos se distribuyan a lo largo de todo el periodo del plan;¹ actualmente se concentran en los primeros años. El Comité ha acogido con satisfacción el plan integrado, que proporciona una panorámica de las necesidades y debería permitir un mantenimiento y reposición ordenados del capital.

La Sra. SCHAEER BOURBEAU (Suiza)² acoge con satisfacción el plan, que presenta un enfoque coordinado de los servicios de la Organización, identificando necesidades y estableciendo las prioridades de guiarán las actividades. Todas las organizaciones internacionales deben reservar recursos suficientes de su presupuesto para cubrir sus gastos en infraestructura. Sin embargo, los recortes en el mantenimiento de edificios, que a menudo son una medida económica aplicada en una fase temprana en épocas de limitaciones presupuestarias, pueden conllevar un aumento de los gastos a largo plazo, así como riesgos de seguridad. Desde hace un tiempo, el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles carece de fondos suficientes, y se necesitarán inversiones para rectificar esta situación. Deben hacerse esfuerzos a fin de cubrir el déficit previsto de US\$ 22 millones para gastos de capital con cargo al proyecto de presupuesto por programas 2008-2009.

La seguridad está adquiriendo una importancia cada vez mayor y el Consejo necesita un mejor panorama general de las medidas de seguridad que se están tomando. Las reformas en curso para garantizar una mayor coordinación en el sistema de las Naciones Unidas pueden conllevar más posibilidades de ahorro, por ejemplo oficinas conjuntas, como se menciona en los párrafos 15 y 16 del documento EB120/31, que se examinarán más adelante.

¹ Documento EB120/3.

² Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

El PRESIDENTE sugiere que los miembros del Consejo tomen nota del informe y pidan a la Secretaría que vele por que el plan de mejoras se aplique de la mejor manera posible.

Así queda acordado.

- **Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009** (documentos EB120/17, MTSP2008-2013/PPB2008-2009 y Corr.1) (continuación de la séptima sesión)

El Dr. INOUE (suplente del Dr. Shinozaki, Japón), refiriéndose al aumento del 8,6% en el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 con respecto al bienio anterior, dice que la postura del Japón es similar a la expresada por el miembro representante de los Estados Unidos de América en la sesión anterior, a saber, que los presupuestos de todas las organizaciones internacionales deben tener un crecimiento nominal nulo. El mantenimiento de la disciplina fiscal es un principio importante. La necesidad de fortalecer las funciones de la OMS en determinados ámbitos no implica una aprobación automática de un aumento de presupuesto de esas proporciones. La disciplina presupuestaria y los aumentos en los resultados no son mutuamente excluyentes. Pueden lograrse nuevos objetivos mediante una reasignación en función de las necesidades de los países, las prioridades y los resultados previstos; puede ahorrarse por medio de la eficiencia operacional, y puede pedirse apoyo a los asociados, incluidas otras organizaciones de las Naciones Unidas. A través de su sabiduría colectiva y la reforma administrativa en curso, la Organización debería poder lograr que su dinero funcione de manera más eficaz y eficiente, sin necesidad de aumentar el presupuesto ordinario.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) pide aclaraciones acerca de las repercusiones del crecimiento nominal nulo, que en la práctica constituye un crecimiento negativo, una vez que se han tenido en cuenta la inflación y los aumentos de los sueldos. ¿Tendrá la reducción de los gastos una influencia importante en las actividades de la OMS? Es importante entender las consecuencias de las diversas propuestas antes de tomar una decisión.

El Dr. INOUE (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) reconoce la preocupación expresada por el orador anterior y dice que, según tiene entendido, los sueldos representan más del 50% del presupuesto por programas. No obstante, los sueldos no siempre aumentan cada bienio, ya que el personal superior que se jubila puede ser sustituido por personal más joven con niveles de sueldos más bajos. Pide más información sobre los costos y la dotación de personal. Por ejemplo, ¿significa el aumento del 8,6% que la cantidad de personal aumentará?

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General) dice que a su debido tiempo se facilitarán explicaciones más detalladas sobre el aumento propuesto. Por el momento, indica que los cambios en las actividades en las cinco áreas en las que se ha indicado que se necesitan aumentos representan aproximadamente US\$ 410 millones. El principal aumento de los costos se debe a la depreciación del dólar de los Estados Unidos, que ha acarreado pérdidas de entre US\$ 50 millones y US\$ 100 millones en los dos últimos bienios. Los aumentos de los costos de personal son modestos, y ascienden aproximadamente al 2%. Sin embargo, la contribución de la OMS a los costos de seguridad del régimen común ha aumentado notablemente, pasando de US\$ 6 millones en el bienio 2004-2005 a US\$ 17 millones en 2006-2007, y se prevé que aumente todavía más hasta alcanzar los US\$ 23 millones en 2008-2009. La OMS está avanzando y, por tanto, la mayoría de los resultados previstos que aparecen en el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 son nuevos.

La Sra. HENDRY (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)¹ se complace del compromiso de la Directora General con la disciplina presupuestaria y el establecimiento riguroso de prioridades, así como de que se haya dejado atrás la dependencia de las contribuciones voluntarias con fines específicos. La OMS debe examinar atentamente su mandato fundamental, determinar sus prioridades y concentrarse en ellas con el fin de elaborar un presupuesto realista durante los seis años del Plan Estratégico a Plazo Medio. La representación gráfica del aumento total propuesto hasta 2015 que se ha presentado al Comité de Programa, Presupuesto y Administración ha sido recibida con cierta sorpresa por el Ministerio de Finanzas de su Gobierno.

La oradora apoya la opinión, expresada por algunos miembros del Consejo, de que las necesidades financieras para el plan de mejoras se deben incorporar en las negociaciones presupuestarias generales. La OMS debe buscar otras vías de financiación, como la racionalización de los bienes inmuebles y del alojamiento en el extranjero, quizás con mayor apoyo por parte de los países anfitriones, antes de pedir aumentos de las contribuciones voluntarias de los Estados Miembros. El proceso de reforma de las Naciones Unidas también puede ofrecer más oportunidades de ahorro.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) pregunta si el Consejo tiene intención de presentar una opinión oficial sobre las propuestas de presupuesto por programas a la Asamblea de la Salud y pide que se aclaren los procedimientos a seguir para continuar elaborando las propuestas.

La DIRECTORA GENERAL responde que tendrá en cuenta las observaciones formuladas por los miembros del Consejo y celebrará más consultas con los Estados Miembros. A continuación procederá a las asignaciones de recursos de la manera convencional y presentará las propuestas a la Asamblea de la Salud. La asignación nunca es un proceso fácil, y será imposible complacer a todos. Está convencida de que próximamente se recibirán suficientes recursos para financiar las actividades propuestas.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) señala que es importante consultar a los países menos adelantados, donde las necesidades son mayores, así como a los principales contribuyentes.

La DIRECTORA GENERAL asegura al Consejo que sus consultas serán de carácter amplio.

El PRESIDENTE señala que se tendrán en cuenta las observaciones del Consejo y dice que corresponderá a la Asamblea de la Salud decidir el nivel del proyecto de presupuesto por programas.

2. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo: punto 4.2 del orden del día (documentos EB120/5 y EB120/5 Add.1) (continuación de la tercera sesión, sección 2)

El PRESIDENTE invita al Consejo a que examine el proyecto revisado de resolución sobre el paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo, cuyo texto es el siguiente:

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre el paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo;¹

Preocupado porque observando que son escasos los países con paludismo endémico que han hecho progresos sustanciales hacia los **objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración** ~~Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas~~ relacionados con el paludismo, **y porque algunos países no han cumplido aún el compromiso de aumentar sus presupuestos nacionales que adquirieron al adoptar la Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas;**

Observando pero observando asimismo que están surgiendo valiosas oportunidades en forma de nuevos instrumentos y estrategias más definidas, y que está creciendo el impulso para expandir las intervenciones de control del paludismo y aumentar los recursos financieros en los países y a nivel mundial,

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Habiendo examinado el informe sobre el paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo;

Preocupada por que el paludismo sigue causando más de un millón de defunciones prevenibles cada año;

Observando que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; el Programa de Estímulo del Banco Mundial para la Lucha contra el Paludismo; la Fundación Bill y Melinda Gates; la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo; y otros donantes han aportado importantes recursos;

Acogiendo con agrado la contribución a la movilización de recursos para el desarrollo que suponen las innovadoras iniciativas voluntarias de financiación adoptadas por varios grupos de Estados Miembros y, a ese respecto, observando las actividades del Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) y del mecanismo internacional de financiación para sufragar programas de inmunización, y la intención de poner en marcha un proyecto piloto en el marco de la iniciativa de compromisos de adquisición por adelantado;

Recordando que la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades figuran entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas;

Consciente de que es necesario reducir la carga mundial de paludismo con miras a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad en la niñez en dos tercios para 2015 y a contribuir a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna y erradicar la pobreza extrema;

1. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que apliquen en sus contextos específicos las políticas, las estrategias y los instrumentos recomendados por la OMS, y a que establezcan políticas nacionales basadas en la evidencia, planes operacionales y sistemas de seguimiento y evaluación

¹ Documento EB120/5.

² En el documento EB120/5 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

basados en el desempeño a fin de extender masivamente la cobertura de las principales intervenciones preventivas y curativas en las poblaciones en riesgo, así como de evaluar con prontitud y eficacia el desempeño de los programas y la cobertura y el impacto de las intervenciones, usando en particular la base de datos de perfiles de los países de la OMS;

2) a que asignen recursos nacionales e internacionales, tanto humanos como financieros, para prestar apoyo técnico a fin de que se apliquen eficazmente las estrategias más adaptadas a la situación y la epidemiología locales y se llegue a las poblaciones destinatarias;

3) a que retiren del mercado, o retiren su autorización de comercialización, **en el sector público y en el privado**, las monoterapias de artemisinina oral, **es decir, las artemisininas utilizadas en solitario, sin asociarlas a otro fármaco, y que promuevan el uso de los tratamientos combinados con artemisinina, apliquen políticas que prohíban la fabricación o falsificación de medicamentos antipalúdicos**, y vealen por que los órganos de financiación dejen de **facilitar** ~~adquirir~~ dichas monoterapias u otros medicamentos, ~~incluidos antirretrovirales precalificados, de los fabricantes que siguen comercializando monoterapias de artemisinina;~~

4) a que levanten los impuestos y aranceles que gravan los mosquiteros, medicamentos y otros productos necesarios para el control del paludismo, a fin de reducir el precio de esos productos básicos para los consumidores y de estimular un comercio más competitivo de esos productos; **a que determinen y apliquen medios apropiados para que se disponga a bajo costo o gratuitamente de medicamentos eficaces, mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, y otros productos que indique la OMS;**

5) a que dispongan en sus legislaciones el recurso pleno a las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención;

2. PIDE a las organizaciones internacionales:

1) que presten apoyo a los países para expandir **el uso de tratamientos combinados con artemisinina apropiados para las circunstancias de farmacorresistencia locales, la lucha antivectorial integrada que comprenda la utilización de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración, y el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual apropiados y seguros, según indique la OMS de conformidad con el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, las tres intervenciones principales: manejo de los casos con tratamientos combinados basados en la artemisinina, rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual, y uso de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, conforme a lo indicado por la OMS**, así como para utilizar sistemas de seguimiento y evaluación, incluida la base de datos de países, desarrollados por la OMS;

2) que aporten más fondos a los diversos mecanismos de financiación de la lucha contra el paludismo, de manera que puedan seguir prestando apoyo a los países, y canalizar los recursos adicionales, a fin de garantizar la asistencia técnica requerida para que puedan ser absorbidos y usados eficazmente en los países;

3) **que presten apoyo al aumento de la capacidad de los países en desarrollo para fabricar y distribuir medicamentos apropiados y mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración;**

3. PIDE a la Directora General:
- 1) que adopte medidas para identificar las lagunas de conocimientos existentes en materia de control del paludismo; **proporcionar apoyo al** ~~apoyar el~~ desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias; estimar con más exactitud la carga mundial de morbilidad y determinar las tendencias; desarrollar nuevos instrumentos y métodos para evaluar el impacto y la costoeficacia de las intervenciones; reforzar las actuales investigaciones de la OMS sobre el paludismo, en particular las del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales; y proporcionar apoyo técnico a los países para llevar a cabo investigaciones operacionales y sobre ejecución que determinen las posibles alternativas para asegurar una cobertura adecuada de las intervenciones antipalúdicas;
 - 2) que refuerce y racionalice los recursos humanos dedicados al paludismo descentralizando al personal a nivel de país, mejorando así la capacidad de las oficinas de la OMS en los países para ayudar a los programas nacionales de salud a coordinar a los asociados para prevenir y controlar el paludismo; **y que proporcione orientación técnica para el manejo de la lucha antipalúdica en los campamentos de refugiados y en las emergencias complejas;**
 - 3) **que reúna al Programa Mundial de la OMS sobre Paludismo, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el sector académico, empresas farmacéuticas y biotecnológicas pequeñas y grandes, Estados Miembros interesados, consejos de investigaciones médicas, y fundaciones en un foro permanente con el fin de mejorar la coordinación entre las diversas partes interesadas en la lucha contra el paludismo;**
 - 3)4) que informe a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución;
4. RESUELVE:
- 1)¹ que el 25 de abril de cada año, **o en la fecha o fechas que cada Estado Miembro determine**, se celebre el Día ~~Mundial~~ del Paludismo, a fin de fomentar la educación sobre esta enfermedad y difundir la idea de que se trata de un azote mundial prevenible y de una dolencia curable;
 - 2) **que el Día del Paludismo suponga la culminación de un año entero de aplicación intensificada de las estrategias nacionales de lucha antipalúdica, incluidas las actividades comunitarias de prevención y tratamiento del paludismo en las zonas epidémicas, así como una ocasión para informar al público en general acerca de los obstáculos surgidos y los progresos realizados en la lucha contra el paludismo.**

Las repercusiones financieras revisadas son:

- a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** Para cumplir la función de liderazgo de la OMS en el apoyo a la aplicación de las estrategias y directrices revisadas para el control del paludismo en todo el mundo,

¹ [Se formularon propuestas para suprimir este párrafo y para que la fecha no fuera el 25 de abril. El presente texto es una de las opciones posibles.]

se necesitarán aproximadamente US\$ 1302,5 millones para todo el decenio (incluido el bienio 2006-2007). Estos costos se ajustan al plan de trabajo del bienio actual y al aumento necesario de acuerdo con el Plan Estratégico a Medio Plazo y los objetivos estratégicos correspondientes.

b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 137 millones más US\$ 1 millón necesario para el apoyo mundial al Día Mundial del Paludismo en 2007 y US\$ 250 000 para ayudar al foro permanente a mejorar la coordinación.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que deben aclararse las palabras «la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo», en el tercer párrafo del preámbulo. Propone suprimir las palabras «u otros medicamentos» del párrafo 1(3), ya que en algunos ámbitos se continúan utilizando medicamentos antipalúdicos distintos de los tratamientos combinados basados en la artemisinina y se ha demostrado que son eficaces. Para evitar una repetición innecesaria, debe suprimirse el párrafo 2(3), y debe modificarse el principio del párrafo 2(1) para que rece «que presten apoyo para la creación de capacidad en los países en desarrollo con el fin de expandir...».

El Dr. SOMSAK AKKSILP (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) recuerda que en el documento *WHO guidelines for the treatment of malaria*, publicado en 2006, la monoterapia se define como «tratamiento antipalúdico con un único medicamento (ya sea con un único compuesto activo o una combinación sinérgica de dos compuestos con mecanismos de acción relacionados)». Para lograr mayor claridad, debe modificarse el principio del párrafo 1(3) para que rece: «a que prohíban la práctica, en el sector público y en el privado, de las monoterapias de artemisinina oral...», ya que lo que debe prohibirse es la práctica en sí misma, y no la comercialización del producto.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América), refiriéndose al cuarto párrafo del preámbulo, sugiere la supresión de las palabras «y del mecanismo internacional de financiación para sufragar programas de inmunización, y la intención de poner en marcha un proyecto piloto en el marco de la iniciativa de compromisos de adquisición por adelantado» ya que no ve cuál es su relevancia en relación con el paludismo. Apoya la propuesta del miembro representante de Namibia de suprimir las palabras «u otros medicamentos» del párrafo 1(3). Para mantener la coherencia con el texto de la resolución 61/228 de la Asamblea General de las Naciones Unidas titulada «2001-2010, Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África», el texto del párrafo 1(4) debe modificarse para que rece: «a que aumenten el acceso a tratamientos antipalúdicos combinados que sean asequibles, seguros y efectivos, tratamiento preventivo intermitente durante los embarazos, mosquiteros impregnados de insecticida, incluso distribuyéndolos gratuitamente si fuera necesario, e insecticidas para la fumigación de interiores con efecto residual para luchar contra el paludismo teniendo en cuenta las normas, pautas y directrices internacionales pertinentes». El párrafo 1(5) debe sustituirse por el siguiente texto de la resolución WHA59.24: «a que alienten a que en los tratados comerciales se tengan en cuenta las flexibilidades contempladas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio», y a fin de permitir mayor flexibilidad, debe suprimirse la palabra «permanente» del párrafo 3(3).

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) apoya el proyecto de resolución, pero recuerda las observaciones formuladas anteriormente por México sobre la participación de la comunidad y los mecanismos para el control de vectores, que no se han reflejado en él. En consecuencia, sugiere la incorporación en el texto de los términos de la resolución CD46.R13 del Consejo Directivo de la OPS, en que se insta a los Estados Miembros «a que apliquen métodos integrados de prevención y control del paludismo mediante la colaboración multisectorial y la participación corresponsable de la comunidad», y «a que propongan reducir los factores de riesgo de la transmisión mediante el control integrado de los vectores, [y] promuevan el mejoramiento de las condiciones locales y ambientales y los entornos saludables...».

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), refiriéndose a las observaciones del miembro representante de los Estados Unidos, señala que las disposiciones del cuarto párrafo del preámbulo son coherentes con el párrafo 5 de la resolución 61/228 de la Asamblea General. En beneficio de la claridad, podría incluirse una referencia al origen del texto como nota a pie de página.

El Dr. NYIKAL (Kenya) señala que, puesto que el objetivo del párrafo 1(5) es aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los medios de diagnóstico y las tecnologías preventivas, pide que se aclare la enmienda propuesta por los Estados Unidos.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) se ofrece a proporcionar al miembro representante de Kenya una explicación de los motivos en que se basa su propuesta de enmienda en un entorno informal antes de que continúe examinándose el proyecto de resolución.

El Dr. QI Qingdong (China) recuerda que China ha apoyado inicialmente la supresión del párrafo 1(3). Sin embargo, estaría dispuesta a aceptar el texto, con la inserción de la palabra «progresivamente» antes de «retiren del mercado».

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que, habida cuenta de la extensión de las modificaciones propuestas, se preparará una versión revisada del texto, con las enmiendas, para que se examine en una reunión posterior.

Así queda acordado.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la novena sesión, sección 2.)

Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo: punto 4.3 del orden del día (documentos EB120/8 y EB120/8 Add.1 Rev.1) (continuación de la tercera sesión, sección 2)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo una versión revisada del proyecto de resolución, cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre el control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Habiendo examinado el informe sobre el control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo;
Tomando nota del camino recorrido desde 1991 hacia el logro de las metas internacionales para 2005, y también en fechas más recientes tras la creación, en respuesta a la resolución WHA51.13, de la Alianza Alto a la Tuberculosis;

¹ Documento EB120/8.

² En el documento EB120/8 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras revisadas de esta resolución para la Secretaría.

Consciente de la necesidad de aprovechar estos avances y de superar obstáculos para cumplir las metas internacionales de control de la tuberculosis para 2015 establecidas por la Alianza Alto a la Tuberculosis (conforme al objetivo de desarrollo internacionalmente acordado en relación con la tuberculosis que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: «Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia...»), esto es, haber reducido a la mitad, para 2015, las tasas de prevalencia de la tuberculosis y de mortalidad por ella, en comparación con los niveles de 1990;

Tomando nota de la elaboración de la estrategia Alto a la Tuberculosis como planteamiento integrado de prevención y control de la enfermedad, que incorpora la estrategia internacionalmente consensuada de control de la tuberculosis (estrategia DOTS) y supone un importante salto de escala y alcance en las actividades de lucha contra la tuberculosis;

Acogiendo con satisfacción el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 de la Alianza, en el que se definen las actividades que han de servir para poner en práctica la estrategia Alto a la Tuberculosis y para cumplir las metas internacionales de control de la tuberculosis para 2015;

Consciente de la necesidad de aumentar el alcance, la escala y el ritmo de las investigaciones requeridas para cumplir las metas internacionales de control de la tuberculosis para 2015 y hacer realidad el objetivo de eliminar la enfermedad como problema mundial de salud pública para 2050;

Preocupada por la posibilidad de que los retrasos en la aplicación del Plan Mundial se traduzcan en un aumento del número de casos de tuberculosis y de muertes por la enfermedad, en especial a causa de la tuberculosis multirresistente (y extremadamente farmacorresistente) y de los efectos del VIH, lo que a su vez retrasaría el cumplimiento para 2015 de las metas internacionales de control de la tuberculosis y del objetivo de desarrollo internacionalmente acordado en relación con la enfermedad que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Recordando que en la resolución WHA58.14 se alentaba a los Estados Miembros a cumplir con su compromiso de velar por que haya recursos suficientes, de procedencia nacional o exterior, para lograr el objetivo de desarrollo internacionalmente acordado en relación con la tuberculosis que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas,

1. INSTA a todos los Estados Miembros:

1) a que elaboren y apliquen planes a largo plazo para la prevención y el control de la tuberculosis acordes con el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, adscritos a planes sanitarios generales, y en colaboración con otros programas (en particular los relativos al VIH/SIDA, la salud infantil y el fortalecimiento de los sistemas de salud), **y por conducto de las alianzas nacionales para detener la tuberculosis, [Afganistán]** a fin de:

a) acelerar la progresión hacia el cumplimiento de las metas internacionales de control de la tuberculosis para 2015 mediante una rápida y completa aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis, **medida en términos de la mejora de los sistemas de información sanitaria utilizados para evaluar el desempeño de los programas nacionales; [Tailandia]**

b) contener la aparición y transmisión de la tuberculosis multirresistente, incluida la extremadamente farmacorresistente, velando por ~~un funcionamiento óptimo de~~ **que los programas de control de la enfermedad apliquen de forma óptima la DOTS como paso primero y más importante en la aplicación plena de la estrategia Alto a la Tuberculosis [Iraq], y ejecuten sin demora medidas de lucha contra la infección; [EE.UU.]**

b bis) en caso de que estén afectados, luchar de inmediato contra la tuberculosis extremadamente farmacorresistente en el marco de la estrategia

general para detener la tuberculosis, otorgando a esa lucha la máxima prioridad; [Portugal]

b ter) reforzar la capacidad de laboratorio con el fin de que se puedan someter rápidamente a pruebas de farmacosenibilidad los aislados obtenidos de todas las personas con cultivos positivos para la tuberculosis, y promover el acceso a una microscopia de frotis de esputo de calidad asegurada; [EE.UU.]

c) aumentar el acceso a los medicamentos de segunda línea, de calidad garantizada y a precios asequibles, por medio del Comité Luz Verde de la Alianza Alto a la Tuberculosis;

2) a que utilicen todos los posibles mecanismos de financiación para cumplir los compromisos suscritos en la resolución WHA58.14, incluido el de garantizar una aportación sostenible de fondos, de procedencia nacional o exterior, **cubriendo de ese modo los déficit de financiación señalados en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 para financiar la prevención y el control de la tuberculosis; [Afganistán]**

2bis) a que, cuando proceda, consideren a la tuberculosis una emergencia sanitaria y asignen recursos adicionales con el fin de reforzar las actividades encaminadas a detener la propagación de la tuberculosis extremadamente farmacorresistente; [Kenya]

2. PIDE a la Directora General:

1) que intensifique el apoyo prestado a los Estados Miembros **en la ampliación de la aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis mediante el desarrollo de capacidad y la mejora del desempeño de los programas nacionales [Tailandia]** para que puedan dotarse de mejores medios de acción y de programas más eficaces de control de la tuberculosis, **en particular la calidad de las actividades DOTS [Iraq], y aplicando medidas de lucha contra la infección [EE.UU.]** en el contexto general del fortalecimiento de los sistemas de salud, a fin de cumplir las metas internacionales para 2015;

1bis) que refuerce urgentemente el apoyo que presta la OMS a los países afectados por la tuberculosis extremadamente farmacorresistente; [Portugal]

2) que mejore el ~~apoyo que~~ **liderazgo de la OMS presta a dentro de [Madagascar]** la Alianza Alto a la Tuberculosis en su labor de coordinación de las actividades para aplicar el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, y que facilite compromisos a largo plazo que ~~le~~ aseguren una financiación duradera **del Plan Mundial mejorando los mecanismos de aumento de la financiación; [Tailandia]**

2bis) que refuerce los mecanismos de examen y monitoreo de las estimaciones del impacto de las actividades de control en la carga de tuberculosis, incluida la incidencia, la prevalencia y la mortalidad; [Afganistán]

2ter) que preste apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de la capacidad de laboratorio con el fin de que se puedan someter rápidamente a pruebas de farmacosenibilidad los aislados obtenidos de todas las personas con cultivos positivos para la tuberculosis; [EE.UU.]

3) que mejore la participación de la OMS en la investigación sobre la tuberculosis, a fin de promover por un lado la investigación aplicada que se requiere para cumplir las metas internacionales de control de la tuberculosis para 2015, y por otro lado la investigación fundamental necesaria para hacer realidad el objetivo de eliminar la enfermedad para 2050; y que incremente el apoyo prestado en todo el mundo a los ámbitos de la investigación sobre la tuberculosis que carecen actualmente de recursos suficientes;

- 4) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la 63ª Asamblea Mundial de la Salud de:
- a) los progresos realizados en la aplicación del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015, y en particular de los recursos para ponerlo en práctica que se obtengan de fuentes tanto nacionales como exteriores;
 - b) la progresión hacia el logro de las metas internacionales de control de la tuberculosis para 2015, utilizando la «proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)» (indicador 24 de los objetivos de desarrollo incluidos en la Declaración del Milenio) para medir la eficacia de los programas nacionales, y la incidencia de la enfermedad y las «tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis» (indicador 23 de los objetivos de desarrollo incluidos en la Declaración del Milenio) para cuantificar los efectos que hayan tenido las medidas de control sobre la epidemia de tuberculosis.

Las repercusiones financieras revisadas son:

b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

US\$ 260 millones: esto incluye el presupuesto revisado de US\$ 235 millones para el área de trabajo de la tuberculosis y US\$ 25 millones adicionales necesarios para la participación de la OMS en el fortalecimiento de los laboratorios, la evaluación del impacto de la tuberculosis y el apoyo mundial a las respuestas nacionales a la aparición de la tuberculosis extremadamente farmacorresistente en 2007.

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) pregunta por la enmienda propuesta por Tailandia al párrafo operativo 1(1)(a) del proyecto de resolución. El mejor indicador de progreso sería una reducción de la morbilidad y la mortalidad, aunque deberán mejorarse los sistemas de información sanitaria a fin de medir dichos indicadores.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) apoya la enmienda del párrafo 1 propuesta por la delegación del Afganistán. Sin embargo, no todos los países tienen una Alianza Alto a la Tuberculosis. Propone insertar las palabras «cuando proceda» después de «alianzas nacionales para detener la tuberculosis».

El Dr. SHANGULA (Namibia) pregunta si el objetivo de la propuesta de modificación incluida en el párrafo 1(1)(b *bis*) es servir de alternativa o de complemento al párrafo 1(1)(b). Sugiere sustituir la palabra «tackling» (en la versión inglesa) por otro término más apropiado para un contexto médico.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) sugiere la palabra «addressing» como alternativa a «tackling» (en la versión inglesa). El párrafo 1(1)(b *bis*) constituye un texto adicional. En el texto definitivo se volverán a numerar los párrafos operativos de la resolución.

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) sugiere, como alternativa a la modificación del párrafo 1(1)(a) propuesta por Tailandia, cambiar el texto del párrafo 1(1)(b *ter*) para que rece: «mejorar los servicios de información sanitaria con la finalidad de contar con instrumentos que permitan evaluar el desempeño de los programas nacionales y reforzar la capacidad de laboratorio...».

El Dr. RAVIGLIONE (Alianza Alto a la Tuberculosis) sugiere que, con el acuerdo del miembro representante de Tailandia, la segunda parte del párrafo 1(1)(a) se trate como un subpárrafo independiente.

Así queda acordado.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial: punto 4.5 del orden del día (documentos EB120/22 y EB120/22 Add.1) (continuación de la sexta sesión)

El PRESIDENTE invita a que se formulen observaciones sobre el texto enmendado del proyecto de resolución, que reza:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución:³

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Habiendo examinado el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial;

Recordando las resoluciones WHA53.17 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, WHA56.1 sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, WHA57.17 referente a la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, WHA57.16 sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, WHA58.22 sobre prevención y control del cáncer y WHA58.26 sobre problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, así como las numerosas resoluciones conexas de los comités regionales, **entre ellas las referidas a la salud mental; [Portugal]**

Profundamente preocupada porque en 2005 las enfermedades no transmisibles crónicas causaron unos 35 millones de defunciones (el 60% del total mundial de defunciones), porque un 80% de esas defunciones ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y porque unos 16 millones de defunciones ocurrieron entre personas de menos de 70 años de edad;

Observando que se prevé que la mortalidad debida a enfermedades no transmisibles crónicas aumente un 17% más para 2015, con consecuencias socioeconómicas graves para los Estados Miembros, las comunidades y las familias;

Observando las relaciones existentes entre las enfermedades no transmisibles crónicas, el desarrollo, **el medio ambiente [Portugal]** y la seguridad humana, y la contribución de dichas enfermedades a las desigualdades en materia de salud;

¹ Resolución EB120.R3.

² Documento EB120/22.

³ En el documento EB120/22 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

Observando que las respuestas multisectoriales siguen estando limitadas por la falta de conciencia acerca de la pandemia de enfermedades no transmisibles crónicas y la falta de medidas apropiadas para hacer retroceder esa pandemia;

Observando que la importancia de la prevención y del control de las enfermedades crónicas se ha destacado en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015, que establece la meta de reducir las tasas de mortalidad de todas las enfermedades crónicas en un 2% anual durante los próximos 10 años;

Tomando nota de los crecientes datos probatorios sobre la costoeficacia de varias intervenciones sencillas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles crónicas;

Tomando nota de la importancia que tienen la motivación, la educación y el apoyo para que las personas y las familias tomen decisiones saludables en su vida cotidiana, especialmente con respecto a la dieta, la actividad física y el consumo de tabaco; [Australia]

Reafirmando la importancia de abordar los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles crónicas de manera integrada, completa, multisectorial y progresiva;

Teniendo presente que la respuesta a la ~~doble triple~~ **[Jamaica]** carga de enfermedades infecciosas y, enfermedades no transmisibles crónicas y **traumatismos [Jamaica]** que sobrellevan muchos países y sus graves limitaciones de recursos requieren un sistema de atención primaria de salud fuerte dentro de un sistema de salud integrado;

Reconociendo que la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es esencial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles crónicas;

Reconociendo que es preciso redoblar los esfuerzos mundiales para promover la actividad física y mejorar la calidad de los alimentos y bebidas, incluso la información a disposición de los consumidores y las modalidades de comercialización de ~~los~~ **productos nuevos y saludables [EE.UU.]**, especialmente las dirigidas a los niños;

Reconociendo que se requiere más información sobre las repercusiones que tienen las enfermedades no transmisibles crónicas en las esferas socioeconómica y del desarrollo y sobre los resultados de las intervenciones disponibles;

Consciente de que los Estados Miembros gastan sólo una pequeña proporción de su presupuesto de atención de salud en la prevención de enfermedades no transmisibles crónicas y en la salud pública, y que un aumento aun modesto de ese porcentaje permitiría obtener extraordinarios beneficios sanitarios y socioeconómicos;

~~Recordando que existen varios mecanismos innovadores para financiar los programas nacionales de prevención de enfermedades y promoción de la salud, [EE.UU.]~~

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que fortalezcan la voluntad política nacional y local de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles crónicas como parte de un compromiso encaminado a alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad de todas las enfermedades no transmisibles crónicas un 2% por año durante los próximos 10 años, prevista en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015;
- 2) a que establezcan o fortalezcan, ~~según las circunstancias nacionales,~~ **[Kenya]** un mecanismo coordinador nacional de las actividades de prevención de las enfermedades no transmisibles crónicas cuyo mandato sea multisectorial, amplio y comprenda la movilización de voluntad política y de recursos financieros y abarque a todos los interesados directos pertinentes;
- 3) a que elaboren y ejecuten un plan de acción multisectorial nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles crónicas basado en datos probatorios que establezca prioridades, plazos e indicadores de desempeño y sirva de base pa-

ra coordinar el trabajo de todos los interesados directos, **y lograr la participación activa de la sociedad civil;** [Australia]

3bis) a que aumenten el presupuesto destinado a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles crónicas [Kenya] y a que asignen en el presupuesto sanitario anual una partida ordinaria para prevención y control de estas enfermedades, como medida esencial para la aplicación de la política; [Jamaica]

3ter) a que consideren la posibilidad de poner en práctica acuerdos internacionales y aumentar el apoyo a iniciativas mundiales que contribuyan a alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles crónicas en un 2% al año durante los próximos 10 años; [Kenya]

4) a que incorporen la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles crónicas en programas encaminados al fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud, **y a que fortalezcan los sistemas de atención primaria de salud, de modo que puedan responder a los retos planteados por las enfermedades no transmisibles crónicas;** [Jamaica]

5) a que fortalezcan los sistemas de seguimiento y evaluación, incluidos mecanismos de vigilancia epidemiológicos a nivel de país, para ~~evaluar la respuesta de los sistemas de salud y de todos los sectores pertinentes, comprendido el sector privado~~ **recopilar pruebas científicas con las que se puedan respaldar las decisiones de política;** [EE.UU.]

6) a que velen por que los sistemas nacionales de salud dispongan de una organización adecuada que les permitan afrontar los importantes retos planteados por las enfermedades no transmisibles, lo cual implica que se haga especial hincapié en la atención primaria de salud; [Portugal]

7) a que consideren diferentes posibilidades de utilizar los mecanismos legislativos o normativos nacionales con el fin de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles; [Portugal]

2. PIDE a la Directora General:

1) que, **sobre la base de un esbozo contenido en el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles,** prepare un plan de acción en el cual se establezcan las prioridades, acciones, plazos e indicadores de desempeño en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles entre 2008 y 2013 a nivel mundial y regional y que preste apoyo **cuando sea necesario** para **elaborar,** intensificar la ejecución y supervisar los planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles crónicas, incluso para perfeccionar una intervención encaminada a controlar las condiciones de las personas expuestas a un alto riesgo de contraer esas enfermedades;

2) que promueva aún más entre los Estados Miembros la conciencia de la importancia de preparar, promover y financiar mecanismos nacionales multisectoriales propios de coordinación y vigilancia y planes de prevención y control de las enfermedades no transmisibles crónicas;

3) que preste apoyo a los Estados Miembros, a petición de éstos, **y que promueva las alianzas, la colaboración, la cooperación y el intercambio de prácticas óptimas entre los Estados Miembros, [Bolivia y Chile]** para incorporar intervenciones integrales contra las enfermedades no transmisibles crónicas en las políticas y programas nacionales, incluidas las políticas y programas sobre sistemas de salud, y para ampliar las intervenciones, **con inclusión de estrategias para educar y prestar apoyo a las personas y a las familias;** [Australia]

4) que difunda a los Estados Miembros, de manera oportuna y constante, información sobre intervenciones básicas costoeficaces encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles crónicas;

4bis) que fomente el diálogo con organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, donantes y organismos técnicos asociados con el fin de incrementar el apoyo, los recursos y las relaciones de asociación para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles crónicas; [Jamaica]

5) que fomente el diálogo con el sector privado **en particular [Australia y Portugal]** para aumentar **la demanda relativa y [Australia]** la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, ~~reducir~~ y la comercialización ~~y la promoción de los productos insalubres~~ **saludables, [EE.UU.]** y aumentar el acceso de las poblaciones de alto riesgo a los medicamentos en los países de ingresos bajos y medianos, **e incluir programas de salud y bienestar en los lugares de trabajo; [Jamaica]**

6) que establezca y mantenga el contacto con los medios de difusión para velar por que destaquen continuamente las cuestiones relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles crónicas;

7) que mejore el conocimiento de las repercusiones socioeconómicas de las enfermedades crónicas a nivel nacional y familiar, ~~y de las relaciones de esas enfermedades con la pobreza y la inseguridad humana~~ **especialmente [EE.UU.]** en los países de ingresos bajos y medianos;

7bis) que vele por que la labor de prevención y control de las enfermedades no transmisibles reciba la alta prioridad que merece, inclusive en lo que atañe a los recursos; [Portugal]

8) que informe a la **63ª [Portugal]** Asamblea Mundial de la Salud, **y en lo sucesivo cada dos años a la Asamblea de la Salud [Kenya]** por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia mundial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, **incluidos los progresos realizados en lo que se refiere al plan de acción. [Portugal]**

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que los organismos técnicos de su país preferirían sustituir el término «enfermedades no transmisibles» por «enfermedades crónicas». Algunas enfermedades crónicas, como el cáncer cervicouterino o el cáncer de estómago, son consecuencia de un virus transmisible, como el papilomavirus humano, y no es exacto denominarlas no transmisibles.

No está de acuerdo con la propuesta de supresión de la frase «según las circunstancias nacionales» del párrafo 1(2). Sugiere que, en el párrafo 1(3bis), el texto rece: «a que aumenten, según corresponda, los recursos destinados a los programas de prevención y control de las enfermedades crónicas». El párrafo 1(7) debe utilizar el texto del párrafo 1(2)(d) de la resolución WHA53.17, a saber: «a que destaquen el papel clave de las funciones del gobierno, incluidas las funciones de reglamentación, en la lucha contra las enfermedades no transmisibles». Por lo general, cuando se proponen enmiendas, parece conveniente ofrecer textos alternativos que ya gocen de cierta aceptación en otros textos.

En el párrafo 2(1), después de «un plan de acción que se presentará a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud», deben añadirse las palabras «por conducto del Consejo Ejecutivo.».

La Sra. HALTON (Australia) señala que en los Estados federales, que tienen sus propios arreglos presupuestarios, no siempre existen mecanismos de coordinación. Sugiere incluir las palabras «según proceda» en el párrafo 1(2) después de «a que establezcan», y sustituir «aumenten» por «consideren la posibilidad de aumentar» al principio del párrafo 1(3bis). En el mismo párrafo, se deben insertar las palabras «según corresponda» después de «en el presupuesto sanitario anual». Sugiere añadir, en el párrafo 1(3ter), la palabra «vigentes» después de «acuerdos internacionales». El párrafo 2(1) debe especificar a qué in-

forme se hace referencia. Deben insertarse las palabras «según proceda» antes de «programas de salud y bienestar» en el párrafo 2(5), así como después de «prioridad que merece» en el párrafo 2 (7bis).

La Dra. SMITH (Dinamarca) está de acuerdo con la propuesta de los Estados Unidos de sustituir el párrafo 1(7) por un texto sobre el que ya se haya llegado a un acuerdo en ese contexto. Propone suprimir las palabras «nuevos y saludables» en el decimotercer párrafo del preámbulo. En el noveno párrafo del preámbulo, propone suprimir todo el texto posterior a las palabras «vida cotidiana»; es preferible no hacer ninguna mención de los factores de riesgo que mencionar sólo unos pocos. El párrafo 2(5) ha perdido su sentido. Propone modificar el texto para que rece: «que coopere con el sector privado comprometido a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles para aplicar la estrategia y promover regímenes alimentarios sanos». Al final del párrafo, propone añadir las palabras «velando al mismo tiempo por evitar posibles conflictos de intereses».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América), respondiendo a una pregunta del Dr. TANGI (Tonga), explica que no ha propuesto oficialmente una modificación en relación con el término «enfermedades no transmisibles». Únicamente desea subrayar que el término «enfermedades crónicas» tiene una base científica más sólida.

El Dr. TANGI (Tonga) dice que ambos términos le parecen aceptables. Ambos se utilizan en el ámbito de la Oxford Health Alliance. Sin embargo, por el momento sería mejor mantener el término de uso general en la OMS.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que la distinción establecida por el miembro representante de los Estados Unidos entre enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas constituye una zona gris. El VIH/SIDA, pese a ser una enfermedad transmisible, también se considera crónica en algunas circunstancias, pero no sería en absoluto apropiado describirla como no transmisible. Sería mejor mantener los términos utilizados habitualmente.

El Dr. NYIKAL (Kenya) acepta la propuesta de restablecer las palabras «según las circunstancias nacionales» en el párrafo 1(2). Acerca del párrafo 1(3), pregunta si la expresión «todos los interesados» incluye a los fabricantes de bebidas alcohólicas y la industria del tabaco. Parece conveniente encontrar un término que abarque a los protagonistas cuyas actividades puedan ser perjudiciales para la salud.

El Dr. SUPAKIT SIRILAK (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia), refiriéndose al noveno párrafo del preámbulo, que comienza con las palabras «Tomando nota de la importancia que tienen la motivación...», propone añadir «y de la importante función que corresponde a los gobiernos de proporcionar políticas públicas y entornos saludables».

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) apoya la observación formulada por Dinamarca sobre la propuesta de los Estados Unidos referente al párrafo 1(7).

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) sugiere que se reformule el párrafo 2(5) a fin de incluir una petición a la Directora General para que promueva e introduzca políticas específicas. Presentará por escrito un documento en este sentido a la Secretaría.

El Dr. SHANGULA (Namibia), refiriéndose al noveno párrafo del preámbulo, señala que parece abarcar tanto los aspectos positivos como los aspectos negativos del modo de vida.

El PRESIDENTE dice que en la próxima sesión estará disponible una nueva versión del proyecto de resolución, que incorporará las propuestas de enmienda.

Así queda acordado.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la décima sesión.)

Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico: punto 4.9 del orden del día (documentos EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 y EB120/37 Add.1) (continuación de la sexta sesión)

El Dr. TANGI (Tonga) está de acuerdo con observaciones formuladas en la reunión anterior y dice que, al parecer, los problemas asociados al uso racional de los medicamentos obedecen en mucho a las actitudes de la gente. En los grandes hospitales pueden aplicarse fácilmente políticas y reglamentos sobre la prescripción. La mayor parte de las dificultades de la prescripción surgen, sin embargo, en la atención primaria de salud, donde los médicos tienen que hacer frente, por ejemplo, a padres angustiados, o los profesionales de la salud responden a la presión de los pacientes recetándoles antibióticos. También existe la cuestión del modo de financiar los sistemas sanitarios y la incapacidad de los pobres para adquirir buenos medicamentos. El miembro representante de los Estados Unidos de América ha pedido que se suprima todo el texto entre corchetes del proyecto de resolución incluido en el documento EB120/7, pero que se mantenga el párrafo del preámbulo que comienza con las palabras «[Reconociendo la importancia de la financiación de los medicamentos...]». A falta de una política adecuada para la financiación del tratamiento, los pobres se quedarán en su casa cuando estén enfermos o recurrirán a tratamientos inadecuados.

El Dr. QI Qingdong (China) dice que la resistencia a los antimicrobianos es un grave problema en China. El uso irracional de los medicamentos supone un desperdicio de los escasos recursos sanitarios, una carga para la sociedad y un riesgo para la salud. Su Gobierno apoya plenamente las medidas de intervención propuestas en el informe. Para lograr un auténtico cambio se necesita un enfoque holístico, con mecanismos gubernamentales y un código de conducta normalizado para los profesionales sanitarios. El sector público debe colaborar con las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para reglamentar el uso de los medicamentos. Es necesario fortalecer la formación médica en este ámbito y establecer un sistema de evaluación de los medicamentos. China está construyendo un sistema nacional de medicamentos esenciales y alberga la esperanza de cambiar las actitudes de la gente. El país está dispuesto a aprender de las experiencias de las organizaciones internacionales y de otros países.

Apoya el proyecto de resolución contenido en el documento EB120/7, pero propone que en el párrafo 1(2) se inserten las palabras «supervisar y» antes de «promover el uso racional».

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) dice que, aunque los dos proyectos de resolución abarcan asuntos sumamente importantes, son tan similares que es difícil entender por qué se necesitan resoluciones distintas.

El Dr. OGWELL (suplente del Dr. Nyikal, Kenya) apoya las observaciones formuladas por el miembro representante de Tailandia. El informe explica claramente por qué no se dispone de medicamentos destinados a los niños, y estos factores persisten, pese a las numerosas resoluciones de la Asamblea de la Salud sobre los medicamentos esenciales y el uso racional de los medicamentos. En África y en países en desarrollo de otras regiones, la situación se agrava debido a cuestiones socioeconómicas. El mercado es limitado ya que la población no puede pagar sus medicamentos, y los gobiernos tampoco pueden soportar el costo de éstos. A causa de ello mueren niños. La insensibilidad de los acuerdos comerciales internacionales exacerba esta situación.

Apoya el proyecto de resolución incluido en el documento EB120/37, pero para reforzarlo propone la inclusión de un nuevo párrafo en el preámbulo, con el siguiente texto: «Preocupada porque los niños de los países en desarrollo se encuentran en una situación aún más desfavorecida cuando carecen de acceso físico y económico a los medicamentos esenciales»; la incorporación de un nuevo párrafo 1(5), que rece: «a que se sirvan de los arreglos internacionales vigentes para lograr que los acuerdos y derechos comerciales relacionados con la salud no limiten el acceso de los niños a los medicamentos esenciales» y en el párrafo 2(4), después de la palabra «garantizar», la inserción de las palabras «el comercio equitativo de medicamentos esenciales y».

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho) apoya las enmiendas propuestas a ambos proyectos de resolución. Se han señalado diversas partes interesadas en el uso racional de los medicamentos, y es importante vigilar sus actividades a fin de poder mantener la información actualizada. La Asamblea de la Salud debe recibir cada dos años informes sobre el uso racional de los medicamentos.

