



ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA PRIMERA SESION

Sede de la OMS, Ginebra
Lunes, 17 de enero de 1994, a las 9.30 horas

Presidente: Profesor M. E. CHATTY

INDICE

	Página
1. Apertura de la reunión	2
2. Adopción del orden del día	2
3. Programa de trabajo	2
4. Declaración del Director General	3
5. Informes de los Directores Regionales sobre acontecimientos regionales de importancia, incluidos los asuntos tratados por los comités regionales	7

Nota

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

Las rectificaciones que se desee incluir en la versión **definitiva** deberán entregarse por escrito al Oficial de Conferencias o enviarse al Servicio de Actas (despacho 4113, sede de la OMS) antes de que termine la reunión. También se pueden enviar al Jefe de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, antes del 11 de marzo de 1994.

El texto definitivo se publicará en el documento EB93/1994/REC/2: Consejo Ejecutivo, 93ª reunión: **Actas resumidas**.

PRIMERA SESION

Lunes, 17 de enero de 1994, a las 9.30 horas

Presidente: Profesor M. E. CHATTY

1. APERTURA DE LA REUNION: punto 1 del orden del día provisional

El PRESIDENTE declara abierta la 93ª reunión del Consejo Ejecutivo y da la bienvenida a los participantes, entre los que figuran varios miembros de reciente designación.

2. ADOPCION DEL ORDEN DEL DIA: punto 2 del orden del día provisional (documento EB93/1)

El PRESIDENTE indica que deben suprimirse los puntos 14, 15 y 18.2 del orden del día provisional, que figura en el documento EB93/1. Respecto al punto 10 (Examen y evaluación de programas específicos: enfermedades no transmisibles), recuerda que el Consejo había recomendado en su 91ª reunión que se revisaran a fondo en la reunión actual las actividades realizadas por la OMS para combatir las enfermedades no transmisibles. En su 19ª reunión, el Comité del Programa había acogido favorablemente la idea de someter a ensayo la nueva metodología para el examen de programas descrita en el documento EB93/11/Add.6, que trata del desarrollo y la gestión de programas y, más concretamente, en su sección II, que se ocupa del examen de los programas por subgrupos del Consejo Ejecutivo. En consecuencia, se sugiere que, según lo recomendado por el Comité del Programa, se examinen también en el punto 10 las enfermedades diarreicas y las infecciones agudas de las vías respiratorias, así como la salud de la familia y de la comunidad (componentes de la salud de la madre y el niño, con inclusión de la planificación familiar, y la salud de los adolescentes), y que el Consejo se divida en subgrupos para examinar simultáneamente esos programas.

El Dr. LARIVIERE recuerda que el Consejo había decidido examinar en la presente reunión la política de investigación sanitaria de la OMS. Es evidente, sin embargo, que si se aplazara el debate sobre este importante tema la Secretaría tendría más tiempo para preparar la documentación necesaria, porque estima que el tema podría abordarse en una futura reunión del Consejo.

El PRESIDENTE considera también que la política de investigación sanitaria debe ser objeto de un examen circunstanciado y que, antes de que el Consejo aborde este asunto, la Secretaría debería examinar las posibilidades financieras.

Se adopta el orden del día en su forma enmendada.

3. PROGRAMA DE TRABAJO

El PRESIDENTE indica las fechas y los horarios propuestos para las reuniones de los comités. Por su parte, propone que el Consejo se ajuste en todo lo posible al orden del día. El punto 4 (Nombramiento del Director Regional para Asia Sudoriental) y el punto 5 (Nombramiento del Director Regional para el Pacífico Occidental) tendrán que examinarse en sesión privada, por lo que propone que se aborden el 20 de enero a las 14.30 horas. De igual modo, el punto 24 (Premios) exige una sesión privada, que a su juicio podría celebrarse el 25 de enero a las 14.30 horas. Respecto al punto 18.1 (Reforma presupuestaria) quizá fuera conveniente debatirlo inmediatamente después del punto 7 (Respuesta de la OMS a los cambios mundiales), toda vez que ambos están relacionados entre sí. En vista de que se había decidido dividir entre subgrupos el debate sobre el punto 10 (Examen y evaluación de programas específicos: enfermedades no transmisibles), propone celebrarlo el 19 de enero. Como es la primera vez que se ensaya el examen del programa por subgrupos, estima que le corresponde como Presidente establecer una lista de miembros

para cada subgrupo, teniendo en cuenta el equilibrio regional y la necesidad de que cada subgrupo sea representativo de todo el Consejo.

Así queda acordado.

4. DECLARACION DEL DIRECTOR GENERAL

El DIRECTOR GENERAL declara que el mundo ha tenido que soportar en 1993 profundas tensiones económicas y sociales, al par que conflictos étnicos, religiosos y territoriales de un alcance sin precedentes desde la Segunda Guerra Mundial. Esas turbulencias económicas y políticas de nuestro mundo, que dejan traslucir líneas de fractura culturales y estructurales, han llegado también a la OMS. Enfrentados con un entorno en plena evolución, los órganos rectores y la Secretaría de la OMS han adoptado de consuno medidas inmediatas para poner al día las políticas, la gestión y la estructura de la Organización.

El actual proceso de reforma se ha basado en las recomendaciones que formuló el Consejo Ejecutivo por conducto de su Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales y de su Comité del Programa. La Secretaría ha identificado los siguientes sectores que exigen una reforma urgente: política de la OMS en materia de promoción y comunicación; métodos de trabajo de sus órganos deliberantes; estructura interna y relaciones de trabajo de la OMS como estructura reticular mundial, y desarrollo y gestión de su programa, con inclusión de los asuntos presupuestarios y de personal.

La OMS ha empezado a actualizar sus políticas de salud para todos a fin de estimular a la sociedad civil a participar más al lado del gobierno. Esta nueva asociación a la que aspiramos en el campo de la salud acentuaría la interdependencia de todos los sectores, comunidades e individuos, así como la necesidad de compartir recursos y responsabilidades en un espíritu de respeto y solidaridad.

La labor de la OMS en defensa de la salud se vería respaldada por una comunicación más sistemática del ingente volumen de datos obtenidos por la OMS de diferentes fuentes o resultantes de sus propias investigaciones en colaboración. Una vez comprobados y analizados, esos datos podrían publicarse cada año en informes de fácil manejo sobre el estado de la salud mundial y sobre la labor desarrollada por la OMS en apoyo de las políticas sanitarias. Los informes de este tipo podían servir también de instrumentos útiles para la gestión de la OMS.

Con objeto de centrar y activar los trabajos del Consejo y de la Asamblea de la Salud se están introduciendo nuevos procedimientos y modelos de documentación. La Secretaría espera con sumo interés los resultados del examen de programas específicos que tres grupos del Consejo Ejecutivo harán a título de ensayo en la presente reunión. También se esperan con impaciencia las primeras impresiones del propio Consejo sobre la utilidad y viabilidad de ese mecanismo. El Consejo tendrá que pronunciarse sobre la viabilidad de un comité de administración, presupuesto y finanzas que examine las cuestiones pertinentes que inciden en diferentes programas. También tendrá que examinar procedimientos alternativos de nombramiento del Director General y de los Directores Regionales, así como de designación de sus propios miembros y de selección de su Mesa.

Para hacer frente a los desafíos del mundo en evolución, la OMS tendrá que aprovechar al máximo la excepcional ventaja que le confiere su condición de red de alcance mundial dedicada al desarrollo sanitario completo y a largo plazo. La OMS podría capitalizar la diversidad de sus regiones, a condición de reforzar este potencial con actividades coordinadas y unidad de propósito.

Sobre esta base, el Director General ha establecido diversos mecanismos para que las oficinas regionales de la OMS participen en todas las fases del proceso decisorio y en todos los niveles de la estructura orgánica. El Consejo de Políticas Mundiales, constituido por el Director General, los Directores Regionales, los Subdirectores Generales y el Director del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, se ocupa de formular la política y establecer las metas. El Comité de Desarrollo de la Gestión, integrado por los directores de gestión de programas de las seis regiones de la OMS, junto con los Subdirectores Generales y los directores ejecutivos de la Sede, se encarga de seguir de cerca el proceso de gestión y sus vinculaciones técnicas. Estos órganos celebrarán reuniones regulares durante todo el año, vinculados y apoyados por el Despacho del Director General.

Teniendo en cuenta que para armonizar y ultimar la reforma de la OMS se necesita todavía una acción en profundidad, se han establecido cinco grupos de desarrollo cuya composición garantiza también la plena representación y participación de las regiones. Sus principales temas de interés son los siguientes: política y misión de la OMS; desarrollo y gestión del programa; gestión de los sistemas de información de la OMS; política de información y relaciones públicas; función de los representantes de la OMS en los países; y, por último, política de personal de la OMS. Los grupos de desarrollo tendrán un periodo de actividad limitado.