Los párrafos 2(6) y 2(5) de los proyectos de resolución contenidos en los documentos EB120/7 y EB120/37, respectivamente, deben ser idénticos, ya que su mensaje es el mismo.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) dice que el uso racional de los medicamentos en los países africanos se ve obstaculizado por la entrada de medicamentos falsificados que están etiquetados y envasados de manera convincente. Los países son incapaces de someterlos a pruebas porque carecen de los laboratorios necesarios. Algunos materiales llegan etiquetados en idiomas que los habitantes del país no pueden entender, y por ello no pueden recetarse correctamente. Algunos fabricantes utilizan prácticas inmorales, ofreciendo medicamentos para su venta a precios muy inferiores al precio normal, pero que contienen sólo una fracción del ingrediente activo; a causa de ello, los pacientes toman, sin saberlo, dosis menores a las recomendadas. Los Estados Miembros que no tienen la capacidad de someter a pruebas los medicamentos destinados a sus habitantes deben recibir apoyo para establecer laboratorios de control de calidad a fin de determinar la calidad de los medicamentos importados.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en calidad de miembro representante de Bolivia, dice que el acceso a los medicamentos y el uso racional de éstos tienen desde hace mucho tiempo la misma importancia en la OMS; se han adoptado muchas resoluciones y se han puesto en marcha muchos programas. No obstante, algunos aspectos suscitan preguntas, por ejemplo ¿cómo pueden hacerse pruebas con los medicamentos destinados a los niños si están prohibidas las pruebas clínicas en niños? Coincide con el miembro representante de los Estados Unidos en que el presupuesto asignado al uso racional de los medicamentos es muy alto, mucho mayor que el presupuesto anual para medicamentos de algunos países. Se debe tener presente que las listas nacionales de medicamentos esenciales son las que determinan a qué medicamentos se permite la entrada al país. Estas listas deben basarse en la eficacia y en criterios evaluados en pruebas clínicas, como la seguridad y la calidad. Sería útil que hubiera intercambios entre los países sobre sus listas respectivas. Toda resolución que aumente los esfuerzos por garantizar el acceso y el uso adecuado de los medicamentos merece ser apoyada.

El Dr. URBINA (El Salvador) dice que las actitudes de la población han cambiado: la automedicación es frecuente, y se recurre a ella para evitar los costos de la consulta o porque ofrece un acceso más fácil a los medicamentos; la mayoría de la población no es consciente de que, al solucionar un problema, está creando otro. Se necesitan estrategias de información pública para educar a la población sobre los productos que no es arriesgado tomar sin receta. Uno de los proyectos de resolución debe abordar este asunto.

El Dr. SHANGULA (Namibia) apoya los dos proyectos de resolución pero, al igual que el miembro representante del Brasil, pone en duda la necesidad de dos textos tan similares. Propone que se supriman las palabras «incluida la mejora de los medicamentos destinados a los niños» del preámbulo del proyecto de resolución incluido en el documento EB120/7, ya que ése es el tema del otro proyecto de resolución.

Los dos textos deben armonizarse para que todas las cuestiones relativas al uso racional de los medicamentos estén en el primero, y las relativas a los niños, en el segundo.

La Sra. VARAVIKOVA (Federación de Rusia)¹ apoya las observaciones sobre el peligro de confundir lo que son, en realidad, dos proyectos de resolución distintos, cada cual con sus respectivas metas, propuestas de presupuestación y resultados previstos. El proyecto de resolución sobre el uso racional de los medicamentos es de suma importancia. Los sistemas sanitarios de todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, deben establecer programas de sistemas sanitarios, coordinados por la OMS, sobre el uso racional de los medicamentos, a fin de fortalecer la atención primaria de salud. A menudo, la industria farmacéutica es la única fuente de información accesible sobre los medicamentos de que disponen los médicos que ejercen su profesión; sin embargo, para garantizar un uso racional, los médicos necesitan información independiente.

A fin de garantizar la calidad de los programas aplicados por los ministerios de salud, la OMS debe enviar a expertos para que trabajen con los países sobre el terreno a fin de promocionar el uso racional de los programas. Mediante la colaboración estrecha entre los expertos de la OMS y el personal de los organismos interministeriales nacionales y la asignación de recursos presupuestarios de la OMS para la financiación de estos programas se logrará que el uso racional de los medicamentos se incluya en el marco de la seguridad nacional y del derecho humano a la salud, incluida una atención médica de calidad. En consecuencia, apoya la propuesta formulada por el miembro representante de la Jamahiriya Árabe Libia de incluir de nuevo, en el párrafo 2 del proyecto de resolución contenido en el documento EB120/7, la petición a la Directora General, incluida en una versión anterior, de aumentar y fortalecer el apoyo técnico de la OMS a los Estados Miembros para establecer órganos multidisciplinarios nacionales a fin de vigilar el uso de los medicamentos y coordinar la aplicación de programas nacionales de uso racional.

En referencia al proyecto de resolución sobre la mejora de los medicamentos esenciales para los niños, incluido en el documento EB120/37, apoya las actividades de la OMS en este ámbito y señala a la atención del Consejo la necesidad de establecer y promover los registros nacionales e internacionales de los efectos negativos de los medicamentos en los niños. Propone que el Consejo adopte las dos resoluciones por separado.

El Sr. POMOELL (Finlandia)¹ dice que para el tratamiento de muchas enfermedades no hay o no se dispone ampliamente de medicamentos desarrollados específicamente para niños, que constituyen un tercio de la población mundial. En muchos casos, los niños no pueden ser tratados como adultos en lo que respecta al uso de medicamentos. Los productos medicinales destinados a los niños deben ajustarse a determinadas normas de farmacocinética, eficacia y seguridad, y requieren una formulación adecuada para una administración fácil y segura. Muchos productos medicinales administrados a los niños no han sido evaluados específicamente para uso pediátrico, y por tanto carecen de autorización de comercialización para éste; los medicamentos para adultos no cumplen los mismos criterios de calidad, seguridad y eficacia que los de uso pediátrico.

La falta de medicamentos adecuados para niños es un problema mundial. Afecta a los países independientemente de sus ingresos, impide el logro de varios de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y menoscaba los derechos del niño. A pesar de que los problemas relativos a los medicamentos para niños han sido reconocidos recientemente por varios países, no se ha realizado un examen exhaustivo de la situación ni un plan mundial de desarrollo, y por tanto Finlandia propone incluir un nuevo punto a este respecto en el orden del día del Consejo.

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

El Sr. HILMERSON (Suecia),¹ apoyado por el Dr. JAKSONS (Letonia), propone que, a fin de especificar el apoyo que debe dar la Secretaría a los países y atender a las preocupaciones de China sobre la vigilancia, el párrafo 2(2) del proyecto de resolución contenido en el documento EB120/7 debe modificarse para que rece: «que, cuando proceda, refuerce el apoyo que la OMS presta a los Estados Miembros en sus esfuerzos por crear y/o reforzar programas nacionales encargados de supervisar y evaluar el uso de los medicamentos, desarrollar y coordinar la aplicación de estrategias completas y con fines precisos, incluso mediante la construcción de una capacidad institucional más fuerte, para promover el uso racional de los medicamentos en los sectores tanto público como privado». Insta al Consejo a mantener el texto que figura entre corchetes.

La Sra. NGAUNJE (Malawi)¹ dice que, a consecuencia del VIH/SIDA, los factores económicos y otras cuestiones de salud, en la población de Malawi predominan los jóvenes de menos de 15 años. Sus necesidades sanitarias suponen una pesada carga para los servicios médicos, las familias, las comunidades y el país en general. Los países como Malawi casi nunca pueden pagar una amplia selección de medicamentos de uso pediátrico, y se consideran afortunados si disponen de medicamentos esenciales para los niños necesitados. Se requieren imperiosamente una investigación y una evaluación adecuadas a fin de lograr un uso más eficaz y racional de los medicamentos para los niños en África, proporcionar a los niños un servicio que se necesita con urgencia y desde hace tiempo, y posiblemente reducir también los efectos secundarios y la toxicidad de los medicamentos y regímenes no aprobados. Apoya las actividades de la OMS para mejorar la cantidad y la calidad de los medicamentos disponibles para los niños.

El Sr. RAJALA (Comisión Europea) dice que el Reglamento de la Unión Europea sobre medicamentos pediátricos entra en vigor el 26 de enero de 2007 y, mediante un conjunto de requisitos, recompensas e incentivos, conducirá a un aumento significativo del desarrollo y de la autorización de medicamentos para niños. La normativa introduce una recompensa consistente en una prórroga de seis meses del periodo de protección suplementario y un nuevo tipo de autorización de comercialización para los medicamentos pediátricos. También contiene una disposición sobre la financiación por la Unión Europea de investigaciones destinadas al desarrollo y a la autorización de medicamentos sin patente destinados a los niños, con lo cual debería lograrse una mejora del acceso a estos medicamentos. Impulsando el desarrollo y la autorización de medicamentos destinados a los niños en la Unión Europea, el Reglamento reducirá la necesidad de utilizar medicamentos para indicaciones no autorizadas, y de este modo tendría un efecto directo y positivo en su uso racional. El Reglamento debería beneficiar también a los niños de países no pertenecientes a la Unión Europea.

La Comisión apoya el proyecto de resolución sobre uso racional de los medicamentos, ya que el uso racional es un elemento importante de las políticas y estrategias farmacéuticas acertadas. En 2005 la Comisión creó un foro farmacéutico de alto nivel, compuesto en la actualidad por representantes de 27 Estados Miembros y partes interesadas. Habida cuenta de que los pacientes bien informados tienen mayores tasas de cumplimiento de sus tratamientos y un mejor entendimiento de aspectos de seguridad pertinentes, la información a los pacientes es una parte importante del uso racional; el foro está estudiando modos de producir una información de alta calidad, comprensible y fácilmente accesible sobre las enfermedades y los medicamentos. La eficacia relativa también repercute en el uso racional: por ello, el foro ha hecho hincapié en la necesidad de concebir mecanismos para aumentar la calidad y la cantidad de los datos con el fin de permitir que se realicen evaluaciones de la eficacia relativa a nivel nacional. La existencia en toda la Unión Europea de 27 sistemas diferentes de precios y de reembolso da lugar a grandes diferencias en la disponibilidad y el costo de los medicamentos, y el foro está estudiando modos de acelerar el acceso a los medicamentos y lograr, al mismo tiempo, un equilibrio entre la contención de los costos y la recom-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

pensa por la innovación. El uso racional de los medicamentos también mejora la seguridad de los pacientes, ya que más de la mitad de todos los eventos adversos en la atención sanitaria se deben a errores de medicación. Para reducir al mínimo los daños al paciente que pueden prevenirse, la medicación debe prescribirse y administrarse correctamente.

En 2001, la Comisión puso en marcha una estrategia encaminada a combatir la amenaza de la resistencia a los antimicrobianos para la salud humana, animal y vegetal; dicha estrategia comprende la recopilación de datos, la vigilancia, la investigación, la sensibilización y la eliminación gradual de los usos no médicos de los antibióticos en los animales. Un elemento de esta estrategia es una recomendación sobre el uso prudente de los antibióticos, adoptada en 2002.

El Dr. EMAFO (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas) dice que el documento EB120/7 no parece hacer alusión al efecto perjudicial de Internet en el uso racional de los medicamentos, y que en el proyecto de resolución la única referencia a la cooperación con las universidades aparece en el preámbulo. El párrafo 1(4) del proyecto de resolución debe modificarse para incluir una referencia a la cooperación con las universidades en la formación de los profesionales de la salud sobre el uso racional de los medicamentos. La telemedicina y la prescripción por Internet facilitan el acceso a los servicios médicos y farmacéuticos para amplios sectores de la sociedad, pero la posibilidad de errores y de uso indebido intencional es considerable. Sustituir el contacto directo entre médico y paciente por la comunicación electrónica de manera no reglamentada es problemático. Los esfuerzos por reglamentar este ámbito requieren una estrecha cooperación entre los países y los organismos internacionales pertinentes. El párrafo 1(5) se refiere a la promoción no ética de medicamentos por Internet, pero no aborda la prescripción y la venta de medicamentos a través de Internet. Estos ámbitos deben reglamentarse urgentemente, en particular debido a que no puede garantizarse la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos vendidos en Internet por prescriptores no reglamentados.

El Dr. NOEHRENBERG (Federación Internacional de la Industria del Medicamento), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que la industria farmacéutica apoya plenamente el uso de información táctica y datos para garantizar que los medicamentos se utilicen de un modo apropiado y eficaz. Las necesidades de cada paciente son individuales, y el tratamiento de cada uno depende del acceso a una amplia gama de terapias y de la responsabilización del paciente. Dado que los medicamentos son productos químicos potentes y a menudo complejos, la mejor atención depende de la capacidad del profesional de la salud para prescribir los mejores productos para la dolencia de sus pacientes; los pacientes bien informados pueden convertirse en valiosos aliados de los proveedores de atención sanitaria, mejorando así la calidad de la atención. Por tanto, las políticas gubernamentales deben fomentar el acceso de los pacientes a fuentes fiables de información sobre la atención de salud.

La industria desempeña un papel importante en la educación de los profesionales de la medicina para que prescriban de modo fundamentado y racional. A menudo, ella es la única fuente de información sobre los productos nuevos, y sin esa información los pacientes no podrán gozar de un acceso oportuno a los medicamentos innovadores. Las peticiones de limitar o prohibir la promoción de medicamentos por la industria están mal orientadas. A partir del 1 de enero de 2007 se ha reforzado el Código de normas de comercialización de la Federación, que es vinculante para todos los miembros.

La OMS debe respaldar la atención sanitaria centrada en el paciente para promover la salud, en lugar de fomentar normas de tratamiento fijadas por consideraciones presupuestarias. Las medidas aplicadas sin pruebas científicas suficientes para imponer una atención basada en un «tratamiento único para todos» conllevan un empeoramiento de la salud y mayores costos sociales. El debate actual se debería encaminar a propiciar condiciones en las cuales los prescriptores pudieran elegir entre una variedad de productos a fin de satisfacer las necesidades específicas de sus pacientes, incluidos los niños.

Los incentivos que proporcionan los Estados Unidos y la Unión Europea son eficaces para introducir en el mercado muchas formulaciones pediátricas. Ya existen en el mercado formulaciones pediátricas de todos los agentes antirretrovirales indicados para los niños, y éstas se ofrecen en condiciones preferentes a través de los programas de acceso de las empresas.

La promoción de una atención adecuada comprende establecer planes de reembolso que recompensen la innovación, agilizar el registro de medicamentos nuevos y mejorados, y dar a los pacientes la posibilidad de participar en la propia atención sanitaria gracias a una información apropiada de fuentes responsables.

La Profesora SCHALLER (Asociación Internacional de Pediatría), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que el acceso a medicamentos seguros y fiables para los niños en todo el mundo y el uso racional de estos medicamentos son fundamentales para la salud y la supervivencia infantil y para el logro de varios Objetivos de Desarrollo del Milenio. En junio de 2006, un conjunto de pediatras, farmacólogos clínicos y farmacéuticos fundaron la International Alliance for Better Medicines for Children con el objetivo de hacer realidad el acceso a medicamentos seguros y eficaces destinados a los niños a nivel nacional y en todo el mundo. La oradora hace hincapié en basar las decisiones sobre los medicamentos destinados a los niños en pruebas documentadas de las cargas de morbilidad a nivel nacional y regional; incluir a las comunidades dedicadas a la salud infantil, la farmacología infantil y la farmacia destinada a los niños en los planos nacional y regional como impulsores de este proceso; velar por que se tengan debidamente en cuenta las fases particulares de la fisiología, el metabolismo y el desarrollo de los niños en todas las decisiones relacionadas con la mejora de los medicamentos destinados a los niños; y esforzarse por lograr el acceso a mejores medicamentos. Apoya el proyecto de resolución e insta a que la mejora de los medicamentos destinados a los niños se considere una iniciativa independiente.

El Sr. CHAN (Federación Internacional Farmacéutica), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, insta a los Estados Miembros a que lleguen a un consenso sobre el establecimiento de programas nacionales para supervisar el uso racional de los medicamentos. Expresa su preocupación por el hecho de que en el proyecto de resolución revisado se hayan suprimido todas las referencias a la promoción y la aplicación de programas nacionales para vigilar el uso de los medicamentos. El Consejo debería considerar la posibilidad de mantener una referencia a la promoción de la investigación para el desarrollo de sistemas nacionales de vigilancia, que son esenciales para evaluar los efectos de las intervenciones.

Teniendo presentes las directrices para la buena práctica farmacéutica emitidas por la OMS y su Federación y la resolución WHA47.12 sobre la función de los farmacéuticos, la Federación insta a todos los Estados Miembros a que reconozcan esta función en el desarrollo, la promoción y la aplicación de sus políticas farmacéuticas nacionales, y en particular sus pautas de tratamiento modelo y listas de medicamentos esenciales, y a que aprovechen los conocimientos de los farmacéuticos en todos los niveles de sus sistemas de atención sanitaria. La inversión en recursos humanos para la salud y en la formación continua es necesaria para el uso racional y seguro de los medicamentos; así pues, los Estados Miembros deben considerar el desarrollo profesional continuo de los farmacéuticos y otros profesionales de la atención de salud como un requisito para la expedición de licencias.

La Federación se ha comprometido a facilitar el trabajo en equipo en los planos nacional y regional para mejorar el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos para los niños.

El Dr. HOPPU (Unión Internacional de Farmacología Básica y Clínica), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que la Unión concentra sus actividades en los medicamentos destinados a los niños. Ésta celebra la iniciativa de la OMS de fomentar la mejora de los medicamentos esenciales destinados a los niños, y continuará colaborando para que se incluyan más medicamentos pediátricos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. Apoya el proyecto de resolución.

Los criterios para determinar si un medicamento debe incluirse en la Lista Modelo reflejan los problemas que deben superarse para proporcionar mejores medicamentos a los niños. El uso actual de muchos medicamentos pediátricos, incluso en los países más adelantados, no está respaldado por suficientes pruebas científicas de su eficacia y seguridad obtenidas de estudios clínicos; dichos medicamentos no están disponibles en formulaciones de buena calidad adaptadas en función de la edad, y su uso no ha sido debidamente puesto a prueba. Los medicamentos destinados a los niños sólo cumplirán los criterios de selección y beneficiarán a los niños cuando se hayan solucionado estos problemas. La falta de disponibi-

lidad de formulaciones adaptadas en función de la edad determina una necesidad de combinaciones pediátricas de dosis fijas (por ejemplo, de medicamentos antirretrovirales y antipalúdicos). Hay indicios claros de que las combinaciones de dosis fijas para adultos no tienen el porcentaje óptimo de componentes para los niños de todas las edades y por ello corren el riesgo de causar resistencia. Trabajar en la elaboración de la Lista Modelo no basta para proporcionar a los niños todos o siquiera la mayoría de los medicamentos importantes que necesitan: también se necesitan medios eficaces para aumentar la investigación, el desarrollo y la autorización de los medicamentos en formulaciones apropiadas. Espera con interés poder continuar colaborando con la OMS.

El Dr. WAGNER (Comisión Médica Cristiana - Acción de las Iglesias por la Salud), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE y en nombre de la Ecumenical Pharmaceutical Network y Health Action International, observa que el proyecto de resolución sobre uso racional de los medicamentos promueve un enfoque en el cual todas las partes interesadas tengan una función y que afectaría a diversos programas de la OMS, como los de tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles y salud de las mujeres y de los niños. Mediante un enfoque holístico de los sistemas de salud sobre el uso racional de los medicamentos en sus programas nacionales se reduciría la morbilidad, la mortalidad y las complicaciones de la resistencia, y se recortarían los gastos, tanto del gobierno como de los particulares. El éxito y la sostenibilidad futura de la resolución dependen de varios elementos fundamentales: el establecimiento y el financiamiento de órganos multidisciplinarios encargados de supervisar y coordinar los programas nacionales de uso racional; la lucha contra una promoción de medicamentos inexacta, engañosa y carente de ética y la observancia de los criterios éticos y medidas de la OMS para detener la publicidad dirigida a los consumidores; el desarrollo de programas destinados a mejorar el uso de los medicamentos, por ejemplo directrices de tratamiento; y el fortalecimiento de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales.

La Sra. KEITH (The Save the Children Fund), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que el párrafo 1 del proyecto de resolución presentado en el documento EB120/7 debe subrayar la necesidad de fuertes sistemas de supervisión y vigilancia para reducir el uso ineficaz de los medicamentos. El texto debe hacer referencia al efecto negativo de los derechos cobrados a los usuarios en el uso racional de los medicamentos. También se podría pedir un análisis país por país de las políticas que fomentan el uso irracional de los medicamentos, entre ellas el cobro de cargas al usuario, los sueldos bajos del personal sanitario y una afluencia poco realista de recursos hacia los servicios de salud de distrito. De este modo, la resolución sería acorde con resoluciones precedentes sobre este tema, y mejoraría la responsabilización social.

Con respecto al documento EB120/37, la oradora se complace de que haya más investigaciones sobre formulaciones seguras destinadas a los niños, teniendo en cuenta que el 75% de las defunciones infantiles prevenibles podrían evitarse mediante intervenciones eficaces ya existentes que se pongan gratuitamente a disposición de los más pobres en el punto de acceso. Así pues, el párrafo 1(2) del proyecto de resolución debe modificarse para que rece: «a que conciban medidas que garanticen que los medicamentos esenciales estén disponibles de manera gratuita en el punto de acceso para los niños más pobres del mundo». Debe añadirse al párrafo 1 otro subpárrafo en el que se inste a los Estados Miembros a supervisar el uso racional de los medicamentos y reglamentar sus sistemas de prestación de servicios de salud. Asimismo, en el párrafo 2(4) debe pedirse a la Directora General que haga hincapié en políticas alternativas que sirvan para superar los obstáculos a un acceso rápido de los niños a los medicamentos esenciales. Declara el compromiso de su organización con la mejora del uso racional de los medicamentos en pro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 6.

El Dr. ZUCKER (Subdirector General) dice que desde 1985 se han logrado progresos en la promoción de un mejor uso de los medicamentos, pero se necesita un enfoque distinto. Las intervenciones locales de pequeña escala han sido eficaces, pero pocos países las han hecho extensivas a la población en general, y ninguna intervención puede tener éxito por sí sola. Se necesitan diferentes tipos de programas en diferentes países y regiones, y una coordinación, aunque ésta resulte difícil, entre las múltiples partes inte-

resadas. Si bien la conveniencia de las intervenciones posibles enumeradas en el documento EB120/7 variará según el país, se necesitaría desarrollar un conjunto de intervenciones país por país. La Secretaría propone ayudar a los países a crear un órgano de coordinación nacional multidisciplinario, que reúna a las diversas partes interesadas y se adapte a las necesidades de cada país. Su función sería desarrollar, aplicar y evaluar las intervenciones en los países, identificar los problemas, encontrar las soluciones más adecuadas para cada país, extender esas soluciones mediante programas y supervisar los logros. Asimismo, abordaría las funciones de los prescriptores, dispensadores y pacientes en el uso apropiado de los medicamentos y fomentaría buenas prácticas farmacéuticas. Así pues, el enfoque sería flexible.

En su 118ª reunión, el Consejo no llegó a un consenso sobre algunas de las estrategias debatidas, pero éstas son pertinentes para el proyecto de resolución que actualmente debe examinar. La Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales se utiliza en unos 157 países de todo el mundo para orientar a los prescriptores. Los comités medicinales y terapéuticos se utilizan de modo generalizado en los hospitales de muchos países industrializados y de algunos países en desarrollo para ocuparse de los errores de medicación y la observancia. Donde no existan esos comités, ¿quién velará por que los medicamentos se utilicen correctamente? Es posible que en algunos países la promoción de productos farmacéuticos requiera supervisión y control, un aspecto relacionado con las cuestiones planteadas por el miembro representante de Sri Lanka. El modo en que se remunera a los dispensadores de servicios de salud y el modo en que los pacientes pagan por los medicamentos afecta a la manera en que se utilizan éstos. Estas cuestiones deben investigarse país por país, tal como ha subrayado el miembro representante de Tailandia. La Secretaría reconoce el papel primordial de los pacientes en su propia atención sanitaria, y los dirigentes en el ámbito de la salud pública deben fomentar esta iniciativa; por medio de la resolución, apoyará a los Estados Miembros en la elaboración de un enfoque del uso apropiado de los medicamentos y el seguimiento de los progresos realizados. Al parecer, esto satisface los deseos de muchas delegaciones.

Respondiendo a una pregunta del miembro representante de los Estados Unidos sobre las repercusiones financieras de las dos resoluciones, dice que el presupuesto total para los seis años abarcados por las dos resoluciones es de aproximadamente US\$ 50 millones; cerca de un tercio de esta suma ya está previsto en el Proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio para 2008-2013, lo cual deja un déficit de aproximadamente US\$ 35 millones, que debería enjugarse para que la iniciativa sea viable. Para el periodo 2008-2009 se necesitarán entre US\$ 10 millones y US\$ 12 millones adicionales, el 60% de los cuales se destinará a las regiones. Se solicitará financiación a los Estados Miembros.

En referencia al documento EB120/37, aplaude los logros de la Comisión Europea en sus actividades encaminadas a mejorar los medicamentos esenciales destinados a los niños.

La DIRECTORA GENERAL expresa agradecimiento a los miembros por su valiosa contribución al debate. En respuesta a la observación de que debe hacer frente a la industria farmacéutica, dice que, a diferencia de la industria tabacalera, la industria farmacéutica, lejos de ser una enemiga de la salud pública, fabrica productos que mitigan el sufrimiento, curan dolencias y salvan vidas. Por tanto, es importante colaborar con ella a fin de encontrar soluciones a los problemas sanitarios. Sin embargo, las decisiones de la OMS se deben basar en pruebas científicas y razones de salud pública. La Organización mantendrá su independencia en el proceso de adopción de decisiones y no se verá influenciada por la industria farmacéutica.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la décima sesión.)

Se levanta la sesión a las 17.45 horas.

NOVENA SESIÓN

Viernes 26 de enero de 2007, a las 9.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJOS

Tras un debate de procedimiento en que participaron el Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil), el Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América), el Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia), el Dr. NYIKAL (Kenya), la Sra. HALTON (Australia), el Dr. TANGI (Tonga) y el Dr. SHANGULA (Namibia), el PRESIDENTE sugiere que, habida cuenta del limitado tiempo disponible, se aplace el examen del punto 4.10 (Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial), que requeriría un debate sustancial. Debido a su importancia, el punto 4.14 (Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción) debe tratarse esta mañana en lugar de dejarse para más adelante.

Así queda acordado.

2. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Cibersalud: terminología normalizada: punto 4.11 del orden del día (documento EB120/9)

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) hace uso de la palabra en nombre de la presidencia alemana y en nombre de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros, los países candidatos Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía, los países del Proceso de Estabilización y Asociación y candidatos potenciales Albania, Bosnia y Herzegovina, Montenegro y Serbia, así como de Ucrania y la República de Moldova. Acoge con satisfacción el compromiso de la OMS en el ámbito de las terminologías clínicas normalizadas, que debe continuar y ampliarse, ya que las terminologías semánticas adquirirán una importancia cada vez mayor para la plena interoperabilidad de las tecnologías sanitarias. Por tanto, la OMS debe insistir en la apertura en lo que respecta a la nomenclatura sistematizada,¹ con el objetivo a largo plazo de lograr una solución de carácter abierto a disposición de todos los países. Los recursos no deben invertirse en productos de marcas registradas, ni cuyo uso esté limitado ni cuya lógica interna se mantenga secreta. El objetivo de la nueva Organización Internacional de Normalización de la Terminología Sanitaria es conseguir que el desarrollo de la terminología clínica y el acceso a ésta sean un proceso abierto. La OMS también debe participar en la junta de armonización de dicha Organización y facilitar el acceso equitativo a todas las herramientas relacionadas con la nomenclatura sistematizada, incluido el software, la terminología y las definiciones, que pueden establecerse en cooperación con esa Organización. Las normas y reglas sobre información sanitaria deben aprovechar las prácticas óptimas establecidas en la elaboración de ontologías, que son un requisito previo necesario para la presentación de información sanitaria en un entorno cada vez más informatizado.

El proceso de definición de mapeos es costoso, lento y delicado, y por ello debe buscar como objetivo, en primer lugar, cartografiar las terminologías sanitarias a un nivel semántico elevado. Si surge al-

¹ Nomenclatura sistematizada de términos de medicina clínica (SNOMED-CT, marca registrada).

guna oportunidad de establecer la terminología clínica como herramienta común para la Unión Europea en un plazo previsible, se necesitará una estrategia para velar por su uso libre de derechos de autor. Modificar e implementar esta herramienta en el marco de los sistemas nacionales de documentación ya existentes implica un trabajo y costos notables, tal como ha ocurrido con la elaboración y la distribución de la Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión) en el decenio de 1990. La Secretaría debe utilizar su posición para promover por parte de los Estados Miembros una decisión política de utilizar la terminología clínica de un modo activo y generalizado en su trabajo con la Organización de elaboración de normas. La OMS debe participar en la creación de una infraestructura para el desarrollo, la aplicación y la interoperatividad de las terminologías y ontologías sanitarias. Es preciso apoyar las actividades científicas destinadas a garantizar la solidez de la terminología clínica y hacer hincapié en ellas.

El Dr. SADASIVAN (Singapur) observa que el desarrollo de sistemas de ciber salud está aumentando en todo el mundo y dice que, si se utilizan de modo eficaz y apropiado, estos sistemas pueden ser un complemento valioso de los sistemas sanitarios actuales. En Singapur ya se están utilizando extensamente. Por tanto, la adopción de una terminología normalizada es de gran importancia.

La participación de la OMS en el desarrollo de una terminología normalizada para la ciber salud beneficiará a la comunidad mundial y garantizará un acceso equitativo de los Estados Miembros, pero la duplicación de esfuerzos por parte de los diferentes grupos no es el modo más eficaz de aprovechar los recursos. El orador insta a la Secretaría, a los Estados Miembros y a todas las partes interesadas a que trabajen conjuntamente para elaborar terminologías normalizadas. La OMS debe procurar activamente garantizar la igualdad de acceso a los avances derivados de la normalización de la terminología en los sistemas de ciber salud.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que la Secretaría debe alentar a las partes interesadas, tanto del sector público como del privado, a que utilicen sus conocimientos y recursos a fin de elaborar una o varias estrategias para conseguir la interoperabilidad de las aplicaciones de ciber salud. Una de las iniciativas debe consistir en armonizar la terminología clínica mundial normalizada más idónea para utilizar en el marco de las aplicaciones de ciber salud con la familia de clasificaciones internacionales de la OMS.

La Secretaría no debe desperdiciar recursos escasos en crear una nueva terminología clínica ni continuar elaborando una alternativa al conjunto de términos propuesto. Del mismo modo, la Organización de normalización no debe duplicar las décadas de trabajo ya dedicadas por la Secretaría a desarrollar las clasificaciones sólidas y clínicamente actualizadas que se utilizan ampliamente en la atención sanitaria y en el ámbito de los datos administrativos y la estadística. En lugar de ello, las dos organizaciones deben colaborar a fin de acordar criterios unificados para la clasificación y la terminología, y mejorar la información sobre la salud individual, nacional e internacional. Apoya la opción a favor de la participación de la OMS en la normalización, descrita en el párrafo 3(b) del documento EB120/9.

La Secretaría debe negociar con la Organización de normalización un acuerdo que prevea lo siguiente: desempeñar funciones complementarias y no competitivas, establecer una junta de armonización encargada de validar los mapeos entre la terminología y las clasificaciones y aunar ambas en futuras versiones de la terminología clínica y la familia de clasificaciones internacionales de la OMS, y crear un asiento de enlace sin derecho de voto para la Secretaría en la junta directiva de la nueva Organización a fin de coordinar las actividades de ambas organizaciones en el ámbito de la ciber salud.

La Sra. HALTON (Australia) subraya que las terminologías de ciber salud deben estar a disposición de todos los países. Señalando que Australia es miembro fundador de la Organización Internacional de Normalización de la Terminología Sanitaria, apoya la opinión expresada por el orador anterior acerca de la importancia de que haya una sola clasificación para un lenguaje internacional común en este ámbito. Está a favor de la creación de una junta de armonización para velar por la colaboración y la accesibilidad para todos los países. También prefiere la opción, favorable a la participación de la OMS, que figura en el párrafo 3(b) del documento EB120/9.

La Sra. ABDI (suplente del Sr. Miguil, Djibouti), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que la terminología normalizada es una piedra angular de los sistemas de información sanitaria y debe utilizarse en todos los registros sanitarios informatizados. La OMS, a través de su familia de clasificaciones internacionales, ha establecido normas mundiales de terminología aplicables, y su gestión de la terminología debe fortalecerse para garantizar un apoyo equitativo a los diferentes idiomas y regiones. Una mejor asignación de recursos fomentaría el desarrollo de la terminología y la normalización en el plano regional.

La nueva Organización de normalización supone un desafío para otros organismos internacionales que ya están trabajando en esa esfera, en particular la OMS, pero no debe privar a ésta de una de sus principales contribuciones a la salud mundial, sino que debe facilitar aportaciones técnicas a la base mundial de datos de terminología de la OMS, y no a una que sirva únicamente a un grupo de países o a un grupo lingüístico específico.

La elaboración de normas internacionales es un proceso multidisciplinario, y la OMS debe continuar participando activamente en la orientación para el establecimiento de normas, la autenticación, así como la aprobación y el mapeo de la tecnología. Otras partes interesadas pueden participar en la creación de redes, la difusión, la coordinación y la documentación de herramientas normativas y normas internacionales. Los nuevos avances tecnológicos, por ejemplo bases de datos distribuidas específicamente, sistemas descentralizados y aplicaciones en línea, proporcionan oportunidades a todas las organizaciones para colaborar utilizando el espacio virtual sin comprometer su identidad ni su función. Las políticas de ciber salud de la OMS deben promover el multilingüismo y la capacidad de los países para gestionar la terminología normalizada en los idiomas locales, junto con aplicaciones de ciber salud tales como bases de datos estadísticas, sistemas de información sanitaria, sistemas de información geográfica y registros sanitarios electrónicos. El multilingüismo puede apoyarse mediante diccionarios multilingües de lectura electrónica, sistemas de clasificación y traducción asistida por ordenador, y la OMS debe fomentar la investigación en este ámbito.

La OMS debe velar por la igualdad entre los idiomas facilitando normas y clasificaciones a nivel nacional y local. Debe asignarse un mismo porcentaje de fondos a todos los idiomas oficiales de la OMS a fin de superar la desigualdad que hay entre el español, el francés y el inglés, por una parte, y el árabe, el chino y el ruso por otra.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) dice que no está seguro de que la terminología clínica normalizada vaya a ser un bien público internacional que pueda ser compartido de modo gratuito por todos los Estados Miembros, como ocurre con la Clasificación Internacional de Enfermedades y otras clasificaciones internacionales de la OMS. El multilingüismo es un principio importante debido a las diferencias entre las interpretaciones nacionales de algunos términos clínicos, en particular entre diferentes grupos lingüísticos. La mayoría de los países han establecido bases de datos de terminología clínica en sus propios idiomas y con raíces en sus propias culturas.

El Dr. MOLLAHALILOGLU (suplente del Profesor Aydin, Turquía) observa que la colaboración entre los Estados Miembros y un mínimo consenso sobre los requisitos son vitales para la interoperabilidad de las terminologías normalizadas. La OMS debe tener un asiento en la junta de la organización internacional de normalización, y no la condición de observadora. Para armonizar y llegar a un consenso se necesitarán recursos considerables, pero con ello se contribuirá a evitar muchos de los problemas que de otro modo los países podrían encontrar a la hora de adoptar las terminologías.

El Dr. QI Qingdong (China) insta a la OMS a aprovechar su liderazgo en el desarrollo de sistemas de información sanitaria y de la clasificación internacional de enfermedades. Dado que los países en desarrollo tendrán más dificultades para utilizar una terminología clínica normalizada, la OMS debe participar a fin de representar los intereses de todos los Estados Miembros y cooperar con las organizaciones internacionales pertinentes. Los miembros representantes de Djibouti y del Japón han hecho hincapié en el

multilingüismo, pero en el informe no se explica cómo se logrará. La terminología clínica normalizada que se ha propuesto debe beneficiar al máximo número de países posible.

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) señala a la atención del Consejo las dificultades de su país para retener al personal de atención primaria de salud en las zonas remotas porque a menudo este último se siente incapaz de atender a las necesidades de los pacientes. Con el apoyo de las aplicaciones de ciber salud, por ejemplo para realizar diagnósticos, habrá menos probabilidades de que ese personal renuncie a su empleo. Además, a menudo es necesario transportar a los pacientes largas distancias hasta llegar a centros médicos más tecnificados, lo cual resulta costoso en comparación con la ciber salud. Por ello, los ministerios de salud, educación, ciencia y tecnología, y defensa y comunicaciones del Brasil han cooperado en el establecimiento de un programa nacional de ciber salud, proporcionando centros de atención primaria. A través de hospitales universitarios se ofrece apoyo, por ejemplo asistencia para el diagnóstico y formación en este campo, a centros de atención primaria en zonas remotas, con lo cual se logra una mayor retención del personal sanitario. Las aplicaciones de ciber salud ilustran la necesidad de una terminología normalizada, y por tanto el orador apoya el proyecto de resolución.

La Dra. SOPIDA CHAVANICHKUL (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia), refiriéndose a los párrafos 3(a) y (b) del informe, indica que en la mayoría de los países en desarrollo los sistemas de información sanitaria carecen de la infraestructura y de los recursos humanos básicos. Por ello, no tendría sentido elaborar una terminología más sofisticada. Además, los países en desarrollo no están representados en la nueva Organización de normalización. La oradora está a favor de la opción expuesta en el párrafo 3(b), es decir a favor de que la OMS participe en la junta de armonización y pueda responder a las necesidades de los Estados Miembros, por ejemplo velando por el multilingüismo. Asimismo, está a favor de fortalecer la red terminológica de la OMS y de velar por que todos los Estados Miembros tengan igualdad de acceso a ésta. La red debe concentrarse también en los sistemas de información en materia de salud pública.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) dice que la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional (2005) ha aumentado la necesidad de actualizar, normalizar y armonizar las tecnologías y terminologías pertinentes. El acceso a una información fiable facilita la adopción de decisiones, lo cual es importante para los países en desarrollo que tienen que hacer frente a grandes epidemias con escasos recursos financieros, materiales o humanos. La OMS debe tomar la iniciativa en el establecimiento de normas y reglas de información sanitaria, y ayudar a los países en desarrollo a obtener acceso a las nuevas tecnologías. Apoya la opción descrita en el párrafo 3(b), que fortalecerá el papel de la OMS en la elaboración de una terminología normalizada.

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) respalda las observaciones formuladas por el Japón, e insiste en la importancia de la terminología normalizada como medio para armonizar perspectivas diferentes. Debe centrarse la atención en las terminologías científicas y de gestión, ya que éstas son fundamentales para las actividades conjuntas. El proceso de normalización requerirá una colaboración intersectorial y un enfoque ascendente, comenzando en el plano de los países. La OMS debe desempeñar un papel fundamental en la coordinación de la producción de una terminología normalizada.

El Sr. DEL PICÓ (Chile)¹ apoya la opción que figura en el párrafo 3(a), ya que la OMS debe tomar la iniciativa en el establecimiento de normas clínicas internacionales. Reconoce los esfuerzos desplegados por los Estados Unidos de América y el Reino Unido para elaborar una terminología clínica exhaustiva. No obstante, los criterios de acceso no están claros, en particular los costos. Es necesario definir con precisión los vínculos entre las terminologías y las clasificaciones.

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

El Dr. GHEBREHIWET (Consejo Internacional de Enfermeras), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, señala a la atención del Consejo la Clasificación internacional para la práctica de enfermería, que permite el intercambio y la comparación de datos a nivel internacional a fin de servir de apoyo para la adopción de decisiones clínicas, evaluar la atención de enfermería y los resultados de los pacientes, desarrollar políticas sanitarias y generar conocimientos por medio de la investigación. Hay una necesidad continua de desarrollo y aplicación de terminologías normalizadas sobre atención sanitaria. Una red de terminología de la OMS podría contribuir a la armonización de las diversas terminologías, incluida la clasificación mencionada anteriormente.

Le complacen los planes de apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo, la aplicación y la gestión de terminologías normalizadas. El informe aclara la función de la OMS en relación con la Organización de normalización que se ha creado para administrar la terminología clínica. Expresa su preocupación por la accesibilidad de esta última y por su pertinencia para los países en desarrollo. Pide más información sobre los planes de la Secretaría para garantizar su divulgación equitativa y equilibrada entre los Estados Miembros que no se adhieran a la Organización de normalización por motivos financieros o de otro tipo.

El Dr. EVANS (Subdirector General) dice que parece haber consenso en el sentido de que la normalización de la terminología es importante y de que la OMS debe participar en ella. La OMS participará en calidad de observadora en la junta de armonización de la nueva Organización de normalización. Sin embargo, la creación de la nueva organización no garantizará, por sí sola, el acceso universal a la terminología normalizada ni pondrá ésta a disposición en muchos idiomas. La OMS continuará trabajando en esas cuestiones junto con el nuevo órgano y sus propios centros colaboradores. Se necesitará una inversión importante para superar los múltiples desafíos técnicos, incluidas la fiabilidad, la validez y la interoperabilidad. La Secretaría ayudará a los Estados Miembros en la medida de lo posible, pero no se debe esperar demasiado de ella.

El Consejo toma nota del informe.

Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad: punto 4.6 del orden del día (documento EB120/10) (continuación de la sexta sesión)

El PRESIDENTE invita al Consejo a que examine un proyecto de resolución revisado sobre salud bucodental, que incorpora enmiendas propuestas por los miembros, y cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad¹ y el informe sobre Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA22.30, WHA28.64 y WHA31.50 sobre fluoración y salud dental; WHA36.14 sobre la salud bucodental en la estrategia de salud para todos; WHA42.39 sobre salud bucodental; WHA56.1 y WHA59.17 sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; WHA58.22 sobre prevención y control del cáncer;

¹ Documento EB120/10.

² Documento EB120/22.

WHA57.14 sobre la expansión del tratamiento y la atención en el marco de una respuesta coordinada e integral al VIH/SIDA; WHA57.16 sobre promoción de la salud y modos de vida sanos; WHA57.17 relativa a la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; WHA58.16 relativa a la promoción del envejecimiento activo y saludable; WHA51.18 y WHA53.17 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y WHA58.26 sobre problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol;

Reconociendo el importante papel de la salud bucodental para la salud en general y para la calidad de vida;

Reconociendo el vínculo intrínseco que une la salud bucodental, la salud en general y la calidad de vida; [Kenya]

Haciendo hincapié en la necesidad de incorporar programas para la promoción de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales en los programas nacionales de prevención y tratamiento integrados de las enfermedades crónicas;

Consciente de que en el Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015 se destaca la importancia de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; [Kenya]

Valorando la función que desempeñan los centros colaboradores de la OMS, los asociados y las organizaciones no gubernamentales en la mejora de la salud bucodental en todo el mundo; [Kenya]

1. INSTA a los Estados Miembros:

(1) a que adopten medidas para velar por que la salud bucodental sea incorporada **según proceda [Australia]** a las políticas ~~nacionales~~ **[Australia]** para la prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles;

(2) a que adopten medidas para velar por que se apliquen planteamientos basados en la evidencia a la hora de incorporar la salud bucodental en las políticas nacionales de prevención y control integrados de las enfermedades no transmisibles; **[Kenya]**

~~(2)~~(3) a que ~~den~~ **estudien mecanismos para dar [Australia]** cobertura a la población con atención bucodental básica, **incorporar la salud bucodental al y garantice**, en el **[EE.UU.]** marco de la atención primaria de salud mejorada para las enfermedades crónicas no transmisibles, y **promover [EE.UU.]** la disponibilidad ~~de sistemas nacionales~~ **[EE.UU.]** de salud bucodental, que deben orientarse hacia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud entre las poblaciones pobres y desfavorecidas, en colaboración con los programas integrados de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles;

~~(3)~~(4) para los países **que carezcan de acceso a unos niveles óptimos de fluoruro, o [Tailandia]** que aún no hayan establecido programas sistemáticos de fluoración del agua, a que **estudien la elaboración y ejecución de** ~~elaboren y ejecuten~~ **[Australia]** programas ~~nacionales~~ **[Australia]** de fluoración, dando prioridad a estrategias equitativas como la administración automática de flúor, por ejemplo en el agua de bebida, la sal o la leche, y al suministro de dentífricos fluorados a precios asequibles;

~~(4)~~(5) a que ~~adopten medidas~~ **tomen disposiciones [Australia]** para velar por que la prevención del cáncer de la boca forme parte integral de los programas nacionales de control del cáncer, y ~~a que alienten la participación de~~ **hagan participar a [Australia]** profesionales de la salud bucodental ~~o y a de~~ **[Australia]** personal **especialmente capacitado que haya recibido formación pertinente en salud bucodental y especializada [Australia]** en detección, diagnóstico precoz y tratamiento **en materia de salud bucodental; [Australia]**

~~(5)~~(6) a que ~~elaboren y ejecuten programas de~~ **tomen disposiciones para asegurar la [Australia]** prevención de enfermedades bucodentales asociadas al VIH/SIDA y la

promoción de la salud bucodental y la calidad de vida entre las personas que viven con el VIH, en los que participen profesionales de la salud bucodental o personal especialmente adiestrado en atención primaria de salud, aplicando la atención primaria en salud bucodental **cuando sea posible; [Australia]**

~~(6)~~(7) a que desarrollen y apliquen la promoción integrada de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales entre los niños **de edad preescolar y escolar [Tailandia]** como parte ~~integral de los programas nacionales de escuelas sanas~~ **las actividades de las escuelas donde se promociona la salud; [Tailandia]**

(8) a que amplíen la capacidad de formar personal de salud bucodental, incluidos higienistas, enfermeras y auxiliares dentales, velando por que esos auxiliares se distribuyan de forma equitativa en el nivel de atención primaria y por que se disponga del adecuado servicio de apoyo de dentistas, por conducto de los sistemas apropiados de referencia de casos; [Tailandia]

~~(7)~~(9) a que elaboren y apliquen, en los países afectados por el noma, programas nacionales de lucha contra esta enfermedad dentro de los programas de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y para la reducción de la malnutrición y la pobreza, de acuerdo con los objetivos de desarrollo acordados en el plano internacional en relación con la salud, inclusive los contenidos en la Declaración del Milenio;

~~(8)~~(10) a que incorporen un sistema de información sobre la salud bucodental a los planes de vigilancia sanitaria de modo que los objetivos de salud bucodental sean conformes con las normas internacionales, y a que evalúen los progresos realizados en la promoción de la salud bucodental;

~~(9)~~(11) a que fortalezcan la investigación en salud bucodental y utilicen la promoción de la salud bucodental y la prevención de enfermedades bucodentales basadas en datos científicos para consolidar y adaptar los programas nacionales de salud bucodental y a que alienten el intercambio entre países de conocimientos sólidos y experiencias de programas comunitarios de salud bucodental;

(12) a que tengan en cuenta la planificación de recursos humanos y fuerza de trabajo para salud bucodental en el marco de los planes nacionales de salud; [Kenya]

(13) a que aumenten las dotaciones presupuestarias dedicadas a la prevención y el control de las enfermedades y afecciones bucodentales y craneofaciales; [Kenya]

2. PIDE a la Directora General:

(1) que fomente la toma de conciencia acerca de los retos mundiales a que se enfrenta la mejora de la salud bucodental y de las necesidades específicas de los países de ingresos bajos y de los grupos pobres y desfavorecidos;

(2) que vele por que la Organización, en los niveles mundial y regional, preste apoyo, asesoramiento y asistencia técnica a los Estados Miembros que lo soliciten para la elaboración y la ejecución de programas de salud bucodental en el marco de criterios integrados de vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles;

(3) que siga continuamente promoviendo la cooperación internacional y la interacción con todos los interesados, y entre éstos, en la aplicación del plan de acción en salud bucodental, incluidos los centros colaboradores de la OMS en salud bucodental y las organizaciones no gubernamentales;

(4) que comunique al UNICEF y a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que realizan actividades relacionadas con la salud, la necesidad de que la salud bucodental forme parte integral de sus programas; [Jamaica]

(5) que refuerce el liderazgo técnico de la OMS en materia de salud bucodental ampliando su programa de salud bucodental en la Sede y en las oficinas regionales. [Kenya]

La Sra. HALTON (Australia) sugiere que en el cuarto párrafo del preámbulo se suprima la palabra «nacionales» de la expresión «programas nacionales», ya que no es adecuada para Estados federales como el suyo. El mismo problema se presenta en el párrafo 1(2), y la oradora sugiere que en éste se añadan las palabras «según proceda», para que el texto rece: «... a la hora de incorporar, según proceda, la salud bucodental en las políticas nacionales de prevención y control integrados...». Debe modificarse el párrafo 1(13) para que rece: «a que consideren la posibilidad de aumentar las dotaciones presupuestarias...».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que el párrafo 2(4), tal como está redactado actualmente, podría dar a entender que la OMS debe decir al UNICEF y a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas lo que deben hacer.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) sugiere que tal vez sea preferible que el texto rece: «que mantenga comunicación con el UNICEF y con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas...».

La Dra. SOPIDA CHAVANICHKUL (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) sugiere modificar el párrafo 1(4) para que rece: «... y que aún no hayan establecido programas sistemáticos de fluoración del agua...».

El PRESIDENTE sugiere que el Consejo continúe examinando el proyecto de resolución en una fase posterior.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de la resolución en la página 231.)

Sistemas de salud, incluidos los sistemas de atención de emergencia: punto 4.7 del orden del día (documentos EB120/27, EB120/27 Add.1, EB120/38 y EB120/38 Add.1) (continuación de la quinta sesión)

El PRESIDENTE invita al Consejo a que examine el proyecto revisado de resolución sobre sistemas de atención de emergencia, que refleja las enmiendas propuestas, y cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe «Sistemas de salud: sistemas de atención de emergencia»,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Habiendo examinado el informe «Sistemas de salud: sistemas de atención de emergencia»;

¹ Documento EB120/27.

² En el documento EB120/27 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

Recordando las resoluciones WHA56.24, sobre aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, y WHA57.10, sobre seguridad vial y salud, en las que se señala, respectivamente, que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo y que las lesiones debidas al tráfico rodado causan amplios y graves problemas de salud pública;

Recordando asimismo que en la resolución WHA56.24 se pedía al Director General que proporcionara apoyo técnico para reforzar los servicios de atención traumatológica y médica destinados a los supervivientes o víctimas de actos violentos, y que en la resolución WHA57.10 se recomendaba a los Estados Miembros que reforzaran los servicios de emergencia y rehabilitación y se pedía al Director General que proporcionara apoyo técnico para reforzar los sistemas de asistencia prehospitalaria y traumatológica a las víctimas de las colisiones en las vías de tránsito;

Reconociendo que cada año, en todo el mundo, más de 100 millones de personas sufren traumatismos, más de cinco millones de personas mueren por causa de la violencia y los traumatismos, y que el 90% de la carga mundial de mortalidad debida a la violencia y los traumatismos se registra en países de ingresos bajos y medianos;

Consciente de la necesidad de practicar la prevención primaria, que es uno de los modos más importantes de reducir la carga de traumatismos;

Reconociendo que la mejora de la organización y la planificación para **la prestación de los servicios de [EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia forma parte esencial de la prestación de atención integrada, tiene un papel importante en [Jamaica]** la preparación y la respuesta ante incidentes con gran número de víctimas, y puede reducir la mortalidad y la discapacidad y prevenir otros resultados sanitarios adversos consecutivos de la carga cotidiana de traumatismos;

Considerando que las orientaciones publicadas por la OMS y los instrumentos electrónicos que ha preparado ofrecen un medio para mejorar la organización y la planificación de **la prestación de los servicios de [EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia** particularmente bien adaptado para atender las necesidades de los países de ingresos bajos y medianos,

1. CONSIDERA que es necesario desplegar más esfuerzos en todo el mundo para reforzar **la prestación de los servicios de [EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia** con el fin de asegurar que se preste de forma oportuna y eficaz a quienes **los necesitan en el contexto del sistema asistencial general, y de las iniciativas de salud y promoción de la salud relacionadas; [Jamaica, Kenya]**

2. INSTA a los Estados Miembros:

(1) a que evalúen de forma integral el contexto de la atención prehospitalaria y de emergencia, incluidas, **cuando proceda, [Australia]** las necesidades que aún no se han atendido;

(2) a que velen por que los ministerios de salud participen en la revisión y el fortalecimiento de **la prestación de los servicios de [EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia**, y que a ese efecto se disponga de un mecanismo de coordinación intersectorial;

(3) a que consideren el establecimiento de sistemas institucionales de atención traumatológica y de emergencia prehospitalaria en los lugares donde resultarían costoeficaces, incluidos aquellos donde la frecuencia de traumatismos es elevada, y que aprovechen los sistemas no institucionales y los recursos comunitarios con el fin de dotar de capacidad de atención prehospitalaria a las zonas donde son inviables los **servicios sistemas [EE.UU.] médicos de emergencia prehospitalarios institucionales;**

(4) a que velen por que en los contextos que cuenten con un **sistema [EE.UU.] institucionales de servicios de atención [EE.UU.] médicos de emergencia**, y donde sea

apropiado y viable, se disponga de un mecanismo de vigilancia que promueva y garantice unas normas mínimas de capacitación, dotación de equipo, infraestructura y comunicaciones;

(5) a que, en los lugares que cuenten con un **sistema [EE.UU.] institucionales de servicios de atención [EE.UU.] médicaes de emergencia**, o donde se estén poniendo en marcha esos servicios, establezcan números de teléfono de acceso universal y los divulguen ampliamente;

(6) a que determinen un conjunto básico de servicios de atención traumatológica y de emergencia y elaboren métodos para garantizar y documentar que esos servicios se presten de modo apropiado a quienes los necesitan;

(7) **a que establezcan unos plazos realistas para la prestación de atención de emergencia; [Letonia]**

(8) **a que desarrollen incentivos para la formación y la mejora de las condiciones de trabajo de los dispensadores de atención implicados; [Jamaica, Kenya]**

~~(7)~~(9) a que velen por que las competencias básicas ~~pertinentes~~ **adecuadas** figuren en los programas de estudios sanitarios y promuevan la formación continua del personal que presta atención traumatológica y de emergencia;

~~(8)~~(10) a que velen por que se disponga de fuentes de datos suficientes para monitorear objetivamente los resultados de los esfuerzos desplegados para reforzar los sistemas de atención traumatológica y de emergencia;

~~(9)~~(11) a que revisen y actualicen la legislación pertinente, **incluidos métodos financieros y métodos de gestión, para asegurar que haya un conjunto básico de servicios de atención traumatológica y de emergencia accesibles para todas las personas que los necesiten; [Tailandia]**

3. PIDE a la Directora General:

(1) que idee instrumentos y técnicas estandarizadas para evaluar la necesidad de capacidad prehospitalaria y hospitalaria de ~~servicios de~~ **[EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia**

(2) que elabore técnicas para revisar la legislación relativa a **la prestación** ~~los ser-~~ **servicios [EE.UU.] de atención de emergencia** y compile ejemplos de ese tipo de legislación;

(3) que determine normas, **mecanismos, [Jamaica, Kenya]** y técnicas para la inspección de las instalaciones, y que **preste apoyo a los Estados Miembros para [Kenya] diseñar** programas de mejora de la calidad y otros métodos que aseguren una prestación competente y oportuna de ~~los servicios de~~ **[EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia esenciales**

(4) que proporcione orientación para la creación y el fortalecimiento de sistemas de manejo de los incidentes con gran número de víctimas;

(5) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la evaluación de las necesidades, la inspección de las instalaciones, la mejora de los programas, la revisión de la legislación, y otros aspectos del reforzamiento **de la prestación de sus servicios [EE.UU.] de atención traumatológica y de emergencia;**

(6) que aliente las investigaciones y colabore con los Estados Miembros en el establecimiento de políticas y programas de base científica para la aplicación de métodos de reforzamiento de ~~los servicios de la~~ **[EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia;**

(7) que colabore con los Estados Miembros, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas con el fin de ayudar a que se disponga de la necesaria capacidad para planificar, organizar, administrar, financiar y monitorear eficazmente **la prestación de** ~~los servicios de~~ **[EE.UU.] atención traumatológica y de emergencia;**

- (8) que aumente la concienciación acerca de la existencia de intervenciones de bajo costo que reducen la mortalidad mediante la mejora de la organización y la planificación de **la prestación los servicios [EE.UU.]** de atención traumatológica y de emergencia, y organice periódicamente reuniones de expertos para que intercambien información y experiencias y se cree capacidad en esa esfera;
- (9) que informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.

La Sra. HALTON (Australia) dice que el párrafo 2(7) es inaceptable. Es imposible estipular un plazo para la prestación de atención de emergencia que sea adecuado para todos los Estados Miembros. Debe modificarse el párrafo 2(8) para que rece: «que consideren el establecimiento de incentivos...», y debe modificarse el párrafo 2(11) para que rece: «... incluidos, cuando sea necesario, los métodos financieros...».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América), refiriéndose al párrafo 2(7), dice que corresponde a cada Estado Miembro determinar los plazos de prestación de atención de emergencia más adecuados para su propia situación. Acepta las enmiendas de los párrafos 2(8) y 2(11) propuestas.

El PRESIDENTE dice que parece haber consenso en el Consejo sobre la supresión del párrafo 2(7).

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que el proyecto de resolución no insiste lo suficiente en la preparación y la respuesta ante emergencias, un ámbito en el que muchos países, incluido el suyo, necesitan más orientación.

El Dr. TANGI (Tonga) señala que el proyecto de resolución debe ser de carácter general y tratar todos los aspectos de la atención de emergencia.

La DIRECTORA GENERAL señala a la atención del Consejo la resolución WHA59.22, sobre la preparación y respuesta ante emergencias, en la que se pide a la Secretaría que proporcione la ayuda solicitada por el miembro representante del Iraq.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) da lectura de las enmiendas propuestas. Se suprimirá el párrafo 2(7). El párrafo 2(8) se modificará para que rece: «que consideren el establecimiento de incentivos...». El párrafo 2(11) será modificado para que rece: «... incluidos, cuando sea necesario, los métodos financieros...».

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad: punto 4.6 del orden del día (documento EB120/10) (reanudación)

El PRESIDENTE invita al Consejo a reanudar el examen del proyecto de resolución.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) da lectura de las enmiendas propuestas al proyecto de resolución, con excepción del párrafo 2(4), cuyo nuevo texto se propondrá pos-

¹ Resolución EB120.R4.

teriormente. En el cuarto párrafo del preámbulo se suprimirá la palabra «nacionales». En el párrafo 1(2) se incluirán las palabras «según proceda» antes de «salud bucodental». En el párrafo 1(4) se sustituirán las palabras «o que» por «y que». Se modificará el párrafo 1(13) para que rece: «a que consideren la posibilidad de aumentar las dotaciones presupuestarias...».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) propone que en el párrafo 2(4) se modifique la expresión «la necesidad de que la salud bucodental forme parte integral de sus programas» para que rece: «la necesidad de integrar la salud bucodental en sus programas». Debe modificarse el párrafo 2(5) para que rece: «que refuerce el liderazgo técnico de la OMS en materia de salud bucodental.» a fin de dar a la Directora General más flexibilidad al no especificar la manera de financiar los programas conexos.

El Dr. NYIKAL (Kenya) prefiere mantener el texto de la enmienda original del párrafo 2(5), ya que no entiende por qué debe cambiarse la petición específica realizada en éste. No obstante, estaría dispuesto a aceptar la inclusión de las palabras «y de cualquier otro modo» después de «y en las oficinas regionales».

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) propone reemplazar las palabras «programas sistemáticos de fluoración del agua» que aparecen en la primera parte del párrafo 1(4) por «programas sistemáticos de fluoración».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América), respondiendo al miembro representante de Kenya, dice que debe darse a la Directora General una mayor flexibilidad en cuanto al alcance, la amplitud y la financiación de los programas.

La DIRECTORA GENERAL expresa su preferencia por la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos, porque en efecto agradecería mayor flexibilidad; por ejemplo, las oficinas en los países no están incluidas en el alcance del texto actual. Reconoce la importancia que conceden los miembros a la cuestión de la salud bucodental y la sugerencia de éstos de que debe hacerse más al respecto.

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que, naturalmente, no rechazará la sugerencia de la Directora General.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Género, mujer y salud: proyecto de estrategia para integrar el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS: punto 4.8 del orden del día (documentos EB120/6 y EB120/6 Add.1)
(continuación de la sexta sesión)

El PRESIDENTE invita al Consejo a que examine el proyecto de resolución revisado sobre el proyecto de estrategia para integrar el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS, cuyo texto, después de las consultas oficiosas, es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo considerado el proyecto de estrategia para integrar una perspectiva de género en las actividades de la OMS,²

¹ Resolución EB120.R5.

² Documento EB120/6.

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución:¹

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de estrategia para integrar una perspectiva de género en las actividades normativas y programáticas de la OMS;

Recordando el **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994)**, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), las recomendaciones dimanantes de la Conferencia Beijing + 10 (2005) **y sus informes**, las conclusiones convenidas 1997/2 del Consejo Económico y Social, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas 2000, el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005,² y la resolución WHA58.30, sobre la aceleración de la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio,

1. **TOMA NOTA CON RECONOCIMIENTO** de la estrategia para integrar una perspectiva de género en todas las actividades de la OMS;
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - (1) a que incluyan el análisis y la planificación de las cuestiones de género en las actividades conjuntas de planificación estratégica y operativa;
 - (2) a que formulen estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en las políticas, programas e investigaciones sobre salud, **inclusive en la esfera de la salud sexual y reproductiva;**
 - (3) **a que hagan hincapié en la capacitación y la sensibilización en materia de género, mujer y salud, y en la promoción de esta cuestión;**
 - (4) **a que velen por que en todos los niveles de prestación de atención sanitaria se incorporen servicios de salud sensibles a las cuestiones de género;**
 - ~~(3)~~(5) a que recopilen y analicen datos desglosados por sexo y tengan presentes los resultados al elaborar políticas y programas;
 - ~~(4)~~(6) a que avancen hacia la igualdad entre mujeres y hombres en el sector de la salud para garantizar que **la contribución de mujeres y hombres, niñas y niños** a la atención de salud sea tenida en cuenta en la planificación y las políticas sanitarias;
3. PIDE a la Directora General:
 - (1) que **evalúe y corrija** las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en la planificación, ejecución, supervisión y evaluación de la labor **de la OMS**, y que ello figure como requisito en las descripciones de puesto y como criterio en las evaluaciones del desempeño;
 - (2) **que defina indicadores** y supervise la aplicación de la estrategia **por la Secretaría de la OMS en la Sede**, las oficinas regionales **y las oficinas en los países**, y garantice la rendición de cuentas al respecto;
 - (3) que preste apoyo y dé continuidad a la integración de una perspectiva de género en todas las actividades normativas y programáticas de la OMS, **incluso mediante la contratación de personal con responsabilidades y experiencia específicas en género y salud de la mujer;**

¹ En el documento EB120/6 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

² Resolución 60/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

- (4) que apoye a los Estados Miembros en la formulación y el mantenimiento de estrategias y planes de acción para integrar la igualdad entre hombres y mujeres en todas las políticas, programas e investigaciones sobre salud;
- (5) que otorgue prioridad a la utilización de datos desglosados por sexo y al análisis de las cuestiones de género en las publicaciones de la OMS y en las actuaciones para reforzar los sistemas de información sanitaria, a fin de garantizar que se tenga en cuenta la noción de la igualdad entre mujeres y hombres como determinante de la salud;
- (6) que vele por que en las evaluaciones programáticas y temáticas se haga constar la medida en que se han integrado las cuestiones de género en la labor de la Organización;
- (7) que vele por la plena ejecución de la estrategia e informe **cada dos años a la Asamblea de la Salud por conducto** del Consejo Ejecutivo sobre los progresos realizados.

El PRESIDENTE dice que, si no se formulan observaciones, considerará que el Consejo desea adoptar el proyecto de resolución.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción: punto 4.14 del orden del día (documentos EB120/35, EB120/35 Add.1, EB120/INF.DOC./1 y EB120/INF.DOC./4)

El PRESIDENTE invita al Consejo a que examine el proyecto de resolución sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción, propuesto por Kenya y Suiza, cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual en su primera reunión,² y las propuestas de algunos Estados Miembros acerca de posibles áreas de implementación temprana,³

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Teniendo presente el informe de la Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública y sus recomendaciones;⁴

Recordando la resolución WHA59.24, por la que se establece un grupo de trabajo intergubernamental abierto a la participación de todos los Estados Miembros interesados que se encargue de elaborar una estrategia mundial y plan de acción a fin de proporcionar un marco a plazo medio basado en las recomendaciones de la Comisión;

¹ Resolución EB120.R6.

² Documento EB120/35, sección F.

³ Documento EB120/INF.DOC./1.

⁴ Documento CIPIH/2006/1.

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados por el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual en su primera reunión, y el documento de información donde se enumeran las posibles áreas de implementación temprana y actividades conexas de la OMS;

Teniendo presente que en la resolución WHA59.24 se pide al mencionado Grupo de Trabajo que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo, prestando especial atención a las posibles áreas de implementación temprana;

Consciente de la necesidad de actuar rápidamente para afrontar con eficacia la creciente carga de morbilidad y las afecciones que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo, en particular las que afectan a las mujeres y los niños, incluido al aumento brusco de las enfermedades no transmisibles;

Consciente de la necesidad de empezar de inmediato la adopción de medidas que sienten los cimientos para la aplicación futura de la estrategia mundial y el plan de acción;

Teniendo presente que esas medidas preliminares de implementación temprana no deben prejuzgar ni limitar el contenido de la futura estrategia mundial y del plan de acción;

Observando que la Secretaría ya está llevando a cabo actividades en determinadas áreas de implementación temprana señaladas por el Grupo de Trabajo de acuerdo con anteriores resoluciones de la Asamblea de la Salud, y deseosa de acelerar esas actividades,

1. ACOGE CON AGRADO los progresos realizados por el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - (1) a que contribuyan activamente a la elaboración de una estrategia mundial y plan de acción por parte del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual;
 - (2) a que notifiquen voluntariamente a la OMS las medidas adoptadas en relación con las recomendaciones de la Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública;
3. PIDE a la Directora General:
 - (1) que determine las carencias de la actual cobertura en materia de investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas para enfermedades que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo, teniendo en cuenta otros trabajos que se estén realizando en esa esfera;
 - (2) que reúna a entidades académicas, empresas farmacéuticas y biotecnológicas pequeñas y grandes, donantes de ayuda, consejos de investigaciones médicas, fundaciones, alianzas publicoprivadas, instituciones internacionales, y grupos de pacientes y de la sociedad civil en un foro permanente con el fin de velar por que se organice mejor el intercambio de información y mejore la coordinación entre las diversas partes interesadas en materia de investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas para las enfermedades que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo;
 - (3) que promueva el establecimiento de alianzas para encontrar maneras de conseguir que las quimiotecas sean más accesibles a fin de que se puedan identificar compuestos posiblemente activos contra las enfermedades que afectan a los países en desarrollo;
 - (4) que promueva, con otras organizaciones pertinentes, las patentes mancomunadas de tecnologías básicas que puedan ser útiles para promover la innovación para luchar contra las enfermedades que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo;

- (5) que refuerce los ensayos clínicos y la infraestructura de reglamentación en los países en desarrollo, sobre todo en el África subsahariana, incluida la mejora de las normas de revisión ética;
- (6) que preste apoyo a los países en desarrollo en el establecimiento, la aplicación o el fortalecimiento de programas nacionales de investigaciones sanitarias;
- (7) que preste apoyo a los países de modo que, mediante políticas de patentes y licencias y respetando las obligaciones internacionales, aumenten al máximo la disponibilidad de innovaciones, incluidos instrumentos de investigación y plataformas tecnológicas, a fin de desarrollar productos de interés para la salud pública, en particular destinados a combatir afecciones prevalentes en los países en desarrollo;
- (8) que colabore con las partes interesadas pertinentes para reforzar la sostenibilidad de las alianzas publicoprivadas;
- (9) que siga vigilando, desde la perspectiva de la salud pública, el impacto de los derechos de propiedad intelectual y otros factores en la obtención de nuevos productos y el acceso a los medicamentos y otros productos sanitarios en los países en desarrollo;
- (10) que informe, en el contexto de la adopción de una estrategia mundial y plan de acción, a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución.

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) se manifiesta satisfecho de las actividades de la OMS (descritas en el documento EB120/INF.DOC./4) y reafirma la importancia de la resolución WHA59.24 sobre salud pública, innovación, investigaciones sanitarias esenciales y derechos de propiedad intelectual. Se ha llegado a un consenso sobre esta resolución en un ambiente positivo y armonioso, un «espíritu de Ginebra», que se ha reflejado bien en la Organización en general. Lamentablemente, no ha ocurrido lo mismo en la primera reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, celebrada en diciembre de 2006. Sin culpar a ninguna persona ni país, como tampoco a la Secretaría, el orador califica esa reunión de «ridícula» y no tiene la intención de formular observaciones sobre el proyecto de resolución. Es necesario reparar los daños y aunar fuerzas para encontrar un nuevo modo de avanzar. Se necesita un nuevo proceso para sentar las bases de los resultados que se esperan de la reunión del Grupo de Trabajo en octubre de 2007.

El Dr. NYIKAL (Kenya), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, recuerda el establecimiento, por medio de la resolución WHA59.24, del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, que ha pedido comunicaciones de los Estados Miembros y ha mencionado ámbitos de posible aplicación temprana. Su país y Suiza han propuesto el actual proyecto de resolución. En reuniones oficiosas se ha llegado a un consenso para fortalecer el proceso del Grupo de Trabajo sin proceder a extensos debates sobre una resolución y, dado que el Grupo de Trabajo no ha llegado a un acuerdo sobre los ámbitos para una posible aplicación temprana, pide que se aplaze el examen del proyecto de resolución.

El Consejo debe pedir a la Secretaría que acelere las actividades del Grupo de Trabajo permitiendo a los Estados Miembros realizar contribuciones al contenido y al proceso de elaboración de la estrategia mundial y plan de acción. El proceso debe avanzar más rápidamente, y las recomendaciones de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública deben tenerse en cuenta e incluirse en el mencionado plan de acción.

La cuestión del acceso a productos de la innovación tales como medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas es de suma importancia para la atención de salud en África. Se deben asignar más recursos a la investigación de enfermedades. Espera con interés que el futuro plan de acción mundial aborde estos problemas.

La Sra. SRIPEN TANTIVESS (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) está de acuerdo con las observaciones formuladas por los miembros representantes del Brasil y de Kenya, en particular con respecto a la importancia del «espíritu de Ginebra». El Consejo debe concentrarse en el proceso del Grupo de Trabajo. Recuerda la resolución WHA59.24, en particular los párrafos 3(3) y 3(4). En su primera reunión, el Grupo de Trabajo propuso que los Estados Miembros le presentaran sus comunicaciones oficiales antes del fin de febrero de 2007. Sin embargo, no se ha emitido ningún mensaje específico para informar a los Estados Miembros que no estaban presentes en la reunión sobre la necesidad o el contenido de dichas comunicaciones. Las comunicaciones oficiales deben contener recomendaciones sobre la futura estrategia mundial y plan de acción, haciendo referencia en particular a los siguientes aspectos: garantizar una base sostenible para la investigación y el desarrollo relacionados con las enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo, proponer objetivos y prioridades claros, y calcular las necesidades de financiamiento conexas. La salud pública y la propiedad intelectual son cuestiones vitales. Debe prorrogarse el plazo fijado para el fin de febrero de 2007.

Esta semana se han mantenido debates constructivos. A fin de mantener este impulso, algunos Estados Miembros desean acelerar la aplicación de la resolución WHA59.24. Con el fin de apoyar la labor del Grupo de Trabajo, el orador propone que el Consejo adopte una decisión, cuyo texto sería el siguiente:

El Consejo Ejecutivo decide pedir a la Secretaría que apoye activamente, a todos los niveles, la aplicación de la resolución WHA59.24, proporcionando:

- a) apoyo a los Estados Miembros a fin de que presenten para mediados de marzo sus aportaciones al contenido y los procesos de elaboración de la estrategia mundial y plan de acción;
- b) un resumen, síntesis y elaboración de la documentación pertinente para finales de junio de 2007;
- c) apoyo a las aportaciones de los Estados Miembros a la finalización de la estrategia mundial y plan de acción como aporte importante a la segunda reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental, a través del mecanismo regional y de intensas consultas.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), haciendo uso de la palabra en nombre de la presidencia alemana de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros, acoge con agrado la elaboración de un plan de acción, pero considera necesario seguir debatiendo cuestiones estratégicas, en particular la futura estrategia mundial. El Grupo de Trabajo Intergubernamental es el foro apropiado para mantener debates continuos sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, y el orador alienta vivamente a los Estados Miembros a que presenten observaciones por escrito para hacer avanzar la labor del Grupo. Se requiere una preparación minuciosa para continuar con el proceso. La Secretaría debe proporcionar documentos informativos sobre cada una de las ocho acciones propuestas del plan. La documentación debe comprender una matriz que muestre las actividades en curso y las deficiencias actuales, otra que muestre las propuestas y las principales partes interesadas, e información sobre las repercusiones financieras.

En referencia al informe sobre los progresos realizados (documento EB120/INF.DOC./1), el orador señala que algunas acciones no han sido incluidas, por ejemplo los adelantos conseguidos por la Unión Europea en la aplicación de lo dispuesto en los párrafos 9, 13, 23 y 29. La Unión Europea también ha participado en la formulación de una política de investigación, la financiación para enfermedades desatendidas, y el desarrollo, mediante su apoyo y financiación a alianzas publicoprivadas, intercambios de especialistas y recursos humanos.

Haciendo uso de la palabra en calidad de miembro representante de Portugal, dice que su país asumirá la presidencia de la Unión Europea en julio de 2007 y, en el desempeño de esas funciones, su Gobierno ayudará a los Estados Miembros, si es necesario, a facilitar el proceso del Grupo de Trabajo.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que su país participó en la reunión del Grupo de Trabajo en diciembre de 2006. Los resultados no cumplieron las expecta-

tivas. Se necesita un exhaustivo proceso de preparación para que en la reunión del Grupo de Trabajo que se celebrará en octubre de 2007 se obtengan resultados concretos, pero en la propuesta planteada por el miembro representante de Tailandia no queda claro en qué debe consistir exactamente ese proceso de preparación. La propuesta debe publicarse por escrito como documento oficial del Consejo. En la resolución WHA59.24 se pide al Grupo de Trabajo que informe a la Asamblea de la Salud a través del Consejo Ejecutivo, pero el orador no está seguro si el Consejo es el encargado de introducir oficialmente cambios en el proceso instituido por la Asamblea de la Salud mediante dicha resolución. Pide que se aclare la función del Consejo.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra como miembro representante de Bolivia, está de acuerdo en que es prematuro que el Consejo tome medidas sobre este punto. Es preciso mantener más consultas antes de plantear cualquier resolución. Por ejemplo, las consultas deben determinar la viabilidad de las medidas que deben adoptarse.

El Dr. SHANGULA (Namibia) recuerda que el Consejo ya había acordado proceder al examen de la cuestión de la salud pública, la innovación y la propiedad intelectual, a condición de que el debate no fuera prolongado. La única cuestión que ha de tener ante sí el Consejo a ese respecto en la presente sesión es la petición formulada por el miembro representante de Kenya de aplazar el examen del proyecto de resolución.

El PRESIDENTE coincide en que no se ha previsto que el Consejo proceda a un debate en profundidad, y entiende que entre los miembros hay consenso en el sentido de no adoptar por el momento ninguna medida oficial sobre este asunto.

El Sr. SILBERSCHMIDT (Suiza)¹ dice que, como copatrocinador del proyecto de resolución propuesto, coincide con la anterior declaración del miembro representante de Kenya. También está de acuerdo con el miembro representante del Brasil sobre la necesidad de mantener «el espíritu de Ginebra» a medida que avance el proceso.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico), respondiendo a la pregunta del miembro representante de los Estados Unidos, dice que, de conformidad con el proceso establecido por la Asamblea de la Salud, el Grupo de Trabajo Intergubernamental es el foro para debatir tanto el fondo del asunto como el proceso a seguir para abordarlo. El Grupo de Trabajo es un órgano subsidiario de la Asamblea de la Salud e informa a ésta. Dado que el Grupo de Trabajo debe informar a la Asamblea de la Salud a través del Consejo, éste está capacitado, en el ejercicio de sus funciones normales conforme a la Constitución de la OMS, para debatir el tema si lo considera oportuno y presentar sus opiniones y recomendaciones a la Asamblea de la Salud. En su opinión, sin embargo, el Consejo no está autorizado a tomar decisiones que vayan más allá de lo decidido por la Asamblea de la Salud o el Grupo de Trabajo. Con respecto a la propuesta formulada por Tailandia, una vez distribuida ésta por escrito será más fácil determinar si compete al Consejo. Se puede aducir que una petición general dirigida a la Secretaría para solicitar apoyo al proceso del Grupo de Trabajo incumbiría al Consejo, pero éste debe evitar toda medida que conlleve cambios en el proceso establecido por el Grupo de Trabajo, ya que una medida semejante podría ser considerada como una injerencia en la labor de un órgano subsidiario de la Asamblea de la Salud.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) expresa agradecimiento al Asesor Jurídico por su clara explicación y dice que las cuestiones de procedimiento no deben impedir

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

avanzar hacia un resultado tangible. Comprende las preocupaciones expresadas por el miembro representante de Namibia, pero los miembros del Consejo deben tener, en algún momento, la oportunidad de expresar sus opiniones sobre la cuestión a la Directora General. Esa orientación probablemente sea la mejor contribución que el Consejo puede hacer a este proceso.

El Dr. NYIKAL (Kenya) considera claro que todos coinciden en la necesidad de apoyar el proceso. Esa parece ser la intención de la propuesta de Tailandia. Pero no está claro si el Consejo tendrá otra oportunidad de continuar debatiendo la cuestión después de que se haya distribuido la propuesta por escrito.

La Sra. SRIPEN TANTIVESS (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que está dispuesta a distribuir la propuesta por escrito si el Consejo lo desea.

El Dr. ZUCKER (Subdirector General) describe las próximas medidas propuestas en el proceso del Grupo de Trabajo. Se acaba de publicar el informe de su primera reunión (documento A/PHI/IGWG/1/6). Se ha enviado a los Estados Miembros una circular en la que se solicita una aportación adicional sobre los resultados (documento A/PHI/IGWG/1/5) y propuestas para expertos y entidades interesadas, que deben recibirse para finales de febrero de 2007. La aportación y las sugerencias de los Estados Miembros se incorporarán a un documento de trabajo revisado, que será elaborado por grupos de tareas internos, en la Sede y en las oficinas regionales, y se distribuirá a los Estados Miembros en julio de 2007. La Directora General, en consulta con la Mesa del Grupo de Trabajo, establecerá un grupo de expertos y entidades interesadas, tal como se pide en la resolución WHA59.24, con una representación equilibrada en cuanto a regiones, género y países desarrollados y en desarrollo. En agosto y septiembre de 2007, mediante una segunda ronda de audiencias públicas a través de Internet, la Secretaría solicitará más aportaciones sobre el documento de trabajo que se habrá distribuido en julio, y posiblemente se celebrarán consultas regionales. Los comités regionales también pueden debatir el documento de trabajo y los resultados de las consultas regionales.

El Grupo de Trabajo ha previsto celebrar su segunda y última reunión en octubre de 2007 para finalizar el proyecto de estrategia mundial y plan de acción, y su Mesa se reunirá según sea necesario en el periodo intermedio. La Secretaría aplicará las recomendaciones de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública dirigidas específicamente a la OMS y cualquier actividad adicional respaldada por los Estados Miembros. La Secretaría establecerá además un sitio web específico que permita la notificación voluntaria en línea por los Estados Miembros sobre la aplicación de la resolución WHA59.24.

Respondiendo a una petición del Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), el Dr. ZUCKER (Subdirector General) está de acuerdo en que esta información se distribuya por escrito.

El Sr. RAJALA (Comisión Europea) señala que la resolución WHA59.24 prevé la participación de organizaciones de integración regional en la labor del Grupo de Trabajo Intergubernamental. Estas organizaciones deben figurar en las listas de distribución de toda la documentación correspondiente al Grupo de Trabajo.

El PRESIDENTE pregunta cómo desea proceder el Consejo con respecto a la propuesta del miembro representante de Kenya de aplazar el examen del proyecto de resolución.

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) está a favor del proceso de decisión planteado por Tailandia.

El Dr. SHANGULA (Namibia) apoya la propuesta del miembro representante de Kenya.

El PRESIDENTE dice que entiende que el Consejo desea aplazar el examen del proyecto de resolución, tal como ha propuesto Kenya.

Así queda acordado.

La Sra. HALTON (Australia), planteando una cuestión de orden, dice que ha entendido que hay dos propuestas ante el Consejo. Una de ellas es la de abandonar el examen del proyecto de resolución, con lo que el Consejo ha expresado su acuerdo. La otra es la propuesta de Tailandia. ¿Se proporcionará esta propuesta por escrito como documento oficial para su examen posterior?

El PRESIDENTE espera que la propuesta de Tailandia se distribuya, no como documento oficial del Consejo, sino como documento de información oficioso.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) propone que Tailandia distribuya su proyecto de decisión oficiosamente durante el día. A fin de que el Consejo tome una decisión, el documento deberá traducirse a los seis idiomas oficiales.

La DIRECTORA GENERAL, tomando en consideración las observaciones del Asesor Jurídico, sugiere que el proceso del Grupo de Trabajo se ajuste a la petición de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. No obstante, las sugerencias de los Estados Miembros serán bien recibidas, como las que se presenten en el documento oficioso que distribuirá Tailandia. Todas las sugerencias serán examinadas debidamente y la Secretaría adoptará medidas al respecto. Es posible que sea necesario hacer algunos ajustes en los plazos, a fin de tener en cuenta las reuniones de los comités regionales y la disponibilidad para las consultas, pero declara su apoyo pleno al proceso del Grupo de Trabajo, habida cuenta de la importancia que el Consejo le otorga.

El PRESIDENTE dice que todas las recomendaciones, incluidas las que figuran en los documentos que serán distribuidos por Tailandia, se señalarán a la atención de la Directora General, quien se ocupará de su aplicación.

Así queda acordado.

Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo:
punto 4.2 del orden del día (documentos EB120/5 y EB120/5 Add.1) (continuación de la octava sesión, sección 2)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo el proyecto de resolución revisado sobre paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo, cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre el paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo;¹

Preocupado porque son escasos los países con paludismo endémico que han hecho progresos sustanciales hacia los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio relacionados con el paludismo, y porque algunos países no han

¹ Documento EB120/5.

cumplido aún el compromiso de aumentar sus presupuestos nacionales que adquirieron al adoptar la Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas;

Observando que están surgiendo valiosas oportunidades en forma de nuevos instrumentos y estrategias más definidas, y que está creciendo el impulso para expandir las intervenciones de control del paludismo y aumentar los recursos financieros en los países y a nivel mundial,

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:¹

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo;

Preocupada porque el paludismo sigue causando más de un millón de defunciones prevenibles cada año;

Observando que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; el Programa de Estímulo del Banco Mundial para la Lucha contra el Paludismo; la Fundación Bill y Melinda Gates, la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo y otros donantes han aportado importantes recursos;

Acogiendo con agrado la contribución a la movilización de recursos por innovadoras iniciativas de financiación de carácter voluntario de grupos de Estados Miembros y, al respecto, observando la existencia del Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), del Servicio Financiero Internacional para la Inmunización, y ~~la intención~~ el **compromiso** de iniciar en 2006 un proyecto piloto en el marco de las iniciativas de compromisos de mercado anticipados;²

Recordando que la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades figura entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas;

Consciente de que es necesario reducir la carga mundial de paludismo con miras a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad en la niñez en dos tercios para 2015 y a contribuir a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna y erradicar la pobreza extrema,

1. INSTA a los Estados Miembros:

(1) a que apliquen en sus contextos específicos las políticas, las estrategias y los instrumentos recomendados por la OMS, y a que establezcan políticas nacionales basadas en la evidencia, planes operacionales y sistemas de seguimiento y evaluación basados en el desempeño a fin de extender masivamente la cobertura de las principales intervenciones preventivas y curativas en las poblaciones en riesgo, así como de evaluar con prontitud y eficacia el desempeño de los programas y la cobertura y el impacto de las intervenciones, usando en particular la base de datos de perfiles de los países de la OMS;

(2) a que asignen recursos nacionales e internacionales, tanto humanos como financieros, para prestar apoyo técnico a fin de que se apliquen eficazmente las estrategias más adaptadas a la situación y la epidemiología locales y se llegue a las poblaciones destinatarias;

¹ En el documento EB120/5 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

² Este párrafo es una cita del párrafo 5 de la parte dispositiva del proyecto de resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas «2001-2010: Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África».

(3) a que **progresivamente** [China] ~~retiren del mercado, o retiren su autorización de comercialización~~ **prohíban la práctica** [Tailandia], en el sector público y en el privado, **de** [Tailandia] las monoterapias de artemisinina oral, es decir, las artemisininas utilizadas en solitario, sin asociarlas a otro fármaco, y que promuevan el uso de los tratamientos combinados con artemisinina, apliquen políticas que prohíban la fabricación o falsificación de medicamentos antipalúdicos, y velen por que los órganos de financiación dejen de facilitar dichas monoterapias ~~y otros medicamentos~~; [EE.UU., Namibia]

(4) ~~a que determinen y apliquen medios apropiados para que se disponga a bajo costo o gratuitamente de medicamentos eficaces, mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, y otros productos que indique la OMS; a que aumenten el acceso a tratamientos antipalúdicos combinados asequibles, inocuos y efectivos, tratamiento preventivo intermitente durante los embarazos, mosquiteros impregnados de insecticida - distribuyéndolos gratuitamente si fuera necesario - e insecticidas para la fumigación de interiores con efecto residual para luchar contra el paludismo teniendo en cuenta las normas, pautas y directrices internacionales pertinentes;~~¹ [EE.UU.]

[(5) a que dispongan en sus legislaciones el recurso pleno a las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención;]

O BIEN

[(5) a que alienten que los acuerdos comerciales tengan en cuenta las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio y reconocidas en la Declaración Ministerial de Doha sobre los ADPIC y la salud pública con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención; [EE.UU.]

(6) a que **propongan reducir los factores de riesgo de la transmisión mediante el control integrado de los vectores, promuevan el mejoramiento de las condiciones locales y ambientales y los entornos saludables, y aumenten el acceso a los servicios de salud con miras a reducir la carga de morbilidad;** [México]

(7) a que **apliquen métodos integrados de prevención y control del paludismo mediante la colaboración multisectorial y la participación corresponsable de la comunidad;** [México]

2. PIDE a las organizaciones internacionales:

(1) que presten apoyo **para la creación de capacidad en los países en desarrollo** ~~a los países~~ [Namibia] para expandir el uso de tratamientos combinados con artemisinina apropiados para las circunstancias de farmacorresistencia locales, la lucha antivectorial integrada que comprenda la utilización de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración, y el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual apropiados y seguros, según indique la OMS de conformidad con el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, así como para utilizar sis-

¹ Este párrafo es una cita del párrafo 9 de la parte dispositiva del proyecto de resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas «2001-2010: Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África».

temas de seguimiento y evaluación, incluida la base de datos de países, desarrollados por la OMS;

(2) que aporten más fondos a los diversos mecanismos de financiación de la lucha contra el paludismo, de manera que puedan seguir prestando apoyo a los países, y canalizar los recursos adicionales, a fin de garantizar la asistencia técnica requerida para que puedan ser absorbidos y usados eficazmente en los países;

~~3) que presten apoyo al aumento de la capacidad de los países en desarrollo para fabricar y distribuir medicamentos apropiados y mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración; [Namibia]~~

3. PIDE a la Directora General:

(1) que adopte medidas para identificar las lagunas de conocimientos existentes en materia de control del paludismo; proporcionar apoyo al desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias; estimar con más exactitud la carga mundial de morbilidad y determinar las tendencias; desarrollar nuevos instrumentos y métodos para evaluar el impacto y la costoeficacia de las intervenciones; reforzar las actuales investigaciones de la OMS sobre el paludismo, en particular las del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales; y proporcionar apoyo técnico a los países para llevar a cabo investigaciones operacionales y sobre ejecución que determinen las posibles alternativas para asegurar una cobertura adecuada de las intervenciones antipalúdicas;

(2) que refuerce y racionalice los recursos humanos dedicados al paludismo descentralizando al personal a nivel de país, mejorando así la capacidad de las oficinas de la OMS en los países para ayudar a los programas nacionales de salud a coordinar a los asociados para prevenir y controlar el paludismo; y que proporcione orientación técnica para el manejo de la lucha antipalúdica en los campamentos de refugiados y en las emergencias complejas;

(3) que reúna al Programa Mundial de la OMS sobre Paludismo, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el sector académico, empresas farmacéuticas y biotecnológicas pequeñas y grandes, Estados Miembros interesados, consejos de investigaciones médicas, y fundaciones en un foro permanente [EE.UU.] con el fin de mejorar la coordinación entre las diversas partes interesadas en la lucha contra el paludismo;

(4) que informe a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución;

4. RESUELVE:

(1) que el 25 de abril de cada año, o en la fecha o fechas que cada Estado Miembro determine, se celebre el Día del Paludismo, a fin de fomentar la educación sobre esta enfermedad y difundir la idea de que se trata de un azote mundial prevenible y de una dolencia curable;

(2) que el Día del Paludismo suponga la culminación de un año entero de aplicación intensificada de las estrategias nacionales de lucha antipalúdica, incluidas las actividades comunitarias de prevención y tratamiento del paludismo en las zonas epidémicas, así como una ocasión para informar al público en general acerca de los obstáculos surgidos y los progresos realizados en la lucha contra el paludismo.

El PRESIDENTE dice que las repercusiones administrativas y financieras del proyecto de resolución permanecen sin cambios, salvo la supresión de la palabra «permanente» en el párrafo 3(b).

El Dr. QI Qingdong (China) sugiere que, en el párrafo 1(3), la palabra «prohíban» se sustituya por «detengan».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) sugiere que, si se sustituye «prohíban» por «detengan», se sustituya también «la práctica» por «el suministro». Refiriéndose al párrafo del preámbulo que comienza con las palabras «Acogiendo con agrado la contribución a la movilización de recursos», reitera su inquietud por el hecho de que la cita incorporada en dicho párrafo, a la que se hace referencia adecuadamente en la nota 1 a pie de página, no termina con el acrónimo «UNITAID», mientras que el Servicio Financiero Internacional para la Inmunización no apoya actividades relacionadas con el paludismo. En lo que respecta a la segunda opción para el párrafo 1(5), propuesta por los Estados Unidos, pide que se supriman las palabras «con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención» ya que no figuran en la propuesta original de su Gobierno. No obstante, reconoce el valor de esta parte del texto, y propone que se traslade al subpárrafo 6, de modo que la cláusula final se modifique para que rece: «y aumenten el acceso a los servicios de salud, los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención con miras a reducir la carga de morbilidad.».

El Dr. SHANGULA (Namibia) expresa su pesar por la falta de respuesta a su petición, formulada en la octava sesión, de que se aclaren las palabras «la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América» a la que se hace referencia en el tercer párrafo del preámbulo.

El Dr. NYIKAL (Kenya) considera inapropiado sustituir la palabra «prohíban» por «detengan» en el párrafo 1(3) porque no se da a los Estados ninguna indicación, mientras que «prohíban» exige que los Estados tomen medidas activas para impedir las prácticas en cuestión. En la primera opción sugerida para el párrafo 1(5), las palabras iniciales «a que dispongan en sus legislaciones», constituyen una petición específica a los Estados, a diferencia de la segunda opción, que no es conveniente. Tampoco aprueba la sugerencia de trasladar al subpárrafo 6, relacionado con la prevención de enfermedades, las palabras finales del párrafo 1(5), que constituyen el objetivo de este último. No se está obligando sino instando a los Estados a introducir disposiciones apropiadas en su legislación. Así pues, no se impondrán expectativas a los Estados Miembros no afectados por el paludismo, pero el subpárrafo original permitirá la introducción de las disposiciones pertinentes en la legislación nacional de las zonas afectadas por el paludismo, donde continúan muriendo niños.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) está de acuerdo en que controlar el paludismo es sumamente importante. El texto que él ha propuesto para el párrafo 1(5) refleja aspectos sobre los que por lo general se ha llegado a un acuerdo, pero, habida cuenta de las fuertes opiniones expresadas por Kenya, pide el establecimiento de un grupo de redacción oficial.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) responde a dos propuestas del miembro representante de los Estados Unidos ya que hacen referencia a posturas que él mismo ha expresado en nombre de la Unión Europea. No tiene ninguna objeción a la supresión del final del cuarto párrafo del preámbulo. Con respecto al párrafo 1(5), está a favor de la primera alternativa, que es más acorde con la legislación vinculante en vigor en la Unión Europea.

El Dr. SOMSAK AKKSILP (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que en el párrafo 1(3) son aceptables tanto la palabra «detengan» como «prohíban». Suscribe las observaciones formuladas por los miembros representantes de Kenya y Portugal sobre el párrafo 1(5).

El Dr. SHANGULA (Namibia) comparte las inquietudes expresadas por el miembro representante de Kenya, que son aplicables a su propio país. La primera opción para el párrafo 1(5), la inicial, es más

clara y está más orientada a la acción que el otro párrafo alternativo propuesto, que no se ajusta al contexto del actual proyecto de resolución. Por tanto, insta al miembro representante de los Estados Unidos a que reconsidere su postura sobre la cuestión.

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) sugiere que el UNITAID, uno de los actores principales en la lucha contra el paludismo, se incorpore a la lista de partes interesadas enumeradas en el párrafo 3(3).

El Dr. QI Qingdong (China) cree que las palabras «detengan» y «prohíban» producen el mismo resultado, pero «prohíban» es demasiado negativa y sería preferible una palabra más neutral, aceptable para todas las partes.

El PRESIDENTE dice que se establecerá inmediatamente un grupo de redacción.