La reorganización estructural, además de subrayar la participación regional, tiene por objeto facilitar la colaboración intersectorial. Esta particularidad está en consonancia con la nueva distribución de programas y actividades propuesta en el Noveno Programa General de Trabajo para el sexenio y en la versión revisada de la Lista Clasificada de Programas. El principio básico de organización se ha centrado en actividades con fines concretos. En cada uno de los tres bienios cubiertos, la interrelación directa entre la perspectiva bienal a corto plazo y el horizonte sexenal permitirá a la Organización actuar con más pragmatismo y precisión. También será más fácil actualizar las prioridades y mejorar la pertinencia de sus intervenciones sanitarias y de su presupuesto por programas.

En la misma perspectiva, la OMS está aleccionando a sus directores de programas para que faciliten una información que ponga de relieve la relación causal entre el empleo de determinados recursos, gastos y actividades, por una parte, y los resultados de carácter sanitario, por otra. Los Estados Miembros y los donantes podrán así evaluar la «función» real y la productividad de su contribución a la OMS. Al mismo tiempo, esta innovación reforzará la responsabilidad técnica y financiera de la Secretaría.

La preparación del presupuesto por programas entraña un reajuste global de la demanda, los recursos y las prioridades. Una vez establecidos las orientaciones generales y el desglose general de los gastos, hay que tener en cuenta las prioridades programáticas y operativas propias de cada país o región, así como los cambios que se producen con el paso del tiempo.

Para que la Organización pueda hacer frente a sus prioridades, tanto de nuevo cuño como a largo plazo, es indispensable disponer de recursos. A este respecto, la OMS tropieza con tres grandes dificultades: en primer lugar, la penuria de fondos causada por el mantenimiento de una política presupuestaria de «crecimiento cero» en términos reales. Esta escasez de fondos se ha agudizado por el impago de las contribuciones asignadas. La segunda dificultad reside en el creciente desequilibrio entre la financiación con cargo al presupuesto ordinario o a fuentes extrapresupuestarias de ciertos programas prioritarios, desequilibrio que a menudo limita mucho las posibilidades prácticas de la Organización para decidir prioridades, recortes presupuestarios o redistribuciones del personal. En tercer lugar, figura la insistencia con que la OMS aplica el principio de rentabilidad como base para establecer sus prioridades. La rentabilidad puede y debe ser un instrumento de gestión, pero no debe inducir a reemplazar el desarrollo sanitario sostenible por «arreglos rápidos», toda vez que la sostenibilidad exige inversiones a largo plazo que no suelen dar un rendimiento visible e inmediato.

El personal constituye uno de los principales recursos de la OMS. Para respaldar las actividades de la Organización hay que adoptar disposiciones que garanticen la sostenibilidad y la flexibilidad de la plantilla. En 1998 la Organización celebrará su quincuagésimo aniversario y muchos de sus funcionarios actuales estarán jubilados. La distribución de las 144 nacionalidades representadas en el personal de la OMS adolece de un grave sesgo en lo referente a su ubicación geográfica. Así, por ejemplo, más del 70% del personal de la Sede procede de América y de Europa. Además, la distribución por sexos dista mucho de ser satisfactoria.

Aunque la aplicación de criterios de procedencia geográfica y de sexo a la contratación no es más que un acto de pura justicia, en caso de graves dificultades financieras y presiones políticas los administradores tropiezan con trabas, cuando menos enojosas, para completar la plantilla y, sobre todo, para distribuir el personal. Así pues, entre las prioridades de gestión de la OMS destaca la de reestructurar la División de Personal a fin de examinar y mejorar esas políticas. El Director General espera que todo el personal se haga cargo de las dificultades con que tropieza cada cual en su trabajo y los esfuerzos de la administración para entablar un diálogo, y que el Comité de Personal comprenda que tanto su mandato y sus objetivos como los intereses del propio personal requieren más una actitud de colaboración que de confrontación.

Al iniciar la nueva etapa de su proceso de reforma la Organización se enfrenta con el espinoso problema de armonizar y coordinar sin brusquedades sus autonomías regionales en el marco de su red

mundial. Una estructura más sencilla y transparente podría ser el elemento clave para persuadir a los donantes de que aumentaron sus compromisos financieros. A su vez, esto ampliaría las posibilidades de contratación y flexibilizaría más la distribución del personal.

La armonización y la coordinación mejorarían también la pertinencia y la eficacia de la labor de la OMS. Pertinencia significa que se adopten en el momento debido las decisiones adecuadas, basándose en una información válida y actual, mientras que eficacia implica que las decisiones se traduzcan en actos y que lo que se decida pueda aplicarse y de hecho se aplique. La OMS está analizando ahora todos sus sistemas de información a fin de asegurarse de que están directamente relacionados con sus nuevas actividades y agrupaciones de programas. También habrá que adaptar el sistema de información sobre gestión, teniendo en cuenta las necesidades concretas de compatibilidad básica y comunicación de la Organización a nivel mundial.

Para satisfacer el creciente interés y la demanda de información sanitaria por parte del público, y habida cuenta de la gran prevalencia de enfermedades no transmisibles y relacionadas con el modo de vida, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, la OMS necesita dar un nuevo enfoque a las comunicaciones en el campo de la salud. La educación sanitaria, la promoción de la salud y la información del público serán objeto de exámenes separados para cerciorarse de que están incorporadas a todos los programas de la OMS.

La ayuda de emergencia se ha convertido en una función vital de la OMS, que ha acogido de buen grado la posibilidad de contribuir a las iniciativas de las Naciones Unidas en ese sector. Sin embargo, estas actividades resultan difíciles y caras. La presión política, alimentada por los medios de información y la opinión pública, es a menudo agobiante para la OMS en los casos de «catástrofes de origen humano».

Desde que se iniciaron las hostilidades en la antigua Yugoslavia, y bajo la dirección del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la OMS ha contribuido a evaluar las necesidades de salud y ha facilitado suministros a título de asistencia sanitaria de emergencia. Asimismo ha aportado ayuda humanitaria a las poblaciones de Bosnia y Herzegovina y de otros países afectados, en particular Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia, y Eslovenia. La Organización seguirá prestando ayuda humanitaria a las poblaciones de Serbia y Montenegro, y abogará por la suspensión parcial de las sanciones en lo que concierne a los servicios de salud.

La OMS tiene por mandato contribuir a la paz mediante la protección y el fomento de la salud de todos los pueblos del mundo. Por su parte, el Director General estima que la solidaridad y el desarrollo equitativo constituyen los mejores cimientos y defensas de la paz.

En consecuencia, la OMS ha investigado sin pérdida de tiempo las perspectivas de cooperación creadas por el proceso de paz iniciado entre Israel y la Organización de Liberación de Palestina. Su última solicitud de ayuda de urgencia por valor de US\$ 10 millones, formulada en octubre de 1993, ha tenido excelente acogida. Actualmente dispone de más del 50% de los fondos solicitados y está en condiciones de iniciar intervenciones sanitarias para ayudar a la Administración Interina de Palestina y a su Junta de Salud a establecer y consolidar una red autónoma de atención primaria.

El Director General visitó Gaza y Jericó en diciembre de 1993 y agradece mucho la cooperación brindada por los Gobiernos de Israel y otros países, así como diversas organizaciones no gubernamentales. Personalmente espera que, con el apoyo de la comunidad internacional, puedan hacerse progresos rápidos y tangibles en el campo de la salud que hagan patente la realidad y los beneficios del proceso de pacificación para todas las poblaciones interesadas. Esto representaría un excelente ejemplo de participación mundial en aras de la paz.

Cualesquiera que sean los obstáculos y barreras existentes en países tales como la antigua Yugoslavia, el Afganistán, Somalia y Mozambique, el principio de la asistencia humanitaria sin discriminación es aplicable a todos. Sin embargo, la Organización debe preocuparse en particular por la salud en África. La inestabilidad política ha acentuado las dificultades económicas y sanitarias con que se enfrentan muchos de nuestros hermanos en ese continente. Un problema suplementario para la Organización es la lentitud con que se desarrollan actualmente las operaciones en su Oficina Regional de Brazzaville a causa de graves problemas de seguridad. La OMS sigue el curso de la situación día a día.