El Dr. NYIKAL (Kenya) recuerda que cuatro miembros se han puesto de acuerdo sobre el texto del párrafo 1(5), y sólo uno difiere. Así pues, ¿por qué motivo debe establecerse un grupo de redacción? No entiende cómo un país que no está afectado por esta cuestión puede verse afectado por esta medida. Se puede ahorrar un tiempo muy valioso si no se traslada innecesariamente la cuestión a un grupo de redacción.

La Sra. IMAI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) dice que su país coincide con los Estados Unidos respecto al párrafo 1(5).

El Dr. SADASIVAN (Singapur) dice que los países soberanos tienen derecho a abordar la cuestión como deseen, mediante legislación o mediante acuerdos comerciales. Su decisión no debe estar dictada por otras partes. En un grupo de redacción se podría dar cabida a ambas posturas.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América), respondiendo a las inquietudes expresadas por el miembro representante de Kenya, propone otra alternativa al párrafo 1(5), cuyo texto rece, de conformidad con el párrafo 1(2): «a que consideren, siempre que sea necesario, la posibilidad de adaptar las legislaciones nacionales de modo que hagan pleno uso de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)». Este texto contiene disposiciones sobre las que ya se ha debatido y se ha llegado a un acuerdo en diferentes contextos y jurisdicciones de los gobiernos. Está de acuerdo en que es preciso ahorrar tiempo e intentar resolver la cuestión.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) señala que, pese a que ha expresado su preferencia respecto del párrafo 1(5), la Unión Europea se mantiene flexible sobre la cuestión.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la décima sesión.)

Se levanta la sesión a las 12.50 horas.

DÉCIMA SESIÓN

Viernes 26 de enero de 2007, a las 14.20 horas

Presidente: Dr. J. NYIKAL (Kenya)

después: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Contribución de la medicina tradicional a la salud pública: la hoja de coca: punto 4.13 del orden del día (documento EB120/36)

La Sra. NAVARRO LLANOS (suplente del Dr. Antezana Aranibar, Bolivia) dice que su Gobierno realizará un estudio sobre la medicina tradicional, con la asistencia técnica de la OMS y de conformidad con la resolución WHA56.31, a fin de identificar métodos de vigilancia y garantía de la calidad, la eficiencia y la seguridad de los productos, así como de definir indicaciones para el tratamiento de enfermedades y afecciones por medio de la medicina tradicional. Aunque Bolivia ha propuesto la inclusión de este punto del orden del día, considera que sería útil postergar la discusión sobre el tema hasta que se cuente con los resultados y los datos científicos una vez concluido el estudio.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) dice que la medicina tradicional es una importante cuestión de alcance mundial; está basada en antiguas tradiciones culturales y espirituales, y puede ser un complemento de la medicina moderna con fines comerciales. Los beneficios de la *Artemisia annua*, por ejemplo, se identificaron por primera vez hace cientos de años en China; esos conocimientos no se patentaron, si bien se pusieron a disposición de la población en la forma tradicional. Existe el peligro de que la medicina moderna vaya demasiado lejos en la dirección contraria. En años recientes, las terapias de combinación basadas en la artemisinina se han patentado y promovido como las mejores contra el paludismo. A este respecto, al orador le complace que el Consejo no haya suprimido del proyecto de resolución sobre el paludismo la referencia a las monoterapias. Tanto la medicina tradicional como la medicina moderna son necesarias, pero la medicina tradicional necesita inversiones comerciales tanto como la medicina moderna necesita los valores espirituales y culturales de la tradicional.

El orador apoya la sugerencia formulada por Bolivia en el sentido de aplazar el examen ulterior de este punto.

El Dr. BUSS (Brasil) dice que el Consejo debe seguir manteniendo una actitud abierta a nuevas formas de terapia basadas en los productos naturales, y debe reconocer el valor de combinar la medicina tradicional con la moderna. El orador acoge con agrado el hecho de que Bolivia se proponga realizar un estudio. Considera que se debe aplazar la continuación del debate sobre este tema.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) apoya la propuesta de aplazar el debate y hace hincapié en que sean órganos con antecedentes científicos apropiados, por ejemplo la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, los encargados de las investigaciones relativas a sustancias tales como la hoja de coca.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo está de acuerdo en que lo mejor es aplazar el debate sobre este punto y en que, entretanto, desea tomar nota del informe.

Así queda acordado.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: punto 4.15 del orden del día (documentos EB120/35 y EB120/35 Add.1)

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América), refiriéndose a la frase del párrafo 17 del documento EB120/35 según la cual se espera que en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud se examinen una estrategia mundial y una resolución para abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, dice que en los informes sobre los progresos realizados no se debe prejuzgar acerca de los resultados de la Comisión ni del orden del día de las futuras Asambleas de la Salud. Los Estados Miembros deben poder examinar cabalmente las conclusiones de la Comisión antes de decidir si la Secretaría o la Asamblea de la Salud deben adoptar alguna medida, incluida la preparación de una estrategia mundial.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) dice que en los países en desarrollo, especialmente en África, las mujeres y los niños tienen problemas de salud asociados a la pobreza extrema, entornos y viviendas insalubres, falta de acceso a la educación, mala alimentación y otros determinantes sociales, exacerbados por disturbios civiles y conflictos armados. Las medidas que se concentren exclusivamente en los servicios sanitarios no pondrán remedio a esa situación. Se necesita un planteamiento intersectorial que aborde los elementos centrales de la Declaración de Alma-Ata. Los determinantes sociales y la participación de la comunidad en el sistema sanitario deben formar parte del enfoque de la salud pública. La oradora elogia las alianzas publicoprivadas que vinculan a la OMS con organizaciones nacionales y regionales de la sociedad civil a todos los niveles, incluidas las del África subsahariana.

La labor de la Comisión debe tener prioridad en el marco de la OMS.

El Dr. BUSS (Brasil) suscribe las opiniones expresadas por el miembro representante de Madagascar. Convertir los determinantes sociales de la salud en una de las cinco prioridades del Undécimo Programa General de Trabajo y uno de los 15 objetivos estratégicos del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 ayudaría a entender mejor las condiciones sociales y sanitarias. Nunca se insistirá lo suficiente en la influencia de los determinantes sociales en la salud, especialmente en los países en desarrollo y los menos adelantados. El Gobierno del Brasil ha establecido una comisión nacional sobre determinantes sociales y está concienciando a científicos, organizaciones no gubernamentales y estudiantes de medicina y enfermería en lo concerniente a los modos de vida de las personas con el fin de proporcionar tratamientos más eficaces. Está trabajando en toda Latinoamérica y en los países africanos de habla portuguesa a fin de establecer comisiones nacionales y dar participación a servicios importantes para la salud, así como a los propios servicios sanitarios.

La Sra. TOR-DE TARLÉ (Francia)¹ dice que la salud no puede mejorarse de forma sostenible sin fortalecer sus fundamentos. La cuestión de los determinantes sociales de la salud incumbe a muchas entidades internacionales, por ejemplo los organismos de las Naciones Unidas y las instituciones financieras internacionales, a las que se debe concienciar más con respecto a la importancia de promover un entorno propicio para la salud de todos. Francia encomia la labor desplegada en 2006 por la Comisión con instituciones internacionales, el G8, según se indica en el informe. Como parte del seguimiento de la Cumbre del G8 celebrada en 2006 en San Petersburgo (Federación de Rusia), Francia acogerá en París los días 15 y 16 de marzo de 2007 una conferencia internacional de alto nivel en la que se abordará la protección social de la salud en los países en desarrollo y la manera de romper el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza. La falta de sistemas de protección social de la salud en los países en desarrollo constituye un poderoso obstáculo para la reducción de la pobreza y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esta conferencia se inspirará en los trabajos de la Conferencia sobre la seguridad social en los países en

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

desarrollo, celebrada en 2005, así como del consorcio formado por el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica, la OIT y la OMS en relación con la protección social de la salud en los países en desarrollo. El objetivo será comparar los mecanismos públicos, privados o comunitarios más eficaces en los países en desarrollo, y sugerir nuevas alianzas para el establecimiento de sistemas de protección social de la salud. El medio ambiente se debe considerar entre los determinantes sociales de la salud; en la conferencia se examinarán la promoción de la calidad del aire y del agua y la gestión de desechos a escala mundial.

El Dr. EVANS (Subdirector General) dice que la Comisión ha celebrado recientemente su séptima reunión en Ginebra y que, tras 18 meses, se están pronunciando mensajes clave sobre la manera en que la Secretaría y los Estados Miembros colaboran con la Comisión, y sobre la manera en que los principales asociados de la OMS responden a las recomendaciones de la Comisión. A este respecto, es pertinente la cuestión de los servicios importantes para la salud planteada por el miembro representante del Brasil. El párrafo 17 del informe, puesto en entredicho por el miembro representante de los Estados Unidos, tal vez no sea suficientemente claro: la 62ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrará en 2009 y el informe de la Comisión se publicará en 2008, por lo que los Estados Miembros tendrán tiempo suficiente para examinarlo. Con respecto a las observaciones formuladas por la representante de Francia, la Comisión dispone de una red de conocimientos centrada específicamente en el medio urbano, y ha recibido una presentación de la OMS sobre la intersección con los determinantes sociales. La Secretaría espera con interés la reunión preparatoria sobre protección social de la salud para la Cumbre del G8 porque se refiere a una dimensión decisiva de los determinantes sociales.

El Consejo toma nota del informe.

Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial: punto 4.10 del orden del día (documentos EB120/28 Rev.1 y EB120/28 Add.1)

El Dr. GWENIGALE (Liberia), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, apoya el proyecto de resolución contenido en el documento, habida cuenta del número cada vez mayor de peligros a que se enfrentan los habitantes de la Región en su entorno de trabajo. Muchos dirigentes de la Región se proponen aumentar el empleo y están atrayendo empresas extranjeras para que establezcan plantas de producción, pero a nivel local no se cuenta con los conocimientos especializados necesarios para controlar el uso de los productos químicos importados. No es posible eliminar con seguridad los productos químicos peligrosos, que afectan a la salud de los trabajadores y contaminan el aire y el agua. A fin de mejorar el rendimiento de los cultivos, se dan a los agricultores productos químicos sin etiquetar o con etiquetas en idiomas desconocidos por los trabajadores locales. Las cosechas obtenidas poco después de fumigar suelen estar contaminadas, y ello afecta a las comunidades locales. En algunos países hay dirigentes que no favorecen los intereses de sus ciudadanos e importan materiales con la única finalidad de lucrarse. Recientemente, un país europeo exportó desechos químicos y los vertió en una ciudad de África occidental. Se debe impedir esa clase de exportaciones, y los productos químicos se deben evacuar en el lugar de origen. Los hospitales y las clínicas de la Región han tomado conciencia de que el temor a enfermedades tales como el VIH/SIDA y a la contaminación está reduciendo el número de solicitudes de formación de enfermeras y técnicos de laboratorio. Se necesita apoyo de expertos de la OMS para controlar los productos químicos industriales que se importan y proteger los cultivos agrícolas.

El Dr. KHALFAN (Bahrein), quien hace uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que desde 1996, cuando la Asamblea de la Salud hizo suya la estrategia mundial de salud ocupacional para todos, los Estados Miembros, con apoyo de la Oficina Regional, han mejorado los programas de salud de los trabajadores, lo que constituye una buena base para un plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores. La Región ha incorporado la salud de los trabajadores en la atención primaria de salud, lo que también se prevé en el proyecto de plan de acción mundial.

Sin embargo, persisten los problemas debido a una ausencia de coordinación entre los sectores interesados, así como de recursos financieros, técnicos y humanos, a la escasa cobertura de los servicios de salud ocupacional y a una falta de conciencia de que la salud de los trabajadores es una prioridad para los programas de salud pública, todo lo cual representa un reto para el plan de acción mundial.

El orador propone tres enmiendas al proyecto de resolución, a saber: la adición, al final del párrafo 2(4), de las palabras «y desarrollo de los sistemas de salud;» la adición de un nuevo subpárrafo en el párrafo 2, que diga lo siguiente: «a que fomenten el desarrollo de mecanismos eficaces de colaboración y cooperación entre los países desarrollados y en desarrollo (Norte-Sur y Sur-Norte) en los planos regional, subregional y nacional a la hora de aplicar el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores»; y la adición de las palabras «y de país» a continuación de «regional» en el párrafo 3(2).

La Sra. HALTON (Australia) hace suyas las observaciones formuladas por los oradores precedentes con respecto a la importancia de la salud de los trabajadores. Sin embargo, el anexo al informe de la Secretaría, que contiene el proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017, no se ha recibido con anticipación a la reunión del Consejo y no ha sido posible celebrar consultas. Por consiguiente, la oradora desea que se encuentre una forma de examinar el plan de acción mundial, especialmente teniendo en cuenta el deseo de varios miembros del Consejo de remitir el proyecto a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE dice que se procurará resolver esa cuestión de procedimiento en el curso de la sesión.

La Dra. INAOKA (asesora del Dr. Shinozaki, Japón), acogiendo complacida el proyecto de resolución, señala a la atención de los presentes el párrafo 2(4) y la importancia de promover la salud ocupacional de una manera coherente con la política de salud pública. La oradora pone de relieve la prevención primaria de los riesgos de salud ocupacional, y la creación de capacidad institucional para responder a las necesidades de los distintos grupos ocupacionales. El apoyo de la OMS en forma de instrumentos de política y medidas de vigilancia será muy de agradecer. El número cada vez mayor de trabajadores del sector no estructurado y trabajadores migrantes ejerce presión sobre los servicios de salud ocupacional. Es preciso mejorar la atención de salud de esos grupos. Muchos trabajadores del Japón están cubiertos por un programa de prevención del VIH que forma parte de un proyecto de infraestructura de gran escala financiado por su Gobierno.

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) celebra que se haya elegido la salud de los trabajadores como tema para el Día Mundial de la Salud 2006. No es posible crear un sistema sanitario nacional robusto a menos que los trabajadores del sector puedan desempeñar sus funciones en buenas condiciones laborales. Buena parte de los 2,5 millones de trabajadores sanitarios del Brasil tienen trabajos inseguros. Con miras a protegerles, el Gobierno del orador ha estado colaborando con la OMS y la OIT para establecer indicadores adecuados a fin de mejorar las condiciones de trabajo.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica), quien hace uso de la palabra en nombre de los países miembros de la Comunidad del Caribe, dice que éstos se han comprometido con el proyecto de plan de acción mundial. En muchos de ellos se están elaborando y aplicando instrumentos de política con el fin de proteger y promover la salud en el lugar de trabajo. En Jamaica se está redactando un proyecto de ley sobre seguridad y salud ocupacional que aborda las obligaciones de los propietarios, empleadores y trabajadores en el lugar de trabajo. Se ha adoptado un enfoque conexo sobre la gestión del amianto y la reglamentación de la calidad del aire. También se ha colaborado mucho con el sector privado en lo concerniente a la política relativa al VIH/SIDA y el lugar de trabajo. En el programa de salud ambiental se están integrando mejores servicios de salud ocupacional. La oradora hace suyas las preocupaciones expresadas por el miembro representante de Australia.

El Dr. SUPAKIT SIRILAK (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que su Gobierno ha adoptado la mayoría de los principios enunciados en el proyecto de plan mundial. En 1998 entró en vigor una ley sobre protección de los trabajadores que abarca la seguridad en el entorno laboral y la salud ocupacional. Se hacen gratuitamente a los empleados un examen físico anual y exámenes de laboratorio sobre riesgos específicos. Las trabajadoras embarazadas están bien protegidas. El Fondo de Indemnización de los Trabajadores paga una indemnización por traumatismos y fallecimientos relacionados con el trabajo. Los empleados del sector privado están cubiertos tanto por dicho Fondo como por la seguridad social. Los trabajadores del sector no estructurado están cubiertos por un programa universal financiado con ingresos fiscales. El Ministerio de Salud Pública también proporciona servicios sanitarios a los trabajadores migrantes de tres países vecinos. Un plan de acción mundial ayudará a colmar la laguna que separa a los trabajadores de los sectores estructurado y no estructurado de la economía. El orador apoya el proyecto de resolución, pero propone que en el párrafo 2(2) de la resolución, a continuación de «todos los trabajadores, incluidos» se inserten las palabras «los trabajadores migrantes y».

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) apoya el proyecto de resolución y dice que todas las ocupaciones conllevan posibles riesgos o peligros para la salud. Es preciso adoptar medidas de precaución a fin de mitigar éstos. La concienciación del público, la legislación y la reglamentación son fundamentales. Con fondos de la OMS, el Ministerio de Salud y Nutrición de Sri Lanka está explorando la posibilidad de integrar los servicios existentes de atención primaria de salud en los servicios de salud ocupacional del Ministerio de Trabajo. Más de 1,5 millones de trabajadores de Sri Lanka trabajan actualmente en el extranjero, y se está haciendo un esfuerzo considerable para capacitarlos sobre los peligros que conlleva el VIH/SIDA. En el proyecto de resolución se pide que se intensifique la colaboración con la OIT y se promueva la realización de actividades conjuntas sobre salud de los trabajadores a nivel regional. Los trabajadores migrantes producen alrededor del 75% de la riqueza económica de los países occidentales, donde a menudo se les explota y viven en condiciones inadecuadas.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que los organismos de su país participan activamente en la protección de la salud de los trabajadores y proporcionan orientaciones y asistencia técnica a otros países. El orador tropieza con las mismas dificultades de procedimiento que el miembro representante de Australia en lo referente al proyecto de resolución, y pregunta qué posibilidades de consulta existen al respecto.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que el proyecto de plan de acción mundial proporciona un marco para una acción concertada en el sector de la salud y otros sectores. En vista de las observaciones formuladas por los demás miembros, podría ser útil entablar nuevas consultas sobre ese plan de acción. Sin embargo, la cuestión no debe aplazarse hasta la 61ª Asamblea Mundial de la Salud. El compromiso de la OMS respecto del fortalecimiento de la cooperación con la OIT promoverá la aplicación de las políticas en esa esfera. Durante la Presidencia portuguesa de la Unión Europea, en el segundo semestre de 2007, su país abordará las preocupaciones relativas a la salud de los trabajadores. Una conferencia europea sobre salud y migración que se celebrará en septiembre de 2007 se centrará en las condiciones de trabajo de los migrantes como determinante de la salud y en la manera de facilitar a éstos un mejor acceso a la atención de salud. La salud de los migrantes estará en el orden del día de la 122ª reunión del Consejo, y el orador propone que en ese punto se incluya también la salud de los trabajadores.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que la salud de los trabajadores es un derecho fundamental que figura en el articulado de la Constitución de su país. Su Gobierno está estableciendo un programa de bienestar con el fin de ayudar a los empleados de todas sus instituciones en lo relativo a los aspectos físicos y sociales de su trabajo. El orador respalda el espíritu del proyecto de resolución, pero en vista de las preocupaciones expresadas en cuanto al procedimiento, sugiere que el Consejo lo apruebe en principio a la espera de nuevas consultas. Refiriéndose al párrafo 3(4), pregunta por las razones de las fechas de presentación de informes al Consejo, a saber, 2013 y 2018.

La Sra. HALTON (Australia) dice que no puede aprobar el documento en principio. Aún no se han celebrado consultas con las autoridades australianas en lo referente al proyecto de plan de acción mundial contenido en el anexo al informe. Tal vez puedan entablarse por medios electrónicos.

El Dr. SUPAKIT SIRILAK (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que todo aplazamiento o demora en la adopción del proyecto de resolución será un golpe para la causa de la salud de los trabajadores. Apoya la propuesta formulada por los miembros representantes de Portugal y Namibia en el sentido de que el Consejo siga avanzando con respecto al proyecto de resolución.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que puede convenir en entablar consultas por medios electrónicos.

El PRESIDENTE, en respuesta a una observación formulada por el Dr. GWENIGALE (Liberia), sugiere que se establezca como fecha límite para celebrar dichas consultas el 1 de marzo de 2007.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) está de acuerdo en que es necesario establecer una fecha límite. Habida cuenta de que las consultas sobre el plan de acción influirán en las posiciones que se adopten con respecto al proyecto de resolución, es preciso concluir las primeras antes de adoptar las segundas.

La DIRECTORA GENERAL está de acuerdo en que el hecho de que el proyecto de resolución indique que el Consejo ha examinado el proyecto de plan de acción mundial puede crear problemas a los miembros que no han tenido tiempo de entablar consultas a nivel nacional. Por consiguiente, propone que el Consejo tome nota de los progresos realizados tal como se describen en el informe. A continuación, la Secretaría entablará por medios electrónicos consultas con los Estados Miembros sobre el plan de acción y éste se remitirá luego a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Se establecerá un plazo para celebrar dichas consultas.

Tras un debate de procedimiento en el cual participaron el Dr. GWENIGALE (Liberia), el DIRECTOR GENERAL ADJUNTO, el Dr. KHALFAN (Bahrein) y el Dr. SHANGULA (Namibia), el PRESIDENTE sugiere que el Consejo tome nota del proyecto de resolución relativo al proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores en el entendimiento de que, después de las consultas que se realicen por medios electrónicos, se presentará un texto revisado a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

Así queda acordado.

La Sra. KAZRAGIENE (Lituania)¹ dice que abordar la salud de los trabajadores forma parte de un fortalecimiento más amplio de los sistemas sanitarios. La oradora apoya el proyecto de resolución y el proyecto de plan de acción mundial, incluso que se dé importancia al diagnóstico de las enfermedades ocupacionales, a las inspecciones laborales y a la prevención primaria de los riesgos ocupacionales. El diagnóstico precoz y las estadísticas normalizadas sobre las enfermedades y los traumatismos ocupacionales y relacionados con el trabajo proporcionan pruebas del fortalecimiento de los sistemas de salud.

Al elaborar sus políticas de prevención, Lituania ha tenido que hacer frente al problema de estadísticas inadecuadas e incompletas. Es preciso que los datos sean más comparables y exhaustivos. Será útil armonizar las estadísticas sobre salud ocupacional, las orientaciones normativas y la información sobre buenas prácticas a la hora de evaluar los peligros en el lugar de trabajo, la seguridad química, la protección contra las radiaciones y otras amenazas para la salud presentes en el entorno de trabajo.

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

La oradora aboga en favor de la red regional de interesados, incluso del intercambio de datos probatorios para la formulación de políticas y normas, definiciones acordadas y sistemas de clasificación e indicadores. La OMS debe trabajar en la esfera de la seguridad y la salud ocupacionales en asociación con otras organizaciones intergubernamentales e internacionales, principalmente la OIT. Una estrecha cooperación y una mejora de las sinergias permitirán evitar duplicaciones y favorecerán la eficacia en los niveles nacional, regional e internacional. La salud ocupacional se examinará más a fondo en el marco de la Asociación de la Dimensión Septentrional en pro de la Salud Pública y el Bienestar Social, que Lituania preside.

El Dr. Antezana Aranibar asume la presidencia.

La Sra. BELLO DE KEMPER (República Dominicana)¹ pregunta si las consultas electrónicas estarán abiertas a todos los Estados Miembros, habida cuenta de la indicación en el párrafo 2 del informe en el sentido de que el proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores se ha basado en una encuesta en la que solamente participaron 104 países.

El Sr. RAJALA (Comisión Europea) dice que la Comisión está de acuerdo en informar al Consejo tanto en forma escrita como por medios electrónicos. El diagnóstico de las enfermedades ocupacionales y las inspecciones laborales son esferas en las cuales la colaboración entre la OIT y la OMS tiene suma importancia. A la Comisión le interesa participar activamente en la concepción y aplicación del proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores.

El Dr. FEDOTOV (Organización Internacional del Trabajo) dice que la OIT y la OMS son los dos organismos especializados de las Naciones Unidas directamente interesados en la promoción y la protección de la salud de los trabajadores y la salud ocupacional en su conjunto. Comparten una definición común de salud ocupacional y coordinan eficazmente sus actividades, especialmente en el contexto del Comité Mixto OIT/OMS de Higiene del Trabajo, establecido en 1950. La finalidad del proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores es poner en práctica las recomendaciones adoptadas por dicho Comité.

La cooperación entre la OIT y la OMS es importante para elaborar un enfoque multidisciplinario e intersectorial respecto de la salud ocupacional. El nuevo Convenio de la OIT sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo, de 2006 (Nº 187) prevé intensificar la acción encaminada a fortalecer la seguridad ocupacional y las infraestructuras sanitarias a nivel nacional, sobre la base de un enfoque sistémico. La OMS utiliza un enfoque de atención primaria de salud para llegar a los trabajadores, y publicó la *Estrategia mundial de salud ocupacional para todos: el camino hacia la salud en el trabajo*. Ambas organizaciones aplican los mismos principios a la hora de promover prácticas racionales en materia de salud ocupacional, y pueden llegar a los interesados clave en el plano nacional: sus políticas y programas se complementan mutuamente. Las dos organizaciones se han comprometido a mejorar los entornos laborales y promover la salud ocupacional para todos.

El proyecto de plan de acción mundial es un poderoso instrumento de aplicación de la estrategia mundial. Ante la globalización, la OIT y la OMS deben intensificar esa cooperación para proteger la salud de los trabajadores. El orador apoya la adopción del proyecto de plan de acción mundial y la cooperación con la OMS con miras a su aplicación satisfactoria.

El Dr. GHEBREHIWET (Consejo Internacional de Enfermeras), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE y en nombre de la Federación Dental Internacional (FDI), la Confederación

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

Internacional de Matronas, la Federación Internacional Farmacéutica, la Confederación Mundial de Fisioterapia y la Asociación Médica Mundial, Inc., describe brevemente la cooperación de esas asociaciones con la OMS en la sede y las regiones. Teniendo en cuenta los problemas que conllevan la contratación y la retención del personal sanitario, el orador apoya toda medida que proteja, promueva y mejore la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores sanitarios, así como la seguridad de los pacientes. La distribución de personal debe ajustarse a cargas de trabajo y niveles de estrés manejables. Esos esfuerzos trascienden los mandatos de una organización o país, y son responsabilidad de todos los interesados del sector de la salud. La OMS debe asociarse a los profesionales sanitarios en la campaña anual de promoción de lugares de trabajo seguros y saludables para todos los trabajadores sanitarios, que se lanzará en 2007.

El Profesor RANTANEN (Comisión Internacional de Salud Ocupacional) acoge complacido el proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores. La cobertura de los servicios de salud ocupacional sigue siendo escasa a nivel mundial, pese a que las necesidades son enormes. El número de casos anuales de enfermedades ocupacionales se estima en 160 millones, y el de accidentes ocupacionales en 270 millones. El acceso a servicios de prevención y protección, especialmente en los países en desarrollo, es menor allí donde las necesidades son mayores, y la tendencia actual no apunta a mejora alguna. Debe hacerse especial hincapié en las necesidades de los trabajadores agrícolas, las empresas pequeñas, los autónomos y los trabajadores del sector no estructurado, que en conjunto comprenden unos 2000 millones de trabajadores prácticamente carentes de acceso a servicios de salud ocupacional. Se necesitan directrices internacionales y apoyo técnico de la OMS. El orador toma nota de la inclusión de servicios básicos de salud ocupacional en el plan de acción. Los países desarrollados necesitan el plan de acción para abordar epidemias ocupacionales emergentes tales como las de estrés, trastornos del aparato locomotor y alergias ocupacionales. En los ámbitos mundial y regional, la OMS desempeña una importante función a la hora de identificar nuevos riesgos y divulgar información utilizable.

La Sra. WEBER-MOSDORF (Subdirectora General) acoge complacida el compromiso respecto de la salud de los trabajadores y respeta plenamente la petición de los Estados Miembros de entablar nuevas consultas; se invitará a todos los Estados Miembros a que participen en consultas por medios electrónicos. La oradora espera con interés nuevas aportaciones de los Estados Miembros, así como los debates sobre el tema en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

En respuesta a la pregunta formulada por el miembro representante de Namibia con respecto al párrafo 3(4), la oradora dice que el plan mundial es un ejercicio de 10 años de duración; como 2013 marca la mitad de ese periodo, es un año apropiado para un examen de los progresos realizados en la aplicación.

Se toma nota de ello.

Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo:
punto 4.2 del orden del día (documentos EB120/5 y EB120/5 Add.1) (continuación de la novena sesión, sección 2)

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que, tras deliberaciones oficiosas con el miembro representante de los Estados Unidos de América, admite que hay poca diferencia de significado entre instar a los Estados Miembros a que «prohíban» una práctica o a que la «detengan», y puede aceptar la propuesta relativa al párrafo 1(3). En la última propuesta formulada por dicho orador con respecto al párrafo 1(5), la palabra «consideren» es demasiado imprecisa y debe suprimirse, de manera que simplemente se inste a los Estados Miembros a que, «siempre que sea necesario, adapten las legislaciones nacionales». El orador propone también que se mantengan las palabras «con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que su intención nunca ha sido suprimir ese texto. Se muestra reacio a alterar la redacción del párrafo 1(5), ya que cita texto de otro documento res-

pecto del que se llegó a un consenso anteriormente. La propuesta del orador es trasladar la frase del final del párrafo 1(5) al final del párrafo 1(6).

El Dr. NYIKAL (Kenya) argumenta que tiene más sentido mantener la frase en el párrafo 1(5).

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que, si bien reconoce la importancia que el miembro representante de Kenya concede a la cuestión, desea que la redacción del párrafo se mantenga fiel a su fuente, es decir la resolución WHA56.27, relativa a los derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública, a la que se debe hacer referencia.

El Dr. SHANGULA (Namibia) sugiere que, como la dificultad parece radicar en la renuencia del orador precedente a añadir palabras a una cita directa, se vuelva a redactar el párrafo de manera que dicha cita se sustituya por una referencia a su fuente.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) propone que se aplase el examen del proyecto de resolución, ya que resulta difícil lograr un consenso.

El Dr. NYIKAL (Kenya) propone que, si el Consejo no puede alcanzar un acuerdo, se refuerce el texto original y se presente entre corchetes a la Asamblea de la Salud.

En respuesta a una propuesta formulada por la Sra. HALTON (Australia) en el sentido de que los miembros representantes de Kenya y los Estados Unidos deben consultar de forma oficiosa a fin de convenir en una redacción, el PRESIDENTE sugiere que el Consejo posponga el nuevo examen de ese punto con el fin de disponer de más tiempo para que los miembros interesados entablen consultas oficiosas.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la duodécima sesión, sección 3.)

Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): punto 4.4 del orden del día (documentos EB120/15, EB120/15 Add.1, EB120/INF.DOC./3 y EB120/16) (continuación de la cuarta sesión)

El PRESIDENTE señala a la atención de los presentes una versión enmendada del proyecto de resolución, que reza como sigue:

Gripe aviar y gripe pandémica: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)[‡] y prácticas óptimas para intercambiar los virus gripales y los datos sobre su secuencia

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado ~~el~~ los informes sobre la pandemia de gripe aviar: novedades, respuesta y seguimiento, y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y **prácticas óptimas para intercambiar los virus gripales y los datos sobre su secuencia,**^{‡1}

[‡]Para información sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), véase el documento EB120/16.

^{‡1} Documentos EB120/15, y EB120/16- y EB120/INF.DOC./3, respectivamente.

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:¹

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la pandemia de gripe aviar: novedades, respuesta y seguimiento;

Recordando las resoluciones WHA58.5 y WHA59.2, en que se manifestaba preocupación por la posibilidad de que el virus H5N1 de la gripe aviar provoque una pandemia y se instaba a los Estados Miembros a difundir a los centros colaboradores de la OMS la información y el material biológico oportunos, incluidos muestras clínicas y virus;

Reconociendo, en particular, la importancia del intercambio internacional, con los centros colaboradores de la OMS, de muestras clínicas y virus como contribución a la evaluación del riesgo de pandemia, el desarrollo de vacunas antipandémicas, la actualización de los reactivos de diagnóstico y los kits de pruebas, y la vigilancia de la resistencia a los antivirales,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que continúen respaldando la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe y sus procedimientos de obtención, intercambio y caracterización sistemáticos de cepas circulantes de virus de la gripe estacional;

2) a que establezcan mecanismos, **conformes con la legislación y la normativa nacionales de los Estados Miembros, como las relativas a la bioseguridad y el transporte, [China]** para garantizar el intercambio sistemático y puntual de material biológico relacionado con los nuevos virus de la gripe que entrañan riesgo de pandemia, incluidas las cepas víricas de H5N1 aisladas en personas y animales, y la difusión pública **sistemática y puntual [China]** de los datos sobre las secuencias genéticas de esos virus;

3) a que respalden la aplicación del plan de acción mundial de la OMS contra la gripe pandémica para incrementar el suministro de vacunas,² como medio para ampliar la disponibilidad de vacunas contra la gripe pandémica y el acceso a ellas;

4) a que sigan realizando investigaciones clínicas y epidemiológicas rápidas de los casos de personas infectadas y compartan los resultados de forma oportuna con la OMS y la comunidad internacional;

2. PIDE a la Directora General:

1) que continúe coordinando las actividades internacionales de vigilancia de los virus de la gripe estacional y los virus potencialmente pandémicos;

2) **que establezca un mecanismo por el cual los centros nacionales de la gripe sean notificados de forma sistemática y puntual acerca de los resultados resumidos de los análisis virológicos importantes que realicen los centros colaboradores de la OMS y los laboratorios de referencia del H5; [China]**

2)3) que vele por que los resultados de las investigaciones sobre virus de la gripe, incluido el virus H5N1, favorezcan el mayor acceso posible a productos útiles, incluidas vacunas contra la gripe pandémica;

³¹ En el documento EB120/15 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

² Documento WHO/IVB/06.13 - WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

- 4) **que adopte las medidas apropiadas si un Estado Miembro notifica a la OMS que cree que los virus proporcionados por ese Estado Miembro han sido indebidamente utilizados por un centro colaborador de la OMS o un laboratorio de referencia del H5 para investigaciones o con fines lucrativos en una forma contraria a las prácticas óptimas; [China]**
- 3)5) **que garantice una distribución regional más amplia y más equitativa [Bahrein]** de la capacidad para producir vacunas contra la gripe y el aumento de la capacidad para producir vacunas antipandémicas mediante la aplicación del plan de acción mundial de la OMS contra la gripe pandémica para aumentar el suministro de vacunas, haciendo especial hincapié en las actividades destinadas a incrementar el acceso a las vacunas antipandémicas en los países en desarrollo y en otros países que no tienen capacidad de fabricación;
- 4)6) **que continúe estudiando la evolución del riesgo de una pandemia de gripe y mantenga puntualmente [Singapur] informada a la comunidad internacional al respecto-;**
- 7) **que preste apoyo a los países en desarrollo, inclusive aquellos que facilitan sus virus, para que aumenten la capacidad de vigilancia, detección y notificación de casos, invitando a personal científico de los países que facilitan virus a participar en actividades pertinentes de investigación y análisis realizadas por los centros colaboradores de la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe; [China]**
- 8) **que trabaje con los Estados Miembros para determinar y establecer incentivos viables y sostenibles, inclusive alentando y reconociendo públicamente sus contribuciones, por intercambiar sus virus y su información sobre secuencias genéticas; [China]**
- 9) **que movilice apoyo adicional para los Estados Miembros que tienen sistemas de salud vulnerables con el fin de fortalecer esos sistemas y mejorar su grado de preparación; [Kenya]**
- 10) **que defina y recomiende posibles opciones encaminadas a promover la accesibilidad de una vacuna contra la gripe pandémica y medicamentos antivirales para todos, por ejemplo movilizando fondos suficientes para compensar el costo de la labor de investigación y obtención de la vacuna contra la gripe pandémica y de medicamentos antivirales; [Tailandia]**
- 11) **que informe todos los años a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo acerca de la situación de la gripe pandémica y del grado de preparación a escala mundial. [Tailandia]**

La Sra. HALTON (Australia) propone que, en el párrafo 2(4), las palabras «por un centro colaborador de la OMS o un laboratorio de referencia del H5» se trasladen al final de la oración, y la expresión «con fines lucrativos» se sustituya por «con fines comerciales». La fuente del texto del subpárrafo, es decir el documento EB120/INF.DOC./3, se debe identificar en una nota a pie de página. El párrafo 2(10) se debe modificar de manera que empiece con las palabras «que identifique, recomiende y apoye, según proceda, la aplicación de posibles opciones ...». Las palabras «compensar» y «el costo de» se deben eliminar, y todo el subpárrafo se debe trasladar a continuación del párrafo 2(5).

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América), refiriéndose al párrafo 1(2), propone sustituir las palabras «la legislación y la normativa nacionales de los Estados Miembros» por «sus legislaciones y normativas nacionales». También sugiere insertar «y los reglamentos internacionales» a continuación de «nacionales», y sustituir «difusión pública sistemática y puntual» por «incorporación sistemática y puntual a bases de datos de dominio público». Con respecto al párrafo 2(2), solicita que las palabras «establezca un mecanismo» se sustituyan por «refuerce el mecanismo de comunicación», y que las palabras «sean notificados de forma sistemática y puntual» se sustituyan por «reciban de forma puntual las notifi-

caciones sistemáticas». En aras de la claridad, las líneas primera y última del párrafo 2(3) deben invertirse de manera que el párrafo rece como sigue: «que promueva el mayor acceso posible a los productos de aplicación práctica, incluidas las vacunas contra la gripe pandémica, resultantes de las investigaciones sobre los virus de la gripe, incluida la cepa H5N1». En el párrafo 2(5), la palabra «garantice» debe sustituirse por «facilite». En el párrafo 2(7), el orador propone sustituir «invitando a» por «facilitando la participación de» y, en el párrafo 2(8), «trabajé» debe convertirse en «coopere»; las palabras «determinar y» deben suprimirse.

El Dr. NYIKAL (Kenya), refiriéndose a la enmienda que acaba de proponerse para el párrafo 2(3), considera que la palabra «promueva» es demasiado vaga y el párrafo debe concretar las medidas específicas por adoptar a fin de asegurar el acceso a los productos.

La DIRECTORA GENERAL, refiriéndose a las observaciones formuladas por el orador precedente, recuerda que en el párrafo en cuestión se formula una petición a la Directora General, no a las autoridades nacionales, y por ello la redacción es adecuada.

El PRESIDENTE dice que, a su entender, el Consejo desea adoptar el proyecto de resolución en su forma enmendada.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial: punto 4.5 del orden del día (documentos EB120/22 y EB120/22 Add.1) (continuación de la octava sesión, sección 2.)

El PRESIDENTE invita al Consejo a que examine el proyecto de resolución enmendado sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial, que reza como sigue:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución:³

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Habiendo examinado el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial;
Recordando las resoluciones WHA53.17 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, WHA56.1 sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, WHA57.17 referente a la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, WHA57.16 sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, WHA58.22

¹ Resolución EB120.R7.

² Documento EB120/22.

³ En el documento EB120/22 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

sobre prevención y control del cáncer y WHA58.26 sobre problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, así como las numerosas resoluciones conexas de los comités regionales, entre ellas las referidas a la salud mental;

Profundamente preocupada porque en 2005 las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ causaron unos 35 millones de defunciones (el 60% del total mundial de defunciones), porque un 80% de esas defunciones ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y porque unos 16 millones de defunciones ocurrieron entre personas de menos de 70 años de edad;

Observando que se prevé que la mortalidad debida a enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ aumente un 17% más para 2015, con consecuencias socioeconómicas graves para los Estados Miembros, las comunidades y las familias;

Observando las relaciones existentes entre las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~, el desarrollo, el medio ambiente y la seguridad humana, y la contribución de dichas enfermedades a las desigualdades en materia de salud;

Observando que las respuestas multisectoriales siguen estando limitadas por la falta de conciencia acerca de la pandemia de enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ y la falta de medidas apropiadas para hacer retroceder esa pandemia;

Observando que la importancia de la prevención y del control de las enfermedades ~~crónicas~~ **no transmisibles** se ha destacado en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015, que establece la meta de reducir las tasas de mortalidad de todas las enfermedades ~~crónicas~~ **no transmisibles** en un 2% anual durante los próximos 10 años;

Tomando nota de los crecientes datos probatorios sobre la costoeficacia de varias intervenciones sencillas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~;

Tomando nota de la importancia que tienen la motivación, la educación y el apoyo para que las personas y las familias tomen decisiones saludables en su vida cotidiana, **y de la importante función que corresponde a los gobiernos de proporcionar políticas públicas y entornos saludables;** [Tailandia]

Reafirmando la importancia de abordar los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ de manera integrada, completa, multisectorial y progresiva;

Teniendo presente que la respuesta a la triple carga de enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ y traumatismos que soportan muchos países y sus graves limitaciones de recursos requieren un sistema de atención primaria de salud fuerte dentro de un sistema de salud integrado;

Reconociendo que la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es esencial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~;

Reconociendo que es preciso redoblar los esfuerzos mundiales para promover la actividad física y mejorar la calidad de los alimentos y bebidas, incluso la información a disposición de los consumidores y las modalidades de comercialización de productos **[nuevos y saludables [EE.UU.]] o bien [nuevos y saludables [Dinamarca]]**, especialmente las dirigidas a los niños;

Reconociendo que se requiere más información sobre las repercusiones que tienen las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ en las esferas socioeconómica y del desarrollo y sobre los resultados de las intervenciones disponibles;

Consciente de que los Estados Miembros gastan sólo una pequeña proporción de su presupuesto de atención de salud en la prevención de enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ y en la salud pública, y que un aumento aun modesto de ese porcentaje permitiría obtener extraordinarios beneficios sanitarios y socioeconómicos,

1. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que fortalezcan la voluntad política nacional y local de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ como parte de un compromiso encaminado a alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad de todas las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ un 2% por año durante los próximos 10 años, prevista en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015;
 - 2) a que establezcan **según proceda** [Australia] o fortalezcan un mecanismo coordinador nacional de las actividades de prevención de las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~, **según las circunstancias nacionales**, [Kenya] **según las circunstancias nacionales**, [EE.UU.] cuyo mandato sea multisectorial, amplio y comprenda la movilización de voluntad política y de recursos financieros y abarque a todos los interesados directos pertinentes;
 - 3) a que elaboren y ejecuten un plan de acción multisectorial nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ basado en datos probatorios que establezca prioridades, plazos e indicadores de desempeño y sirva de base para coordinar el trabajo de todos los interesados directos y lograr la participación activa de la sociedad civil;

3bis) a que **consideren aumentar** ~~aumenten~~ el [Australia] presupuesto destinado a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ [Kenya] y a que asignen en el presupuesto sanitario anual, **según corresponda**, [Australia] una partida ordinaria para prevención y control de las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~, como medida esencial para la aplicación de la política; [Jamaica]

O BIEN

3bis) a que **aumenten, según corresponda, los recursos destinados a los programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles**; [EE.UU.]
 - 3ter) a que consideren la posibilidad de poner en práctica acuerdos internacionales **existentes** [Australia] y aumentar el apoyo a iniciativas mundiales que contribuyan a alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ en un 2% al año durante los próximos 10 años; [Kenya]
 - O BIEN**
 - 3ter) a que consideren la posibilidad de poner en práctica acuerdos internacionales **existentes** [Australia] y aumentar el apoyo a iniciativas mundiales que contribuyan a alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ en un 2% al año durante los próximos 10 años; [EE.UU.]
 - 4) a que incorporen la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ en programas encaminados al fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud, y a que fortalezcan ~~los sistemas~~ **las instituciones** [EE.UU.] de atención primaria de salud, de modo que puedan responder a los retos planteados por las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~; [Jamaica]
 - 5) a que fortalezcan los sistemas de seguimiento y evaluación, incluidos mecanismos de vigilancia epidemiológicos a nivel de país, para recopilar pruebas científicas con las que se puedan respaldar las decisiones de política;
 - 6) a que velen por que ~~los sistemas~~ **las instituciones nacionales** [EE.UU.] de salud dispongan de una organización adecuada que les permitan afrontar los importantes retos planteados por las enfermedades no transmisibles, lo cual implica que se haga especial hincapié en la atención primaria de salud; [Portugal]
 - 7) ~~a que consideren diferentes posibilidades de utilizar los mecanismos legislativos e normativos nacionales con el fin de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles~~; [Portugal] **a que destaquen el papel neurálgico que corresponde a las funciones gubernamentales, incluidas las funciones de reglamentación, en la lucha contra las enfermedades no transmisibles**; [EE.UU.]

2. PIDE a la Directora General:
- 1) que, sobre la base de la sinopsis que figura en el informe¹ sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: **aplicación de la estrategia mundial**, [Australia] prepare un plan de acción que se presentará a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, **por conducto del Consejo Ejecutivo**, [EE.UU.] en el cual se establezcan las prioridades, acciones, plazos e indicadores de desempeño en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles entre 2008 y 2013 a nivel mundial y regional y que preste apoyo cuando sea necesario para elaborar, intensificar la ejecución y supervisar los planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~, incluso para perfeccionar una intervención encaminada a controlar las condiciones de las personas expuestas a un alto riesgo de contraer esas enfermedades;
 - 2) que promueva aún más entre los Estados Miembros la conciencia de la importancia de preparar, promover y financiar mecanismos nacionales multisectoriales propicios de coordinación y vigilancia y planes de prevención y control de las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~;
 - 3) que preste apoyo a los Estados Miembros, a petición de éstos, y que promueva las alianzas, la colaboración, la cooperación y el intercambio de prácticas óptimas entre los Estados Miembros, para incorporar intervenciones integrales contra las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~ en las políticas y programas nacionales, incluidas las políticas y programas sobre sistemas de salud, y para ampliar las intervenciones, con inclusión de estrategias para educar y prestar apoyo a las personas y a las familias;
 - 4) que difunda a los Estados Miembros, de manera oportuna y constante, información sobre intervenciones básicas costoeficaces encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles ~~crónicas~~;
- 4bis) que fomente el diálogo con organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, donantes y organismos técnicos asociados **y con el sector privado** [Dinamarca y Jamaica] con el fin de incrementar el apoyo, los recursos y las relaciones de asociación para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles crónicas, **incluidos los programas de salud y bienestar en el lugar de trabajo**; [Dinamarca y Jamaica]
- 5) que fomente el diálogo con el sector privado en particular [Australia y Portugal] para aumentar ~~la demanda relativa y [Australia] la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, reducir y la comercialización y la promoción de los productos insalubres saludables, [EE.UU.] y aumentar el acceso de las poblaciones de alto riesgo a los medicamentos en los países de ingresos bajos y medianos, e incluir según proceda [Australia] programas de salud y bienestar en los lugares de trabajo;~~ [Brasil y Dinamarca]
 - 5) **que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, y reducir la comercialización y la promoción de los productos insalubres, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles, y aumentar el acceso a los medicamentos para las poblaciones en alto riesgo de los países de ingresos bajos y medianos;** [Brasil y Dinamarca]

¹ Documento EB120/22.

- 6) que establezca y mantenga el contacto con los medios de difusión para velar por que destaquen continuamente las cuestiones relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~;
- 7) que mejore el conocimiento de las repercusiones socioeconómicas de las enfermedades no transmisibles ~~erónicas~~ a nivel nacional y familiar, y de las relaciones de esas enfermedades con la pobreza y la inseguridad humana especialmente en los países de ingresos bajos y medianos;
- 7bis*) que vele por que la labor de prevención y control de las enfermedades no transmisibles reciba una alta prioridad y apoyo adecuados, **según corresponda**; [Australia y EE.UU.]
- 8) que informe a la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, y en lo sucesivo cada dos años a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia mundial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, incluidos los progresos realizados en lo que se refiere al plan de acción.