La reestructuración ha puesto de relieve la sinergia y la cooperación con las Naciones Unidas. En la presente reunión, el Consejo Ejecutivo se ocupará del establecimiento de un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Los patrocinadores han declarado su preferencia por un programa de carácter mundial, con coordinación a escala mundial de políticas, metodologías y

financiación, así como por una secretaría unificada que estaría a cargo de la OMS. La principal finalidad de la integración mundial es mejorar la coherencia y la eficacia, tanto en las actividades como en el empleo de los recursos.

La pandemia de VIH/SIDA tiene una importancia excepcional no sólo por su propia magnitud epidemiológica sino también porque ha obligado al mundo a reevaluar el significado de la salud en términos de economía política. El SIDA ha obligado también a la OMS a preguntarse de nuevo qué camino deben seguir las asociaciones internacionales en materia de investigación y desarrollo, prevención y lucha, asistencia del enfermo, uso compartido de recursos e incluso aceptación del cambio en el sistema de valores de las civilizaciones. El Director General desearía que el Consejo, en sus debates sobre estructuras y procedimientos, no pasara por alto el hecho de que los recursos mundiales dedicados al estudio, la prevención y el tratamiento del SIDA son a todas luces insuficientes. Haciendo abstracción de toda consideración administrativa y de cualquier diferendo sobre quienes se benefician u obtienen fondos para una u otra finalidad, convendría que todos se hicieran eco de la urgente necesidad de consagrar más recursos y esfuerzos para la lucha contra el SIDA.

En cuanto a las vacunas y los programas de inmunización, el Director General se está ocupando en el ámbito de la OMS de fusionar en un solo programa el Programa Ampliado de Inmunización, el Programa de Desarrollo de Vacunas y la Iniciativa en Pro de la Vacuna Infantil; además, prosigue sus negociaciones con los asociados de la OMS en el marco de las Naciones Unidas para ultimar la estructura de un programa copatrocinado bajo la dirección de la Organización. La propia OMS podría contribuir en todos los niveles de su propia estructura a apoyar las investigaciones y el desarrollo de vacunas más seguras, estables y eficaces, que garantizaran la calidad a un precio asequible y permitieran obtener una cobertura inmunitaria sostenible y totalmente efectiva.

Todos los programas de la Sede se encuentran actualmente en revisión y serán objeto de una racionalización escalonada y sistemática. Una de las opciones que tiene en estudio la OMS es acelerar sus actividades de erradicación o eliminación de la poliomielitis, la lepra y la dracunculosis, incorporándolas a programas especiales.

La OMS se ha esforzado, pese a sus limitados recursos, en diseñar y aplicar una amplia gama de reformas al mismo tiempo que mantiene sus programas actuales. El personal y la administración de la OMS hacen todo lo posible por que la Organización cumpla sus compromisos actuales con los Estados Miembros. Y ésa ha sido la actitud de la OMS, prestando servicio a los países y consolidando los progresos ya realizados en el campo de la salud. La Organización ha seguido los planes de acción establecidos en materia de paludismo, tuberculosis, nutrición, cooperación intensificada con los países más necesitados e higiene ambiental en el marco del Programa 21. El Programa Internacional para Chernobyl ha avanzado satisfactoriamente en lo relativo a observación y vigilancia de la explosión nuclear. Otros sectores en los que la OMS ha seguido trabajando son la seguridad de las sustancias químicas y la inocuidad de los alimentos.

La OMS ha contribuido activamente a preparar la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, que se celebrará en El Cairo en 1994. También se está ocupando de la Conferencia Mundial en la Cumbre sobre el Desarrollo Social, prevista para 1995 en Copenhague con ocasión del quincuagésimo aniversario de las Naciones Unidas.

El Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo ha propuesto que la OMS actualice sus metas sanitarias y redefina su misión, adaptándose a los nuevos problemas que le plantean los cambios mundiales. En el umbral del siglo XXI, uno de esos problemas es la ética biomédica.

Las funciones constitucionales de la OMS comprenden la normalización técnica y ética. En la presente reunión, el Consejo tiene en su orden del día dos puntos de carácter normativo: el estado de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y los criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos. En la actualidad, sin embargo, el alcance de los problemas éticos resultantes del cambio espectacular de la tecnología médica es totalmente diferente, toda vez que afectan a la definición del ser humano, su integridad biológica y su situación y relaciones en el seno de la estructura familiar y de la sociedad en general.

La tecnología biomédica actual brinda enormes posibilidades a la investigación y, con el tiempo, aportará progresos terapéuticos que hoy constituyen una urgente necesidad, pero también plantea problemas médicos, éticos y jurídicos de gran alcance. El interés y las controversias que han suscitado recientemente la clonación de células de embriones humanos y la reproducción humana «medicalizada», en

particular los embarazos postmenopáusicos, muestran que la opinión pública percibe toda esta cuestión como un grave problema social que exige un escrutinio detenido y un debate público sistemático.

Esta situación ilustra clínicamente la función clave de la investigación biológica y de las prácticas de asistencia sanitaria en la redefinición de las sociedades contemporáneas o, valga la expresión, en el remodelado de las civilizaciones. La reproducción humana médicamente asistida es un importante aspecto, pero uno solo, de los muchos temas esenciales de preocupación que plantea la ética biomédica. Otro es la inocuidad de la sangre, que entraña cuestiones conexas de calidad, costo, suministro sostenible y comercio internacional de productos sanguíneos. No menos importantes son la terapia génica, los trasplantes de órganos y la experimentación con sujetos humanos. Y la lista no termina ahí.

Estos problemas no pueden considerarse circunscritos exclusivamente a los países ricos. Inevitablemente se difunden de unos sectores, países o continentes a otros. Al mismo tiempo, revelan y pueden agravar las desigualdades tecnológicas y las divisiones culturales. En la mayor parte de los países en desarrollo y, como se ha demostrado recientemente, también en los países desarrollados, apenas hay actualmente barreras éticas que garanticen una protección adecuada de la seguridad y de los derechos del individuo y la comunidad en relación con esas cuestiones de salud.

Como ya tuvo ocasión de informar al Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo, la intención del Director General era fomentar la participación intensiva de la OMS tanto en el sector de los derechos humanos como en el de la ética biomédica. Gracias a su composición mundial, su larga experiencia en materia normativa y sus competencias técnicas específicas, la OMS se encuentra excepcionalmente dotada para facilitar la reflexión, el intercambio de datos y experiencias y las consultas en el plano internacional. Como un miembro del Consejo Ejecutivo ha señalado con toda razón: «la OMS debe ser la conciencia sanitaria de la humanidad».

El análisis de estos problemas debe integrarse en una reevaluación más amplia de la salud en las sociedades y en un mundo interdependiente. Lo que nos hace falta es comprender mejor las repercusiones de esa independencia mundial en la solidaridad, en el marco de una política deliberada y razonable. Esta visión de la salud y la solidaridad es precisamente lo que le llevó en 1993 a proponer una nueva asociación en pro de la salud en la que participaran todos los países, comunidades e individuos, así como la sociedad oficial y la civil, compartiendo recursos y responsabilidades a fin de garantizar la salud para todos en un espíritu de justicia y respeto mutuo. El Director General espera y confía en que la presente reunión del Consejo Ejecutivo constituya un hito en el camino que nos lleve a la realización práctica de esa visión.

El PRESIDENTE da las gracias al Director General por su declaración, en la que se atribuye especial importancia a los derechos humanos y a la ética biomédica, y espera que se distribuya a todos los miembros del Consejo.

5. INFORMES DE LOS DIRECTORES REGIONALES SOBRE ACONTECIMIENTOS REGIONALES DE IMPORTANCIA, INCLUIDOS LOS ASUNTOS TRATADOS POR LOS COMITES REGIONALES: punto 3 del orden del día (documentos EB93/2, EB93/3, EB93/4, EB93/5, EB93/6 y EB93/7)

El Dr. ASVALL, Director Regional para Europa, dice que, en los últimos 12 meses, se han producido en la Región de Europa gran cantidad de cambios arrolladores. Los disturbios civiles y guerras que han seguido al nacimiento de algunos nuevos Estados Miembros, unidos al aumento del número de éstos, que ha pasado de 31 a 50 en unos dos años, han planteado a la Oficina Regional para Europa una variedad de retos sin precedentes, de los que los más nefastos han sido las guerras en la antigua Yugoslavia, Armenia y Azerbaiyán, Georgia y Tayikistán.

En cambio, la adopción del Tratado de Maastricht ha proporcionado a los países de la Comunidad Europea mayores posibilidades de cooperación en el sector de la salud pública, lo cual colma de satisfacción a la OMS.

En los países de Europa central y oriental, se ha asistido en el pasado año a un aumento del desempleo, la pobreza y las desigualdades en materia de salud pública. Como lo demuestra la epidemia de difteria que se declaró en 1993, han aparecido de nuevo problemas que aparentemente se habían superado en Europa porque sistemas establecidos años atrás se han derrumbado debido a los amplios

cambios políticos y socioeconómicos. El desnivel existente entre los países de Europa central y oriental y el resto de la Región es grande y se está acentuando, por lo que la Oficina Regional ha tenido que introducir considerables cambios en sus prioridades programáticas. En 1993, por ejemplo, hubo que celebrar una reunión mensual como promedio para abordar los problemas de inmunización que se planteaban en Europa central y oriental; tuvieron que celebrarse también reuniones con las principales organizaciones donantes para intentar mejorar la coordinación del apoyo.

En su intento de aplicar distintas estrategias para promover las políticas fundamentales y tener en cuenta a los países en todos los niveles, la Oficina Regional ha concedido gran importancia a la investigación y el desarrollo, con miras a hallar mejores métodos para aplicar las políticas en el plano local. No se limita a proporcionar asesoramiento sino que actúa también como catalizador de las actividades, en parte a través de sus programas bilaterales y en parte mediante el establecimiento de redes con los grandes grupos destinatarios. En 1993 se continuó trabajando en el desarrollo de políticas sanitarias en varios países, muchos de los cuales han intentado mejorar sus políticas nacionales en ese terreno; esas actividades revistieron especial importancia en Europa central y oriental, donde los países reconocieron cada vez más que es indispensable que mejoren esas políticas para poder controlar mejor la ayuda exterior que reciben. Las organizaciones internacionales, las organizaciones donantes y los países receptores han concedido gran atención a esta cuestión, en particular en una reunión recientemente celebrada en Suiza, donde se examinó exhaustivamente la eficiencia de las medidas adoptadas. La Oficina Regional cree que el marco teórico fundamental que una política de salud para todos puede proporcionar a los países de Europa central y oriental es una de las formas de asistencia más útiles que pueden prestarse en este momento.

La formulación de políticas se ha situado en otro plano con la creación de una nueva red de «regiones en pro de la salud», que - dado que en la Región de Europa hay unas 1500 estructuras subnacionales - ofrece grandes posibilidades para el futuro. Ha continuado asimismo el trabajo con las redes ya existentes, en particular con la red de asociaciones europeas de médicos que, en su reunión de 1993, adoptó una política modelo con arreglo a la cual esas asociaciones deben esforzarse por mejorar la calidad de la asistencia. La Oficina Regional ha comenzado a cooperar estrechamente con muchas de las nuevas oficinas de las Naciones Unidas establecidas en Europa central y oriental, con miras a desarrollar un programa más integrado en esa zona.

La asistencia humanitaria ha sido un capítulo importante en 1993; el programa de la Oficina Regional en la antigua Yugoslavia cuenta ahora con unos 70 funcionarios, que trabajan en siete oficinas operativas establecidas en ese país. Los objetivos del programa comprenden la protección de la salud pública, que probablemente ha evitado varias epidemias; la coordinación de los suministros y el equipo recibidos de las numerosas organizaciones donantes, que ha permitido mejorar los cuidados prestados a millares de enfermos y heridos; y la asistencia a los discapacitados, en particular el suministro de prótesis a unos 1000 pacientes. Esas actividades han sido muy aleccionadoras y, en cualquier nuevo examen de la función que desempeña la OMS en las acciones humanitarias, resultará útil analizar la experiencia yugoslava y la interacción entre las diversas organizaciones humanitarias.

En 1993 se concedió gran atención en la Región de Europa al desarrollo de los servicios de salud. El tema ocupa un lugar prioritario en el orden del día de los países de Europa central y oriental, que desean transformar sus actuales sistemas de financiación, gestión y organización de los servicios de salud, pero sin saber con seguridad cuáles serán las características exactas de ese cambio. Resulta bastante sorprendente que esa incertidumbre no quede en modo alguno limitada a esos países: en toda Europa, las naciones intentan hallar mejores maneras de afrontar los grandes gastos y mejorar la calidad de la asistencia. A fin de ayudar a los países a analizar y aprovechar la experiencia ya acumulada, la Oficina Regional ha creado nuevos programas para vigilar los cambios y para establecer grupos de examen y experimentación de nuevos métodos. También ha investigado algunos aspectos tecnológicamente avanzados del funcionamiento de la asistencia sanitaria: se ha ejecutado con la Comunidad Europea un proyecto piloto para establecer enlaces electrónicos entre los Estados Miembros de la Comunidad y facilitar el intercambio de datos fundamentales sobre servicios de salud.

A finales de 1993, la Oficina Regional organizó, conjuntamente con la Sede, el UNICEF y el Gobierno de Kazajstán, una reunión para examinar la Declaración de Alma-Ata 15 años después de su adopción. La reunión llegó a la firme conclusión de que la atención primaria de salud es tan importante en la actualidad como cuando se formuló la Declaración, cuyos principios básicos siguen siendo pertinentes. No obstante, están surgiendo nuevos problemas, debido a las rápidas transformaciones económicas y

a sus efectos en la sociedad, y quizá sean necesarios métodos diferentes para resolverlos. Se llegó a una interesante conclusión a ese respecto: tal vez el mundo desarrollado deba prestar más atención a los países en desarrollo e intentar comprender cómo pueden trabajar *con* las poblaciones locales y no sólo *para* ellas. Durante el pasado año, se han planteado en la Región problemas relacionados con el comercio internacional de productos sanguíneos, y se celebró una reunión de expertos para examinar la situación. También tuvo lugar una reunión para evaluar los resultados de la Declaración de Edimburgo sobre Enseñanza de la Medicina, adoptada cinco años atrás, de la que se han derivado interesantes sugerencias para el futuro.

Está en curso la formulación de una serie de principios más concertados sobre la calidad de la atención. Se están elaborando indicadores para que los países puedan evaluar la eficacia de sus actividades desde ese punto de vista. Se ofrecen ahora a todos los países de la Región dos programas piloto - sobre diabetes y sobre infecciones hospitalarias - que les permitirán comprender los nuevos principios mediante aplicaciones concretas. Se han investigado también los cambios de las estructuras gubernamentales que implican las nuevas necesidades y se ha formulado una política modelo al respecto en colaboración con el Gobierno de Dinamarca.

Han proseguido las actividades en el marco de los planes de acción regionales sobre el tabaco y el alcohol. En una importante reunión sobre el SIDA en Europa central y oriental, celebrada en la ciudad letona de Riga, se elaboró un programa de acción para intensificar y coordinar las actividades relacionadas con el problema. El proyecto Ciudades Sanas, que cuenta ahora con 600 miembros, y la red de «escuelas promotoras de la salud», que comprende 300 escuelas de 30 países, han suscitado una excelente respuesta.

El tema del medio ambiente se planteó con frecuencia en la Región de Europa en 1993; en una importante conferencia que se celebrará en Finlandia en junio de 1994 se examinarán las estrategias de higiene del medio en Europa a partir de un estudio realizado por el Centro de Medio Ambiente y Salud recientemente establecido. Francia, Italia y los Países Bajos cooperaron con la Oficina Regional en el establecimiento del Centro. Mejorar la vigilancia de la información sobre higiene del medio en Europa será una cuestión importante en años venideros. Los estudios epidemiológicos realizados sobre problemas como la lluvia radiactiva resultante del accidente de Chernobyl son motivo de preocupación, ya que en la actualidad se dispone de datos que demuestran claramente que los efectos en la salud han sido mucho más graves de lo que se creía. En algunas zonas afectadas, el número de casos de cáncer del tiroides en niños se ha multiplicado quizá por 100.

En cuanto a las reformas de la OMS y a sus consecuencias para la Oficina Regional, el orador señala que, en la Región de Europa, el proceso de reforma se inició aproximadamente un año antes que las reformas mundiales. En septiembre de 1993 el Comité Regional adoptó importantes decisiones como seguimiento de esas actividades. Se ha creado un Comité Permanente que tiene con el Comité Regional la misma relación que el Consejo Ejecutivo con la Asamblea de la Salud; se ha reforzado así considerablemente la estructura política de la organización regional europea de la OMS y se ha establecido un diálogo más estrecho entre los miembros del Comité Regional y la secretaría de la Oficina Regional. Se ha simplificado el proceso de planificación de los presupuestos por programas: se utiliza ahora un presupuesto por programas «estratégico», cuya planificación operativa se lleva a cabo poco antes del bienio durante el que han de desarrollarse las actividades. Esto tiene el objeto de reducir el tiempo requerido para la planificación en la OMS y de flexibilizar el funcionamiento, adaptándolo mejor a las opciones disponibles en el momento de la ejecución. En realidad, todo el concepto se está llevando aún más allá: a partir del ejercicio 1994-1995, la ejecución se efectuará cada vez más sobre la base de un número limitado de importantes proyectos, en los que colaborarán diversos servicios y departamentos, contrariamente a lo que ocurría en el sistema anterior, en el que éstos actuaban en un aislamiento mucho mayor. El cambio se ha reflejado ya en la aplicación de un enfoque distinto por parte del personal y en una mejor calidad del trabajo de éste.