La Dra. SMITH (Dinamarca), refiriéndose al decimotercer párrafo preambular, reitera su sugerencia de que no se inserten las palabras «nuevos y saludables» porque debilitan considerablemente el párrafo. Con respecto al párrafo 1(*3bis*), prefiere con creces la segunda alternativa, propuesta por los Estados Unidos, porque refleja con mayor claridad el deseo de asignar recursos nacionales suficientes a las enfermedades no transmisibles. El párrafo 1(*3ter*) debe mantenerse, si bien modificado para que rece como sigue: «a que consideren la posibilidad de poner en práctica acuerdos internacionales existentes y aumentar el apoyo a iniciativas mundiales que contribuyan a reducir las tasas de mortalidad de forma significativa».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) suscribe la petición de Dinamarca y acoge complacido el apoyo al párrafo 1(*3bis*). Al no estar seguro del significado de la expresión «políticas públicas saludables» en el noveno párrafo preambular, sugiere sustituir «políticas públicas y entornos saludables» por «políticas públicas en materia de salud y medio ambiente». El orador está dispuesto a retirar la propuesta de insertar las palabras «nuevos y saludables» en el decimotercer párrafo preambular.

También propone modificar el párrafo 1(*3ter*) de manera que rece como sigue: «a que apliquen el Convenio Marco para el Control del Tabaco y aumenten el apoyo a otras iniciativas mundiales que contribuyan al logro de la meta de reducir las tasas de mortalidad de las enfermedades no transmisibles un 2% por año durante los próximos 10 años». Propone asimismo que en el nuevo párrafo 2(5) se suprima la frase siguiente: «con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, y reducir la comercialización y la promoción de los productos insalubres». En ese párrafo deben suprimirse las palabras «y aumentar el acceso a los medicamentos para las poblaciones en alto riesgo de los países de ingresos bajos y medianos», que se han de trasladar a un nuevo párrafo 1(8) que reizará como sigue: «a que aumenten el acceso a los medicamentos pertinentes para las poblaciones en alto riesgo de los países de ingresos bajos y medianos».

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia), en relación con la propuesta de sustituir «políticas públicas saludables» por «políticas públicas en materia de salud» en el noveno párrafo preambular, observa que «políticas públicas saludables» significa «políticas públicas que fomentan la salud»; el uso de la frase tiene precedentes y encuentra su origen en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, de 1986. Por consiguiente, debe mantenerse la redacción original.

El Dr. NYIKAL (Kenya) sugiere insertar en el párrafo 1(3) la frase «velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses» a continuación de «todos los interesados directos».

La Sra. HALTON (Australia) dice que el alcance del decimotercer párrafo preambular no se debe limitar a los niños, ya que las cuestiones relativas a la información y comercialización respecto de los ali-

mentos y bebidas atañen a todos los consumidores. Por consiguiente, sugiere que se elimine la frase «especialmente las dirigidas a los niños». Propone añadir las palabras «según proceda» a continuación de «en el lugar de trabajo» en el párrafo 2(4*bis*).

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) da lectura de las enmiendas propuestas. El decimotercer párrafo preambular, en su forma enmendada, dirá lo siguiente: «Reconociendo que es preciso redoblar los esfuerzos mundiales para promover la actividad física y mejorar la calidad de los alimentos y bebidas, incluso la información a disposición de los consumidores y las modalidades de comercialización de productos». El párrafo 1(3), en su forma enmendada, reizará como sigue: «a que elaboren y ejecuten un plan de acción multisectorial nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles basado en datos probatorios que establezca prioridades, plazos e indicadores de desempeño y sirva de base para coordinar el trabajo de todos los interesados directos, velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses, y logre la participación activa de la sociedad civil». El párrafo 1(3*bis*) dirá lo siguiente: «a que aumenten, según proceda, los recursos destinados a los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles». El párrafo 1(3*ter*), en su forma enmendada, reizará como sigue: «a que consideren la posibilidad de poner en práctica acuerdos internacionales existentes y aumentar el apoyo a otras iniciativas mundiales que contribuyan a reducir las tasas de mortalidad de forma significativa». El final del párrafo 2(4*bis*) se modificará con la adición de las palabras «según proceda».

En respuesta a las solicitudes de aclaración, el Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que su propuesta es que el párrafo 2(5) diga lo siguiente: «que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, que están comprometidas a reducir los riesgos de las enfermedades no transmisibles». Un nuevo subpárrafo 1(8) reizará como sigue: «a que aumenten el acceso a los medicamentos pertinentes para las poblaciones en alto riesgo de los países de ingresos bajos y medianos».

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) propone que, en el decimotercer párrafo preambular, se mantengan las palabras «especialmente las dirigidas a los niños» y a continuación de éstas se añadan las palabras «y los jóvenes».

La Dra. SMITH (Dinamarca) apoya la mayoría de las enmiendas propuestas. Sin embargo, varios miembros del Consejo interesados han redactado cuidadosamente el párrafo 2(5) y, si bien puede aceptar la propuesta formulada por el miembro representante de los Estados Unidos de trasladar la última frase a un nuevo párrafo 1(8), no puede aceptar la eliminación de la frase «con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, y reducir la comercialización y la promoción de los productos insalubres».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que abriga serias preocupaciones con respecto a esa redacción en particular.

La Dra. SMITH (Dinamarca), apoyada por el Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil), dice que también hay miembros muy interesados en esa redacción, que además figuraba en el texto propuesto inicialmente por la Secretaría.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) dice que, habida cuenta de que la obesidad aumenta cada vez más en todo el mundo, no quiere que se suprima ese texto importante.

El Dr. NYIKAL (Kenya) hace suyas las opiniones formuladas por los miembros representantes de Dinamarca y Liberia; el régimen alimentario es un factor importante en la promoción de la salud.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) propone que, en aras de lograr un consenso, se mantengan solamente las palabras «con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables y promover los regímenes alimentarios sanos».

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que, en ese caso, el párrafo 2(5) rezará como sigue: «que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables y promover los regímenes alimentarios sanos, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, que están comprometidas a reducir los riesgos de las enfermedades no transmisibles». También habrá un nuevo párrafo 1(8) que dirá lo siguiente: «a que aumenten el acceso a los medicamentos para las poblaciones en alto riesgo de los países de ingresos bajos y medianos».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) pregunta si los miembros del Consejo pueden aceptar que la frase polémica «y reducir la comercialización y la promoción de los productos insalubres» se sustituya por «y aumentar la comercialización y promoción de los productos saludables».

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) propone sustituir «reducir» por «restringir».

El Dr. SHANGULA (Namibia) expresa su preferencia por mantener el texto original. La última propuesta formulada por el miembro representante de los Estados Unidos no contribuirá en modo alguno a reducir la disponibilidad de los alimentos insalubres, y es importante transmitir un mensaje firme al respecto. Además, «restringir» la comercialización será difícil para la Directora General, a quien va dirigido el párrafo. Refiriéndose a las enmiendas propuestas para el decimotercer párrafo preambular, prefiere que la frase «especialmente las dirigidas a los niños» se sustituya por las palabras «para el público».

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) hace hincapié en que el decimotercer párrafo preambular debe reflejar el riesgo concreto para los niños y adolescentes.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) propone que se establezca un grupo de trabajo para examinar más a fondo el proyecto de resolución, en particular el párrafo 2(5).

El Sr. CAMPOS (suplente del Dr. Buss, Brasil) reitera su apoyo a la posición adoptada por el miembro representante de Dinamarca. Es importante mantener una referencia a la necesidad de reducir la comercialización de los productos insalubres.

La Sra. HALTON (Australia) dice que, en el decimotercer párrafo preambular, sería preferible sustituir «especialmente las dirigidas a los niños» por «especialmente entre las poblaciones vulnerables», lo que abarca a otros grupos vulnerables tales como las poblaciones indígenas. Es importante distinguir entre los productos que perjudican la salud en cualquier cantidad, como es el caso del tabaco, y los que solamente son perjudiciales en cantidades excesivas, como ocurre con los alimentos «insalubres». La oradora apoya el establecimiento de un grupo de redacción que examine, en particular, el texto del párrafo 2(5).

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) apoya la posición adoptada por el miembro representante de Dinamarca y propone sustituir «reducir» por «limitar».

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia), refiriéndose a su propuesta anterior de sustituir la palabra «reducir» por «restringir», indica que la disposición insta a la Directora General a que promueva iniciativas con la finalidad de restringir la comercialización, no a que restrinja ésta. A modo de compromiso, el Consejo puede convenir en sustituir las palabras «reducir la comercialización» por «reducir la comercialización agresiva».

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) apoya la opinión expresada por el miembro representante de Australia con respecto a los «productos insalubres»; de cualquier producto puede resultar insalubre, en algunos casos, demasiado, en otros, demasiado poco.

El Dr. SHANGULA (Namibia) reitera que no se puede pedir a la Directora General que reduzca la comercialización.

El PRESIDENTE entiende que debe establecerse un grupo de trabajo.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la duodécima sesión, sección 3.)

Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 4.12 del orden del día (continuación)

- **Tecnologías sanitarias esenciales** (documentos EB120/13 y EB120/13 Add.1)

El PRESIDENTE recuerda que el Consejo, en su 118ª reunión, examinó este punto y pidió al Consejo Ejecutivo que volviera a examinarlo en la presente reunión.¹ Señala a la atención de los presentes el proyecto de resolución que figura en el párrafo 16 del documento EB120/13.

La Sra. VELÁZQUEZ (suplente del Dr. Bailón, México) recuerda que el proyecto de resolución es el primero que se somete al examen del Consejo en relación con este tema, y dice que las tecnologías sanitarias esenciales permiten brindar una atención de salud de buena calidad, segura y efectiva. Es por ello que el Ministerio de Salud de su país estableció en 2004 un Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, con el fin de informar y orientar a los ministerios de salud de la Región de las Américas sobre la promoción y la evaluación del uso racional de las tecnologías sanitarias. El examen del proyecto de resolución debe posponerse en espera de un amplio proceso de consulta en el que participen expertos, organizaciones no gubernamentales y Estados Miembros. Esto permitirá a la Secretaría delimitar más claramente el ámbito de acción y las repercusiones del proyecto de resolución.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) respalda esa propuesta.

El Dr. JAKSONS (Letonia) dice que, a fin de evitar confusiones, será importante definir la terminología con precisión, por ejemplo determinar si los procedimientos y protocolos de tratamiento se han de considerar como tecnologías sanitaria.

El PRESIDENTE dice que, a su entender, México propone que se celebren consultas para aclarar esas cuestiones.

El Dr. ZUCKER (Subdirector General) explica que el objetivo es determinar las tecnologías sanitarias básicas que deben estar disponibles en todos los países. Previo proceso de consulta, se definirán el alcance y la terminología de las tecnologías sanitarias en cuestión, incluidos equipos, procedimientos de tratamiento y pruebas de laboratorio.

¹ Documento EBSS-EB118/2006/REC/1, acta resumida de la cuarta sesión, sección 2.

La Sra. VELÁZQUEZ (suplente del Dr. Bailón, México) confirma su propuesta de que se entablen nuevas consultas sobre qué tecnologías sanitarias se han de incluir.

La Sra. HALTON (Australia) solicita más información sobre el proceso propuesto, por ejemplo: ¿quiénes participarán?, ¿a quiénes se consultará?, ¿cuál es el calendario propuesto?, ¿cuál es el resultado final previsto? y, ¿cuándo volverá a someterse ese asunto a la consideración de un órgano deliberante?

El Dr. ZUCKER (Subdirector General) dice que se quiere finalizar el proceso de consulta con los Estados Miembros y los expertos en esa esfera a tiempo para que el proyecto de resolución se revise y presente a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2007. El objetivo será sugerir qué tecnologías sanitarias hacen falta en general con el fin de facilitar atención básica de salud para todos, más que elaborar una lista específica. Por ejemplo, se podría definir la necesidad de evaluar el ritmo cardíaco en lugar de especificar un instrumental determinado a tal fin.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) indica que se dispondrá de poco tiempo para entablar consultas, habida cuenta del plazo para la presentación de proyectos de resolución a la Asamblea de la Salud en mayo. El orador propone que se pida a la Secretaría que más adelante, en la presente reunión del Consejo, facilite aclaraciones adicionales sobre el proceso propuesto.

La DIRECTORA GENERAL apoya esa propuesta.

El Sr. ALLAGE (suplente del Dr. Saheli, Jamahiriya Árabe Libia), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que una resolución inspirada en las propuestas formuladas reafirmará las decisiones anteriores, incluida la resolución WHA55.18 sobre la calidad de la atención: seguridad del paciente, y el informe posterior de la Secretaría sobre el mismo tema (documento EB113/37), en el que se insta a los países a que elaboren reglamentos nacionales adecuados, sistemas de garantía de la calidad y procedimientos para las adquisiciones y la evaluación de riesgos. Esas actividades pueden proporcionar una base útil para la formulación de políticas en esa esfera.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la undécima sesión.)

Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico: punto 4.9 del orden del día (documentos EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 y EB120/37 Add.1) (continuación de la octava sesión, sección 2)

El PRESIDENTE propone que se establezca un grupo de redacción a fin de examinar los dos proyectos de resolución sobre este punto.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de las resoluciones en el acta resumida de la duodécima sesión, sección 3.)

Se levanta la sesión a las 17.50 horas.

UNDÉCIMA SESIÓN

Sábado 27 de enero de 2007, a las 9.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 4.12 del orden del día (continuación)

- **Tecnologías sanitarias esenciales** (documentos EB120/13 y EB120/13 Add.1) (continuación de la décima sesión)

En respuesta a la Sra. VELÁZQUEZ (suplente del Dr. Bailón, México), quien reiteró su llamamiento para que se creara un grupo de trabajo a fin de aprovechar la presencia de los miembros y escuchar sus ideas, el PRESIDENTE propuso que se celebraran deliberaciones con carácter oficioso.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) coincide con el miembro representante de México. Señala que el debate sobre este tema ya se aplazó en la 118ª reunión del Consejo, y lamenta que la Secretaría no haya continuado estudiando la cuestión. La mayoría de los miembros están dispuestos a seguir adelante con el proyecto de resolución. La propuesta de la Secretaría retrasaría innecesariamente la labor del Consejo. El proyecto de resolución permitiría a la Secretaría y los Estados Miembros actuar de inmediato sobre la cuestión.

La DIRECTORA GENERAL ha entendido que México desea aplazar el debate, pero, habida cuenta de las observaciones anteriores, se adoptarán las medidas oportunas para que se reúna un grupo de redacción como se ha propuesto.

Así queda acordado.

(Véase la continuación del debate en el acta resumida de la duodécima sesión, sección 3.)

- **Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus*** (documentos EB120/11, EB120/11 Add.1 y EB120/39) (continuación de la segunda sesión, sección 3)

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), hablando en su calidad de presidente del grupo de redacción, presenta, con las modificaciones propuestas, el proyecto de resolución sobre la erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus*, que dice lo siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado los informes sobre erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus*,¹

¹ Documentos EB120/11 y EB120/39.

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte el proyecto de resolución siguiente:¹

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA49.10, en la que se recomienda una fecha para la destrucción de las reservas restantes de virus variólico previa decisión de la Asamblea de la Salud, así como la resolución WHA52.10, en la que se autoriza a conservar temporalmente dichas reservas hasta una fecha posterior, con sujeción a un examen anual por la Asamblea de la Salud;

Observando que, en la resolución WHA55.15, la Asamblea de la Salud decidió autorizar la prolongación de la conservación temporal, siempre que las investigaciones aprobadas estuvieran orientadas a la obtención de resultados y fueran limitadas en el tiempo y sometidas periódicamente a examen, en el entendimiento de que se propondría una nueva fecha para la destrucción de las reservas de virus variólico cuando los logros y los resultados de las investigaciones permitieran llegar a un consenso acerca del calendario de destrucción de dichas reservas;

Observando que se concedió autorización para permitir la realización de investigaciones esenciales para la salud pública mundial, incluidas nuevas investigaciones internacionales sobre agentes antivirales y vacunas mejores y más seguras, así como investigaciones de alta prioridad sobre la estructura genética del virus y la patogenicidad de la viruela;

Observando que en la resolución WHA52.10 se pedía a la Directora General que nombrara un grupo de expertos para que determinase qué investigaciones, en su caso, se deberían realizar con el fin de llegar a un consenso mundial sobre la fecha de destrucción de las reservas de virus variólico existentes;

Recordando las decisiones de Asambleas de la Salud anteriores en el sentido de que se deberían destruir las reservas de virus variólico que aún existen;

Reconociendo que la destrucción de todas las reservas de virus variólico sería un hecho irreversible y que la decisión sobre la fecha para llevarla a la práctica debe ser muy meditada;

Recordando la resolución WHA55.16, en la que se pedía una respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud;

Reconociendo también que podrían existir reservas desconocidas de virus variólico vivo, y que su liberación deliberada o accidental sería catastrófica para la comunidad mundial;

Habiendo examinado el informe sobre la erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de Variola virus, así como el informe de la octava reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico;²

Observando con satisfacción los considerables progresos realizados en materia de desarrollo de agentes antivirales, vacunas mejoradas y más seguras y pruebas diagnósticas sensibles y específicas, así como en la secuenciación de genomas virales completos de muchos tipos de cepas;

Consciente de que no se han autorizado agentes antivirales para la viruela, de que se necesitará virus variólico vivo para analizar la eficacia *in vitro* y de que quizá haya que perfeccionar el modelo animal a fin de adaptarlo al análisis de la eficacia de esos agentes;

¹ En el documento EB120/11 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

² Documento EB120/39.

Observando asimismo que las inspecciones de los dos centros de almacenamiento autorizados dirigidas por la OMS en 2005 corroboraron la seguridad de las reservas de virus variólico;

Tomando nota de que el Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico, en su séptima reunión, señaló la urgente necesidad de revisar cualquier propuesta nueva de investigación con virus variólico vivo a la luz de los considerables progresos realizados hasta la fecha;¹

Tomando nota asimismo de que la Secretaría, a petición del Comité Asesor de la OMS, ha establecido un formato para la presentación de propuestas de investigación y un protocolo y plazos para someterlas a la consideración del Comité, y de que las investigaciones aprobadas se notifican a la OMS con arreglo a un protocolo establecido,

1. REAFIRMA ENÉRGICAMENTE las decisiones de Asambleas de la Salud anteriores en el sentido de que las reservas de virus variólico restantes deberían destruirse;
2. REAFIRMA ADEMÁS:
 - 1) la necesidad de alcanzar un consenso sobre una nueva fecha para la destrucción de las reservas de virus variólico, siempre que se hayan obtenido los resultados sanitarios indispensables para mejorar la respuesta de salud pública ante un brote;
 - 2) la decisión que figura en la resolución WHA55.15 (mantener las actividades del Comité Asesor en Investigaciones sobre el Virus Variólico con respecto a las investigaciones que entrañen la autorización de reservas de *Variola virus* y velar por que el programa de investigaciones se ejecute de forma abierta y transparente) de que el programa de investigaciones se ejecute de forma abierta y transparente, y sólo con el acuerdo y bajo el control de la OMS;
3. DECIDE incluir un punto sustantivo sobre el tema «Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus*» en el orden del día provisional de la [63ª/64ª] Asamblea Mundial de la Salud;
4. PIDE a la Directora General:
 - 1) que lleve a cabo un examen de gran alcance [en 2009/2010] de los resultados de las investigaciones que actualmente se llevan a cabo y los planes y requisitos para realizar nuevas investigaciones esenciales con fines de salud pública mundial, teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico, a fin de que en la [63ª/64ª] Asamblea Mundial de la Salud pueda alcanzarse un consenso mundial sobre la fecha de destrucción de las reservas de virus variólico;
 - 2) que prosiga la labor del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico y difunda sus recomendaciones más ampliamente entre la comunidad científica;
 - 3) que revise la composición del Comité Asesor de la OMS y la representación de los asesores y observadores en las reuniones de éste, para garantizar una representación geográfica equilibrada, con inclusión de expertos de países en desarrollo y una representación importante de expertos en salud pública, así como la independencia de los miembros de ese Comité respecto de cualquier conflicto de intereses;

¹ Véase el documento A59/10.

- 4) que vele por que las propuestas de investigación aprobadas, los resultados de las investigaciones y los beneficios de éstas se pongan a disposición de todos los Estados Miembros;
- 5) que mantenga las inspecciones bianuales de los dos lugares de almacenamiento autorizados para cerciorarse de que las condiciones de conservación del virus y las investigaciones realizadas en los laboratorios cumplan los requisitos más estrictos en materia de bioseguridad y bioprotección;
- 6) que desarrolle de forma continuada el marco operacional para la reserva de vacuna antivariólica de la OMS;
- 7) que siga informando anualmente a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos del programa de investigaciones, la bioseguridad y bioprotección y otras cuestiones conexas, y sobre la aplicación de las recomendaciones del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico aceptadas por el Director General;
- 8) que vele por que las investigaciones emprendidas no entrañen la modificación del virus variólico mediante ingeniería genética;
- 9) **[que vele por que los dos lugares de almacenamiento autorizados del virus vivo y cualquier otra institución que tenga fragmentos de ADN del virus variólico sólo distribuyan dicho ADN de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico]**

O BIEN

[que vele por que ninguno de los dos lugares de almacenamiento autorizados del virus vivo distribuya ADN del virus variólico con fines no diagnósticos];

- 10) que presente un informe anual detallado a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de las investigaciones finalizadas, los resultados de dichas investigaciones, las investigaciones emprendidas y las investigaciones previstas en los dos lugares de almacenamiento autorizados;
- 11) que presente a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre la condición jurídica de las cepas de virus variólico conservadas en los dos lugares de almacenamiento en lo concerniente a la propiedad de las mismas;
- 12) que presente a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un informe sobre las medidas tendentes a fomentar en los Estados Miembros el acceso más amplio y equitativo que sea posible a los resultados de las investigaciones, incluidos los agentes antivirales, las vacunas y los medios de diagnóstico que se deriven de los resultados de las investigaciones.

El grupo no ha alcanzado un consenso con respecto a la formulación del párrafo 3 ni de los párrafos 4(1) y 4(9), y considera que no se pueden hacer más progresos. Así pues, debería presentarse el proyecto de resolución en su forma actual a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Se seguirá trabajando para intentar llegar a un consenso.

El Dr. SHANGULA (Namibia), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, confía en que se podrá llegar a un consenso con respecto a la destrucción de las reservas de *Variola virus*. Sin embargo, la conservación temporal de virus variólico para fines de investigación en los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y en el Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas de Rusia suscita preocupación en cuanto a la seguridad. Sigue oponiéndose a la manipulación genética del virus variólico, debido al riesgo de accidentes de laboratorio, liberación intencional del virus y bioterrorismo y a la posible aparición de formas más peligrosas del virus. Dice que, a pesar de la decisión de la Asamblea de la Salud de que el Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico estuviera integrado por un grupo de expertos de los Estados Miembros de cada región de la OMS, ese Comité no tiene una representación suficientemente

amplia, sobre todo de países en desarrollo, por lo que su composición se debe examinar de conformidad con lo establecido en el párrafo 4(3) del proyecto de resolución revisado, que se redactó con el fin de que el Comité mantuviera su independencia con respecto a los dos centros de almacenamiento y evitar posiciones sesgadas.

La cuestión objeto de examen es la destrucción de las reservas de *Variola virus* y no la ampliación de la investigación en esa esfera. Se había aceptado la conservación temporal de las citadas reservas a condición de que las investigaciones aprobadas estuvieran orientadas a la obtención de resultados y fueran limitadas en el tiempo y sometidas periódicamente a examen. En el informe de la Secretaría presentado a la 56ª Asamblea Mundial de la Salud¹ se indicaba que la mayoría de las investigaciones esenciales que requerían el uso de virus variólico vivo había concluido. Ha llegado el momento de alcanzar un consenso mundial con respecto al calendario para la destrucción de las reservas restantes, en cumplimiento de las resoluciones WHA49.10 y WHA52.10; lamenta que en el proyecto de resolución revisado no se haga ninguna mención al respecto. Numerosas resoluciones de la Asamblea de la Salud han abordado la necesidad de fijar una fecha para proceder a la destrucción de las reservas, pero siempre se ha aplazado esa tarea.

El proyecto de resolución parece tratar las cuestiones más destacadas. El Consejo no ha podido fijar una fecha para llevar a cabo una revisión general de los resultados de las investigaciones actuales; eso deberá decidirlo la Asamblea de la Salud. Propone que se introduzca la siguiente modificación en el párrafo 4(9): «... sólo distribuyan dicho ADN **para fines de diagnóstico** y de acuerdo con las recomendaciones... ».

El Dr. VOLJČ (Eslovenia), hablando en nombre de la Presidencia alemana de la Unión Europea y en nombre de sus 27 Estados miembros, señala que Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Turquía, países candidatos; Bosnia y Herzegovina y Montenegro, países del Proceso de Estabilización y Asociación y candidatos potenciales, así como la República de Moldova se suman a la declaración. Agradece los esfuerzos hechos por el Comité Asesor durante el tiempo transcurrido desde que se erradicó la viruela. Se han logrado avances espectaculares en cuanto a nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamientos de las ortopoxvirosis. Reafirma la decisión de destruir todas las reservas de virus variólico en una fecha concreta, aún por fijar. Actualmente se necesita virus variólico vivo para investigaciones que no se pueden llevar a cabo con otro material. Todas las investigaciones aprobadas deben seguir estando orientadas a la obtención de resultados y ser limitadas en el tiempo y transparentes. Las reservas existentes deben permanecer en su ubicación actual para las investigaciones internacionales, y habrá que proponer una nueva fecha para la destrucción de dichas reservas cuando los resultados de las investigaciones permitan llegar a un consenso.

Le preocupa que no se presente información completa sobre las investigaciones relacionadas con la salud que se llevan a cabo en humanos con fragmentos de ADN del virus variólico, e insta a la Secretaría a que pida a los laboratorios interesados informes al respecto.

El Dr. TANGI (Tonga) señala que en el párrafo 4(9) del proyecto de resolución se habla de «cualquier otra institución que tenga fragmentos de ADN del virus variólico». Desea saber de qué instituciones se trata y qué control ejerce la OMS sobre ellas. También quisiera saber si la Organización podría hacer aplicar en el mundo entero la decisión de destruir todas las reservas de virus variólico. No tiene claro quién es el propietario legal de las reservas.

El Dr. KHALFAN (Bahrein), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, encomia los progresos realizados en las investigaciones sobre el virus variólico. Todas las investigaciones esenciales en las esferas de la secuenciación del genoma y el desarrollo de diagnósticos

¹ Documento A56/14.

y vacunas que requieren virus variólico vivo han concluido. Para las futuras investigaciones no debería hacer falta virus variólico vivo. Habría que fijar una fecha precisa para la destrucción de todas las reservas del virus, con objeto de eliminar por fin la amenaza de que, por causa de una liberación accidental o intencional de éste, se produzca una reaparición catastrófica de la viruela.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) recuerda que las investigaciones sobre el virus variólico se autorizaron con el fin de desarrollar mejores diagnósticos, vacunas y tratamientos para la viruela, y dice que, en el informe de su sexta reunión, celebrada en noviembre 2004,¹ el Comité Asesor estableció normas estrictas acerca de las áreas de investigación en que los laboratorios distintos de los dos lugares de almacenamiento oficiales podían utilizar fragmentos de ADN del virus variólico, aparte de especificar las áreas de investigación en las que bajo ninguna circunstancia debía utilizarse el virus. Por ejemplo, indicó de forma explícita que quedaba terminantemente prohibido sintetizar la totalidad del genoma del virus variólico o virus variólicos infecciosos a partir de fragmentos de ADN más pequeños. Además, ningún laboratorio, a excepción de los dos de los lugares de almacenamiento, estaba autorizado a conservar ADN con más de un 20% del genoma completo. Solicita la opinión de la Secretaría sobre la cuestión. Se han distribuido legítimamente fragmentos de ADN a laboratorios del mundo entero, pero sólo los dos de almacenamiento poseen el virus completo.

Sin embargo, la formulación de compromiso propuesta por el miembro representante de Namibia para el párrafo 4(9) significaría, en caso de ser adoptada, que los laboratorios distintos de los dos de almacenamiento tendrían que limitarse a realizar investigaciones para fines de diagnóstico y no podrían llevar a cabo investigaciones sobre tratamientos ni vacunas contra la viruela. Todos aguardamos ansiosos el día en que los medios de diagnóstico, las vacunas y los tratamientos estén tan avanzados que deje de hacer falta virus variólico vivo, pero ese día no ha llegado aún.

El Dr. NYIKAL (Kenya) reitera su preocupación acerca de la posible manipulación del ADN del virus variólico y considera que el Comité Asesor tiene una gran responsabilidad a ese respecto. Hay que revisar urgentemente la composición de ese comité, como se pide en el párrafo 4(3). La OMS reconoce que pueden existir reservas desconocidas de virus variólico vivo, pero no ha intentado verificar esa afirmación. Los partidarios de conservar las reservas oficiales utilizan la posible existencia de esas reservas como argumento para prepararse para un posible caso de liberación intencional o accidental de virus variólico. La OMS debería investigar la cuestión de las reservas no oficiales de virus variólico. Se está debatiendo la futura destrucción de las reservas del virus, así como la distribución de éste - o de partes de él - a varios laboratorios, lo cual haría más difícil llevar un control de las reservas. El orador es partidario del proyecto resolución, con la modificación propuesta por el miembro representante de Namibia. La OMS debería prestar más atención a dos cuestiones: la existencia de reservas no oficiales del virus y la distribución de reservas a laboratorios.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) dice que no hace falta una resolución para destruir las reservas de virus variólico, pues ya existe una sobre el tema. Sí hace falta, en cambio, una resolución para instar a los dos laboratorios de almacenamiento a que destruyan las reservas lo antes posible y respeten la decisión adoptada en 1999.

La Sra. MAFUBELU (Sudáfrica)² está de acuerdo con las observaciones formuladas por el miembro representante de Bahrein en nombre de la Región del Mediterráneo Oriental, y señala que en el informe completo sobre la octava reunión del Comité Asesor, en que se examina la necesidad de proseguir la

¹ Documento WHO/CDS/CSR/ARO/2005.4.

² Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

secuenciación del ADN del virus variólico, se afirma que es necesario «un equilibrio entre las secuencias que pueden tener un interés científico y las que son esenciales para fines de salud pública».¹ Se ha permitido que se siga conservando temporalmente virus variólico vivo, para que se puedan llevar a cabo investigaciones esenciales para la salud pública mundial, en lugar de trabajos de investigación con mero «interés científico». Por lo tanto, se congratula de que el Comité permanezca alerta a este respecto.

Pide que se le aclare el proceso de aplicación de las recomendaciones del Comité Asesor. Ha leído con sorpresa en el informe que se están estudiando anticuerpos neutralizantes inducidos contra el virus variólico, a pesar de que el Comité afirmó en su séptima reunión que no consideraba necesario utilizar virus variólico vivo para la investigación de vacunas. También le ha sorprendido que el Comité haya vuelto a tratar el tema de proseguir la secuenciación del ADN del virus variólico, cuando en su séptima reunión indicó que no eran necesarias más secuencias completas de ADN. Es contraria a la manipulación genética del virus variólico, debido a los riesgos de liberación accidental o deliberada, bioterrorismo y aparición de formas más peligrosas del virus. Acoge con satisfacción la decisión del Comité de rechazar la propuesta de introducir genes particulares del virus variólico en otros ortopoxvirus.

El Sr. MACPHEE (Canadá)² respalda las observaciones del miembro representante de Eslovenia y agradece las aclaraciones proporcionadas por el miembro representante de los Estados Unidos de América. Por lo que respecta al informe sobre la octava reunión del Comité Asesor, comenta que la ciencia no se detiene. En el informe se señala que hay que adoptar decisiones con respecto a siete proyectos de investigación (párrafo 12), y que el Comité Asesor ha decidido mantener la política según la cual el personal de los centros colaboradores no puede participar en el subcomité científico, cuya composición se debe revisar; hasta una tercera parte de los miembros del subcomité se tiene que renovar todos los años (párrafo 14).

El Sr. RASOLONJATOVO (suplente de la Dra. Rahantanirina, Madagascar) pide también aclaraciones sobre el proceso que está siguiendo el Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico para llevar a cabo su labor.

El PRESIDENTE señala que todavía hay que adoptar decisiones de muy alto nivel con respecto a algunos elementos del texto. Se ha propuesto que la resolución sea sometida a la Asamblea de la Salud en su forma actual, sin tomar una decisión acerca de los puntos pendientes. Pide al presidente del grupo de redacción su opinión al respecto.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), hablando en su calidad de presidente del grupo de redacción, propone que, con objeto de atender a las preocupaciones expresadas por los miembros de Namibia y los Estados Unidos de América, se añadan las palabras «para fines de investigación sobre medios de diagnóstico, tratamiento y vacunas» después de «sólo distribuyan dicho ADN» en el párrafo 4(9) del proyecto de resolución.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que, si las recomendaciones relativas a los fragmentos de ADN formuladas por el Comité Asesor quedan reflejadas en el texto propuesto, puede aceptar esa formulación.

El Dr. HEYMANN (Subdirector General interino) afirma que ya se han adoptado medidas con respecto a la recomendación recogida en el párrafo 4(3) del proyecto de resolución de que se revise la composición del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico para garantizar una representación geográfica más equilibrada y la participación de expertos en virología y salud pública de

¹ Documento WHO/CDS/CSR/EPR/2007.1.

² Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

países en desarrollo. Por ejemplo, en la última reunión del Comité el número de miembros de África había aumentado de cuatro a seis, de un total de 25; tres de ellos eran virólogos y otros tres, expertos en salud pública. Durante esa reunión se expresó preocupación por el tema de la seguridad con respecto al mantenimiento de virus vivo en los dos lugares de almacenamiento. La OMS seguirá realizando inspecciones bianuales de la bioseguridad en esos lugares; la siguiente inspección está prevista para más adelante en el año en curso.

Por lo que se refiere a la cuestión relativa al párrafo 4(9) del proyecto de resolución, la Secretaría opina que la propuesta destinada a garantizar que el ADN del virus variólico se distribuya sólo para fines de investigación sobre medios de diagnóstico, tratamiento y vacunas es coherente con el informe de investigación presentado en la última reunión del Comité Asesor. Los grupos consultivos revisan constantemente la información y los conocimientos disponibles, con objeto de adoptar las decisiones más adecuadas para cumplir sus programas de investigación. A medida que se llevan a cabo nuevas investigaciones, se van comprendiendo más cosas y eso puede incluso llevar a concluir con mayor rapidez el programa de investigación.

En respuesta al PRESIDENTE, el Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que está dispuesto a aceptar la modificación propuesta del párrafo 4(9), si el miembro representante de Namibia está de acuerdo con ello.

El Dr. SHANGULA (Namibia) señala que está conforme con la modificación.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo de la Oficina del Director General) dice que el párrafo 4(9) reza así: «que vele por que los dos lugares de almacenamiento autorizados del virus vivo y cualquier otra institución que tenga fragmentos de ADN del virus variólico sólo distribuyan dicho ADN para fines de investigación sobre medios de diagnóstico, tratamiento y vacunas, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico».

El Dr. KHALFAN (Bahrein) propone que se supriman los corchetes entre los que figuran las fechas en el párrafo 3 y el párrafo 4(1). De lo contrario, puede parecer que se aplazan de forma indefinida las medidas que se han de adoptar.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) recuerda que el grupo de redacción no pudo llegar a un consenso con respecto a esas fechas, y por ello se acordó mantener los corchetes y que el texto se enviara en esa forma a la Asamblea de la Salud para proseguir los debates al respecto.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) considera que la Secretaría no ha respondido plenamente a la pregunta formulada por el representante de Sudáfrica sobre la labor del Comité Asesor.

El Dr. HEYMANN (Subdirector General interino) dice que sus explicaciones sobre los programas de investigación de los comités asesores tenían por objeto responder a esa pregunta. Todos los años, el Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico, al igual que los demás comités consultivos, revisan todos los datos disponibles y formulan nuevas recomendaciones sobre lo que hay que hacer para concluir su programa de investigación, de conformidad con lo encomendado por la Asamblea de la Salud.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

¹ Resolución EB120.R8.

- **Promoción de la salud en un mundo globalizado** (documentos EB120/12 y EB120/12 Add.1)

El Dr. RUIZ MATUS (suplente del Dr. Bailón, México) recuerda la importancia concedida a la promoción de la salud en la Declaración de Alma-Ata, en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud y en posteriores conferencias internacionales. La promoción de la salud se ha convertido en un elemento indispensable para la sostenibilidad de las reformas sanitarias y los sistemas de salud. Después de la celebración de la Conferencia de Ottawa, la OMS no ha establecido un mecanismo de seguimiento eficaz ni proporcionado apoyo concreto a los países, y su capacidad de respuesta ha disminuido. Por lo tanto, respalda el proyecto de resolución consignado en el documento EB120/12.

La Dra. SMITH (Dinamarca) está a favor del proyecto de resolución y dice que los miembros del Consejo evidentemente coinciden en que la promoción de la salud es decisiva para hacer disminuir los problemas mundiales provocados por las enfermedades no transmisibles. Se debe dar a la promoción de la salud y a la prevención y al control de dichas enfermedades mayor prioridad en la asignación de recursos.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) recuerda que ya se han adoptado varias resoluciones sobre el tema de la promoción de la salud y considera que otra no es necesaria. No obstante, si el Consejo desea proceder a la adopción del proyecto de resolución, tiene varias modificaciones que proponer.

En el primer párrafo del preámbulo habría que cambiar «cinco conferencias internacionales» por «seis conferencias internacionales» y añadir una referencia a la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Bangkok, 7 a 11 de agosto de 2005). Además, habría que suprimir el último párrafo del preámbulo, porque los determinantes de la salud más generales ya se mencionan en el quinto párrafo del mismo.

Puede aceptar que se haga referencia a la Carta de Bangkok en el preámbulo, pero, dado que ésta no tiene fuerza a nivel intergubernamental, no se debería mencionar en los párrafos de la parte dispositiva, sobre todo como base para la adopción de medidas por la Directora General. Así pues, en el párrafo 2(6) habría que suprimir la referencia a la Carta de Bangkok; ese párrafo diría lo siguiente: «que facilite el intercambio de información con los foros internacionales no sanitarios acerca de aspectos fundamentales de la promoción de la salud».

El Dr. QI Qingdong (China) destaca la relevancia de la promoción de la salud, su importante función en la reducción de la carga de morbilidad y su repercusión en el desarrollo económico y social. Propone dos modificaciones en el proyecto de resolución: en el párrafo 1(1) habría que introducir las palabras «y articulen políticas idóneas» después de «inversiones», y fusionar los párrafos 1(4) y 1(6) para que digan lo siguiente: «a que vigilen y evalúen de forma sistemática y periódica las políticas, los programas, la infraestructura y las inversiones en materia de promoción de la salud mediante el desarrollo y la aplicación de métodos de evaluación del impacto sanitario».

El Dr. NYIKAL (Kenya), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, dice que la promoción de la salud es esencial para reducir la carga de morbilidad y constituye la base de la salud pública. El Gobierno de Kenya acogerá la Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Nairobi en 2009. La aplicación de la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud y la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado permitirá que en todo lugar mejore considerablemente la salud de hombres, mujeres y niños. Insta a todos los interesados a inspirarse en ambas Cartas.

Propone enmendar el párrafo 1(1) del proyecto de resolución para que diga lo siguiente: «a que aumenten, si procede, las inversiones en promoción de la salud como componente fundamental de un desarrollo social y económico equitativo». El párrafo 1(2) debería rezar así: «a que establezcan mecanismos eficaces para aplicar un enfoque multisectorial a fin de abordar de manera efectiva los determinantes sociales, económicos, políticos y medioambientales de la salud». Asimismo, habría que insertar las pala-

bras «, evitando los posibles conflictos de intereses,» después de «sector privado» en el párrafo 1(3) y después de «y otras entidades interesadas» en el párrafo 2(3).

Señala que hará falta más de US\$ 1 millón para la Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, y que sólo US\$ 100 000 del costo estimado para el bienio 2006-2007 (US\$ 790 000) se podrán subsumir en las actuales actividades programadas.¹ Dado el importante déficit de fondos, existe el riesgo de que los resultados del programa no sean buenos.

El PRESIDENTE sugiere que, dado que se han propuesto numerosas modificaciones en el proyecto de resolución, éstas se presenten por escrito a la Secretaría de manera que se pueda someter al Consejo una versión revisada en la sesión siguiente.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la duodécima sesión, sección 3.)

• **Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias**
(documentos EB120/14 y EB/120/14 Add.1)

La Dra. SMITH (Dinamarca) recuerda que, en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, los países nórdicos propusieron que se presentara a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud una estrategia sobre la gestión y organización de las actividades de investigación en la OMS.² Dinamarca es partidaria de que se desarrolle esa estrategia para la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, prestando especial atención a los mecanismos de gobernanza y establecimiento de prioridades y tomando como base las estrategias de investigación de la OMS de 1986 y 1993. Para ello, habría que celebrar consultas con los asociados, como gobiernos, donantes y organizaciones no gubernamentales.

Propone introducir en el proyecto de resolución contenido en el documento EB120/14 las modificaciones que se indican a continuación. En el párrafo 3 propone insertar un nuevo subpárrafo antes del 1), que diga: «que promueva y fomente las investigaciones en áreas desatendidas que sean importantes para mejorar la salud, en particular para los pobres y los grupos desfavorecidos». Asimismo, antes del subpárrafo 5) habría que añadir uno nuevo que diga: «que establezca mecanismos transparentes para establecer las prioridades de las actividades y proyectos de investigación de la OMS, con inclusión de mecanismos de examen independiente inter pares y criterios de selección tales como la pertinencia y la calidad científica». En el párrafo 3(13) se debería sustituir «lleve» por «cree capacidad para llevar». Por último, antes del subpárrafo 6) habría que introducir uno nuevo que diga: «que asesore a los Estados Miembros que lo soliciten sobre el modo de organizar sistemas integrales de investigación para mejorar la salud»; en consecuencia, en la segunda parte del párrafo 3(14), se deberían suprimir las palabras «y sobre el apoyo prestado a los países que lo hayan solicitado para organizar las investigaciones sanitarias».

El Dr. QI Qingdong (China) es partidario de que la OMS asuma mayores responsabilidades en las investigaciones sanitarias pues éstas son fundamentales para disponer de datos válidos para la formulación de políticas y la mejora de la salud, sobre todo teniendo en cuenta las grandes diferencias existentes entre países desarrollados y países en desarrollo. El Undécimo Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias (Beijing, 29 de octubre-2 de noviembre de 2007) se centrará en el acceso equitativo a las investigaciones sanitarias y, gracias a la amplia participación de expertos con que contará, permitirá reforzar la capacidad y los logros de los países en desarrollo en materia de investigación. Propone que en el preámbulo del pro-

¹ Documento EB120/12 Add.1.

² Documento WHA59/2006/REC/3, acta resumida de la cuarta sesión de la Comisión B, sección 3.

yecto de resolución se inserte un párrafo adicional que diga lo siguiente: «Reconociendo que existen grandes diferencias entre los países desarrollados y los países en desarrollo con respecto a su capacidad de investigación en materia de salud, y que esas diferencias pueden dificultar los esfuerzos por lograr mejores resultados sanitarios».

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que la OMS debería desempeñar una función más operacional, definir prioridades en materia de investigaciones sanitarias, crear o promover medios de financiación y participar directamente en el proceso de investigación propiamente dicho. Hace hincapié en el tercer párrafo del preámbulo del proyecto de resolución: «Reconociendo la función vital de las investigaciones médicas y sanitarias de todo tipo en la mejora de la salud humana», pues hay falta de información sobre todos los problemas de salud y por ello es necesario realizar investigaciones concretas. Las necesidades de investigación se podrían definir en el marco de prioridades oficiales. Al menos el 2% del presupuesto nacional de salud se debería invertir en investigaciones y en el fortalecimiento de la capacidad de investigación, como se señala en el párrafo 1(1).

Manifiesta su apoyo al proyecto de resolución y a las modificaciones propuestas por el miembro representante de Dinamarca y señala que presentará otras modificaciones por escrito.

Aunque cerca del 30% de los trabajos portugueses que aparecen en publicaciones periódicas revisadas por homólogos se refieren a investigaciones sanitarias realizadas en Portugal, éstas reciben tan sólo el 10% de la financiación total y han tenido un impacto muy pequeño en la salud y la calidad de vida de la población. En un programa nacional de investigaciones sanitarias se podrían definir las principales áreas de investigación a las que asignar fondos públicos en el marco del plan nacional de salud.

La OMS debería continuar respaldando las actividades destinadas a colmar la «brecha 10/90» en las investigaciones sanitarias, colaborando con el Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias. Asimismo, debería asignar más fondos en esta esfera, establecer prioridades en materia de investigación, respaldar un acceso abierto, promover la evaluación de la tecnología de salud y determinar la pertinencia de las intervenciones sanitarias, teniendo en cuenta al mismo tiempo las cuestiones de tipo ético, legal y social.

El Dr. AGWUNOBI (Estados Unidos de América) dice que las investigaciones sanitarias requieren transparencia, exámenes colegiados independientes, inversiones sostenibles y una visión estratégica de la manera en que los conocimientos se pueden traducir en medidas prácticas que permitan orientar las políticas, reducir al máximo las diferencias y mejorar la calidad de vida. La investigación médica y en salud pública se basa en las ideas e iniciativas de personas. El aumento de las inversiones de las instituciones de investigación públicas y privadas está acelerando los progresos en todas las ciencias biomédicas y comportamentales. En los Estados Unidos, la investigación se basa en alianzas publicoprivadas en las que el sector privado actúa como fuerza impulsora. La asociación con todos los interesados es fundamental para que la infraestructura científica y la investigación se expandan.

Sin embargo, un programa mundial podría frenar la investigación; es mejor que la generación de ideas se deje en manos de la comunidad científica y las instituciones de investigación. Los países deben colaborar en estrategias dinámicas que se adecúen a las circunstancias nacionales o regionales; la Secretaría puede facilitar la convergencia de ideas, respaldar investigaciones innovadoras, desarrollar ideas y promover estrategias beneficiosas para la comunidad. Es partidario del proyecto de resolución consignado en el documento EB120/14 en la forma en que se redactó originalmente.

El PRESIDENTE recuerda al Consejo que el proyecto de resolución ya se examinó y modificó en una reunión anterior y se envió a la Asamblea de la Salud, la cual lo devolvió al Consejo para que lo ultimara.