Como parte del proceso de reforma, se concede también una atención creciente a las operaciones en los países. Un nuevo departamento de Desarrollo Sanitario en los Países se ocupa ahora principalmente de Europa central y oriental. Se han puesto a prueba nuevas estructuras para llegar a los países, pese a la limitación de los fondos disponibles con ese objeto, y se han establecido en 16 naciones oficinas de enlace, que permiten que la OMS esté presente en los países a un costo mínimo. La Oficina Regional ha estado trabajando también en un proyecto de centro de información, a fin de informar mejor a los donantes sobre la asistencia concedida a los países de Europa central y oriental. Se han superado algunos

problemas de financiación ya que, a partir del actual ejercicio, el servicio del proyecto se sufragará con cargo al presupuesto ordinario.

La Oficina Regional se ha comprometido firmemente a apoyar el proceso general de reforma. El propio orador ha participado en el Consejo de Políticas Mundiales, y el Director, Gestión de Programas, ha participado en el Comité para el Desarrollo de la Gestión. Se han creado seis grupos regionales de desarrollo para apoyar las actividades de esos órganos. No obstante, la reforma debe implicar también un aumento de la cooperación entre las regiones, razón por la cual el orador ha decidido que la Región de Europa colaborará estrechamente con las Regiones del Pacífico Occidental y del Mediterráneo Oriental para seguir desarrollando el sistema de gestión de la información.

Durante el pasado año, el mayor problema fueron las finanzas. Debido a la reducción de los ingresos y la absorción de los gastos, se experimentó una pérdida del 15% de los ingresos, precisamente en el momento en que pasaban a formar parte de la Región unos 20 países nuevos. El Comité Regional adoptó en sus dos últimas reuniones resoluciones en las que se pedía un mayor apoyo para el presupuesto de la Región de Europa.

El pasado año ha sido difícil, pero pueden señalarse también muchos acontecimientos alentadores. Se ha realizado una importante reorientación de las prioridades en favor de los países de Europa central y oriental. Se han tenido que revisar los métodos de trabajo del personal, lo cual ha dado lugar a tensiones adicionales. Sin embargo, el personal ha respondido con entusiasmo a los nuevos desafíos procedentes de Europa central y oriental, demostrando una vez más que el punto fuerte de la OMS no es el dinero ni el poder político sino la calidad, la integridad y la energía de sus funcionarios. Espera que los órganos informativos internacionales comiencen pronto a referirse a los efectos positivos de la labor del personal de la OMS en todo el mundo, ya que no cabe duda que es merecedor de esa atención.

El Dr. GEZAIRY, Director Regional para el Mediterráneo Oriental, resumiendo la situación sanitaria de los Estados Miembros de la Región en 1993 y la respuesta de la Oficina Regional a esa situación, considera alentador el *acercamiento* logrado en el Oriente Medio, que abre el camino hacia la coexistencia pacífica en esa zona. Aunque nadie se hace ilusiones acerca de las dificultades que aún quedan por superar, es indudable que la esperanza que sostiene a los que intentan conseguir la paz se irá reafirmando y que, en el futuro, la llama de la conciliación arderá con más intensidad.

La Región del Mediterráneo Oriental inició un avance paralelo cuando se pidió al Director General y al propio orador que iniciaran las consultas necesarias para que Palestina pudiera estar representada en las reuniones del Comité Regional y participar en ellas, de conformidad con el Artículo 47 de la Constitución. Tras el desenlace positivo de esas consultas, el Comité Regional pudo dar la bienvenida a Palestina como miembro sin derecho de voto.

Hay disturbios civiles en cuatro Estados Miembros de la Región: el Afganistán, Djibouti, Somalia y el Sudán; y otros siete Estados Miembros - Djibouti, el Yemen, el Pakistán, la República Islámica del Irán, Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria y el Sudán - son responsables de gran número de refugiados de diversos países. Se ha calculado que la población de refugiados de la Región asciende a 8 millones de personas, gran parte de las cuales son madres, lactantes, niños y personas de edad. Esto representa una gran carga económica y logística para los países huéspedes, en particular para los menos adelantados. Además, el carácter inaccesible de las zonas en que se han reunido los refugiados hace aún más difícil que se les proporcionen alimentos, agua y asistencia sanitaria. Dada la situación, hay riesgo de epidemias, y efectivamente han aparecido brotes de cólera en el Afganistán, Djibouti, la República Islámica del Irán, el Iraq y el Pakistán, entre otros. La OMS debe seguir ayudando a esos países, tanto a afrontar las emergencias como a proporcionar a sus habitantes atención primaria de salud.

Las catástrofes naturales, por ejemplo las inundaciones ocurridas en el Pakistán y el terremoto que ha tenido lugar en la República Islámica del Irán, son trágicas para la población local pero parecen insignificantes en comparación con los desastres de origen humano que afectan a la Región.

En 10 países se ha comenzado a ejecutar proyectos encaminados a satisfacer las necesidades básicas mínimas para mejorar la calidad de vida o se está a punto de hacerlo mediante estudios piloto que indicarán cómo podrá integrarse el proceso en la comunidad y la cultura nacional. En la reunión del Comité Regional se proyectaron dos películas de vídeo relacionadas con el tema: la primera, realizada en Somalia, mostraba la respuesta positiva de una comunidad atrapada en una acción militar sin que el Gobierno tuviera la posibilidad de proporcionar ayuda de ningún tipo; en la segunda, realizada en la

comunidad jordana de Swiema, se reflejaban las actividades del servicio de salud y otras infraestructuras encaminadas a alcanzar, con un enérgico apoyo gubernamental, metas definidas por la propia comunidad, y la Universidad de Jordania estudiaba el grado de mejora de la situación sanitaria y del desarrollo general de la zona gracias a ese proceso y a planes conexos de obtención de ingresos, el Ministerio de Agricultura señalaba el aumento de la producción de cultivos y el éxito de la introducción de la acuicultura y el Ministerio de Educación informaba sobre la mejora tanto de la asistencia como del equilibrio entre los sexos en las escuelas. Los centros de salud de aldea se han convertido también en centros comunitarios, integrados pues en la vida de la comunidad, con lo que se aprecian mejor y se solicitan con mayor regularidad los servicios de los agentes de salud.

Ha dado nuevo impulso al enfoque de las «necesidades básicas mínimas» una reunión interpaíses celebrada en Ammán, Jordania, del 9 al 12 de octubre de 1993, a la que asistieron el Primer Ministro de Jordania, el excelentísimo señor Abdussalam Al Majali y el Presidente de la Fundación Noor Al Hussein. Su Majestad la Reina se ocupa personalmente de promover la idea de la satisfacción de las necesidades básicas mínimas.

Un elemento clave del enfoque es motivar a la comunidad para que comparta la carga de la prestación de los servicios sanitarios y de otro tipo, lo cual será útil incluso para los países económicamente desarrollados, a los que también les resulta imposible financiar la atención primaria de salud con cargo a los presupuestos nacionales. Se examinaron diversos medios de financiar iniciativas sanitarias, en particular la creación de una asociación privada sin fines de lucro que intente conseguir fondos para apoyar ciertos proyectos regionales de desarrollo sanitario. El Comité Regional exhortó al Director Regional a que continúe intentando conseguir fondos extrapresupuestarios.

El Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial titulado «Invertir en salud», que fue preparado en estrecha colaboración con la OMS, contiene una evaluación de la carga global de morbilidad. Para calcular el número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura y por discapacidad, se ha adoptado como medida el año de vida ajustado en función de la discapacidad. Para la Región del Mediterráneo Oriental, la cifra es de unos 290 años de vida por 1000 personas, lo cual representa aproximadamente el doble de la cifra correspondiente a las economías de mercado establecidas. Estas cifras pueden utilizarse para demostrar a los gobiernos, en términos financieros, la pérdida de posibilidades económicas debida a muerte temprana y enfermedad, que pueden comparar con la suma que gastan en salud. Se ha puesto ya de relieve en la Región la importancia de considerar el gasto en términos de rentabilidad y de evitar la duplicación de los servicios. La contribución de las comunidades, en particular a la atención primaria de salud, forma parte del enfoque orientado a la satisfacción de las necesidades básicas mínimas.