El Dr. SALEHI (Afganistán), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que siguen existiendo enormes desigualdades entre los distintos sistemas de atención sanitaria y prestación de servicios de salud, y la población de los países en desarrollo es la que está en

situación de mayor riesgo. Las actividades de investigación sanitaria deberían estar plenamente integradas en la salud pública y habría que realizar inversiones en prestación de atención de salud a nivel mundial.

La investigación ha sido siempre un elemento de los programas de colaboración de la OMS, de conformidad con lo dispuesto en el apartado *n*) del Artículo 2 de su Constitución; la Secretaría ha ayudado a los Estados Miembros a desarrollar su capacidad de investigación, mediante el establecimiento de cuadros y comités de expertos y la realización de inversiones, que han beneficiado a todos los países. Aunque los principales responsables de desarrollar y aplicar las investigaciones son los Estados Miembros, la OMS desempeña un papel esencial tanto en lo que respecta a la promoción de las investigaciones sanitarias como al apoyo técnico que puede brindar en la creación de sistemas nacionales de salud adecuados a las necesidades de los países. La investigación sobre sistemas de salud es fundamental para que éstos funcionen de manera efectiva y eficaz. Las responsabilidades de la OMS consisten en asegurar que las investigaciones se lleven a cabo debidamente y de forma equitativa, justa y ética. La OMS también debe promover la colaboración con los institutos de investigación, ofrecer asesoramiento normativo para fortalecer la investigación en materia de salud y fomentar el uso de los resultados de esa actividad.

El Dr. DIALLO (suplente del Dr. Youba, Malí), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, manifiesta su apoyo al proyecto de resolución, y señala que presentará por escrito su declaración a la Secretaría. Malí acogerá el Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones Sanitarias (Bamako, 17-20 de noviembre de 2008).

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) está de acuerdo con el miembro representante de China acerca de las diferencias que existen entre los países en desarrollo y los desarrollados en el ámbito de la investigación. Sugiere que se inserten las palabras «para que la investigación no contribuya a agravar el problema de la fuga de cerebros» en la modificación que ese miembro propuso para el preámbulo.

La Sra. HALTON (Australia) dice, en relación con la observación del Presidente, que el hecho de que la Asamblea de la Salud haya devuelto el proyecto de resolución al Consejo sin aprobarlo justifica que se introduzcan nuevas modificaciones. Señala la larga lista de medidas que se pide que adopte la Directora General y recuerda debates anteriores acerca de la cantidad de tareas que se encomiendan en proyectos de resolución y de la necesidad de tener disciplina presupuestaria, ya que tanto el tiempo como los recursos financieros son finitos. Está de acuerdo con el espíritu del proyecto de resolución, pero presentará por escrito algunas modificaciones a la Secretaría.

El Sr. RAJALA (Comisión Europea) dice que en el proyecto de resolución se debería indicar de forma más clara la política de la OMS con respecto a otros interesados, la manera en que ésta determina qué órganos deben recibir asesoramiento, el modo en que se lleva a cabo la colaboración y cómo puede mostrar la OMS coordinación interna en el ámbito de la investigación. El papel de la industria en la investigación sanitaria también podría tenerse en cuenta; considera que la participación de la industria en una etapa temprana del debate facilitaría la adopción posterior de medidas.

El Sr. MACPHEE (Canadá)¹ comparte la opinión del miembro representante de Australia con respecto al importante desfase que existe entre el tiempo y los fondos disponibles y la cantidad de medidas que se pide que adopte la Directora General. Esas medidas son mera teoría si no se dispone de fondos para aplicarlas.

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

La Profesora WHITWORTH, hablando en su calidad de Presidenta del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias (CCIS), dice que este Comité seguirá contribuyendo a la estrategia de investigación de la Organización. Su Subcomité para la mejora del uso de los datos de investigación en la OMS ha publicado artículos sobre los métodos utilizados por la OMS y otras organizaciones para formular recomendaciones en materia de salud. Una parte esencial de la función normativa de la OMS es velar por que se haga el mejor uso posible de los datos de que se dispone en la formulación de políticas, directrices y recomendaciones. El Subcomité propuso la creación en la OMS de un comité de revisión de directrices, que se ocupara de definir procedimientos estandarizados para el establecimiento de directrices, y que un cuadro de expertos se reuniera bajo los auspicios del CCIS para proporcionar orientación a ese comité.

El Comité Consultivo establecerá mecanismos y procedimientos estándares para la realización de investigaciones y el empleo de los resultados por la Organización, entre otras cosas sobre registro, examen colegiado, difusión de resultados y supervisión de los gastos en investigaciones sanitarias. El CCIS presta apoyo a la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos, que constituye un ejemplo práctico de la labor de rectoría de la OMS y del uso idóneo de los datos disponibles. La necesidad de registrar previamente los ensayos clínicos ha suscitado el interés del público, y en relación con algunos ensayos importantes se ha destacado la necesidad de dar a conocer en una etapa temprana todos los datos de registro de la OMS. El tema de la presentación adecuada de los resultados de los ensayos ha promovido la introducción de leyes en los Estados Unidos de América destinadas a hacer cumplir requisitos mínimos en materia de presentación de informes. Se han estudiado diversas maneras de utilizar los registros de ensayos para facilitar la creación de capacidad para disponer de infraestructura de investigación, como la prestación de apoyo para realizar los exámenes éticos. La red de la OMS de registros de ensayos clínicos colaboradores y el portal de búsqueda comenzarán a funcionar oficialmente en abril de 2007.

Por lo que respecta al apoyo técnico solicitado en el párrafo 3(8) del proyecto de resolución para examinar los protocolos de investigación complejos, el CCIS está estudiando qué medidas se podrían adoptar para subsanar las desigualdades existentes en los contratos de investigación con países en desarrollo.

Se levanta la sesión a las 11.45 horas.

DUODÉCIMA SESIÓN

Lunes 29 de enero de 2007, a las 9.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. ASUNTOS FINANCIEROS: punto 6 del orden del día

Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución: punto 6.1 del orden del día (documento EB120/19)

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que las conclusiones del Comité sobre este punto figuran en los párrafos 32 y 33 de su informe (documento EB120/3). El estado de la recaudación de las contribuciones señaladas al 31 de diciembre de 2006 ha sido aproximadamente el mismo que en años anteriores. El Comité ha tomado nota de los esfuerzos de la Secretaría por resolver los atrasos prolongados, y presentará a la 60ª Asamblea de la Salud en mayo de 2007 otro informe en el que se examinará si algún Estado Miembro se verá afectado por el Artículo 7 de la Constitución.

El PRESIDENTE dice que la Secretaría se dirigirá a los Estados Miembros con atrasos para tratar de que aceleren el pago con miras a evitar la aplicación del Artículo 7. Entiende que el Consejo desea tomar nota del informe.

El Consejo toma nota del informe.

Escala de contribuciones 2008-2009: punto 6.2 del orden del día (documento EB120/20)

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que las conclusiones del Comité figuran en el párrafo 34 de su informe (documento EB120/3). El Comité ha tomado nota del contenido del informe de la Directora General (documento EB120/20) y, en particular, de que la escala de contribuciones propuesta se deriva de la escala de cuotas más reciente de las Naciones Unidas, adoptada en diciembre de 2006. Por tanto, recomienda que el Consejo proponga a la Asamblea de la Salud la adopción de la escala enunciada en el párrafo 3 del informe de la Directora General.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) pregunta cuándo actualizó la Asamblea General de las Naciones Unidas por última vez la escala de cuotas.

El Sr. JEFFREYS (Contralor) responde que la escala de cuotas de las Naciones Unidas se actualizó por última vez en diciembre de 2003 para el bienio 2004-2005.

El PRESIDENTE dice que si no se formulan otras observaciones considerará que el Consejo desea recomendar a la Asamblea de la Salud la adopción de la escala de contribuciones tal como figura en el documento EB120/20.

Así queda decidido.¹

¹ Resolución EB120.R18.

Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera: punto 6.3 del orden del día (documentos EB120/21 y Corr.1)

El PRESIDENTE dice que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración ha estudiado la posibilidad de realizar algunas modificaciones en el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera. También ha debatido la propuesta de introducir las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público. Invita al Consejo a que examine el proyecto de resolución sobre dichas modificaciones y la introducción de estas Normas, presentado en el documento EB120/21 Corr.1.

Comment [MRS1]: Glosario OMS

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité, dice que éste recomienda al Consejo la adopción del proyecto de resolución. Agradece a la Secretaría su ayuda para explicar las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público y las propuestas modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera, que conllevarían una transición de una contabilidad de caja a una contabilidad en valores devengados.

Comment [MRS2]: Glosario OMS

Se adopta la resolución.¹

2. ASUNTOS DE PERSONAL: punto 7 del orden del día (continuación)

Recursos humanos: informe anual: punto 7.2 del orden del día (documentos EB120/24, EB120/24 Add.1 y Corr.1)

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que el Comité ha debatido ampliamente las metas y logros de la Secretaría en relación con el género y la diversidad geográfica, cuestión a la que concede considerable importancia (documento EB120/3, párrafos 39 y 40). El Comité ha subrayado la necesidad de aumentar el número de candidatos procedentes de países no representados o subrepresentados. Otro motivo de preocupación es el número aparentemente alto de personal temporero en la Oficina Regional para África (párrafo 41). Se ha informado al Comité de que la situación de estos empleados se regularizará mediante la creación de nuevos puestos de plazo fijo, y éste ha debatido la introducción del sistema mundial de gestión y la cuestión de las aptitudes para la gestión (párrafos 43 y 44). El Comité recomienda que el Consejo tome nota del informe presentado en los documentos EB120/24, EB120/24 Add.1 y Corr.1.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) se complace del aumento del porcentaje de mujeres en las categorías profesional y superior, así como de los talleres de extensión destinados a ampliar la base de la contratación. La contratación debe basarse en los méritos, pero el personal de la Secretaría debe reflejar la composición de la Organización. Es preciso continuar haciendo hincapié en la representación geográfica equitativa y el equilibrio entre los sexos en todos los niveles de la Secretaría.

El Dr. SALEHI (Afganistán), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que presentará sus observaciones a la Secretaría por escrito.

El Consejo toma nota del informe.

¹ Resolución EB120.R9.

Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional: punto 7.3 del orden del día (documento EB120/25)

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que se informó al Comité de que la Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional de adoptar el sistema revisado de subsidios por movilidad y condiciones de vida difíciles y subsidio de destino a partir del 1 de enero de 2007. También se le informó de que la Comisión había comunicado a la Asamblea General que se debía seguir aplicando la actual **escala común de contribuciones del personal** y de que **había recomendado que la Asamblea General instara a las organizaciones a establecer políticas y estrategias para mejorar el equilibrio entre los sexos en su contratación**. Se pide al Consejo que tome nota del informe que figura en el documento EB120/25.

Comment [MRS3]: EB111/18

El Consejo toma nota del informe.

Confirmación de la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas del marco general recomendado por la Comisión de Administración Pública Internacional, incluidos la aplicación y el costo de las modificaciones del Reglamento de Personal: punto 7.4 del orden del día (documentos EB120/26 y EB120/26 Add.1)

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, hace referencia al punto 3.10 del informe del Comité (documento EB120/3). Se informó al Comité de que la Asamblea General de las Naciones Unidas había tomado nota de la decisión de la Comisión de Administración Pública Internacional de adoptar el marco general de arreglos contractuales. El Comité recomienda que el Consejo apruebe el proyecto de decisión que figura en el párrafo 16 del documento EB120/26, modificado mediante la supresión de las palabras «de la aprobación» después de «confirmación» en la primera línea.

Comment [MRS4]: EB120/26

Comment [MRS5]: EB120/26

Se adopta la decisión, en su forma enmendada.¹

Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal: punto 7.5 del orden del día (documentos EB120/29 y EB120/29 Add.1)

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que se informó al Comité de que la Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional relativas al aumento de los sueldos básicos netos del personal de las categorías profesional y superior «sin pérdidas ni ganancias» a partir del 1 de enero de 2007, y había aprobado asimismo las modificaciones del nivel máximo de gastos admisibles y de la cuantía máxima del subsidio de educación con efecto a partir del año escolar en curso el 1 de enero de 2007 y las modificaciones del periodo de admisibilidad para el subsidio de educación con efecto a partir de la misma fecha.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) acoge con agrado las aclaraciones sobre los cambios inminentes anunciados en el documento EB120/26 y la mejora de la planificación de recursos humanos y la reforma de la contratación. Apoya la reforma de la contratación, pero es prematuro que la OMS aplique dicha reforma antes de que la Asamblea General de las Naciones Unidas tome una decisión sobre las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional. En su sexagésimo primer periodo de sesiones, la Asamblea General de las Naciones Unidas exa-

¹ Decisión EB120(1).

minó y tomó nota del nuevo marco contractual, pero no lo ha aprobado, ni ha decidido aplicarlo. La Asamblea General se limitó a tomar nota de la labor de la Comisión, principalmente debido a preocupaciones por los costos de aplicación. Sería prematuro tomar una decisión antes de la publicación de dos informes próximos, uno relativo a las prestaciones para el personal sobre el terreno y el otro a la revisión de las condiciones de servicio del personal en lugares de destino donde no puedan estar acompañados por sus familiares, porque dichos informes tendrán repercusiones directas en el debate de la Asamblea General. La oradora hace hincapié en la coherencia en el régimen común y en la necesidad de evitar cualquier cambio a la espera de una decisión final por parte de la Asamblea General.

Le preocupa la modificación del párrafo 760.2 del Reglamento de Personal a la que se hace referencia en el párrafo 28 del informe incluido en el documento EB120/29, por la que se prevé prolongar la licencia de maternidad en caso de nacimientos múltiples. Esto crearía disparidad de derechos entre las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas.

El Sr. HENNING (Gestión de los Recursos Humanos) recuerda que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración deliberó sobre el mandato y la autoridad de la Comisión de Administración Pública Internacional y sobre las cuestiones para las que requiere la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En lo referente a los sueldos y derechos del personal, la Comisión debe pedir a la Asamblea General que tome una decisión. Sin embargo, puede decidir por sí misma en lo concerniente a la gestión de los recursos humanos en general, la reforma de la contratación y la gestión de la actuación profesional. La Comisión informa a la Asamblea General de las decisiones y propuestas que ha presentado a los organismos del régimen común y los fondos y programas de la Secretaría de las Naciones Unidas. En su resolución sobre el marco de la reforma de la contratación, la Asamblea General tomó nota de la recomendación de la Comisión a todos los organismos, fondos y programas del sistema común. La Comisión está facultada para adoptar decisiones y formular recomendaciones dentro de este marco. Toda objeción planteada por un Estado Miembro o por la Asamblea General a una decisión de la Comisión constará en una resolución de la Asamblea General. En dicha resolución normalmente se pedirá a la Comisión que informe a la Asamblea General en su próximo periodo ordinario de sesiones, o al cabo de un año, sobre el modo en que se haya resuelto la cuestión. La resolución 61/239 no plantea estas cuestiones; simplemente se toma nota de la decisión de la Comisión. En consecuencia, el hecho de que la OMS aplique la propuesta sobre la reforma de la contratación no conlleva ninguna contradicción porque la Asamblea General no ha planteado ninguna cuestión a ese respecto.

El PRESIDENTE invita al Consejo a examinar el primer proyecto de resolución sobre la confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal que figuran en el párrafo 40 del documento EB120/29.

Se adopta la resolución.¹

El PRESIDENTE invita al Consejo a examinar el segundo proyecto de resolución sobre la confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal, en su forma enmendada por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración, cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre la confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal,²

¹ Resolución EB120.R10.

² Documento EB120/29.

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:¹

[La 60ª 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 anual de los Subdirectores Generales y los Directores Regionales a partir del 1 de enero de 2007 en US\$ 168 826 que, una vez deducidas las contribuciones del personal, dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 122 737 (con familiares a cargo) o de US\$ 111 142 (sin familiares a cargo);

2. FIJA el sueldo anual del Director General Adjunto a partir del 1 de enero de 2006 en US\$ 181 778 que, una vez deducidas las contribuciones del personal, dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 131 156 (con familiares a cargo) o de US\$ 118 034 (sin familiares a cargo); y a partir del 1 de enero de 2007 en US\$ 185 874 que, una vez deducidas las contribuciones del personal, dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 133 818 (con familiares a cargo) o de US\$ 120 429 (sin familiares a cargo);

3. FIJA el sueldo anual del Director General a partir del 1 de enero de 2007 en US\$ 228 818 que, una vez deducidas las contribuciones del personal, dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 161 732 (con familiares a cargo) o de US\$ 143 829 (sin familiares a cargo).

Comment [MRS6]: EB120/29

Se adopta la resolución.²

Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS: punto 7.6 del orden del día (documento EB120/INF.DOC./2)

El Sr. MATSIONA (representante de las asociaciones del personal de la OMS) felicita a la Dra. Margaret Chan por su elección como Directora General. El personal se compromete a apoyarla y a colaborar con ella.

Se han dado pasos importantes para garantizar la integridad institucional, pero se necesita un marco jurídico amplio para definir los ámbitos, las funciones y la interacción entre los diversos participantes. En general, las asociaciones del personal apoyan el proceso pero se necesitarán consultas sobre los canales para presentar quejas confidenciales y proteger al personal contra las represalias. El sistema de integridad también debe comprender un programa de formación, un código de ética, un plan de comunicación para todo el personal e igualdad de acceso a los nuevos mecanismos, servicios y recursos jurídicos. El marco racionalizado ayudará a poner fin al uso de contratos «de segunda clase» y velar por que el personal reciba igual remuneración por igual trabajo. Todos los puestos de plazo fijo, es decir todas las funciones que se prevé que continúen durante al menos 12 meses, se incluirán en el plan de recursos humanos de la Organización.

En lo relativo a la rotación y la movilidad, el personal acoge con satisfacción la promoción profesional por medio de la rotación, pero esas medidas deben añadir valor para la Organización, no sólo para el personal. El personal necesita más información sobre las ventajas y los inconvenientes de la nueva políti-

¹ En el documento EB120/29 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría

² Resolución EB120.R11.

ca para considerar la rotación y la movilidad como una promoción y no como un castigo. El plan piloto de movilidad previsto debería constituir una valiosa experiencia. Queda trabajo por hacer a fin de mejorar el nuevo marco global para el desarrollo profesional, tanto dentro de la OMS como dentro del régimen común de las Naciones Unidas, a fin de aumentar la movilidad interinstitucional.

Las asociaciones del personal de las regiones deben tener la posibilidad de dirigirse a sus respectivos órganos deliberantes regionales, es decir los comités regionales. Deben ponerse en práctica las decisiones a las que se llegue durante la octava reunión del Consejo Mundial Personal/Administración.

El Consejo toma nota de la intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS.

3. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos de uso pediátrico: punto 4.9 del orden del día (documentos EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 y EB120/37 Add.1) (continuación de la décima sesión)

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) presenta versiones enmendadas de los proyectos de resolución sobre el uso racional de los medicamentos y sobre la mejora de los medicamentos destinados a los niños, cuyos textos son los siguientes:

Uso racional de los medicamentos

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos destinados a los niños,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS;

Recordando el informe de la Secretaría sobre el uso racional de los medicamentos por prescriptores y pacientes, que fue examinado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud;

Recordando las resoluciones WHA39.27, WHA41.16 y WHA47.13 sobre el uso racional de los medicamentos, WHA41.17, WHA45.30 y WHA47.16 sobre los criterios éticos para la promoción de medicamentos, WHA43.20 y WHA45.27 relativas al Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales, WHA47.12 sobre la función del farmacéutico, WHA49.14 y WHA52.19 sobre la estrategia revisada en materia de medicamentos, WHA51.9 sobre la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet, WHA54.11 sobre la estrategia farmacéutica de la OMS, y WHA58.27 sobre la resistencia a los antimicrobianos;

¹ Documento EB120/7.

² En el documento EB120/7 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

Reconociendo los esfuerzos desplegados por la OMS en colaboración con gobiernos, universidades, el sector privado y organizaciones no gubernamentales, en ámbitos relacionados con los sistemas de atención de salud y los programas de seguro médico, para mejorar el uso de los medicamentos por los prescriptores, dispensadores y pacientes;

Concedora de los componentes básicos de la estrategia de la OMS para fomentar el uso racional de los medicamentos;¹

Deseando fomentar un uso racional y científicamente fundamentado de los medicamentos por parte de los dispensadores y consumidores y mejorar el acceso a los medicamentos esenciales;

Consciente de que el uso irracional de los medicamentos sigue siendo un problema urgente y generalizado en el sector sanitario público y privado de los países desarrollados y en desarrollo, con graves consecuencias en términos de malos resultados para los pacientes, reacciones adversas a los medicamentos, aumento de la resistencia a los antimicrobianos y despilfarro de recursos;

Admitiendo que no cabe aplicar con éxito resoluciones anteriores sobre la resistencia a los antimicrobianos sin abordar el problema mundial del uso irracional de los medicamentos;

Reconociendo que muchos países carecen de un organismo riguroso de reglamentación farmacéutica y de un programa completo u órgano nacional para fomentar el uso racional de los medicamentos;

Recalcando que las iniciativas mundiales para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales deben atenerse al principio del uso racional de los medicamentos, sobre todo en relación con la observancia del tratamiento por el paciente;

Preocupada por la insuficiente atención y los parvos recursos que se dedican al problema del uso irracional de los medicamentos por prescriptores, dispensadores y consumidores;

Haciendo hincapié en la necesidad de aplicar un planteamiento global, duradero, nacional y sectorial para fomentar el uso racional de los medicamentos;

Reconociendo que la financiación de los medicamentos y los arreglos de pago al prestador de servicios de salud pueden tener gran repercusión en el uso racional de los medicamentos, y que se requieren políticas apropiadas en materia de financiación de la atención sanitaria;

Reconociendo que en el conjunto del sistema de salud puede haber incentivos perversos para utilizar irracionalmente los medicamentos, por ejemplo que en ocasiones generen conflictos de intereses;

Preocupada por que las ventas directas al consumidor a través de Internet puedan dar lugar a un uso irracional de los medicamentos;

Convencida de que ha llegado el momento de que los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional se comprometan a fomentar el uso racional de los medicamentos, en particular con un volumen suficiente de recursos,

1. INSTA a los Estados Miembros:²

- 1) a que inviertan lo suficiente en recursos humanos y aporten los fondos necesarios para reforzar la capacidad de las instituciones de garantizar un uso más apropiado de los medicamentos en los sectores público y privado;

¹ Documento WHO/EDM/2004.5.

² Y a las organizaciones de integración económica regional, cuando proceda.

- 2) a que estudien la posibilidad de establecer y/o reforzar, según proceda, un organismo nacional de reglamentación farmacéutica y un programa nacional completo y/o órgano multidisciplinario, con participación de la sociedad civil y de órganos profesionales, a fin de supervisar y promover el uso racional de los medicamentos;
 - 3) a que estudien la posibilidad de impulsar, reforzar o instaurar, según proceda, la aplicación de una lista de medicamentos esenciales al conjunto de prestaciones que ofrecen las cajas de seguros existentes o nuevas;
 - 4) a que desarrollen y refuercen los programas de formación existentes sobre el uso racional de los medicamentos y se aseguren de que son tenidos en cuenta en los planes de estudios de todos los profesionales de la salud y estudiantes de medicina, incluida la enseñanza continua, cuando proceda, y a que promuevan programas de educación pública sobre el uso racional de los medicamentos;
 - 5) a que promulguen nuevos textos legislativos, o los hagan cumplir cuando ya existan, que prohíban la promoción inexacta, equívoca o no ética de medicamentos, a que vigilen la promoción de medicamentos y a que elaboren y apliquen programas para ofrecer información independiente y no promocional sobre los medicamentos;
 - 6) a que formulen y pongan en práctica políticas y programas nacionales para mejorar el uso de los medicamentos, en particular directrices clínicas y listas de medicamentos esenciales, según proceda, haciendo hincapié en intervenciones multifacéticas dirigidas a los sistemas de salud tanto públicos como privados, con participación tanto de los dispensadores como de los consumidores;
 - 7) a que consideren la posibilidad de crear, o reforzar cuando sea el caso, la función de los comités farmacéuticos y terapéuticos hospitalarios para promover el uso racional de los medicamentos;
 - 8) a que amplíen a todo el territorio nacional las intervenciones sostenibles que hayan tenido éxito a escala local;
2. PIDE a la Directora General:
- 1) que refuerce la función de coordinación y de promoción científicamente fundamentada que ejerce la OMS para fomentar el uso racional de los medicamentos;
 - 2) que, en colaboración con los gobiernos y la sociedad civil, fortalezca el apoyo técnico de la OMS a los Estados Miembros en sus esfuerzos por establecer órganos multidisciplinarios nacionales encargados de supervisar el uso de medicamentos y aplicar los programas nacionales sobre uso racional de los medicamentos, o de reforzar esos órganos, según corresponda;
 - 3) que refuerce la coordinación del apoyo financiero y técnico internacional en cuanto al uso racional de los medicamentos;
 - 4) que fomente la investigación, en particular sobre la concepción de intervenciones sostenibles para promover el uso racional de los medicamentos en todos los niveles del sector sanitario tanto público como privado;
 - 5) que fomente el debate sobre el uso racional de los medicamentos entre las autoridades sanitarias, los profesionales y los pacientes;
 - 6) que informe a la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, y ulteriormente cada dos años, de los progresos realizados, los problemas que hayan surgido y las nuevas acciones propuestas para aplicar los programas de la OMS de fomento del uso racional de los medicamentos.

Mejora de los medicamentos de uso pediátrico

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos destinados a los niños,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, incluida la mejora de los medicamentos destinados a los niños;

Recordando las resoluciones WHA39.27, WHA41.16, y WHA47.13 sobre el uso racional de los medicamentos, WHA41.17 sobre los criterios éticos para la promoción de medicamentos, WHA43.20 y WHA45.27 sobre el Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales, WHA47.12 sobre la función del farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos, WHA49.14 y WHA52.19 sobre la estrategia revisada en materia de medicamentos, WHA54.11 sobre la estrategia farmacéutica de la OMS y WHA58.27 sobre la mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos;

Reconociendo los esfuerzos desplegados por la OMS en colaboración con gobiernos, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, universidades, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y organismos de financiación en esferas relacionadas con la mejora del acceso a medicamentos más adecuados para los niños;

Consciente de los componentes básicos del marco mundial de la OMS para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales;

Deseosa de contribuir a que los proveedores de asistencia sanitaria y los cuidadores se basen en datos científicos a la hora de seleccionar y utilizar medicamentos para niños;

Sabedora de que existen iniciativas regionales que tratan de solucionar la falta de acceso a medicamentos esenciales destinados a los niños;

Deseosa de garantizar la mejora del acceso a los medicamentos esenciales para los niños como requisito para alcanzar los resultados sanitarios establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Teniendo presente que la falta de acceso a medicamentos esenciales de calidad garantizada sigue planteando un riesgo de morbilidad y mortalidad altas en los niños, sobre todo en los menores de cinco años;

Preocupada por que los niños pueden encontrarse en una situación aún más desfavorecida cuando carecen de acceso físico y económico a los medicamentos esenciales, en particular en las comunidades vulnerables;

Reconociendo que muchos países no cuentan con la capacidad necesaria para reglamentar y controlar los medicamentos destinados a los niños;

Consciente de que muchos fabricantes de medicamentos esenciales no han desarrollado ni producido medicamentos con formas ni dosis farmacéuticas adecuadas para los niños;

Preocupada de que no se hagan suficientes inversiones en la realización de ensayos clínicos, ni el desarrollo y la fabricación de medicamentos para los niños.

Comment [MRS7]: EB120/3
7

¹ Documento EB120/37.

² En el documento EB120/37 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

1. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que adopten medidas para determinar las formas y dosis farmacéuticas adecuadas de los medicamentos de uso pediátrico y para promover su fabricación y autorización de comercialización;
 - 2) a que investiguen si los medicamentos existentes en la actualidad pueden formularse de manera que sean aptos para uso pediátrico;
 - 3) a que estimulen las investigaciones y el desarrollo de medicamentos apropiados contra enfermedades que afectan a los niños y velen por que se realicen ensayos clínicos de calidad y éticos de esos medicamentos;
 - 4) a que hagan posible la autorización oportuna de comercialización de medicamentos apropiados para niños, de gran calidad y asequibles utilizando métodos innovadores para supervisar la seguridad de esos medicamentos, y fomenten la comercialización de formulaciones pediátricas adecuadas de los nuevos medicamentos que se obtengan;
 - 5) a que faciliten el acceso a los medicamentos pediátricos esenciales, incluyendo dichos medicamentos en las listas nacionales de medicamentos y los planes de adquisición y reembolso, según proceda, y a que establezcan medidas para supervisar los precios;
 - 6) a que colaboren a fin de facilitar las investigaciones y el desarrollo innovador, la formulación, la aprobación reglamentaria, la facilitación de información rápida y adecuada y el uso racional de los medicamentos pediátricos y de los medicamentos autorizados para los adultos, pero no aprobados para uso pediátrico;
 - 7) a que se sirvan de mecanismos, incluidos, según proceda, los acuerdos comerciales internacionales que puedan afectar a la salud, para asegurar el acceso de los niños a los medicamentos esenciales, cuando proceda;
2. PIDE a la Directora General:
 - 1) que promueva la elaboración, armonización y utilización de patrones para ensayos clínicos de medicamentos pediátricos, que revise y actualice periódicamente la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales con el fin de agregar los medicamentos pediátricos esenciales que falten, utilizando directrices clínicas basadas en datos científicos, y que promueva la aplicación de esas directrices por los Estados Miembros y los órganos de financiación internacionales, centrándose inicialmente en los tratamientos contra el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades crónicas;
 - 2) que vele por que todos los programas pertinentes de la OMS, incluido, entre otros, el de medicamentos esenciales, contribuyan a que se disponga tan ampliamente de medicamentos seguros y eficaces para los niños como para los adultos;
 - 3) que favorezca el establecimiento de normas y patrones internacionales para asegurar la calidad y la seguridad de las formulaciones pediátricas y la creación de capacidad normativa para aplicarlos;
 - 4) que proporcione pautas de tratamiento basadas en datos científicos e información independiente sobre dosis y aspectos relacionados con la seguridad de los medicamentos pediátricos esenciales, y que progresivamente abarque la totalidad de los medicamentos pediátricos, y que trabaje con los Estados Miembros para aplicar esas pautas;
 - 5) que colabore con los gobiernos, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organismos donantes y organizaciones no gubernamentales a fin de alentar las prácticas leales en el comercio de los medicamentos pediátricos seguros y eficaces y una financiación suficiente para garantizar la mejora del acceso a los medicamentos de uso pediátrico;

6) que informe a la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, y ulteriormente según proceda, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados, los problemas encontrados y las medidas que sea necesario adoptar para continuar contribuyendo a mejorar el acceso a los medicamentos de uso pediátrico.

Comment [MRS8]: EB120.R13

El Dr. KHALFAN (Bahrein) sugiere que la cuestión sea examinada por la Asamblea de la Salud como dos puntos distintos.

El PRESIDENTE está de acuerdo. En ausencia de otras observaciones, entiende que el Consejo desea adoptar los proyectos de resolución.

Se adoptan las resoluciones.¹

Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 4.12 del orden del día (continuación)

- **Promoción de la salud en un mundo globalizado** (documentos EB120/12 y EB120/12 Add.1) (continuación de la undécima sesión)

El PRESIDENTE invita al Consejo a examinar el proyecto de resolución enmendado sobre la promoción de la salud en un mundo globalizado, cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre promoción de la salud en un mundo globalizado,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:³

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA42.44 sobre promoción de la salud, información pública y educación para la salud, WHA51.12 sobre promoción de la salud, WHA57.16 sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, y los resultados de las ~~cinco~~ **seis [EE.UU.]** conferencias internacionales sobre promoción de la salud (Ottawa, 1986; Adelaida (Australia), 1988; Sundsvall (Suecia), 1991; Yakarta, 1997; y México, D.F., 2000; **Bangkok, 2005**); **[EE.UU.]**

Habiendo examinado el informe sobre el seguimiento de la Sexta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, celebrada en Bangkok en 2005, en el que se confirma la necesidad de centrar la atención en la promoción de la salud para abordar los determinantes de la salud;

Basándose en la Declaración de Alma-Ata, la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, y la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado, en la que se establecen orientaciones estratégicas para mejorar la salud de forma equitativa en los primeros decenios del siglo XXI;

¹ Resoluciones EB120.R12 y EB120.R13, respectivamente.

² Documento EB120/12.

³ En el documento EB120/12 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

Teniendo en cuenta las acciones y las recomendaciones que figuran en la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado con el fin de conseguir que la promoción de la salud sea un componente primordial del programa mundial de desarrollo, una responsabilidad básica de todo gobierno; y [Australia] un objetivo fundamental de las comunidades, y [Australia] la sociedad civil; y **el sector privado un requisito de las buenas prácticas empresariales; [Australia]**

Tomando nota de que la promoción de la salud es indispensable para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, está íntimamente relacionada con la labor de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y contribuye de manera importante al logro de los objetivos del Undécimo Programa General de Trabajo;

Reconociendo que los cambios espectaculares que se observan en la carga mundial de morbilidad exigen mayor atención, así como ajustes en el conjunto de la sociedad y en la asignación de recursos con el fin de abordar los determinantes de la salud tanto inmediatos como subyacentes;

Confirmando la importancia de que se aborden también los determinantes de la salud más generales y se apliquen las recomendaciones respecto de la salud para todos y se emprendan las medidas correspondientes, tal y como se establece en la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado; [EE.UU.]

[O BIEN]

Confirmando la importancia de que se aborden también los determinantes de la salud más generales y se apliquen las recomendaciones respecto de la salud para todos y se emprendan las medidas correspondientes, tal y como se establece en la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado;

1. INSTA a los Estados Miembros:

[1] a que ~~consideren la necesidad de aumentar~~ **augmenten, si procede**, las inversiones en promoción de la salud como componente fundamental de un desarrollo social y económico equitativo; [Kenya]

[O BIEN]

[1] a que consideren la necesidad de aumentar las inversiones y **articular políticas sólidas** en promoción de la salud como componente fundamental de un desarrollo social y económico equitativo; [China]

[2] a que establezcan, **si procede**, mecanismos para hacer participar al conjunto del gobierno a fin de abordar de manera efectiva los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud a lo largo de todo el ciclo vital; [Australia]

[O BIEN]

[2] a que establezcan mecanismos **eficaces** para **aplicar un enfoque multisectorial** ~~hacer participar al conjunto del gobierno~~ a fin de abordar de manera efectiva los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud ~~a lo largo de todo el ciclo vital~~; [Kenya]

[3] a que apoyen y favorezcan la participación activa **en la promoción de la salud** de las comunidades, la sociedad civil, el sector privado, **evitando posibles conflictos de intereses**, [Kenya] y las organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones de salud pública, ~~en la promoción de la salud~~;

[4] a que vigilen y evalúen de forma sistemática y periódica las políticas, los programas, la infraestructura y las inversiones en materia de promoción de la salud, **incluida la consideración [Australia] del uso de las evaluaciones del impacto sanitario**; [China]

[5] a que acorten las distancias entre las prácticas actuales y las funciones basadas en una promoción de la salud de eficacia demostrada mediante un uso pleno de la promoción de la salud basada en pruebas científicas;

6) ~~a que desarrollen y apliquen de forma sistemática evaluaciones del impacto sanitario de las políticas, programas y proyectos con el fin de mejorar la toma de decisiones en todos los sectores de la sociedad; [China]~~

Comment [MRS9]: EB120/C
Conf.Paper N° 15

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que fortalezca en toda la Organización la capacidad en materia de promoción de la salud, con el fin de prestar un apoyo de mayor calidad a los Estados Miembros mediante el aumento de los conocimientos y la participación activa de las organizaciones de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales pertinentes;
- 2) que preste apoyo a los Estados Miembros en sus continuos esfuerzos por fortalecer los sistemas nacionales de salud, y en particular el sector de la atención primaria, a fin de mejorar su capacidad para hacer frente a las graves amenazas para la salud, **incluidas las [Australia]** que suponen las enfermedades no transmisibles;
- 3) que optimice el uso de los foros que tienen los Estados Miembros para los interesados directos de diversos sectores, organizaciones y otras entidades interesadas, **evitando los posibles conflictos de intereses, [Kenya]** a fin de apoyar el desarrollo y la aplicación de la promoción de la salud, ~~y que informe sobre la necesidad de crear nuevos foros u órganos para alentar la promoción de la salud; [Australia]~~
- 4) que aliente la convocatoria ~~periódica [Australia]~~ de conferencias nacionales, subregionales, **regionales [Australia]** y mundiales sobre promoción de la salud;
- 5) que supervise y evalúe los progresos realizados y determine las principales deficiencias de la promoción de la salud a escala mundial, e informe de ello a través de un sistema regular;
- 6) que facilite el intercambio de información con los foros internacionales no sanitarios acerca de aspectos fundamentales **de la promoción de la salud relacionados con la Carta de Bangkok**, y ~~cree mecanismos para informar de los resultados a la Asamblea de la Salud; [EE.UU.]~~
- 7) que informe a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

Comment [MRS10]: EB120/
Conf.Paper N° 15

El Sr. ABDOO (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) propone sustituir las palabras «el sector privado» por «los sectores público y privado» en el párrafo 1(3) y trasladar las palabras «evitando posibles conflictos de intereses» al final del párrafo.

La Dra. SMITH (Dinamarca), refiriéndose a la segunda alternativa para el párrafo 1(1), dice que la palabra «en» antes de «promoción de la salud» debe sustituirse por las palabras «para la». En la segunda alternativa para el párrafo 1(2), deben mantenerse las palabras «a lo largo de todo el ciclo vital», porque se trata de un concepto importante. En el párrafo 2(4) preferiría mantener la palabra «periódica».

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que, si por «ciclo vital» se entiende lo mismo que «ciclo de vida», puede estar de acuerdo en mantener la expresión en el proyecto de resolución.

La Sra. HALTON (Australia), respondiendo al miembro representante de Dinamarca, explica que se ha propuesto la supresión de la palabra «periódica» porque el párrafo 2 es una petición a la Directora General, y la palabra «periódica» implica una falta de flexibilidad para ella. En la redacción queda muy clara la importancia de la promoción de la salud.

La Dra. SMITH (Dinamarca) dice que se debe dar importancia a la promoción de la salud y que celebrar conferencias mundiales es un modo de hacerlo.

La DIRECTORA GENERAL dice que, se mantenga o no la palabra «periódica», los Estados Miembros la orientarán para abordar cuestiones importantes, y en cualquier caso goza de flexibilidad para decidir acerca de esa periodicidad. El debate del Consejo ha puesto claramente de manifiesto la importancia de la promoción de la salud.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) está a favor de mantener la palabra «periódica».

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) insta al Consejo a que envíe a la Asamblea de la Salud un claro mensaje sobre la necesidad de la promoción de la salud, acerca de lo cual todos están de acuerdo, suprimiendo todos los corchetes y seleccionando una de las alternativas de determinados párrafos. Propone que se adopte la segunda alternativa para el séptimo párrafo del preámbulo. Las dos alternativas para el párrafo 1(1) se pueden combinar en un párrafo que rece: «a que aumenten, si procede, las inversiones en promoción de la salud como componente fundamental de un desarrollo social y económico equitativo y articulen políticas idóneas al respecto». Insta a los miembros representantes de Australia y Kenya a que lleguen a un consenso sobre el párrafo 1(2).

El Dr. QI Qingdong (China) apoya el texto combinado del párrafo 1(1).

La Sra. HALTON (Australia) dice que la segunda alternativa del párrafo 1(2) sería aceptable siempre que se incluyeran las palabras «, según proceda,» después de «establezcan», ya que algunos países ya tienen un enfoque multisectorial.

El PRESIDENTE dice que, si no se formulan otras observaciones, entiende que el Consejo está dispuesto a adoptar la resolución.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

- **Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias**
(documentos EB120/14 y EB120/14 Add.1) (continuación de la undécima sesión)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo una nueva versión modificada del proyecto de resolución, cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre la función y las responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:³

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Recordando la resolución WHA58.34 sobre la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud;

¹ Resolución EB120.R14.

² Documento EB120/14.

³ En el documento EB120/14 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

Habiendo examinado el informe sobre la función y las responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias;

Reconociendo la función vital de las investigaciones médicas y sanitarias de todo tipo en la mejora de la salud humana;

Reconociendo que las investigaciones sobre la pobreza y la inequidad sanitaria son escasas, y que los datos que proporcionan son importantes para orientar la formulación de políticas con el fin de reducir al mínimo las desigualdades;

Reafirmando que las investigaciones destinadas a robustecer los sistemas de salud son vitales para alcanzar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Reconociendo que existen grandes diferencias entre los países desarrollados y los países en desarrollo con respecto a su capacidad de investigación en materia de salud, y que esas diferencias pueden dificultar los esfuerzos por lograr mejores resultados sanitarios [China] **y contribuir a agravar la fuga de cerebros;** [Jamaica]

Observando en particular la labor del CIIC, el Centro OMS para el Desarrollo Sanitario, el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, y el Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana;

Convencida de que las decisiones sobre la realización de intervenciones destinadas específicamente a quienes más las necesitan tienen que fundamentarse en los resultados de las investigaciones y en datos generados por sistemas de información sanitaria eficaces;

Consciente de que la Organización debe predicar con el ejemplo en el uso de los resultados de las investigaciones para fundamentar las decisiones sanitarias;

Reafirmando la función de los programas de investigación copatrocinados por la OMS en el apoyo a las áreas de investigación desatendidas de importancia para los grupos de población pobres y desfavorecidos, **en particular las enfermedades relacionadas con la pobreza, la tuberculosis, el paludismo y el SIDA,** [Portugal] y reconociendo la contribución de la OMS al fortalecimiento de la capacidad de investigación;

Comprometida a velar por que en la realización de las investigaciones sanitarias que apoye la Organización se respeten unas normas éticas,

1. INSTA a los Estados Miembros a **que movilicen los recursos científicos, sociales, políticos y económicos necesarios con el fin de lo siguiente:** [Australia]

1) considerar la aplicación de la recomendación formulada por la Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo en 1990 de que los países en desarrollo invirtieran al menos el 2% del presupuesto nacional de salud en investigaciones y en el fortalecimiento de la capacidad de investigación, y que al menos el 5% de la ayuda para proyectos y programas del sector de la salud procedente de los organismos de ayuda para el desarrollo se destinara a investigaciones y al fortalecimiento de la capacidad de investigación;¹

2) ~~elaborar y mejorar~~ **considerar la elaboración y mejora de** [Australia] instrumentos de seguimiento de recursos para vigilar el gasto de gobiernos y donantes en investigación sanitaria y difundir los resultados **pertinentes** [Australia] de las investigaciones entre los encargados de formular políticas, las entidades de la sociedad civil y el público en general;

¹ Véase *Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development.* Nueva York, Oxford University Press, 1990.

- 3) integrar la investigación en las actividades de los programas y planes generales nacionales, y promover un mayor acceso a los resultados de las investigaciones;
- 4) fortalecer la capacidad de los comités éticos nacionales e institucionales encargados de examinar las propuestas de investigaciones sanitarias, **según proceda**; [Australia]
- 5) elaborar o reforzar políticas e instrumentos legislativos en materia de investigación sanitaria, **según proceda**; [Australia]
- 6) crear un programa de capacitación permanente y facilitar un cuadro de profesionales capacitados en la gestión de las investigaciones sanitarias, **cuando sea necesario**; [Australia]
- 7) mejorar el aprovechamiento de las posibilidades de carrera de los investigadores que no dependan necesariamente del ministerio competente en materia de investigación, **según proceda**; [Australia]
- 8) ~~reforzar~~ **considerar el reforzamiento de** [Australia] la capacidad nacional de investigación en las siguientes esferas complementarias: generación de nuevos conocimientos, recursos humanos y financieros, institutos de investigación y aplicación a las decisiones normativas de los resultados de las investigaciones; y promover redes nacionales e internacionales de colaboración en la investigación;
- 9) desarrollar y reforzar un mecanismo participativo, **según proceda**, [Australia] para todas las partes interesadas a fin de asignar prioridades en materia de investigación sanitaria, teniendo en cuenta la transformación dinámica de los sistemas de salud, la carga de morbilidad y los nuevos problemas sanitarios que vayan surgiendo;

2. EXHORTA a la comunidad de investigación sanitaria, a otras organizaciones internacionales, al sector privado, a la sociedad civil y a otras partes interesadas a que presten un apoyo firme y sostenido a las actividades de investigación en todo el espectro de las investigaciones sanitarias, médicas y comportamentales, en especial las investigaciones sobre las enfermedades transmisibles y sobre la pobreza y la inequidad sanitaria, con participación de las comunidades y en consonancia con las prioridades de cada país, y a que sigan apoyando las actividades que promuevan el uso de los resultados de las investigaciones para fundamentar las políticas y la práctica e informar a la opinión pública;

3. PIDE a la Directora General:

- 1) **que fomente y defienda la investigación en áreas desatendidas que sean importantes para mejorar la salud, y en particular para los pobres y los grupos desfavorecidos**; [Dinamarca]
- 1)2) que fortalezca en la Organización la cultura de investigación para la adopción de decisiones basadas en datos científicos y vele por que las investigaciones sirvan para fundamentar sus actividades técnicas;
- 2)3) que ponga a punto un sistema de información sobre las actividades de la OMS en materia de investigaciones sanitarias;
- 3)4) que mejore la coordinación de las actividades de investigación **pertinentes**, [Australia] en particular la integración de la investigación en los programas de control y prevención de enfermedades;
- 4)5) que examine el uso que se hace de los datos científicos en la OMS en la adopción de decisiones y recomendaciones importantes en materia de política;
- 6) **que establezca mecanismos transparentes para establecer las prioridades de las actividades y proyectos de investigación dentro de la OMS, con inclusión de mecanismos de examen independiente inter pares y criterios de selección tales como la pertinencia y la calidad científica**; [Dinamarca]

5)7) que establezca procedimientos y mecanismos estandarizados para la realización de investigaciones y el uso de sus resultados por la Organización, incluidos el registro de las propuestas de investigación en una base de datos de acceso público, el examen de las propuestas por expertos y la divulgación de los resultados;

8) **que asesore a los Estados Miembros, cuando sea necesario, sobre las mejores formas de organizar sistemas integrales de investigación destinada a mejorar la salud;** [Dinamarca]

6)9) que promueva un mejor acceso a los resultados de las investigaciones **pertinentes;** [Australia]

[O BIEN]

6)9) que promueva un mejor acceso a los resultados de las investigaciones, **con inclusión del apoyo al movimiento en pro del acceso gratuito a las revistas científicas;** [Portugal]

7)10) que preste apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de capacidades para las investigaciones sobre sistemas de salud y políticas sanitarias, **cuando sea necesario;** [Australia]

8)11) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros de cara a: fortalecer la capacidad de los comités nacionales e institucionales de ética de la investigación sanitaria; examinar los protocolos de investigación complejos; y redactar políticas sanitarias nacionales e instrumentos legislativos sobre investigación sanitaria;

9)12) ~~que siga descentralizando las competencias y los recursos hacia los países y las regiones~~ [Australia] **que identifique y aplique mecanismos** para prestarles un mejor apoyo **a los países y regiones** [Australia] en el reconocimiento y la optimización de la investigación sanitaria como factor fundamental para el desarrollo de los sistemas de salud, en particular en los países en desarrollo;

10)13) que formule estrategias sencillas de definición de prioridades en investigación sanitaria para que las utilicen los gobiernos nacionales, **cuando sea necesario;** [Australia]

11)14) que establezca sistemas y mecanismos apropiados para mejorar la interacción y la convergencia entre los investigadores y los usuarios de las investigaciones **pertinentes** [Australia] a fin de mejorar el uso de los resultados de las investigaciones y de potenciar la elaboración de políticas sanitarias;

12)15) que ofrezca oportunidades de creación de capacidad en economía sanitaria, estudio de las repercusiones económicas de las enfermedades y, cálculo de los costos de las distintas intervenciones **y evaluación de las tecnologías sanitarias** para ayudar a determinar cuáles son las **intervenciones** idóneas para cada país a fin de optimizar las prestaciones de su sistema sanitario; [Portugal]

13)16) que ~~leve~~ **cree capacidad para llevar** [Dinamarca] a cabo un seguimiento del gasto total en investigación sanitaria por países y regiones, por donantes y fuentes públicas de fondos y por tipo de gasto, y que informe al respecto a los Estados Miembros;

14)17) que presente a la 62ª Asamblea Mundial de la Salud una estrategia sobre la gestión y organización de las actividades de investigación en la OMS, ~~y sobre el apoyo prestado a los países que lo hayan solicitado para organizar las investigaciones sanitarias.~~ [Australia, Dinamarca]

Comment [MRS11]: EB120/
Conf.Paper N° 16

El PRESIDENTE sugiere fusionar las dos opciones propuestas para el párrafo 3(9) insertando la palabra «pertinentes» después de «resultados» en la segunda de las opciones propuestas.

El Sr. ABDOO (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) propone suprimir del párrafo 3(1) las palabras «en áreas desatendidas que sean importantes». En el párrafo 3(8) propone susti-

tuir «, cuando sea necesario,» por «que lo soliciten» y suprimir las palabras «mejores» e «integrales». Debe modificarse el párrafo 3(15) para que rece: «que ofrezca oportunidades de creación de capacidad en materia de economía sanitaria, estudio del impacto económico de las enfermedades, y cálculo de los costos de evaluación de las tecnologías sanitarias de las distintas intervenciones, para ayudar a determinar cuáles son las intervenciones idóneas para cada país a fin de optimizar las prestaciones de su sistema de salud».

Comment [MRS12]: EB120/Conf.Pa per N° 16

Comment [MRS13]: EB120/Conf.Pa per N° 16

Comment [MRS14]: EB120/Conf.Pa per N° 16

Comment [MRS15]: EB120.R15

Comment [MRS16]: EB120.R15

Comment [MRS17]: EB120.R15

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) propone insertar las palabras «de forma significativa» después de «mejore» en el párrafo 3(4) y añadir, al final del mismo párrafo, las palabras «y designe un responsable dentro de la OMS que supervise la totalidad de las actividades de investigación de la OMS». El nuevo texto propuesto para el párrafo 3(15) es plenamente aceptable para Portugal.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que deben mantenerse las palabras «en áreas desatendidas que sean importantes» en el párrafo 3(1). La falta de investigación en dichas áreas es un problema reconocido por la OMS que afecta al mundo en desarrollo.

Comment [MRS18]: EB120.R15

La Dra. SMITH (Dinamarca) respalda las observaciones del orador precedente; se necesita investigación en áreas desatendidas, por ejemplo la de las enfermedades tropicales. También apoya la modificación propuesta por el miembro representante de Portugal.

El Dr. NYIKAL (Kenya) y el Dr. VOLJČ (Eslovenia) se hacen eco de las opiniones expresadas por el orador precedente. Las palabras «en áreas desatendidas que sean importantes» constituyen la esencia misma del párrafo 3(1).

El Sr. ABDOO (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América), refiriéndose al párrafo 3(1), propone que, para lograr un consenso, se sustituyan las palabras «en áreas desatendidas que sean importantes» por «sobre enfermedades que afectan de modo desproporcionado a los países en desarrollo».

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en calidad de miembro representante de Bolivia, dice que el texto alternativo propuesto por los Estados Unidos no transmite el mismo significado.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) propone que se mantengan las palabras «en áreas desatendidas que sean importantes», y que, después de «para mejorar la salud,» el resto del párrafo se sustituya por los siguiente: «, en particular en el caso de las enfermedades que afectan de modo desproporcionado a los países en desarrollo y a los pobres y los grupos desfavorecidos».

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo: punto 4.2 del orden del día (documentos EB120/5 y EB120/5 Add.1) (continuación de la décima sesión)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo una nueva versión del proyecto de resolución con más modificaciones, cuyo texto es el siguiente:

¹ Resolución EB120.R15.

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre el paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo;¹

Preocupado porque son escasos los países con paludismo endémico que han hecho progresos sustanciales hacia los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio relacionados con el paludismo, y porque algunos países no han cumplido aún el compromiso de aumentar sus presupuestos nacionales que adquirieron al adoptar la Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas;

Observando que están surgiendo valiosas oportunidades en forma de nuevos instrumentos y estrategias más definidas, y que está creciendo el impulso para expandir las intervenciones de control del paludismo y aumentar los recursos financieros en los países y a nivel mundial,

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo;

Preocupada porque el paludismo sigue causando más de un millón de defunciones prevenibles cada año;

Observando que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; el Programa de Estímulo del Banco Mundial para la Lucha contra el Paludismo; la Fundación Bill y Melinda Gates, la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo y otros donantes han aportado importantes recursos;

Acogiendo con agrado la contribución a la movilización de recursos por innovadoras iniciativas de financiación de carácter voluntario de grupos de Estados Miembros y, al respecto, observando la existencia del Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID),³

Recordando que la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades figura entre los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Consciente de que es necesario reducir la carga mundial de paludismo con miras a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la tasa de mortalidad de los menores de cinco años en dos tercios para 2015 y a contribuir a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna y erradicar la pobreza extrema,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que apliquen en sus contextos específicos las políticas, las estrategias y los instrumentos recomendados por la OMS, y a que establezcan políticas nacionales basadas en pruebas científicas, planes operacionales y sistemas de seguimiento y evaluación basados en el desempeño a fin de extender masivamente la cobertura de las principales intervenciones preventivas y curativas en las poblaciones en riesgo, así como

¹ Documento EB120/5.

² En el documento EB120/5 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

³ Este párrafo es una cita del párrafo 5 de la parte dispositiva del proyecto de resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/61/L.50: Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África.

de evaluar con prontitud y eficacia el desempeño de los programas y la cobertura y el impacto de las intervenciones, usando en particular la base de datos de perfiles de los países de la OMS;

2) a que asignen recursos nacionales e internacionales, tanto humanos como financieros, para prestar apoyo técnico a fin de que se apliquen eficazmente las estrategias más adaptadas a la situación y la epidemiología locales y se llegue a las poblaciones destinatarias;

3) a que progresivamente detengan, en el sector público y en el privado, el suministro de las monoterapias de artemisinina oral, es decir, las artemisininas utilizadas en solitario, sin asociarlas a otro fármaco, y que promuevan el uso de los tratamientos combinados con artemisinina, apliquen políticas que prohíban la fabricación de medicamentos antipalúdicos falsificados, y velen por que los órganos de financiación dejen de facilitar dichas monoterapias;

4) a que aumenten el acceso a tratamientos antipalúdicos combinados asequibles, inocuos y efectivos, tratamiento preventivo intermitente durante los embarazos,¹ mosquiteros impregnados de insecticida - distribuyéndolos gratuitamente si fuera necesario - e insecticidas para la fumigación de interiores con efecto residual para luchar contra el paludismo teniendo en cuenta las normas, pautas y directrices internacionales pertinentes;²

5) a que dispongan en sus legislaciones el recurso pleno a las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención;

O BIEN

5) a que alienten que los acuerdos comerciales tengan en cuenta las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio y reconocidas en la Declaración de Doha sobre los ADPIC y la salud pública con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención;

O BIEN

5) a que consideren, siempre que sea necesario, la posibilidad de adaptar las legislaciones nacionales de modo que hagan pleno uso de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, con el fin de aumentar el acceso a los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención;

6) a que propongan reducir los factores de riesgo de la transmisión mediante el control integrado de los vectores, promuevan el mejoramiento de las condiciones locales y ambientales y los entornos saludables, y aumenten el acceso a los servicios de salud con miras a reducir la carga de morbilidad;

7) a que apliquen métodos integrados de prevención y control del paludismo mediante la colaboración multisectorial y la participación corresponsable de la comunidad;

¹ Tomando precauciones especiales en las embarazadas infectadas por el VIH que hayan recibido quimioterapia con trimetoprim-sulfametoxazol (WHO guidelines for the treatment of malaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 39). (Esta nota a pie de página no figura en el proyecto de resolución A/61/L.50.)

² Este párrafo es una cita del párrafo 9 de la parte dispositiva del proyecto de resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/61/L.50: 2001-2010: Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África.

2. PIDE a las organizaciones internacionales:
 - 1) que presten apoyo para la creación de capacidad en los países en desarrollo para expandir el uso de tratamientos combinados con artemisinina apropiados para las circunstancias de farmacorresistencia locales, la lucha antivectorial integrada que comprenda la utilización de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración, y el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual apropiados y seguros, según indique la OMS de conformidad con el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, así como para utilizar sistemas de seguimiento y evaluación, incluida la base de datos de países, desarrollados por la OMS;
 - 2) que aporten más fondos a los diversos mecanismos de financiación de la lucha contra el paludismo, de manera que puedan seguir prestando apoyo a los países, y canalizar los recursos adicionales, a fin de garantizar la asistencia técnica requerida para que puedan ser absorbidos y usados eficazmente en los países;

3. PIDE a la Directora General:
 - 1) que adopte medidas para identificar las lagunas de conocimientos existentes en materia de control del paludismo; proporcionar apoyo al desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias; estimar con más exactitud la carga mundial de morbilidad y determinar las tendencias; desarrollar nuevos instrumentos y métodos para evaluar el impacto y la costoeficacia de las intervenciones; reforzar las actuales investigaciones de la OMS sobre el paludismo, en particular las del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales; y proporcionar apoyo técnico a los países para llevar a cabo investigaciones operacionales y sobre ejecución que determinen las posibles alternativas para asegurar una cobertura adecuada de las intervenciones antipalúdicas;
 - 2) que refuerce y racionalice los recursos humanos dedicados al paludismo descentralizando al personal a nivel de país, mejorando así la capacidad de las oficinas de la OMS en los países para ayudar a los programas nacionales de salud a coordinar a los asociados para prevenir y controlar el paludismo; y que proporcione orientación técnica para el manejo de la lucha antipalúdica en los campamentos de refugiados y en las emergencias complejas;
 - 3) que reúna al Programa Mundial de la OMS sobre Paludismo, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), el sector académico, empresas farmacéuticas y biotecnológicas pequeñas y grandes, Estados Miembros interesados, consejos de investigaciones médicas, y fundaciones en un foro con el fin de mejorar la coordinación entre las diversas partes interesadas en la lucha contra el paludismo;
 - 4) que informe a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución;

4. RESUELVE:
 - 1) que el 25 de abril de cada año, o en la fecha o fechas que cada Estado Miembro determine, se celebre el Día del Paludismo, a fin de fomentar la educación sobre esta enfermedad y difundir la idea de que se trata de un azote mundial prevenible y de una dolencia curable;
 - 2) que el Día del Paludismo suponga la culminación de un año entero de aplicación intensificada de las estrategias nacionales de lucha antipalúdica, incluidas las actividades comunitarias de prevención y tratamiento del paludismo en las zonas epidémicas, así como una ocasión para informar al público en general acerca de los obstáculos surgidos y los progresos realizados en la lucha contra el paludismo.

En el párrafo 3(b) del informe sobre las repercusiones financieras y administrativas del proyecto de resolución enmendado deben sustituirse las palabras «foro permanente» por «foro».

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) pide una explicación de las razones de la inclusión entre paréntesis de las palabras «Esta nota a pie de página no figura en el proyecto de resolución A/61/L.50» en la segunda nota al pie de página del proyecto de resolución.

Comment [MRS19]: EB120/Conf.Pa per N° 8 Rev.2

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) explica que esa nota al pie de página se ha incluido en beneficio de la claridad, porque el texto del párrafo 1(4) reproduce un texto del proyecto de resolución A/61/L.50 de la Asamblea General en el que no aparece dicha nota al pie.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que, en ese caso, preferiría que el contenido de la nota al pie de página se incorporase en el texto del párrafo 1(4). La modificación es de carácter estrictamente técnico, y está relacionada con el uso adecuado de los medicamentos. El no tomar precauciones especiales en las embarazadas infectadas por VIH que reciban cotrimoxazol tiene graves consecuencias para la salud de éstas.

El Sr. ABD00 (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que no puede aceptar la modificación propuesta, ya que constituiría una modificación del texto acordado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. No tiene ninguna objeción a que la información se incluya en forma de nota al pie de página.

El PRESIDENTE pide que la Secretaría aclare si el hecho de relegar el texto a una nota al pie de página afecta al grado de importancia que se le atribuye.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) explica que las notas al pie de página no se consideran como parte integral del texto. Aunque es poco habitual que se utilicen notas al pie en las resoluciones, la Asamblea de la Salud las ha utilizado en ocasiones para facilitar la obtención de un consenso. El texto que figura en las notas al pie de página no tiene la misma fuerza jurídica que el texto de la resolución, pero permite hacer referencias cruzadas que puedan aclarar el significado de la resolución.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que, en particular teniendo en cuenta la resolución adoptada sobre el uso racional de los medicamentos, el Consejo debe hacer todo lo posible por impedir incidentes que se deban a errores de medicación. Pide de nuevo que se incorpore la nota al pie de página en el cuerpo principal del texto.

El Sr. ABD00 (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que no es habitual que las resoluciones de la Asamblea de la Salud sirvan como directrices clínicas para el tratamiento. Sin embargo, estaría dispuesto a aceptar la propuesta de Tailandia siempre que se suprima la referencia cruzada al proyecto de resolución A/61/L.50 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que la segunda de las tres opciones propuestas para el párrafo 1(5) podría eliminarse. Así pues, podrían presentarse a la Asamblea de la Salud dos alternativas con respecto al párrafo 1(5), correspondientes a la primera y tercera opción que se muestran en el último texto enmendado del proyecto de resolución.

El Sr. ABD00 (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) explica que la propuesta ha sido simplemente utilizar el texto acordado. En la segunda de las dos opciones que se presentarán a la Asamblea de la Salud, el párrafo 1(5) debería terminar después de las palabras «Derechos de Propiedad

Intelectual relacionados con el Comercio». Las palabras «los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención» deben pasar al párrafo 1(6), después de las palabras «servicios de salud».

Comment [MRS20]: EB120/
Conf.Paper N° 8 Rev.2

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que, en ese caso, las palabras «los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención» deberían figurar entre corchetes.

Comment [MRS21]: EB120/
Conf.Paper N° 8 Rev.2

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) da lectura de las propuestas de enmienda de los párrafos 1(5) y 1(6). Se propondrán dos alternativas con respecto al párrafo 1(5): la primera correspondería a la primera de las tres opciones del texto más reciente del proyecto de resolución, que comienza con las palabras «a que dispongan en sus legislaciones...». La segunda opción rezaría: «a que consideren, siempre que sea necesario, la posibilidad de adaptar las legislaciones nacionales de modo que hagan pleno uso de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio». En este caso, se insertarían las palabras «los medicamentos antipalúdicos, los productos de diagnóstico y las tecnologías de prevención» entre corchetes después de la palabra «servicios de salud» en el párrafo 1(6).

Comment [MRS22]: EB120/
Conf.Paper N° 8 Rev.2

Comment [MRS23]: EB120/
Conf.Paper N° 8 Rev.2

Comment [MRS25]: EB120/
Conf.Paper N° 8 Rev.2

Comment [MRS24]: EB120/
Conf.Paper N° 8 Rev.2

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 4.12 del orden del día (reanudación)

- **Tecnologías sanitarias esenciales:** (documentos EB120/13 y EB120/13 Add.1) (continuación de la undécima sesión)

La DIRECTORA GENERAL reconoce las tres preocupaciones principales de los Estados Miembros respecto al proyecto de resolución: el alcance excesivamente amplio, la falta de una definición del término «esenciales» o de otro criterio que permita determinar qué tecnologías sanitarias son esenciales, y la cuestión de la lista. Por tanto, propone que se supriman todas las referencias a estas preocupaciones y que la Secretaría, después de consultar a los expertos pertinentes, revise a continuación su informe y presente un proyecto de resolución revisado a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

La Sra. VELÁZQUEZ (suplente del Dr. Bailón, México) apoya esta propuesta. Podría apoyar el proyecto de resolución con esas modificaciones y quisiera participar en el grupo de expertos propuesto.

La Sra. HALTON (Australia) apoya la propuesta de la Directora General y pregunta si se pondrá a disposición un texto revisado del proyecto de resolución y quiénes serán los expertos: algunos Estados Miembros están especialmente interesados en participar en el grupo.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) pregunta si la Secretaría prevé comunicar al Consejo los resultados de sus consultas antes de la Asamblea de la Salud, y cómo prevé hacerlo.

El PRESIDENTE dice que, de conformidad con su Reglamento Interior, el Consejo debería examinar el proyecto de resolución antes de que sea remitido a la Asamblea de la Salud; la Secretaría debe poder comunicar a los miembros el resultado de sus consultas por vía electrónica.

¹ Resolución EB120.R16 y Corr.1.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) da lectura a las enmiendas propuestas y dice que debe suprimirse la palabra «esenciales» del primer párrafo del preámbulo, y debe cambiarse el título del proyecto de resolución antes de que se presente a la Asamblea de la Salud. Debe suprimirse el párrafo del preámbulo que comienza con las palabras «Entendiendo por tecnología sanitaria esencial...». El párrafo 1(1) rezará: «a que recopilen, verifiquen, actualicen e intercambien información sobre tecnologías sanitarias, a modo de instrumento auxiliar para su jerarquización de las necesidades y asignación de recursos». En el párrafo 1(4) debe sustituirse «centros de excelencia» por «institutos». En el párrafo 2(1), debe sustituirse «una lista OMS de» por «normas y patrones y de la OMS relacionados con». Debe suprimirse la palabra «esenciales» de los párrafos 2(2), 2(3), 2(4) y 2(5), y también debe suprimirse «centros de excelencia» del párrafo 2(4).

Comment [MRS26]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS27]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS28]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS29]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS30]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS31]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS32]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS33]: EB120/Conf.Pa per N° 17

Comment [MRS34]: EB120/Conf.Pa per N° 17

La Sra. HALTON (Australia), observando que algunos países, entre ellos el suyo, tienen sistemas para evaluar, adquirir y gestionar tecnologías sanitarias y han establecido institutos regionales y nacionales en el ámbito de las tecnologías sanitarias, propone añadir «, según proceda,» después de «formulen» en el párrafo 1(2) y «, si es necesario,» después de «establezcan» en el párrafo 1(4).

El Sr. ABDOO (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) pide aclaraciones sobre el párrafo 2(1); el texto modificado parece implicar que es responsabilidad de la OMS fijar normas y patrones en materia de tecnologías sanitarias.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que el texto completo del párrafo 2(1) será el siguiente: «que establezca un comité de expertos en tecnologías sanitarias para que ayude a confeccionar y mantener normas y patrones de la OMS relacionados con las tecnologías sanitarias».

El PRESIDENTE dice que el texto no implica que la OMS fije normas en materia de tecnologías sanitarias, sino que proporciona a los países directrices para fijar ellos mismos normas adecuadas a sus necesidades. No se prevé establecer una norma mundial única.

El Sr. ABDOO (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) tiene algunas objeciones a esa explicación y sugiere que, en aras del consenso, se suprima todo el párrafo 2(1).

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) señala que la OMS tiene la obligación de desempeñar una función normativa proporcionando directrices, normas y pautas a los países que las necesiten. Por tanto, debe mantenerse el texto actual del párrafo 2(1) con la posible adición de las palabras «según proceda», sugeridas por Australia.

La DIRECTORA GENERAL sugiere que se modifique el párrafo 2(1) para que rece: «que establezca un comité de expertos encargado de asesorar a la OMS en su trabajo en el ámbito de las tecnologías sanitarias».

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en calidad de miembro representante de Bolivia, dice que el Consejo debe procurar no introducir en el proyecto de resolución ningún elemento que requiera que los Estados Miembros cumplan con normas de tecnología sanitaria. Debe esperar a recibir asesoramiento del comité de expertos sobre este tema complejo.

El Dr. SHANGULA (Namibia) apoya el texto propuesto por la Directora General.

El Dr. NYIKAL (Kenya) señala que los Estados Miembros no están obligados a cumplir con las normas de tecnología sanitaria fijadas por la OMS; las normas proporcionan una orientación oficial cuando es necesario. Por tanto, hace suya la posición de Tailandia. Si se añaden las palabras «según proceda» los Estados Miembros que no deseen adoptar las normas quedarían eximidos de ello.

El Sr. ABDOO (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que, con la propuesta de la Directora General, que el orador acepta, el párrafo 2(4) parece pasar a ser redundante; podrían combinarse los dos párrafos. Está de acuerdo con el miembro representante de Australia en que los Estados Miembros interesados puedan participar en la labor del grupo de expertos.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) está de acuerdo con la sugerencia de combinar los párrafos 2(1) y 2(4), y propone que la Secretaría redacte un texto apropiado. Las palabras «confeccionar y mantener» son demasiado específicas en la etapa actual.

La Sra. VELÁZQUEZ (suplente del Dr. Bailón, México) propone que se someta al examen del grupo de expertos el siguiente texto del párrafo 2(1): «que establezca un comité de expertos en tecnologías sanitarias para que ayude a confeccionar y mantener o coordinar bancos de información para la gestión de conocimientos sobre tecnologías sanitarias (centros de intercambio de información) y desarrollo posterior de herramientas y directrices».

El PRESIDENTE dice que, debido a la complejidad del tema, no serviría de nada proponer más cambios de redacción. Así pues, sugiere que la Secretaría prepare un texto revisado para que el Consejo lo examine en el curso del día.

La DIRECTORA GENERAL dice que la Secretaría preparará una versión enmendada del proyecto de resolución que refleje la esencia de los debates del Consejo.

Así queda acordado.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la decimotercera sesión, sección 3.)

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial: punto 4.5 del orden del día (documentos EB120/22 y EB120/22 Add.1) (continuación de la décima sesión)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo un proyecto de resolución revisado sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, cuyo texto es el siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Habiendo examinado el informe sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial;
Recordando las resoluciones WHA53.17 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, WHA56.1 sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Ta-

¹ Documento EB120/22.

² En el documento EB120/22 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

baco, WHA57.17 referente a la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, WHA57.16 sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, WHA58.22 sobre prevención y control del cáncer y WHA58.26 sobre problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, así como las numerosas resoluciones conexas de los comités regionales, entre ellas las referidas a la salud mental;

Profundamente preocupada porque en 2005 las enfermedades no transmisibles causaron unos 35 millones de defunciones (el 60% del total mundial de defunciones), porque un 80% de esas defunciones ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y porque unos 16 millones de defunciones ocurrieron entre personas de menos de 70 años de edad;

Observando que se prevé que la mortalidad debida a enfermedades no transmisibles aumente un 17% más para 2015, con consecuencias socioeconómicas graves para los Estados Miembros, las comunidades y las familias;

Observando las relaciones existentes entre las enfermedades no transmisibles, el desarrollo, el medio ambiente y la seguridad humana, y la contribución de dichas enfermedades a las desigualdades en materia de salud;

Observando que las respuestas multisectoriales siguen estando limitadas por la falta de conciencia acerca de la pandemia de enfermedades no transmisibles y la falta de medidas apropiadas para hacer retroceder esa pandemia;

Observando que la importancia de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se ha destacado en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015, que establece la meta de reducir las tasas de mortalidad de todas las enfermedades no transmisibles un 2% por año durante los próximos 10 años;

Tomando nota de los crecientes datos probatorios sobre la costoeficacia de varias intervenciones sencillas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;

Tomando nota de la importancia que tienen la motivación, la educación y el apoyo para que las personas y las familias tomen decisiones saludables en su vida cotidiana, y de la importante función que corresponde a los gobiernos de proporcionar políticas públicas y entornos saludables;

Reafirmando la importancia de abordar los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de manera integrada, completa, multisectorial y progresiva;

Teniendo presente que la respuesta a la triple carga de enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y traumatismos que soportan muchos países y sus graves limitaciones de recursos requieren un sistema de atención primaria de salud fuerte dentro de un sistema de salud integrado;

Reconociendo que la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es esencial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

Reconociendo que es preciso redoblar los esfuerzos mundiales para promover la actividad física y los modos de vida sanos [EE.UU.] y mejorar la calidad de los alimentos y bebidas, incluso las modalidades de comercialización y [EE.UU.] la información a disposición de los consumidores, sus familias y sus hijos; y las modalidades de comercialización de los productos

[O BIEN]

Reconociendo que es preciso redoblar los esfuerzos mundiales para promover la actividad física y mejorar la calidad de los alimentos y bebidas, incluso la información a disposición de los consumidores y las modalidades de comercialización de los productos entre las poblaciones vulnerables, especialmente los niños y los jóvenes; [Tonga]

Reconociendo que se requiere más información sobre las repercusiones socioeconómicas y de desarrollo que tienen las enfermedades no transmisibles y sobre los resultados de las intervenciones disponibles;

Consciente de que los Estados Miembros gastan sólo una pequeña proporción de su presupuesto de atención de salud en la prevención de enfermedades no transmisibles y en la salud pública, y que un aumento aun modesto de ese porcentaje permitiría obtener extraordinarios beneficios sanitarios y socioeconómicos,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que fortalezcan la voluntad política nacional y local de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles como parte de un compromiso encaminado a alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad de las enfermedades no transmisibles un 2% por año durante los próximos 10 años, prevista en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015;¹
- 2) a que establezcan según proceda o fortalezcan un mecanismo coordinador nacional de las actividades de prevención de las enfermedades no transmisibles, según proceda en función de las circunstancias nacionales, cuyo mandato sea multisectorial, amplio y comprenda la movilización de voluntad política y de recursos financieros y abarque a todos los interesados directos pertinentes;
- 3) a que elaboren y ejecuten un plan de acción multisectorial nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles basado en datos probatorios que establezca prioridades, plazos e indicadores de desempeño y sirva de base para coordinar el trabajo de todos los interesados directos, **velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses**, y lograr la participación activa de la sociedad civil;
- 4) a que aumenten, según proceda, los recursos destinados a los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;
- 5) a que apliquen y aumenten el apoyo a las iniciativas mundiales existentes y al Convenio Marco para el Control del Tabaco, que contribuyen al logro de la meta de reducir las tasas de mortalidad de las enfermedades no transmisibles un 2% por año durante los próximos 10 años;
- 6) a que incorporen la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los programas encaminados al fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud, y a que fortalezcan las instituciones de atención primaria de salud, de modo que puedan responder a los retos planteados por las enfermedades no transmisibles;
- 7) a que fortalezcan los sistemas de seguimiento y evaluación, incluidos los mecanismos de vigilancia epidemiológica a nivel de país, para recopilar pruebas científicas con las que se puedan respaldar las decisiones de política;
- (8) a que velen por que las instituciones de salud dispongan de una organización adecuada que les permita afrontar los importantes retos planteados por las enfermedades no transmisibles, lo cual implica que se haga especial hincapié en la atención primaria de salud;
- 9) a que destaquen el papel neurálgico que desempeñan las funciones gubernamentales, incluidas las de reglamentación, en la lucha contra las enfermedades no transmisibles;
- 10) a que aumenten el acceso a los medicamentos para las poblaciones en alto riesgo de los países de ingresos bajos y medianos;**

¹ Documento A59/25, Apéndice 6.

2. PIDE a la Directora General:

1) que, sobre la base de la sinopsis que figura en el informe¹ sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial, prepare un plan de acción que se presentará a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, en el cual se establezcan las prioridades, acciones, plazos e indicadores de desempeño en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles entre 2008 y 2013 a nivel mundial y regional y que preste apoyo cuando sea necesario para elaborar, intensificar la ejecución y supervisar los planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, incluso para perfeccionar una intervención encaminada a controlar las condiciones de las personas expuestas a un alto riesgo de contraer esas enfermedades;

2) que promueva aún más entre los Estados Miembros la conciencia de la importancia de preparar, promover y financiar mecanismos nacionales multisectoriales propicios de coordinación y vigilancia y planes de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;

3) que preste apoyo a los Estados Miembros, a petición de éstos, y que promueva las alianzas, la colaboración, la cooperación y el intercambio de prácticas óptimas entre los Estados Miembros, para incorporar intervenciones integrales contra las enfermedades no transmisibles en las políticas y programas nacionales, incluidas las políticas y programas sobre sistemas de salud, y para ampliar las intervenciones, con inclusión de estrategias para educar y prestar apoyo a las personas y a las familias;

4) que difunda a los Estados Miembros, de manera oportuna y constante, información sobre intervenciones básicas costoeficaces encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles;

5) que fomente el diálogo con organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, donantes y organismos técnicos asociados y con el sector privado, velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses, con el fin de aumentar el apoyo, los recursos y las relaciones de asociación para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, incluidos los programas de salud y bienestar en el lugar de trabajo según proceda;

6) que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, **[y reducir O BIEN limitar [Portugal]] O BIEN [y restringir [Tailandia] la comercialización y la promoción [agresivas [Tailandia]] de los productos insalubres**, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles;

[O BIEN]

6) que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, **y promover los regímenes alimentarios sanos, y reducir la comercialización y la promoción de los productos insalubres**, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles; **[EE.UU.]**

[O BIEN]

6) que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de **promover los regímenes alimentarios sanos y los modos de vida sanos,**

¹ Documento EB120/22.

y de promover la práctica de la comercialización responsable, en particular en lo relativo a los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal, [Australia] en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles;

[O BIEN]

6) que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, **y reducir la comercialización y la promoción de productos tales como los ricos en grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal, [UE y Finlandia]**, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles;

[O BIEN]

6) que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos, **y mejorar la comercialización con objeto de disminuir el impacto de los productos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal, [UE y Alemania]**, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles;

[O BIEN]

6) que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con la finalidad de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, promover los regímenes alimentarios sanos **y mejorar la comercialización, incluso introduciendo cambios voluntarios en las prácticas de promoción, en particular en relación con los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal, [EE.UU.]**, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles;

7) que establezca y mantenga el contacto con los medios de difusión para velar por que destaquen continuamente las cuestiones relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

8) que mejore el conocimiento de las repercusiones socioeconómicas de las enfermedades no transmisibles a nivel nacional y familiar, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos;

9) que vele por que la labor de prevención y control de las enfermedades no transmisibles reciba una alta prioridad y apoyo adecuados, según corresponda;

10) que informe a la 63^a Asamblea Mundial de la Salud, y en lo sucesivo cada dos años a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia mundial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, incluidos los progresos realizados en lo que se refiere al plan de acción.

Comment [MRS35]: EB120/
Conf.Paper N° 9 Rev.2

El Dr. SHANGULA (Namibia), haciendo uso de la palabra en calidad de presidente del grupo de redacción, dice que se ha llegado a una postura común con respecto a las dos cuestiones pendientes, a saber, el decimotercer párrafo del preámbulo y el párrafo 2(6). Las dos versiones del decimotercer párrafo del preámbulo serán sustituidas por un párrafo con el siguiente texto: «Reconociendo que es preciso redoblar los esfuerzos mundiales para promover la actividad física y los modos de vida sanos, y mejorar la calidad nutritiva de los alimentos y bebidas, las modalidades de comercialización y la calidad y la disponibi-

lidad de la información dirigida a los consumidores y sus familias, en particular los niños, los jóvenes y otros grupos de población en situación de vulnerabilidad».

Comment [MRS36]: EB120.R17

Las seis versiones alternativas del párrafo 2(6) se combinarán en un único párrafo, cuyo texto será: «que promueva las iniciativas encaminadas a aplicar la estrategia mundial con el fin de aumentar la disponibilidad de alimentos saludables y promover los regímenes alimentarios sanos, y de promover la práctica de la comercialización responsable con objeto de disminuir el impacto de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles».

Comment [MRS37]: EB120/Conf.Pa per N° 9 Rev.2

El Dr. NYIKAL (Kenya) coincide con la última versión del decimotercer párrafo del preámbulo. Sugiere añadir las palabras «velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses» al final del párrafo 2(6).

Comment [MRS38]: EB120.R17

El Sr. ABDOO (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) apoya la propuesta de Kenya. En aras de una mayor uniformidad, las palabras «velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses» deben trasladarse al final del párrafo 1(3), después de «sociedad civil».

Comment [MRS39]: EB120.R17

Comment [MRS40]: EB120.R17

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que en el párrafo 2(6) es difícil distinguir a nivel operacional entre las partes que están comprometidas a reducir los riesgos de enfermedades no transmisibles y las que no lo están.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que el texto propuesto para el párrafo 2(6) es el resultado de consultas oficiosas celebradas después de la reunión del grupo de redacción. La expresión «partes interesadas pertinentes» abarca a todos los interesados. Las últimas palabras, «incluidas las del sector privado, comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles» son redundantes y podrían suprimirse.

Comment [MRS41]: EB120.R17

Comment [MRS42]: EB120/Conf.Pa per N° 9 Rev.2

El Dr. NYIKAL (Kenya) apoya esta propuesta, ya que la inclusión de las palabras «velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses» debería bastar para cubrir cualquier preocupación.

Comment [MRS43]: EB120.R17

La Sra. HALTON (Australia) hace hincapié en mantener la referencia al sector privado y por tanto propone que se supriman solamente las palabras «comprometidas a reducir los riesgos que entrañan las enfermedades no transmisibles».

Comment [MRS44]: EB120/Conf.Pa per N° 9 Rev.2

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

4. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS: punto 8 del orden del día

Director General y Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud: examen de las cuestiones planteadas en la reunión extraordinaria y la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 8.1 del orden del día (documento EB120/30)

El PRESIDENTE recuerda que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración, ha examinado el informe y ha propuesto modificaciones al proyecto de resolución que figura en el párrafo 27 del documento EB120/30. El texto modificado reza:

¹ Resolución EB120.R17.

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado las propuestas consignadas en el informe «Director General y Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud: examen de las cuestiones planteadas en la reunión extraordinaria y la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo»,¹

1. ESTÁ DE ACUERDO con el procedimiento elaborado por la Secretaría acerca del modo en que el Consejo Ejecutivo evaluará si el candidato que proponga para el puesto de Director General goza de las buenas condiciones físicas que se exigen de todo funcionario de la Organización;
2. DECIDE que el curriculum vitae y la información complementaria de los candidatos presentados con arreglo al artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo se limitarán a 2000 palabras y se presentarán también en formato electrónico, para que el Presidente del Consejo pueda verificar que no se ha superado ese límite;
3. CONFIRMA su decisión previa de que en el curriculum vitae se satisfagan los criterios establecidos por el Consejo Ejecutivo y se incluya una declaración de la visión del candidato sobre las prioridades y estrategias;²
4. DECIDE que el **Presidente del Consejo Ejecutivo podrá autorizar al Director General a** pueda publicar en el sitio Web de la OMS, además del nombre de los candidatos, los currícula vitae y la información complementaria despachada a los Estados Miembros, y las señas de contacto de cada candidato, salvo que el candidato interesado o el Estado Miembro que lo haya presentado estipulen lo contrario.

Comment [MRS45]: EB120/
Conf.Paper N° 2

La Sra. HALTON (Australia), haciendo uso de la palabra en su calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, recuerda que este punto se debe al inesperado fallecimiento del anterior Director General. El debate del Comité sobre este punto y su recomendación están reflejados en el párrafo 54 de su informe (documento EB120/3). El Comité propuso modificaciones del párrafo 1(4) para asegurar que sea el Presidente del Consejo quien adopte toda decisión de publicar en el sitio web de la OMS los currícula vitae de los candidatos al puesto de Director General e información complementaria. Ese procedimiento sería coherente con las responsabilidades actuales del Presidente en este ámbito establecidas en el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo. La oradora agradece al Asesor Jurídico la orientación facilitada al Comité sobre este complejo asunto constitucional.

El Dr. GWENIGALE (Liberia), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, recuerda que, durante las deliberaciones que precedieron la elección de la actual Directora General, los miembros del Consejo acordaron que se nombraría a un Director General Adjunto y que el nombramiento se daría a conocer públicamente. Acoge con agrado el rápido nombramiento de un nuevo Director General Adjunto y le complace especialmente que esta persona proceda de su Región.

Los debates del Consejo también han abordado la cuestión de la rotación geográfica en el puesto de Director General. Como se indica en el párrafo 24 del informe, la OMS ha tenido siete Directores Generales procedentes de tres de las seis regiones de la Organización. Todavía no ha elegido a ningún candidato de las Regiones de África, Asia Sudoriental ni del Mediterráneo Oriental, pese a que en ellas hay profesionales sanitarios calificados capaces de dirigir la OMS que cumplirían con el requisito fundamental de tener el nivel más alto posible de eficiencia e integridad, como establece el Artículo 35 de la Constitución de

¹ Documento EB120/30.

² Decisión EB100(7).

la OMS. La rotación geográfica se aplica a la elección del Secretario General de las Naciones Unidas. Por tanto, está a favor de la rotación geográfica en el puesto de Director General de la OMS y de toda modificación del Reglamento Interior necesaria para lograrlo.

La Sra. ABDI (suplente del Sr. Miguil, Djibouti), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, hace suya la posición del orador precedente. En la 118ª reunión del Consejo, Djibouti pidió rotación geográfica en el puesto de Director General para garantizar imparcialidad y equilibrio entre las regiones. Los criterios de selección deben incluir la competencia y el equilibrio entre los sexos. La propuesta de la rotación geográfica es razonable, dados los procedimientos que implica la selección del Secretario General de las Naciones Unidas, y se ajusta al buen gobierno, a la distribución equitativa de los recursos humanos y a la paridad entre hombres y mujeres. La propuesta se debe someter al examen de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2007.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) apoya la rotación geográfica. Si la reglamentación estipula que, en caso de fallecimiento o incapacitación del Director General, quien pase a ejercer las funciones de su cargo sea el Director General Adjunto, el nombramiento de un nuevo Director General Adjunto debe ser obligatorio. Propone que el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, donde se estipula que quien pase a ejercer dichas funciones sea «el funcionario de más categoría de la Secretaría», se modifique a fin de especificar que sea un funcionario nombrado, y no un cargo electo. También propone que se establezca un formato estándar para los currícula vitae de los candidatos al puesto de Director General y un procedimiento para verificar su estado de salud.

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Essawi, Iraq) dice que reconoce la necesidad de procedimientos de selección normalizados y oportunidades equitativas para los candidatos de todas las regiones de la OMS. Apoya las opiniones expresadas por el miembro representante de Liberia.

El Dr. WANGCHUK (Bhután) dice que ningún candidato de la Región de Asia Sudoriental ha sido elegido para el puesto de Director General. Por tanto, hace suya la petición de rotación geográfica. Pide más información sobre las funciones del Director General Adjunto que se describen en los párrafos 20 y 21 del informe.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental, se une a los oradores precedentes en apoyo de la propuesta de rotación geográfica en el puesto de Director General. Podría examinarse un procedimiento para dar preferencia a los candidatos procedentes de las tres regiones de las que todavía no se ha elegido a ningún candidato.

El Dr. NYIKAL (Kenya) suscribe la petición de rotación geográfica y de aclaración del procedimiento que debe seguirse en caso de incapacitación del Director General.

El Dr. SHANGULA (Namibia), con el apoyo del Dr. SALEHI (Afganistán), propone que el proyecto de resolución se modifique para hacer obligatorio el nombramiento de Director General Adjunto, y para reflejar la petición de rotación geográfica realizada por los miembros del Consejo. Pide a la Secretaría que sugiera un texto adecuado.

El Dr. TANGI (Tonga) no está a favor de la rotación geográfica. Es fundamental que se seleccione al mejor candidato posible para el puesto sin limitación geográfica alguna. Además, un Director General puede ocupar el cargo durante 10 años, de modo que la rotación geográfica puede dar a cada región un candidato elegido sólo cada 60 años. Todos los Estados Miembros deben tener interés en cada proceso de selección.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) dice que no está claro el modo en que la rotación geográfica funcionará en la práctica. Por ejemplo, ¿se clasificará a los candidatos en función de la región de la que proceden? Pide orientación al Asesor Jurídico.

El Sr. SHIRALIYEV (Azerbaiyán) apoya el principio de la rotación geográfica, pero dice que en la práctica podría limitar la lista de posibles candidatos al puesto de Director General, por lo que deben mantenerse los procedimientos de selección vigentes.

El Dr. INOUE (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) apoya el principio establecido en el Artículo 35 de la Constitución de la OMS según el cual, en la contratación del personal, el criterio de la representación geográfica es secundario al criterio primordial del nivel más alto posible de eficacia e integridad. Este último criterio debe aplicarse del modo más estricto en la selección de Director General. El elemento geográfico debe ser secundario, junto con otras consideraciones tales como el equilibrio entre los sexos, la lengua materna, el grupo étnico y el entorno religioso. La representación geográfica ya está reflejada en la selección de los Directores Regionales.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) dice que la rotación geográfica sería ideal, pero lo fundamental es encontrar al candidato más apto para el puesto. La oradora prefiere los criterios de selección actuales, conforme los cuales cada región presenta a sus propios candidatos.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico), respondiendo a las peticiones de aclaraciones, dice que la Constitución es bastante general; en su Artículo 31 estipula que el Director General será nombrado por la Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo, en las condiciones que determine la Asamblea de la Salud. En el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y en el Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo figuran más detalles sobre el procedimiento, y en particular sobre el proceso de propuesta de nombramiento. El primero establece las principales condiciones de nombramiento, mientras que el segundo, en el artículo 52, estipula que cualquier Estado Miembro podrá proponer para el puesto de Director General a una o más personas. Por tanto, está claro que cada uno de los Estados Miembros tiene derecho a proponer o presentar a candidatos para el puesto de Director General, de acuerdo con el Reglamento en vigor.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que no debe imponerse ninguna restricción geográfica; cualquier Estado Miembro debe tener derecho a proponer a un candidato a fin de que se elija a la mejor persona para el puesto.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que las regiones de las que todavía no se ha elegido a ningún Director General no carecen de candidatos calificados, pero las condiciones no son igualitarias. A menos que se solucione esto, la única alternativa es plantearse la posibilidad de una rotación.

El Sr. ABOUBAKER (suplente del Sr. Miguil, Djibouti) dice que la rotación daría significado a la palabra equidad. Las disposiciones de la Constitución y del Reglamento Interior podrían modificarse si fuera necesario.

El Dr. CHEW SUOK KAI (suplente del Dr. Sadasivan, Singapur) está de acuerdo en que el concepto de rotación fomentaría la equidad. No obstante, la OMS debe emplear a la mejor persona para el trabajo. Antes de tomar cualquier decisión sobre la rotación geográfica, la Secretaría debe llevar a cabo un examen a fin de averiguar por qué no se ha seleccionado a candidatos de determinadas regiones.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) apoya las opiniones expresadas por el miembro representante de Djibouti y está de acuerdo en que podrían modificarse la Constitución y el Reglamento Interior a fin de adaptarse al principio de rotación geográfica.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesoto) expresa su apoyo al concepto de equidad. Es posible que en ocasiones anteriores algunas regiones no hayan tenido candidatos con la competencia necesaria para ocupar el cargo de Director General. La calidad y los conocimientos prácticos no pueden comprometerse, y estos elementos continuarán respetándose con la rotación regional. En las recientes elecciones para cubrir el puesto de Director General, todos los candidatos fueron propuestos debido a su competencia y conocimientos; sin embargo, la presión y la negociación también han desempeñado un papel importante. Pone en entredicho los criterios utilizados para seleccionar a uno entre varios candidatos competentes. El principio de la rotación podría reflejar los cambios en curso.

El Dr. JAKSONS (Letonia) acoge con satisfacción la declaración del miembro representante de Tonga. Técnicamente, la rotación se basa en el principio de la equidad absoluta, que no siempre es conveniente en los concursos.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que no hay nada prescriptivo sobre la rotación geográfica en los textos básicos de ninguna otra organización del sistema de las Naciones Unidas. Reconoce un reconocimiento oficioso del concepto en la sede de las Naciones Unidas habida cuenta de diversos factores políticos. Debe hacerse todo lo posible por garantizar que se nombre a la mejor persona para el puesto.

La Sra. HALTON (Australia) se suma a las opiniones expresadas por los miembros representantes de los Estados Unidos, Tonga y el Japón. La principal consideración en la contratación de funcionarios, incluido el Director General, es la capacidad. La OMS es una organización técnica y debe exigir la máxima capacidad. Aunque espera con interés que algún día se elija a un miembro de la Región de África u otra Región mencionada, apoya la postura fundamental enunciada en el Artículo 35 de la Constitución.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) está de acuerdo con el miembro representante de Namibia sobre la falta de condiciones igualitarias. Algunos candidatos no tienen los medios de que disponen otros, pero ello no significa que las regiones carezcan de candidatos con la competencia o integridad necesarias. Una política de rotación significa que se propondría a cierto número de candidatos de una región en particular, se evaluaría su competencia e integridad y se elegiría a la persona más apta para el trabajo en función de criterios específicos. Debe continuar debatiéndose esta cuestión en la próxima Asamblea de la Salud.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) dice que la persona que esté a la cabeza de la OMS debe ser fuerte, competente y carismática. Es reticente a limitar las candidaturas por razones de rotación geográfica; sin embargo, las opiniones de los miembros representantes de Liberia y Namibia implican que se debe seguir examinando el procedimiento de presentación de candidatos y la cuestión de la igualdad de oportunidades.

El Dr. BAILÓN (México) pone en tela de juicio el concepto de rotación y sus repercusiones. ¿Se propondrá solamente a candidatos de determinadas regiones? ¿Tendrán desventaja los candidatos de determinadas regiones? ¿Se aplicará la propuesta en la próxima elección o en una elección posterior? ¿Cómo afectará la rotación geográfica a las prioridades de la Organización, establecidas por los Estados Miembros, y cómo permitirá garantizar la rendición de cuentas de la OMS? La OMS debe poder seleccionar a la mejor persona para el puesto y, si se introduce el principio de la rotación, deben aclararse sus repercusiones.

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que una cuestión tan compleja debe someterse a la Asamblea de la Salud, y observa que el Consejo no ha llegado a un consenso. Mientras tanto, la Secretaría debe estudiar las cuestiones planteadas, en particular las planteadas por el miembro representante de México. Pide también aclaraciones sobre el cargo de Director General Adjunto. ¿Es obligatorio que exista o se debe cubrir a discreción del Director General? y ¿cuál es el proceso de traspaso de poderes en caso de que el Director General quede incapacitado?