En los últimos años, los préstamos del Banco Mundial para el sector de la salud se han cuadruplicado, y quizá sigan aumentando en el futuro. El Comité Regional apoya la opinión del Comité Consultivo Regional de que la OMS debe preparar directrices y actuar como órgano asesor de los Estados Miembros que negocian préstamos para desarrollar el sector de la salud con equipos del Banco Mundial.

El Comité Regional aprobó una resolución relacionada con el proyecto de Noveno Programa General de Trabajo, en la que promueve el liderazgo de la OMS en el terreno de la salud y su colaboración con las Naciones Unidas y con otros organismos a nivel de los países. El Comité considera que la OMS debe prestar especial atención a descentralizar sus funciones proporcionando asistencia técnica por conducto de las Oficinas Regionales, y a promocionar el desarrollo sanitario como parte del desarrollo humano global en la formulación de la política pública. El Comité Regional cree, como el Comité Consultivo Regional, que debe iniciarse con los Centros Colaboradores de la OMS de probada competencia un nuevo tipo de cooperación en la que éstos proporcionarían expertos para tratar problemas específicos. Se compensaría a los Centros por la cesión de su personal estableciendo un puesto «vinculado» o mediante algún otro mecanismo presupuestario. El personal obtendría experiencia de nuevos problemas sobre el terreno y tanto los Centros como la OMS se beneficiarían de esa cooperación más estrecha.

Como parte de sus deliberaciones acerca del informe del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales, el Comité Regional identificó algunas dificultades que plantearía la creación de un comité de prospección para proponer el nombramiento del Director Regional: sería difícil seleccionar a los miembros de ese comité; las actividades de ese órgano representarían una injerencia en las prerrogativas del Comité Regional; y la utilidad práctica y el costo serían

problemáticos, dadas las restricciones presupuestarias. No obstante, cada Comité Regional tiene libertad para establecer su propio procedimiento.

Existe cierta inquietud ante la tendencia indicada en el informe hacia una mayor centralización, con una participación creciente del Consejo Ejecutivo en el funcionamiento de la Organización. El Comité considera que los órganos responsables de la formulación de políticas deben limitarse a desempeñar ese papel, dejando la aplicación de esas políticas a la Secretaría; la participación en la ejecución de programas puede poner en peligro la imparcialidad del órgano normativo. Además, la tendencia del Consejo Ejecutivo a una mayor intervención podría extenderse a los comités regionales.

El Comité Regional ha señalado que, en ciertos países y comunidades del Mediterráneo Oriental, el estado de salud de las mujeres es deficiente, con frecuencia debido a embarazos excesivamente frecuentes, y el analfabetismo, la baja consideración social y la discriminación social limitan la capacidad de éstas de participar activamente en la vida comunitaria. Las tasas de mortalidad y morbilidad femeninas siguen siendo altas en algunos países, pero las estadísticas correspondientes a 1992 indican que ha habido una mejora en comparación con 1986. La promoción del programa mundial sobre la mujer, la salud y el desarrollo ha hecho que los Estados Miembros comiencen a reconocer la importancia de las mujeres en la consecución del desarrollo económico. La educación es un requisito previo para la participación de las mujeres en cualquier sector y, si se desea que éstas desempeñen una función más activa en la vida pública, deberán introducirse cambios, por ejemplo, promulgando legislación en materia de empleo, a fin de proteger la función decisiva que las mujeres desempeñan en la familia.

En cuanto al abuso de drogas y estupefacientes, el Comité ha señalado las dificultades constantes para obtener suficientes datos, debido al carácter ilegal de esas actividades. Pone de relieve la importancia de movilizar a todas las fuerzas sociales, en particular a la familia, los educadores, los líderes religiosos y los agentes de salud, y de activar la voluntad política.

En la preparación de su informe sobre la leishmaniasis, la Oficina Regional contó con la ayuda de dos asesores de la sede de la OMS, los Dres. Desjeux y Modabber. En algunos países de la Región, ha aumentado la importancia de la leishmaniasis como problema de salud pública por diversas razones, entre ellas: la introducción de poblaciones no inmunes en focos naturales de la enfermedad con el establecimiento de proyectos de desarrollo agrícola; la creación de nuevos focos debido a la introducción de personas procedentes de zonas endémicas, de resultas, por ejemplo, de migraciones de las zonas rurales a las urbanas o del desplazamiento de personal militar y de refugiados; y la agravación de las formas asintomáticas y subclínicas de leishmaniasis a causa de la malnutrición y las enfermedades infecciosas concomitantes. Se ha informado al Comité de la situación actual de las investigaciones sobre una vacuna y de los problemas que plantea la lucha contra los focos zoonóticos; se confirma la eficacia de la integración de la lucha contra los vectores de la leishmaniasis en la desarrollada contra los vectores del paludismo y de la utilización de mosquiteros impregnados de insecticida durante el sueño.

Hasta el momento, se han notificado en la Región unos 2000 casos de SIDA, pero se considera que esa cifra es una subestimación. Se calcula que hay 100 000 casos de infección por el VIH, el 75% de los cuales son resultado de transmisión sexual; la aplicación de planes nacionales bien diseñados en todos los Estados Miembros ha permitido realizar progresos considerables en la ejecución del Programa Mundial sobre el SIDA. Se ha dado la mayor prioridad al suministro de apoyo técnico y financiero; en algunos países, los fondos extrapresupuestarios siguen constituyendo una parte importante del presupuesto. La estimación del número de casos de infección por el VIH será más útil que la del número de casos de SIDA como indicación de los efectos futuros de la enfermedad en la salud y en los servicios sanitarios. El Dr. Merson, que asistió a las deliberaciones del Comité Regional, habló de la prevalencia universal del SIDA y dijo que éste es ahora una enfermedad de los países en desarrollo, que las mujeres representan más de la mitad de los casos y que el contacto sexual es, con gran diferencia, la principal vía de transmisión. Se hicieron preguntas sobre la manera de tratar los casos de personas que retornan del extranjero. El Comité puso de relieve la importancia de educar al público, especialmente a grupos vulnerables como los adolescentes que llegan a la pubertad, y de hacer participar a los sectores de la enseñanza, la información, los asuntos religiosos, las finanzas y otros sectores nacionalizados y privados y a las organizaciones no gubernamentales. Considera que los programas deben descentralizarse a nivel de las comunidades. La Oficina Regional ha sido elogiada por haber abierto el camino a la participación de educadores y líderes religiosos en la lucha contra el SIDA como cuestión de política.

Ocho países de la Región han podido mantenerse libres de paludismo y, en otros ocho que cuentan con programas de lucha antipalúdica a escala nacional, se han observado escasos cambios en las pautas de transmisión y epidemiológicas. En los cinco países que no tienen programas de ese tipo (Afganistán, Djibuti, Somalia, Sudán y Yemen), la situación es motivo de gran inquietud. La resistencia a la cloroquina y la falta de insecticidas de precio razonable que puedan sustituir al DDT ha elevado el costo de la lucha contra la enfermedad. Dos razones que se han dado para el aumento de la transmisión del paludismo en el Afganistán son que los mosquitos utilizan como criaderos el gran número de cráteres abiertos por proyectiles que permanecen llenos de agua y que los refugiados y los guerrilleros se mueven por la noche, a una hora que coincide con la actividad crepuscular de los vectores.

Se han hecho progresos satisfactorios en la erradicación de la poliomiélitis desde 1988, y un número cada vez mayor de países informa de que la incidencia de esta enfermedad es escasa o nula. Se ha establecido una red regional de laboratorios para el diagnóstico de la poliomiélitis, que se está reforzando. No obstante, el mantenimiento de los elevados niveles de cobertura de vacunación alcanzados puede verse amenazado por la reducción constante de los fondos disponibles para la obtención de vacunas. En el marco de la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil (IVI), se han planificado visitas a los tres principales países productores de vacunas de la Región, a fin de promover la producción nacional de vacunas con objeto de ampliar el programa de inmunización. La escasez de vacunas debida al aumento de la demanda y de los costos ha sido un importante obstáculo a la ampliación de la inmunización y explica el aumento del número de casos observado en el Pakistán durante el verano anterior.

La Oficina Regional tiene interés en que los planes de estudios de las escuelas de medicina satisfagan las necesidades de la Región. La Declaración de Edimburgo sobre la reforma de la enseñanza de la medicina y la segunda conferencia celebrada en Edimburgo en 1993 contribuyeron a definir los planes de estudios. En 1994 se celebrará en Al Ain, Emiratos Arabes Unidos, una conferencia que seguirá examinando la cuestión. Se espera que la Asamblea Mundial de la Salud adopte una resolución similar a la que adoptó en 1993 (resolución WHA42.38) sobre la reforma de los planes de estudios de medicina.

Esferas concretas a las que se prestará atención en el futuro son el programa de estudios sobre salud en las escuelas; el control de la calidad de los reactivos, las preparaciones farmacéuticas y las vacunas y la autosuficiencia a ese respecto; el uso y la inocuidad de los productos sanguíneos; la compra conjunta a granel de suministros médicos por varios países; proyectos para promover las ciudades sanas y las aldeas sanas; y el plan regional de acción sobre la salud y el medio ambiente.

El Dr. HAN, Director Regional para el Pacífico Occidental, reitera que, como ya él lo había declarado en noviembre de 1993 ante el Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo, la Oficina Regional procurará dar el ejemplo de cómo se podría y debería desarrollar la labor de la OMS. En un clima de cambio acelerado, los éxitos y los retrocesos asumen una nueva significación. Numerosas esferas de actividades en la Región se podrían interconectar para darles mayor eficacia. Con el fin de encauzar bien los recursos, se deben identificar y aprovechar los puntos fuertes.

Para marzo de 1994, se habrán celebrado jornadas nacionales de inmunización en la República Democrática Popular Lao, Filipinas, el Viet Nam y China, brindando cobertura vacunal a más de 130 millones de niños menores de cinco años de edad, 100 millones de ellos en sólo China. Camboya celebrará en febrero y marzo jornadas de inmunización en dos provincias y antes del fin de año en el resto del país. Esas actividades representan una ingente movilización de recursos y de personas en todos los niveles, lo que pone de manifiesto el papel primordial que la OMS puede y debe desempeñar a la hora de enfocar los recursos a la solución de los problemas prioritarios de salud.

Mediante su participación en la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil, los Gobiernos de China, Filipinas y otros países reconocen la importancia de la acción sanitaria para el desarrollo nacional. No es menos importante que la intervención activa de los funcionarios provinciales y distritales haya propiciado una colaboración más estrecha entre los dirigentes gubernamentales y los agentes de salud. Mientras que ha sido el personal nacional quien ha desplegado en su mayor parte el enorme esfuerzo necesario para organizar las jornadas nacionales de inmunización, la OMS ha desempeñado una función catalizadora al lanzar la idea de la erradicación mundial de la poliomiélitis y movilizar la voluntad política y los recursos indispensables para llevarla a efecto. Según informes preliminares, el número de casos de poliomiélitis registrados en 1993 en la Región sería inferior a 100, casi la mitad del mínimo histórico registrado en 1992.

La proyección de los datos nosológicos y demográficos hace pensar que los individuos ejercerán un control creciente de los problemas de salud. En China, por ejemplo, los programas de inmunización no han sido impuestos desde arriba; es más bien la gente la que ha decidido participar después de reconocer las ventajas de la vacunación. La respuesta de la OMS no debe ser desentenderse del problema, sino reconocer esa tendencia y potenciar al máximo su función central de estimular y apoyar las actividades.

La Organización ha de intensificar, pues, sus esfuerzos por modificar, en forma positiva y basándose en la colaboración, el funcionamiento de los sistemas asistenciales. Se necesitan reformas en diversos sectores, que van desde la manera como se financian los servicios de salud hasta los programas para formar y adiestrar profesionales sanitarios. La Región del Pacífico Occidental ha establecido redes para intercambiar ideas y experiencias en lo relativo a reformas de las políticas sanitarias encaminadas a mejorar la calidad de la vida humana.

Al adoptar esos enfoques, se ha de prestar mayor atención a las necesidades culturales y sociales peculiares de cada país o grupo de países. En Fiji, la Escuela de Medicina ha introducido reformas en su plan de enseñanzas médicas y en otros programas sobre salud (higiene del medio, nutrición, salud dental) que están orientadas a la solución de problemas concretos, método éste especialmente adecuado a las necesidades de los pequeños países insulares del Pacífico. El primer grupo de agentes de atención primaria se graduó en el nuevo programa en diciembre de 1993 y regresó a sus comunidades respectivas para aplicar los conocimientos y destrezas adquiridos. Al mismo tiempo, un anexo del Colonial War Memorial Hospital, de Fiji, financiado por el Gobierno del Japón, se abrió como laboratorio para estudiantes. La ampliación del centro médico, que beneficiará no sólo a Fiji, sino a todas las islas del Pacífico, constituye un ejemplo convincente de lo que se puede alcanzar aunando una planificación cuidadosa, recursos financieros y una voluntad decidida.

Otro ejemplo similar es el exitoso programa antipalúdico de la Región, que, amén de enseñar a la gente cómo protegerse contra el vector y cuándo buscar tratamiento, administra de hecho este tratamiento. En el Viet Nam y en parte de las Islas Salomón han disminuido enormemente los casos confirmados microscópicamente. Todos los países palúdicos de la Región están aplicando estrategias intensivas de lucha o proyectan introducirlas a comienzos de 1994. Las varias reuniones celebradas en 1993 sobre la lucha antipalúdica y la Conferencia Ministerial habida en Amsterdam en octubre de 1992 recomendaron que se establecieran redes para el intercambio de información, el monitoreo de la resistencia a los medicamentos, la investigación operativa y la capacitación.

La estrategia de poner la mira en poblaciones o grupos etarios específicos es la clave de los proyectos más prometedores o que de hecho más éxito han cosechado en la Región y es claramente susceptible de aplicación fuera del Pacífico Occidental. La estrategia organizativa de la Región se basará en esos criterios, agrupando los programas con arreglo a su aplicación en las diferentes fases de la vida.

Las limitaciones financieras sufridas durante los bienios precedentes han llevado a clasificar las actividades y programas en los países según un orden riguroso de prioridad. Eso ha puesto en primer plano las funciones de la Organización no como entidad financiadora, sino como fuente de orientaciones y conocimientos técnicos de excelente calidad. Sirva de ejemplo la respuesta de la OMS a la posible propagación de la nueva cepa del cólera, *Vibrio cholerae* 0139, en la Región: el Grupo Especial de la OMS sobre el Cólera reunió con celeridad la información técnica pertinente, la dio a la luz en francés, inglés, khmer y vietnamita y cuidó de que se le diera la difusión y el seguimiento apropiados.

Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas siguen siendo causas importantes de morbilidad y mortalidad en la Región. Se ha procurado mejorar la calidad de la atención domiciliaria y capacitar a aquellos cuya acción puede ser más eficaz, a saber, maestros de enseñanza primaria, farmacéuticos y médicos privados. Datos procedentes del Viet Nam demuestran lo mucho que se consigue mejorando la educación sanitaria y el tratamiento de los casos; la tasa de letalidad por cólera bajó del 2,3% en 1992 al 0,28% en 1993 gracias a la intensificación de los esfuerzos de lucha. Durante una epidemia de cólera, la mortalidad fue significativamente menor en las provincias donde están organizadas enseñanzas sobre la lucha contra las enfermedades diarreicas.

La OMS está colaborando en un amplio proyecto de «escuelas sanas» en la República Democrática Popular Lao. El proyecto se propone introducir en el plan de estudios elementos como la nutrición apropiada y la higiene personal y da relieve a otros factores que influyen en la salud como el personal docente, la alimentación escolar y las fuentes de agua potable. El proyecto inculca también a los alumnos

un comportamiento responsable y saludable y los estimula a practicar ese comportamiento en el hogar y en otras partes.

Un aspecto importante del programa regional de fomento de la salud, del cual forma parte el proyecto de «escuelas sanas», es identificar los factores que promueven la salud y el desarrollo de estrategias encaminadas a fortalecer esos factores en todo el proceso del desarrollo humano.

Las actividades que más éxito han tenido en la Región giran en torno a un sector o grupo cada vez, al tiempo que se apoyan en otros sectores para obtener ayuda o fondos y en la OMS como coordinadora y catalizadora de las actividades. Los éxitos alcanzados fueron mínimos cuando la Región intentó afrontar problemas de gran vastedad con sus propios recursos o con recursos limitados.

Una vez determinado el grupo beneficiario e iniciados los trabajos, es relativamente sencillo agregar actividades. En Filipinas, donde las carencias de micronutrientes constituyen un grave problema, se ha sumado el suministro de suplementos de vitamina A a las actividades habituales del PAI con excelentes resultados. Asimismo, al tiempo que se fomentaba el empleo de condones como medio de protección contra la infección por el VIH se procuraba combatir otras enfermedades de transmisión sexual y difundir el conocimiento de los métodos de regulación de la natalidad.