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que debe quedar claro que los debates sobre la rotación no han surgido a consecuencia de las recientes elecciones y no tienen relación alguna con sus resultados. Los debates están orientados hacia el futuro en el contexto del proceso de reforma de las Naciones Unidas.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) dice que, aunque la carta de sucesión ha sido aceptada de buena fe, el proceso a seguir en el futuro debe definirse claramente. A fin de aclarar la interpretación del artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, deben resolverse las ambigüedades sobre la definición de «funcionario de más categoría». ¿Es el funcionario de más categoría un funcionario electo o un funcionario nombrado por el Director General? ¿Se define la superioridad de rango jerárquico en función de la edad o del tiempo transcurrido en el cargo? En caso de que el Director General Adjunto no pase a desempeñar las funciones de Director General, los Subdirectores Generales deben clasificarse en función de su rango jerárquico.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en calidad de miembro representante de Bolivia, apoya la propuesta del miembro representante de Kenya. Al elegir a un Director General se añade inevitablemente un elemento político a las consideraciones de calidad, capacidad y región. Si se introdujera la rotación regional, la elección tendría lugar, en gran medida, a nivel regional. Los candidatos de las regiones menos favorecidas deben gozar de mayor exposición a reuniones y conferencias, ya que a menudo el talento de los candidatos de dichas regiones pasa desapercibido. Mediante una participación más eficaz de todas las regiones se evitaría la necesidad de rotación.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico), respondiendo a la cuestión de si el puesto de Director General Adjunto es obligatorio, dice que según el vigente Estatuto del Personal, no hay ninguna obligación de nombrar a un Director General Adjunto. Citando el párrafo 20 del documento EB120/30, dice que el Director General Adjunto ejercerá las funciones de Director General en caso de que la titular quede incapacitada para desempeñar las funciones del cargo o de que el puesto quede vacante, con sujeción a cualquier decisión del Consejo Ejecutivo al respecto.

La DIRECTORA GENERAL dice que, aunque no era obligatorio que ella nombrara a un Director General Adjunto, lo ha hecho lo antes posible después de haber asumido sus funciones, sabiendo que es lo que querían los miembros del Consejo.

Explicando la intención del texto del párrafo 21, recuerda que en su discurso pronunciado en la primera reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud, prometió trabajar incansablemente. Gracias a la tecnología moderna, el personal superior siempre puede contactarla en caso de necesidad, y por tanto continuará dirigiendo la Organización incluso cuando esté ausente de viaje en comisión de servicio o con licencia.

El PRESIDENTE señala que, si el proyecto de resolución debe presentarse a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, el texto debe modificarse para reflejar las ideas planteadas durante el debate.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que no urge someter la cuestión a la Asamblea de la Salud. Las diferencias de opinión son significativas, y la próxima elección de Director General no tendrá lugar hasta dentro de cinco años. La Secretaría debe continuar trabajando en este tema y el Consejo podría examinarlo nuevamente en una reunión futura.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) dice que la cuestión de la sucesión después de una emergencia debe resolverse lo antes posible. Apoya la propuesta enunciada en el párrafo 20 del informe, a saber, que el Director General Adjunto debe desempeñar las funciones de Director General en caso de incapacitación o de vacante en el cargo, hasta que el Consejo Ejecutivo haya tomado una decisión sobre este asunto.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) dice que, independientemente de que este tema se someta al examen de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, debe quedar constancia de las observaciones formuladas por los miembros del Consejo sobre la rotación geográfica, preferiblemente en el proyecto de resolución, y el tema debe plantearse a la Asamblea de la Salud en algún momento.

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que no le convence la justificación expuesta para no examinar este punto en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud. El proyecto de resolución se debe presentar junto con una declaración de que el Consejo ha examinado extensamente la cuestión pero no ha llegado a ninguna conclusión, y de que es preciso seguir trabajando. Así pues, propone que, de acuerdo con las observaciones formuladas por el miembro representante de Liberia, se modifique el párrafo 3 del proyecto de resolución insertando las palabras «así como la cuestión de la rotación regional» después de «prioridades y estrategias».

La DIRECTORA GENERAL señala que el proyecto de resolución que se está examinando es de una resolución del Consejo y no de una resolución que deba presentarse automáticamente a la Asamblea de la Salud. Sin embargo, es prerrogativa del Consejo plantear la cuestión a la Asamblea de la Salud como un punto adicional. Sugiere que los miembros adopten la resolución en la reunión en curso y pidan a la Secretaría que continúe trabajando al respecto. El Consejo podría volver a examinar el punto en una reunión futura, y en ese momento decidir si someterá dicho punto y un proyecto de resolución a la Asamblea de la Salud.

El Dr. NYIKAL (Kenya) toma nota del consejo de la Directora General y propone que se modifique el proyecto de resolución mediante la adición de un nuevo párrafo a fin de indicar que se debe continuar examinando la cuestión de la rotación regional y proporcionar al Consejo más información para debatirla en una reunión futura.

El Dr. SHANGULA (Namibia) pide garantías de que las modificaciones que ha propuesto anteriormente aparecerán en el proyecto de resolución.

Como respuesta, el Sr. BURCI (Asesor Jurídico) pide al miembro representante de Namibia que proponga un texto. La Secretaría ha entendido que se ha llegado a un consenso sobre la cuestión de la rotación geográfica: el Consejo continuará examinando la cuestión y la Secretaría proporcionará más información sobre las repercusiones para proseguir el examen. Sugiere que el nuevo párrafo propuesto por el miembro representante de Kenya rece:

«5. PIDE a la Directora General que informe al Consejo Ejecutivo en su 121ª reunión sobre la rotación geográfica del puesto de Director General, teniendo en cuenta las opiniones expresadas por los miembros del Consejo.»

Refiriéndose a la petición del miembro representante de Namibia de nombramiento obligatorio de un Director General Adjunto, indica que, si hay consenso entre los Estados Miembros, pueden introducirse las modificaciones pertinentes en el Estatuto del Personal. Sin embargo, como sólo la Asamblea de la Salud tiene competencia para ello, no está seguro del significado de incorporar una decisión sobre esa cuestión en una resolución del Consejo Ejecutivo.

El Dr. SHANGULA (Namibia) propone que el texto del nuevo párrafo sugerido por el Asesor Jurídico se incluya en el proyecto de resolución. La opinión del Consejo sobre la necesidad de claridad respecto de los futuros nombramientos y las funciones de Director General Adjunto se debe transmitir a la Asamblea de la Salud, independientemente de que esa opinión se incluye o no en el proyecto de resolución.

Se levanta la sesión a las 13.20 horas.

DÉCIMOTERCERA SESIÓN

Lunes 29 de enero de 2007, a las 14.50 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS: punto 8 del orden del día (continuación)

Director General y Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud: examen de las cuestiones planteadas en la reunión extraordinaria y la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 8.1 del orden del día (documento EB120/30) (continuación)

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) recuerda que, durante el debate enmendado en la sesión precedente con respecto a la versión enmendada del proyecto de resolución contenido en el párrafo 27 del documento EB120/30, se propuso un nuevo párrafo 5. Éste, redactado tras consultas oficiosas con los miembros, diría lo siguiente: «PIDE a la Directora General que informe al Consejo Ejecutivo en su 121ª reunión sobre la rotación geográfica del puesto de Director General y sobre el requisito de nombrar un Director General Adjunto, teniendo en cuenta las opiniones expresadas por los miembros del Consejo».

El PRESIDENTE dice que, si no hay objeciones, entiende que el Consejo desea adoptar el proyecto de resolución en su forma enmendada.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

La OMS y la reforma del sistema de las Naciones Unidas: punto 8.2 del orden del día (documento EB120/31 y Corr.1)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo el informe sobre la reforma del sistema de las Naciones Unidas. En la sala de reuniones se puede encontrar una Nota del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio,² que contiene el informe del Grupo de Alto Nivel sobre la coherencia en todo el sistema de las Naciones Unidas, titulado «Unidos en la acción».

La Sra. HALTON (Australia), quien hace uso de la palabra en calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, dice que ese Comité, según se indica en los párrafos 55 y 56 de su informe (documento EB120/3), ha examinado la reforma del sistema de las Naciones Unidas y ha subrayado la necesidad de que la OMS participe en el proceso. El Comité ha examinado los proyectos piloto destinados a asegurar que las Naciones Unidas actúen de forma unificada, y ha hecho hincapié en la necesidad de evitar la duplicación y asegurar la coordinación de las actividades.

¹ Resolución EB120.R19 y EB120.R19 Corr.1.

² Documento A/61/583.

El Dr. SHANGULA (Namibia), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, pone de relieve la necesidad postergada de reformar las Naciones Unidas. Sus estructuras y operaciones contradicen los principios de la democracia, la transparencia y el buen gobierno. Las reformas propuestas afectarán a la OMS, que debe adoptar una posición estratégica desde el principio.

En la Cumbre Mundial 2005 y en el Grupo de Alto Nivel se formularon recomendaciones con el fin de asegurar la coherencia y la consolidación de las actividades, un mecanismo adecuado de financiación y prácticas de trabajo orientadas a la consecución de resultados. La propuesta de unificar las Naciones Unidas a nivel de país, con un dirigente, un programa, un presupuesto y, donde convenga, una misma oficina, difiere radicalmente de las prácticas vigentes. Es posible que, en el futuro, la OMS tenga que funcionar en un entorno completamente distinto. La Organización debe ser consciente de ello.

Al parecer, algunas de las recomendaciones ya se están poniendo a prueba en algunos Estados Miembros. La Secretaría debe seguir de cerca la evolución y mantener informada a la Asamblea de la Salud. El orador acoge complacido el compromiso de la Directora General con respecto a la participación activa de la OMS en el proceso de reforma.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), quien hace uso de la palabra en nombre de la Presidencia alemana así como de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros, Bosnia y Herzegovina, Noruega, Ucrania y la República de Moldova, acoge complacido el debate. Tomó nota de que la Directora General había asegurado a los miembros que la OMS participaría activamente en la reforma del sistema de las Naciones Unidas. El orador acoge también con beneplácito la actitud favorable de la OMS hacia los ejercicios piloto propuestos en determinados países.

El compromiso de la OMS con la reforma de las Naciones Unidas, especialmente a nivel de país, es decisivo para el desarrollo y en particular para las actividades sanitarias. Son alentadoras su participación en la coordinación del sistema de las Naciones Unidas, su compromiso con la revisión trienal amplia de la política, su aplicación de la resolución WHA58.25 sobre el proceso de reforma de las Naciones Unidas y su papel en la armonización de las actividades operacionales para el desarrollo a nivel de país. El enfoque «país por país» proporciona oportunidades a los organismos de las Naciones Unidas comprometidos a nivel de país, y el orador reconoce los progresos realizados hacia la aplicación de proyectos piloto destinados a asegurar que las Naciones Unidas actúen de forma unificada. El principio de identificación por parte de los países ocupa un lugar central en las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel. Los primeros programas piloto proporcionarán enseñanzas tanto a la OMS como al sistema de las Naciones Unidas. La OMS debe participar en esas actividades piloto y en las iniciativas futuras. El orador espera recibir informes periódicos sobre los progresos realizados y las enseñanzas extraídas.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que la reforma de las Naciones Unidas es una de las principales prioridades de su país. La reforma es crucial si las Naciones Unidas quieren mantenerse fieles a sus ideales y ser idóneas ante los retos y problemas reales. El informe del Grupo de Alto Nivel contiene recomendaciones creativas para reestructurar las operaciones y mejorar los servicios prestados a los países en desarrollo.

La OMS debe comprometerse con los asociados, incluidos otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y la sociedad civil, a fin de eliminar duplicaciones, fortalecer la coherencia y mejorar la prestación de servicios. Su participación en esos esfuerzos es importante para sus propias operaciones y para el sistema en su conjunto.

El Dr. QI Qingdong (China) acoge con beneplácito el informe y los esfuerzos desplegados para reformar las Naciones Unidas, que deben conducir a un aumento de los recursos destinados al desarrollo económico y social y al fortalecimiento de las instituciones. Es preciso tener en cuenta cuatro factores: en primer lugar, la reforma debe llevarse a cabo de forma gradual, con la participación de numerosos organismos; no cabe esperar beneficio alguno si se establecen plazos arbitrarios; en segundo lugar, debe haber un consenso entre todas las partes, en particular los países en desarrollo; en tercer lugar, las reformas deben conducir a un aumento de los recursos financieros y mejorar la eficiencia del sistema, si bien no deben

interferir en el mandato de organismos especializados tales como la OMS. Será necesario definir la nueva relación de la OMS con otras organizaciones internacionales, su autonomía en la aplicación de los proyectos, y la utilización de los fondos. En cuarto y último lugar, las reformas deben respetar las situaciones de los distintos países.

El orador acoge complacido los proyectos piloto que se están aplicando actualmente. Deben llevarse a cabo reformas efectivas si la OMS quiere adaptarse a la evolución de la situación sanitaria.

El Sr. RABGYE (suplente del Dr. Wangchuk, Bhután) expresa su apoyo a la reforma de las Naciones Unidas y está de acuerdo con las conclusiones del informe de la Secretaría. Es esencial que se mantengan y se aprovechen las mejores prácticas de cooperación satisfactoria a nivel nacional.

El informe del Grupo de Alto Nivel aún no se ha examinado oficialmente en un plano intergubernamental, y no debe prejuzgarse acerca de los proyectos piloto ni los esfuerzos de reforma. Todas las partes se proponen crear un sistema más eficiente y proporcionar servicios más eficaces.

Los organismos gubernamentales y otros asociados, que no necesariamente están familiarizados con las complejidades de la gestión internacional, no siempre comprenden bien la función que desempeñan los Coordinadores Residentes. Los Representantes de la OMS pueden dar a conocer mejor la relación de su labor con la de los equipos de país de las Naciones Unidas.

El Dr. BAILÓN (México) apoya la participación de la OMS en el proceso de reforma de las Naciones Unidas. Una mejor coordinación entre los diferentes organismos mediante un enfoque integrado en los países permitirá que las contribuciones se utilicen de forma más eficiente y facilitará la evaluación. El orador hace suyas las opiniones expresadas por el miembro representante de Portugal, incluida la solicitud de información periódica sobre los proyectos piloto en los que participe la OMS.

La Sra. HALTON (Australia) hace hincapié en el compromiso de su Gobierno con la reforma de las Naciones Unidas y encomia la participación de la OMS en los proyectos piloto propuestos. Las reformas internas y las nuevas formas de colaboración mejorarán la prestación de asistencia por parte de la Organización.

El PRESIDENTE, quien hace uso de la palabra en calidad de miembro representante de Bolivia y hace suyas las opiniones de los miembros representantes de Australia y México, dice que los proyectos piloto pueden ofrecer la oportunidad de que la OMS asuma el liderazgo en lo concerniente a las cuestiones sanitarias.

El Sr. MARTIN (Suiza)¹ encomia el compromiso de la Organización con el proceso de reforma y la participación en los proyectos piloto. Ese enfoque, junto con la participación de la OMS en algunas actividades preliminares llevadas a cabo en Mozambique, está en consonancia con compromisos incorporados en la resolución WHA58.25, tales como el de revisión trienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales para el desarrollo del sistema de las Naciones Unidas. La Secretaría debe mantener a los Estados Miembros informados sobre los progresos realizados en el marco de los proyectos piloto, así como sobre las enseñanzas extraídas.

La DIRECTORA GENERAL reafirma que la OMS participará activamente en el proceso de reforma de las Naciones Unidas a fin de asegurar que los Estados Miembros obtengan los mayores beneficios de los resultados cosechados a nivel colectivo. Informará al Consejo periódicamente sobre los progresos realizados en los proyectos piloto y las enseñanzas extraídas. Si el Consejo aprueba el orden del día provi-

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

sional que figura en el documento EB120/32, el primer informe se podría presentar a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

El Consejo toma nota del informe.

Informes de los comités del Consejo Ejecutivo: punto 8.3 del orden del día

- **Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales** (documentos EB120/41 y EB120/41 Add.1)

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia), quien hace uso de la palabra en nombre del Presidente del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, dice que el Comité examinó las solicitudes de establecimiento de relaciones oficiales con la OMS presentadas por varias organizaciones no gubernamentales, así como los informes relativos a 80 organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la Organización. El Comité expresó reconocimiento por la labor de las organizaciones solicitantes y de aquellas cuyas actividades se examinarán. También examinó la participación de organizaciones no gubernamentales en el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual. En la sección IV del informe figuran las recomendaciones del Comité, plasmadas en un proyecto de resolución y dos proyectos de decisión.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) indica que, cuando se examinó la participación de las organizaciones no gubernamentales en el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, la intención no era sólo aumentar la participación de las mismas, sino también alentar a la Directora General a tener en cuenta la participación de expertos que puedan contribuir a la labor del Grupo.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo desea adoptar el proyecto de resolución y los dos proyectos de decisión contenidos en el documento EB120/41.

Se adoptan la resolución y las dos decisiones.¹

- **Fundaciones y premios**

Adjudicación del Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de la Fundación Dr. A. T. Shousha, adjudica el Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha correspondiente a 2007 al Dr. Nabil Kronfol (Líbano) por su destacada contribución al desarrollo de la salud pública en la Región del Mediterráneo Oriental. El galardonado recibirá una suma en dólares de los Estados Unidos de América equivalente a 2500 francos suizos.²

¹ Resolución EB120.R20 y decisiones EB120(2) y EB120(3).

² Decisión EB120(4).

Adjudicación del Premio de la Fundación Léon Bernard

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de la Fundación Léon Bernard, adjudica el Premio de la Fundación Léon Bernard correspondiente a 2007 al Dr. Than Tun Sein (Myanmar) por sus destacados servicios en el campo de la medicina social. El galardonado recibirá una medalla de bronce y la suma de 2500 francos suizos.¹

Adjudicación del Premio de la Fundación Ihsan Dogramaci para la Salud de la Familia

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de Selección de la Fundación Ihsan Dogramaci para la Salud de la Familia, adjudica el Premio de la Fundación Ihsan Dogramaci para la Salud de la Familia correspondiente a 2007 conjuntamente a la Sra. Mehriban Aliyeva (Azerbaiyán) y a la Maestra Guillermina Natera Rey (México) por sus contribuciones en el campo de la salud de la familia. Las galardonadas recibirán, cada una, la suma de US\$ 10 000.²

Además, el Consejo toma nota de la decisión del Comité de revisar el artículo 5 de los Estatutos de la Fundación Ihsan Dogramaci para la Salud de la Familia.

Adjudicación del Premio Sasakawa para la Salud

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de Selección del Premio Sasakawa para la Salud, adjudica el Premio Sasakawa para la Salud correspondiente a 2007 al Dr. José Antonio Socrates (Filipinas) por sus destacados e innovadores trabajos en materia de desarrollo sanitario. El galardonado recibirá la suma de US\$ 30 000.³

Adjudicación del Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de Selección de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud, adjudica el Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud correspondiente a 2007 a la Fundación Bill y Melinda Gates (Estados Unidos de América) por sus destacadas contribuciones al desarrollo sanitario. El galardonado recibirá la suma de US\$ 40 000.⁴

Adjudicación del Premio del Estado de Kuwait para Investigaciones sobre Promoción de la Salud

Decisión: El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de Selección de la Fundación del Estado de Kuwait para la Promoción de la Salud, decide no adjudicar en 2007 el Premio del Estado de Kuwait para Investigaciones sobre Promoción de la Salud.⁵

¹ Decisión EB120(5).

² Decisión EB120(6).

³ Decisión EB120(7).

⁴ Decisión EB120(8).

⁵ Decisión EB120(9).

Orden del día provisional de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud y fecha y lugar de celebración de la 121ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 8.4 del orden del día (documento EB120/32)

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que la propuesta de orden del día provisional que figura en el anexo 1 del informe se ha preparado antes de la reunión en curso del Consejo. Según las deliberaciones del Consejo habidas hasta la fecha, el punto «Salud bucodental» debe añadirse bajo el punto 12, Asuntos técnicos y sanitarios. El orador propone incluirlo entre los puntos 12.8 y 12.9 existentes. El subpunto «Salud pública, innovación y propiedad intelectual: progresos realizados por el Grupo de Trabajo Intergubernamental (resolución WHA59.24)» no debe figurar bajo el actual punto 12.19, «Informes sobre los progresos realizados en asuntos técnicos y sanitarios», sino como punto independiente que el orador propone añadir a continuación del punto 12.18 existente. Se debe suprimir el punto 12.18, «Contribución de la medicina tradicional a la salud pública: la hoja de coca».

Propone asimismo modificar dos títulos: el punto 12.11 se titularía «Incorporación del análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia», y el punto 12.17 quedaría como «Tecnologías sanitarias». En respuesta a una petición de un miembro del Consejo formulada esta misma mañana, el actual punto 12.16 se dividiría en dos partes, a saber: «Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos», seguido de «Mejora de los medicamentos destinados a los niños». Aunque la fecha precisa se confirmará antes del inicio de la Asamblea de la Salud, está previsto que el punto 3, «Orador invitado» se aborde en la mañana del martes 15 de mayo en lugar del lunes 14 de mayo.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) pregunta si no sería más conveniente que los puntos 12.7, «Estrategias e intervenciones de base fáctica para disminuir los daños relacionados con el alcohol», y 12.9, «Medidas encaminadas a la cobertura universal de las intervenciones sobre salud de la madre, del recién nacido y del niño: informe bienal», figuren bajo el punto 12.19, «Informe sobre los progresos realizados en asuntos técnicos y sanitarios». Esto sería más coherente con los requisitos establecidos en las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que a fin de responder a la petición que figura en el párrafo 2(4) de la resolución WHA58.26, es decir: «que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud sobre las estrategias e intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir los daños relacionados con el alcohol, incluyendo una evaluación completa de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol», se ha incorporado el punto 12.7 como punto independiente en Asuntos técnicos y sanitarios. Ese punto no se presentó al Consejo porque se espera que el grupo de expertos convocado presente su informe a la Directora General; éste no se limitará a los progresos realizados. El orador está de acuerdo en que, en teoría, el punto 12.9 puede figurar entre los informes sobre los progresos realizados, pero los informes bienales suelen dar lugar a una resolución o decisión y a la adopción de medidas. Por esta razón se ha incluido entre los puntos que darán lugar a una intervención.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) acoge complacido la aclaración, pero considera que la Secretaría está anticipando lo que los Estados Miembros vayan a elegir. Con respecto al punto 12.9, indica que en el párrafo 2(8) de la resolución WHA58.31 se pide que se informe sobre los progresos realizados; por lo tanto, este punto debe figurar donde corresponde, al menos en el orden del día provisional.

El Dr. NYIKAL (Kenya) pregunta si el punto «Salud pública, innovación y propiedad intelectual: progresos realizados por el Grupo de Trabajo Intergubernamental (resolución WHA59.24)», actualmente propuesto como nuevo punto 12.18 del orden del día, puede adelantarse. El orador prevé un largo debate, y considera que sería mejor examinar ese tema lo antes posible.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que los puntos se han agrupado siguiendo un orden lógico. El orden en que se examinen puede ajustarse a petición de los Estados

Miembros; la Mesa de la Asamblea en su primera sesión, que se celebrará el lunes 14 de mayo, decidirá sobre el orden de los trabajos, y la Comisión A confirmará después esa decisión.

El Dr. NYIKAL (Kenya) pregunta por qué en el orden del día provisional no se menciona el informe sobre la rotación geográfica en el puesto de Director General y sobre el requisito de nombrar a un Director General Adjunto.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) recuerda que la resolución que acaba de adoptar el Consejo sobre ese tema indica que el informe se presentará al Consejo Ejecutivo en su 121ª reunión, que tendrá lugar inmediatamente después de la Asamblea de la Salud.

El Dr. NYIKAL (Kenya) recuerda que la Directora General ha dicho que los Estados Miembros pueden plantear esa cuestión durante la Asamblea de la Salud, si así lo desean. El orador pide que se aclare la manera en que la pueden plantear.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que, si los Estados Miembros así lo desean, la cuestión puede incluirse en el orden del día de la Asamblea de la Salud.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) dice que el Consejo acaba de decidir que examinará el nombramiento de Director General Adjunto y la rotación geográfica en el puesto de Director General en su 121ª reunión. Si se está proponiendo que, en lugar de ello, sea la Asamblea de la Salud quien examine una o ambas cuestiones, el Consejo deberá decidir si desea reconsiderar su decisión anterior.

El Sr. ABOUBAKER (suplente de Sr. Miguil, Djibouti) expresa su apoyo a la inclusión de la cuestión relativa a la rotación en el puesto de Director General en el orden del día de la Asamblea de la Salud. El orador pregunta si el Consejo, efectivamente, si así lo desea, puede tomar una decisión al respecto.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) pide que el punto 12.7 «Estrategias e intervenciones de base fáctica para disminuir los daños relacionados con el alcohol» se mantenga en el lugar que ocupa en el orden del día. Es necesario que la cuestión se examine en profundidad en la Asamblea de la Salud, con la posibilidad de adoptar una resolución, que se haga hincapié en las consecuencias del uso nocivo del alcohol en la salud pública y que se pongan de relieve las recientes actividades de la OMS en esa esfera.

La Dra. SMITH (Dinamarca) hace suyas las observaciones formuladas por el miembro representante de Eslovenia. Es obligado entablar un debate sobre la cuestión, de conformidad con lo previsto en la resolución WHA58.26. De forma análoga, el punto 12.9 debe mantenerse como punto independiente en el marco de los Asuntos técnicos y sanitarios, conforme a la práctica habitual.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) está de acuerdo con los dos oradores anteriores en lo que respecta al punto 12.7: hay que tener en cuenta la reunión del grupo de expertos; se podría presentar a la Asamblea de la Salud un proyecto de resolución sobre la cuestión.

El punto 12.9 no debe alterarse en modo alguno, dada la importancia de la cuestión relativa a la salud de la madre, del recién nacido y del niño de cara al cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que, al pedir aclaraciones con respecto al punto 12.7, su intención no ha sido sugerir que la cuestión deba trasladarse al punto 12.19, «Informes sobre los progresos realizados», ni que el punto 12.7 deba suprimirse. A su entender, hay consenso en el sentido de que el orden del día provisional no debe modificarse al respecto.

El orador también ha pedido aclaraciones con respecto al punto 12.9 porque en la resolución WHA58.31 se pide al Director General que presente a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre los progresos realizados pero ha aceptado la explicación facilitada por la Secretaría.

El Dr. SHANGULA (Namibia) observa que las deliberaciones de la Asamblea de la Salud, en particular en la Comisión A, suelen prolongarse más de lo previsto, y pregunta si se puede mejorar la eficiencia de la Asamblea de la Salud sin que por ello se deje de examinar debidamente el extenso orden del día.

El PRESIDENTE responde que el problema puede atribuirse en parte a que los delegados formulan prolijas declaraciones sobre la situación de sus países con respecto a cuestiones tales como los informes sobre los progresos realizados, para las que no se requiere tanta información. Si los países desean proporcionar información detallada sobre sus actividades, tal vez podrían facilitarla por escrito en lugar de hacerlo en sus declaraciones a la Asamblea de la Salud.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) confirma que no ha habido petición alguna de trasladar el punto 12.7, por lo que éste permanecerá en el lugar que ocupa desde el principio en el orden del día provisional. Al parecer, el sentir general de la reunión es que el punto 12.9 también debe permanecer en Asuntos técnicos y sanitarios.

En respuesta al miembro representante de Namibia, el orador dice que, como puede verse en el calendario diario preliminar que figura en el anexo 2 del documento EB120/32, se ha previsto que tanto la Comisión B como la Comisión A examinen el punto 12 hacia el final de la Asamblea de la Salud, y la Mesa de la Asamblea, durante su examen de la marcha de los trabajos, decidirá en consecuencia.

El Dr. SHANGULA (Namibia) reitera sus preocupaciones con respecto a la eficiencia de la Asamblea de la Salud, en particular en la Comisión A, y sugiere que, en beneficio de los Estados Miembros, se elaboren directrices sobre la formulación de declaraciones en las comisiones a fin de asegurar que no se pierda el tiempo.

El Dr. GWENIGALE (Liberia), haciendo suya esa observación, pide que dichas directrices se faciliten a los Estados Miembros con anticipación a la Asamblea de la Salud para ayudarlos en la preparación de sus declaraciones escritas.

El PRESIDENTE dice que, a falta de otras observaciones adicionales, entiende que el Consejo desea adoptar el proyecto de decisión contenido en el párrafo 3 del documento EB120/32, incluidas las enmiendas convenidas del orden del día provisional, que se distribuirá a los Estados Miembros de conformidad con lo previsto en el artículo 4 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud.

Se adopta la decisión.¹

El PRESIDENTE entiende que, el Consejo desea que su 121ª reunión se celebre del 24 al 26 de mayo de 2007 en la sede de la OMS, en Ginebra.

Decisión: El Consejo Ejecutivo decide que su 121ª reunión se celebre en la sede de la OMS, Ginebra, a partir del jueves 24 de mayo de 2007, y que se clausure a más tardar el sábado 26 de mayo de 2007.²

¹ Decisión EB120(10).

² Decisión EB120(11).

2. ASUNTOS PARA INFORMACIÓN: punto 9 del orden del día

Comités de expertos y grupos de estudio: punto 9.1 del orden del día (documentos EB120/33 y EB120/34)

El PRESIDENTE señala a la atención de los presentes el documento EB120/34 e indica que, desde 2006, la composición de los cuadros de expertos no se ha modificado.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) expresa preocupación por la disparidad entre los sexos en la composición de los cuadros de expertos.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América), refiriéndose al informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, dice que, si bien mejorar el acceso a las drogas sujetas a control y promover su uso racional son objetivos loables, tal vez no sea adecuado que el Comité extienda sus funciones, en particular si conducen a una desviación de recursos, ya que su cometido principal consiste en examinar la información sobre las sustancias psicoactivas y evaluar la necesidad de someterlas a fiscalización internacional. El orador indica también que el Comité se reunió en marzo de 2006, pero su 34º informe (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 942) se ha publicado hace tan sólo unos días. Resulta inaceptable esa prolongada demora en la publicación del informe de un comité de expertos.

El Comité ha decidido que no se recomiende modificación alguna con respecto a la inclusión de la buprenorfina en las listas, y el orador encomia esa decisión. Sin embargo, no puede apoyar la propuesta de transferir el dronabinol de la Lista II a la Lista III del Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas.

El PRESIDENTE coincide en que los informes de los comités de expertos deben publicarse con prontitud y dice que, no habiendo observaciones adicionales, entiende que el Consejo desea dar las gracias a los expertos que han participado en las reuniones y tomar nota del informe contenido en el documento EB120/33.

Así queda acordado.

Informes sobre los progresos realizados: punto 9.2 del orden del día (documentos EB120/35, EB120/35 Add.1 y Corr.1)

A. Promoción del envejecimiento activo y saludable (resolución WHA58.16)

El Sr. FRANCO BERBERT (suplente del Dr. Buss, Brasil) dice que el envejecimiento de la población es un problema importante en el Brasil, y reafirma su apoyo a la aplicación de la resolución WHA58.16.

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) indica que en su país la población también está envejeciendo y reafirma asimismo el apoyo a la aplicación de la resolución WHA58.16.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) acoge complacido el informe sobre los progresos realizados. Lamentablemente, el programa Envejecimiento y ciclo de vida sólo contaba con dos personas, una de las cuales ya se ha jubilado y la otra lo hará más adelante en 2007. Por lo tanto, insta a la Directora General a que asegure una adecuada dotación de personal para ese programa.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) conviene en la necesidad de recursos humanos y financieros adecuados para la esfera del envejecimiento saludable, que ha recibido una de las asignaciones más exiguas en el anteproyecto de presupuesto por programas 2008-2009.

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) hace hincapié en la participación de la comunidad en el envejecimiento saludable.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) hace suyas las declaraciones formuladas por los miembros representantes de Portugal y de los Estados Unidos y dice que la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles requieren más recursos a fin de abordar los problemas asociados con el envejecimiento de la población.

El PRESIDENTE, quien hace uso de la palabra en su calidad de miembro representante de Bolivia, comparte las preocupaciones expresadas. Los beneficios del aumento de la esperanza de vida van acompañados inevitablemente de un aumento de los problemas relacionados con el envejecimiento, tanto por lo que se refiere a la salud física como a la salud mental. Mientras que, antiguamente, en algunas sociedades las personas de edad eran respetadas por su sabiduría y experiencia, actualmente se tiende a considerarlas como una carga. Para evitar un empeoramiento de los problemas de salud mental de las personas de edad, éstas deben mantener un papel claro en la sociedad.

El Consejo toma nota del informe sobre los progresos realizados.

C. Problemas de salud pública provocados por el uso nocivo del alcohol (resolución WHA58.26)

El PRESIDENTE dice que, no habiendo observaciones, entiende que el Consejo desea tomar nota del informe sobre los progresos realizados con respecto a la aplicación de la resolución WHA58.26.

Así queda acordado.

D. Preparación y respuesta frente a emergencias (resolución WHA59.22)

El PRESIDENTE dice que, no habiendo observaciones, entiende que el Consejo desea tomar nota del informe sobre los progresos realizados con respecto a la aplicación de la resolución WHA59.22.

Así queda acordado.

E. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA (resolución WHA59.12)

El PRESIDENTE dice que, no habiendo observaciones, entiende que el Consejo desea tomar nota del informe sobre los progresos realizados con respecto a la aplicación de la resolución WHA59.12.

Así queda acordado.

G. Informe mundial sobre la violencia y la salud: aplicación de las recomendaciones

El Consejo toma nota del informe sobre los progresos realizados.

H. Red de Sanimetría

El Sr. ABOUBAKER (suplente del Sr. Miguil, Djibouti) encomia a la Organización por los esfuerzos que ha desplegado para fortalecer los sistemas de información sanitaria mediante la Red de Sanimetría,

y se muestra sorprendido por el hecho de que ninguno de los países de la Región del Mediterráneo Oriental esté representado en el Consejo de la Red. Esa situación debe rectificarse.

El PRESIDENTE dice que, no habiendo observaciones adicionales, entiende que el Consejo desea tomar nota del informe sobre los progresos realizados con respecto a la Red de Sanimetría.

Así queda acordado.

I. Prevención y control del cáncer (resolución WHA58.22): cáncer cervicouterino

El PRESIDENTE dice que, no habiendo observaciones, entiende que el Consejo desea tomar nota del informe sobre los progresos realizados con respecto a la aplicación de la resolución WHA58.22.

Así queda acordado.

J. Reducción de la mortalidad mundial por sarampión

El PRESIDENTE dice que, no habiendo observaciones, entiende que el Consejo desea tomar nota del informe sobre los progresos realizados con respecto a la aplicación de la resolución WHA56.20.

Así queda acordado.

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) observa que, en 2006, se adoptó una resolución sobre la prevención de la ceguera (resolución WHA59.25) y pregunta si se puede facilitar al Consejo un informe sobre los progresos realizados en relación con ese tema.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) dice que la resolución WHA59.25 no incluye ningún requisito específico sobre presentación de informes. En respuesta a una pregunta del Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq), dice que no es posible añadir más informes sobre los progresos realizados al orden del día de la reunión en curso del Consejo, puesto que ya se ha adoptado.

3. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Proyectos de resolución cuyo examen ha sido aplazado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo: punto 4.12 del orden del día (continuación)

- **Tecnologías sanitarias esenciales** (documentos EB120/13 y EB120/13 Add.1) (continuación de la duodécima sesión, sección 3)

El PRESIDENTE invita al Consejo a examinar el proyecto de resolución revisado sobre «tecnologías sanitarias», que dice lo siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre tecnologías sanitarias ~~esenciales~~,¹

¹ Documento EB120/13.

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:¹

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre tecnologías sanitarias ~~esenciales~~;

~~Entendiendo por tecnología sanitaria esencial todo dispositivo (físico, biológico o químico), procedimiento o servicio creado para resolver problemas de salud, que se considera esencial cuando reposa en pruebas científicas, es eficaz en relación con su costo y responde a necesidades prioritarias de salud pública;~~

Reconociendo que las tecnologías sanitarias proporcionan a los dispensadores de atención de salud herramientas indispensables para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar con eficacia y eficiencia y para que puedan cumplirse los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Entendiendo que las tecnologías sanitarias plantean un reto económico y técnico a los sistemas de salud de muchos Estados Miembros, y preocupada por el desaprovechamiento de recursos que suponen las inversiones inadecuadas en tecnologías sanitarias que no responden a las necesidades más prioritarias, son incompatibles con las infraestructuras existentes, se utilizan de manera irracional o incorrecta o no funcionan eficazmente;

Reconociendo que los Estados Miembros y los donantes tienen necesidad de contener la escalada de costos, definiendo para ello un orden de prioridad en la selección y adquisición de tecnologías sanitarias en función de sus efectos sobre la carga de morbilidad, y también de velar por un uso eficaz de los recursos mediante procesos adecuados de planificación, evaluación, adquisición y gestión,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que recopilen, verifiquen, actualicen e intercambien información sobre tecnologías sanitarias ~~que ayude a elaborar una lista científicamente fundamentada de tecnologías sanitarias esenciales~~, a modo de instrumento auxiliar para su jerarquización de las necesidades y asignación de recursos;

2) a que formulen, **si procede**, estrategias y planes nacionales para la implantación de sistemas de evaluación, adquisición y gestión de tecnologías sanitarias;

3) a que elaboren directrices nacionales sobre prácticas adecuadas de fabricación y reglamentación, instituyan sistemas de vigilancia y otras medidas para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los dispositivos médicos, adquiridos o donados, y contribuyan a la lucha contra la falsificación de dispositivos sanitarios;

4) a que establezcan **si es necesario centros de excelencia institutos de sobre** tecnologías sanitarias de ámbito regional y nacional, **y a que** colaboren y creen alianzas con los dispensadores de atención de salud, la industria, asociaciones de pacientes y organizaciones de carácter profesional, científico y técnico;

2. PIDE a la Directora General:

1) que ~~establezca un comité de expertos en tecnologías sanitarias para~~ **participe con los Estados Miembros y los centros colaboradores de la OMS** en la elaboración **de directrices e instrumentos relacionados con** las ~~que ayude a confeccionar y mantener una lista OMS de~~ tecnologías sanitarias ~~esenciales~~;

¹ En el documento EB120/13 Add.1 se exponen las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

- 2) que, **si es necesario**, preste apoyo a los Estados Miembros en la creación de mecanismos para evaluar las necesidades del país en materia de tecnologías sanitarias ~~esenciales~~ y para garantizar que estén disponibles y sean utilizadas;
- 3) que, **si es necesario**, proporcione a los Estados Miembros asesoramiento y apoyo técnicos en la aplicación de políticas ~~nacionales~~ sobre tecnologías sanitarias ~~esenciales~~;
- 4) ~~que designe como centros colaboradores de la OMS a centros de excelencia que presten asesoramiento sobre normas, patrones y directrices referentes a las tecnologías sanitarias esenciales;~~
- 5) que trabaje de consuno con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, instituciones universitarias y órganos profesionales para apoyar a los Estados Miembros en la jerarquización, selección y utilización de tecnologías sanitarias ~~esenciales~~;
- 6) 5) que informe de la aplicación de la presente resolución a la 62ª Asamblea Mundial de la Salud.

El Dr. BAILÓN (México) señala a la atención de los presentes una discrepancia entre las versiones inglesa y española al principio del párrafo 2(5).

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) pregunta si entre los dispositivos médicos «donados» a que se refiere el párrafo 1(3) se incluirán, o se deberían incluir, los dispositivos nuevos que han de estar sujetos a procesos normativos. El orador propone que, en el párrafo 2(1), se especifique que la elaboración de directrices e instrumentos relacionados con las tecnologías sanitarias debe llevarse a cabo «de forma transparente y sobre la base de datos probatorios».

La Sra. PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) acoge complacida la fusión de los párrafos 2(1) y 2(4), si bien sugiere que en el párrafo 2(1) se inserte la palabra «interesados» a continuación de «centros colaboradores de la OMS», así como las palabras «, con inclusión de normas y patrones,» antes de «relacionados con las tecnologías sanitarias».

El Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq) considera que la frase «y contribuyan a la lucha contra la falsificación de dispositivos sanitarios» del párrafo 1(3) sigue siendo ambigua, y que el verbo «contribuyan» no es lo bastante contundente. Por lo tanto, se requiere una enmienda o aclaración a fin de reflejar la idea de que se deben aplicar normas y desplegar esfuerzos efectivos a ese respecto.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina de la Directora General) da lectura a las enmiendas propuestas al párrafo 2(1), que dirá lo siguiente «que participe, con los Estados Miembros y centros colaboradores de la OMS interesados, en la elaboración, de forma transparente y sobre la base de datos probatorios, de directrices e instrumentos, con inclusión de normas y patrones, relacionados con las tecnologías sanitarias».

El Dr. ZUCKER (Subdirector General) dice que la expresión «dispositivos médicos, adquiridos o donados,» no hace referencia a los dispositivos nuevos proporcionados por los fabricantes, sino a todos los dispositivos de dominio público.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) pregunta si no sería preferible suprimir la expresión «adquiridos o donados».

La Dra. CAMPBELL FORRESTER (suplente de la Dra. Allen-Young, Jamaica) propone mantener la palabra «donados» y sustituir «la falsificación de dispositivos sanitarios» por «los dispositivos sanitarios en desuso».

El Dr. GWENIGALE (Liberia) dice que la palabra «falsificación» debe reforzarse con la expresión «en desuso»; con frecuencia, los dispositivos en desuso van a parar a destinatarios desprevenidos.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) pregunta por qué se incluyó inicialmente en ese párrafo la referencia a la «falsificación» de dispositivos, un concepto relacionado con las patentes y los derechos de autor. Además, no entiende por qué deba prohibirse la utilización de dispositivos «en desuso» a los países que quieren utilizarlos y que los acondicionen.

El Dr. BAILÓN (México) propone que el párrafo finalice con la expresión «adquiridos o donados», y que por tanto se suprima la frase «y contribuyan a la lucha contra la falsificación de dispositivos sanitarios». De ese modo no se debilitaría el espíritu de la resolución, y los detalles específicos podrían abordarse más adelante en el contexto de reuniones técnicas.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) recuerda que, al abordar la misma cuestión en la sesión anterior, la Directora General se refirió a tres esferas de interés que quedaron reflejadas en anteriores versiones del proyecto de resolución, sobre las que seguirá trabajando la Secretaría. El orador pide la confirmación de que se presentará un informe sobre esa labor adicional a la reunión del Consejo de mayo de 2007.

La DIRECTORA GENERAL dice que el debate sobre el punto 14.12 del orden del día ha puesto de manifiesto tres esferas de interés con respecto al proyecto de resolución, una de las cuales se ha abordado suprimiendo la palabra «esenciales» del título de la resolución. Hay que seguir trabajando para resolver las otras dos cuestiones, a saber, el alcance de las tecnologías sanitarias y la elaboración de una lista de las mismas. A tal fin, se establecerá un grupo de expertos y Estados Miembros interesados, con la finalidad de preparar un informe que se presentará a la Asamblea de la Salud junto con la resolución que acaba de adoptarse.

El Sr. HOHMAN (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) hace hincapié en que el Consejo debe examinar los resultados de toda labor adicional antes de que el informe se presente a la Asamblea de la Salud.

La DIRECTORA GENERAL confirma que, con arreglo al procedimiento, el Consejo tendrá que examinar un informe revisado antes de que se presente a la Asamblea de la Salud. La Secretaría celebrará consultas con los miembros del Consejo por medios electrónicos con el fin de ultimar las cuestiones a tiempo para presentar el informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2007. De no hacerlo, la cuestión se incluirá en el orden del día de la 121ª reunión del Consejo. Sin embargo, teniendo en cuenta que el Consejo acaba de aprobar el orden del día provisional de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, incluido un punto sobre tecnologías sanitarias, tal vez sea posible modificar debidamente el informe que figura en el documento EB120/13 a fin de eliminar cualesquiera referencias a las esferas de interés pendientes, y presentarlo a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud junto con la resolución que acaba de adoptarse.

¹ Resolución EB120.R21.

4. CLAUSURA DE LA REUNIÓN: punto 10 del orden del día

El Dr. SADASIVAN (Singapur), apoyado por el Sr. HIWAL (suplente del Dr. Al-Eissawi, Iraq), invita al Consejo a que reflexione sobre la posibilidad de aumentar su productividad utilizando la tecnología de la información de forma más eficiente. La provisión de monitores individuales en la sala del Consejo Ejecutivo permitirá que los cambios en la redacción de las resoluciones se muestren en pantalla a medida que vayan proponiéndose, lo que reducirá las demoras que conlleva la preparación de versiones revisadas en papel. La disponibilidad de las comunicaciones de banda ancha permitirá que las declaraciones presentadas por escrito se distribuyan digitalmente a todos los miembros.

La DIRECTORA GENERAL dice que la primera reunión del Consejo a la que ha asistido en calidad de Directora General ha sido instructiva y estimulante. Puede que los miembros hayan manifestado opiniones diversas sobre las cuestiones que están sobre la mesa, pero se han mostrado unidos al reconocer la responsabilidad común de la Organización.

Uno de los puntos más destacados ha sido la oferta de apoyo a las regiones donde la poliomielitis sigue siendo endémica por parte de los tres Directores Regionales de las regiones libres de esa enfermedad. Éste es un ejemplo de que la OMS puede actuar unitariamente. La voluntad férrea demostrada en la lucha contra la poliomielitis debe aplicarse también a otros problemas de salud pública no resueltos. La Directora General ha señalado, en particular, las preocupaciones sobre la falta de progresos con respecto a la mejora del acceso a la atención esencial, y ha adaptado en consecuencia su forma de pensar.

La documentación para la 60ª Asamblea Mundial de la Salud se revisará a la luz de las observaciones formuladas por los miembros, en particular las recomendaciones sobre el contenido y el formato del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, así como sobre la simplificación de sus objetivos estratégicos. La documentación se habrá entregado para el 29 de marzo de 2007. La disciplina presupuestaria se aplicará al proyecto de presupuesto por programas 2008-2009.

Proseguirá la labor relativa a la salud pública, innovación y propiedad intelectual, según se describe en el documento EB120/INF.DOC./5. Se adoptarán medidas a fin de asegurar una representación equilibrada en lo que respecta a la situación geográfica de los países y las opiniones de los expertos. Se entablará una consulta por medios electrónicos sobre la salud de los trabajadores y, en las dos próximas semanas, se enviará a los Estados Miembros una circular donde se describirá el procedimiento. El informe sobre tecnologías sanitarias se revisará y se presentará a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud para que lo examine junto con la resolución EB120.R21, cuya adopción se recomendaba a la Asamblea de la Salud.

Tras el habitual intercambio de formulas de cortesía, el PRESIDENTE declara clausurada la 120ª reunión.

Se levanta la sesión a las 17.15 horas.