En Filipinas, la OMS ha lanzado en colaboración con el PNUD un programa para integrar más plenamente las cuestiones sanitarias y ambientales con la planificación para un desarrollo sostenible. Los decisores interesados en la salud, el medio ambiente, la agricultura, la energía y el desarrollo económico se han aunado con el propósito de identificar los obstáculos y la manera de superarlos. Se trata de avanzar más allá de la charla sobre problemas de colaboración interorganizacional en el proceso decisorio a la aplicación de soluciones prácticas. Algo parecido se piensa iniciar en el Viet Nam en 1994.

El Comité Regional hizo suyos esos criterios y los nuevos marcos programáticos en que aquéllos están articulados con mayor claridad (las estrategias regionales sobre salud y medio ambiente y sobre fomento de la salud) y que guiarán los esfuerzos en los años venideros. Esos esfuerzos estarán naturalmente configurados por la reacción de la Región ante la respuesta de la OMS a los cambios mundiales y, a ese respecto, se están examinando las consecuencias de ese programa para la Región.

Se ha de prestar la debida atención a la reasignación de los recursos existentes (personas y fondos) a los problemas de salud prioritarios. La OMS ha de procurar ser más eficaz; no puede permitir que lo procedimental predomine sobre lo operativo.

Los esfuerzos futuros se basarán en los enfoques indicados y en los cambios recomendados por el Comité Regional. El orador ha propuesto ciertas reestructuraciones en la Oficina Regional para que ésta responda mejor a las prioridades regionales. Se establecerán grupos especiales de trabajo para que se ocupen de cuestiones específicas clave. Los programas menos prioritarios se administrarán como parte de un grupo de programas muy prioritarios o, según proceda, por conducto de consultores o expertos externos. La Región debe también esforzarse más en allegar recursos extrapresupuestarios para programas en colaboración y en suscitar el interés de los donantes. Se emplearán para ese propósito recursos del presupuesto ordinario de la OMS, sea o no ésta la encargada de la ejecución; tanto los donantes como los países en desarrollo de la Región han dado acogida favorable a esa idea.

La Región está evolucionando hacia una visión más holística y humana del desarrollo. Se implementarán los programas en base a su potencial y a sus efectos duraderos en la vida de la gente, más que en resultados cuantitativos medidos por cifras o porcentajes. La Región se ha comprometido, en aplicación del mandato de la Organización para el cambio, a mejorar la prestación de asesoramiento técnico y la orientación a los países. Todos deben trabajar para afianzar y dar resalte a la voz de la OMS en los asuntos relacionados con la salud. Con ese fin, la Región se ha comprometido sin reservas a apoyar las medidas de carácter pragmático y constructivo que adopten los órganos deliberantes para mantener el impulso hacia el cambio.

El Dr. MONEKOSSO, Director Regional para Africa, dice que diversos acontecimientos, fruto no sólo de cambios políticos y socioeconómicos sino también de guerras y catástrofes naturales, han provocado en 1993 grandes movimientos de población e incrementado el riesgo de transmisión de enfermedades. La OMS se sumó a los esfuerzos para hacer frente a esa situación proporcionando apoyo material y técnico a los países afectados y fortaleciendo la cooperación técnica con los Estados Miembros de la Región.

Africa está en crisis desde los años ochenta, años en que inició un proceso de reforma encaminado a resolver los problemas de salud. Se han reorientado las estrategias sanitarias para confiar mayores responsabilidades a las comunidades locales, ya que se ha observado que los proyectos locales suelen sobrevivir incluso a momentos de gran turbación. Para dar el apoyo necesario, los países de la Región han reforzado los distritos de salud y han promovido redes de apoyo para un desarrollo sanitario multidisciplinario y multisectorial. Se han efectuado diversas modificaciones en la Oficina Regional y en las oficinas locales, que han tenido considerable repercusión. Entre ellas están los cambios en la orientación política y la estructura organizacional, iniciativas de carácter subregional, cambios en la gestión de datos, recursos y personal y la mejora de las condiciones de trabajo. Se ha reforzado la cooperación técnica con los Estados Miembros y la cooperación interinstitucional. Por último, la Región ha participado activamente en la implementación de las reformas iniciadas en la Sede, trabajando en pos de la meta de una Organización Mundial de la Salud unificada.

Los representantes de la OMS han procedido a una revisión de la cooperación técnica en el curso de los diez últimos años, habiéndose puesto de relieve las contribuciones respectivas de la Sede, las oficinas regionales y los comités regionales. Ese estudio ha ayudado a definir los objetivos y fines a alcanzar mediante el Noveno Programa General de Trabajo, a medida que el decenio irá tocando a su fin.

En su 43ª reunión, celebrada en Gaborone, Botswana, en septiembre de 1993, el Comité Regional convino en que la Organización necesita una respuesta estratégica a los cambios mundiales para poder desempeñar su función directiva en la acción sanitaria internacional y adoptó diversas recomendaciones a ese respecto. Los ministros de salud tomaron nota con satisfacción de los progresos conseguidos en varios sectores, incluido el Programa Ampliado de Inmunización, sobre todo en el África austral, donde no ha habido ningún caso de poliomielitis en los últimos tres años y donde el porcentaje de casos de tétanos neonatal sigue siendo bajo; en la lucha antipalúdica, para la cual se aplicará una estrategia regional durante el periodo 1994-1997; en la erradicación de la dracunculosis, en la que se han conseguido avances espectaculares en países de endemidad media o elevada; y en la lucha contra la lepra, enfermedad que, es de esperar, pueda ser eliminada para el año 2000. Los ministros expresaron, no obstante, su preocupación por la reducción de los fondos donados a nivel nacional y en la OMS y para programas contra el SIDA y recomendaron mayor apoyo para programas prioritarios en la Región. Observaron que el sistema AFROPOC es un instrumento excelente para la gestión de la cooperación entre los Estados Miembros y la OMS.

El Comité Regional aprobó también las estrategias regionales para el futuro. Se procurará especialmente desarrollar y robustecer las infraestructuras de salud, en particular los hospitales y distritos de salud, y mejorar la capacidad de gestión y promover investigaciones operativas y tecnologías asequibles. Los ministros aprobaron el marco africano de desarrollo sanitario y optaron por el distrito como foco del desarrollo con el fin de alcanzar la salud para todos. Así pues, una red de centros distritales de salud constituirá la base operacional para llevar a cabo actividades específicas encaminadas a aumentar el bienestar de la comunidad, en particular la supervivencia de los lactantes, la maternidad sin riesgos y el estado de salud de la población laboral.

Los actuales problemas políticos en el Congo han trastornado seriamente el funcionamiento de la Oficina Regional y, por ende, la cooperación técnica con los Estados Miembros. En consecuencia, se han adoptado diversas medidas en lo tocante a la seguridad, la ejecución y monitoreo de la cooperación técnica y de los principales programas, el financiamiento de la atención de salud y la respuesta a situaciones de emergencia. En estrecha colaboración con la Sede y un grupo especial de trabajo de la Región, se han adoptado medidas especiales para salvaguardar la seguridad del personal, los bienes y la propiedad intelectual de la OMS. Se ha mantenido un equipo mínimo de 30 personas para asegurar el funcionamiento de la Oficina. Se han reforzado las responsabilidades de los representantes y de los equipos OMS/país para que puedan asegurar la implementación de las actividades de cooperación técnica en base a los presupuestos por programas ya aprobados. Se hará una asignación trimestral al presupuesto en los países y los representantes presentarán informes mensuales y trimestrales sobre las actividades. Se procederá a la inspección, sin aviso previo, de las actividades técnicas y financieras. Para todo ello, se ha procurado mejorar la eficiencia en la Oficina Regional, en particular en cuanto a métodos de trabajo, gestión, comunicación y competencia del personal.

Se ha observado una evolución positiva en la situación política de Sudáfrica, así como un deseo manifiesto de los dirigentes de todos los partidos por reanudar la cooperación con la OMS. Un foro

sanitario integrado por funcionarios gubernamentales y miembros de los movimientos de liberación de Sudáfrica ha pedido a la Oficina Regional que ayude a elaborar una política nacional de salud para uso del Gobierno que salga de las elecciones en abril de 1994. Funcionarios de Sudáfrica esperan también que en mayo de 1994 se presente a la Asamblea Mundial de la Salud una resolución que restablezca el derecho de voto de Sudáfrica.

Se levanta la sesión a las 12.30 horas.

= = =