



ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA PRIMERA SESIÓN

Sede de la OMS, Ginebra
Lunes, 13 de enero de 1997, a las 9.30 horas

Presidente: Sr. S. NGEDUP

ÍNDICE

	Página
1. Apertura de la reunión	2
2. Adopción del orden del día	2
3. Programa de trabajo	2
4. Alocución del Director General	2
5. Informes de los Directores Regionales	6

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 3 de marzo de 1997.

El texto definitivo se publicará en el documento EB99/1997/REC/2: **Consejo Ejecutivo, 99ª reunión: Actas resumidas.**

PRIMERA SESIÓN

Lunes, 13 de enero de 1997, a las 9.30 horas

Presidente: Sr. S. NGEDUP

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

El PRESIDENTE declara abierta la 99ª reunión del Consejo Ejecutivo y da la bienvenida a todos los participantes, incluidos varios miembros y suplentes recién designados. Entiende que, si no hay objeciones, el Consejo desea que el Dr. Al-Saif asuma las funciones de Vicepresidente en lugar de su predecesor, el Dr. Al-Muhailan.

Así queda decidido.

El PRESIDENTE recuerda que el Dr. Al-Muhailan fue designado en mayo de 1996 para representar al Consejo en la 50ª Asamblea Mundial de la Salud. Habida cuenta de que el Dr. Al-Saif ha asistido a varias Asambleas de la Salud en el pasado y, por consiguiente, reúne las condiciones estipuladas en la resolución EB61.R8 a ese respecto, se recomienda que, si no hay objeciones, se designe al Dr. Al-Saif para que represente al Consejo en la 50ª Asamblea Mundial de la Salud.

Así queda decidido.

El PRESIDENTE propone que, en ausencia de la Dra. Miller, el Dr. Ayub haga de Relator.

Así queda decidido.

2. ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA: punto 2 del orden del día provisional (documentos EB99/1 y EB99/DIV/9)

El PRESIDENTE indica que en el orden del día provisional, que figura en el documento EB99/1, deben suprimirse el punto 7 y el paréntesis con las palabras «si hubiere lugar» en el punto 18.4.

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

3. PROGRAMA DE TRABAJO

El PRESIDENTE, al anunciar las fechas y el horario de las sesiones, dice que habrá que observar estrictamente las horas de comienzo y terminación de éstas, pues si duran más de lo previsto deberán pagarse horas extraordinarias y no se dispone de fondos para ello. Además, al reducirse el personal encargado de la producción de documentos, la capacidad es limitada y el Consejo posiblemente necesite aplicar con flexibilidad para la dirección de los debates la regla de las 48 horas del artículo 11 de su Reglamento Interior.

4. ALOCUCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

El DIRECTOR GENERAL dice que es responsabilidad del Consejo Ejecutivo velar, junto con la Asamblea de la Salud, por que las orientaciones y actividades programáticas planeadas que se mencionan en el presupuesto por programas sean coherentes con la misión y las prioridades de la Organización. En la presente

reunión el Consejo examinará el proyecto de presupuesto por programas para el bienio 1998-1999, que es el último antes del año 2000 y cuando la reforma de la OMS pasará a ser plenamente operacional. En cierto sentido, por consiguiente, si bien refleja todas las medidas de la reforma que se han recomendado, ese presupuesto es aún un presupuesto por programas de transición. Desde 1993, siguiendo las orientaciones de los órganos deliberantes, se ha ido realizando la reforma en todos los niveles de la Organización. Se han introducido cambios importantes de manera gradual en las políticas, los sectores programáticos, las estructuras y los procedimientos de la OMS con el fin de mejorar la responsabilización, contener los costos y aumentar la eficiencia, en apoyo del desarrollo de los sistemas sanitarios y de la creación de medios de acción en los Estados Miembros.

Sería inapropiado medir el éxito de la reforma sólo en términos negativos, atendiendo por ejemplo a las reducciones operadas en el presupuesto, en el personal y en las actividades. El objeto de la reforma consiste en lograr que la Organización pueda adaptarse, según sea necesario, a los nuevos entornos y futuros desafíos a medida que vayan surgiendo, si bien reconocemos que muchos de ellos son en gran parte imprevisibles. La reforma, por consiguiente, tiene que entenderse no como un acontecimiento aislado sino como un proceso dinámico, como lo han puesto de relieve con razón los jefes ejecutivos de todos los organismos de las Naciones Unidas en una reciente reunión del Comité Administrativo de Coordinación (CAC). Tampoco significa esa reforma que debemos repudiar todos los logros ya conseguidos y desechar todas las políticas y todos los métodos de trabajo existentes. Al contrario, exige que nos basemos en la experiencia pasada, aprendiendo tanto de los éxitos y fracasos de la OMS en el intento por alcanzar lo que ella denomina «Salud para todos en el año 2000».

Para que el proyecto de presupuesto por programas sea un instrumento verdaderamente analítico, deberá subrayar más claramente los puntos fuertes y débiles de la OMS en función de los retos específicos que ha de afrontar la Organización. El orador espera con interés las observaciones y sugerencias del Consejo sobre la manera de mejorar el documento del presupuesto por programas de forma que sirva de base para un debate provechoso en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1997. En la elaboración del proyecto de presupuesto por programas para 1998-1999 se han seguido las recomendaciones del Consejo sobre las prioridades y se ha tratado de armonizarlas con las propuestas de las seis regiones de la Organización. Sin embargo, sigue habiendo cierto grado de divergencia, que es reflejo de las diferentes necesidades, culturas y estilos de gestión de los Estados Miembros.

En 1993, el Consejo Ejecutivo adoptó 47 recomendaciones sobre la adaptación de la OMS a los cambios mundiales. Se han introducido los cambios de política y de gestión recomendados, pero aún se están ensayando algunos de los nuevos mecanismos y procedimientos, como es el sistema de información para la gestión. Muchos de esos cambios han producido ya beneficios tangibles. El Consejo de Políticas Mundiales y el Comité para el Desarrollo de la Gestión, que se reúnen de manera regular, han mejorado considerablemente la comunicación y la coordinación dentro de la Organización. Los Directores Regionales informarán acerca del seguimiento de la reforma y de su repercusión en sus regiones. En los países es ya manifiesto que la acción concertada ha reforzado la identidad y la eficacia de la OMS. Es previsible que los nuevos procedimientos para la contratación de los Representantes de la OMS refuercen aún más la función de la OMS en los países.

La reestructuración de los programas de la OMS ha ido encaminada a centrar los recursos en un número menor de sectores esenciales de la acción sanitaria, como son las enfermedades infecciosas, la salud reproductiva y familiar, la higiene del medio, la nutrición, las vacunas y la inmunización, los medicamentos esenciales, los sistemas de salud, las discapacidades, las enfermedades no transmisibles, y la salud mental y el abuso de sustancias, incluida la disyuntiva tabaco o salud. Centrada en finalidades más precisas, la acción de la OMS es más fácil de identificar y comprender, lo cual es útil para disipar ciertas falsas ideas sobre la OMS como burocracia. El público necesita ver por sí mismo lo que es realmente la OMS y lo que hace cada día su personal para ayudar a los países a proteger y fomentar la salud de la población.

Los resultados preliminares de ese trabajo de racionalización son estimulantes y muestran que muchos programas están cobrando impulso. Declarando emergencia mundial la tuberculosis en 1993 y estableciendo su Programa Mundial contra la Tuberculosis, la OMS ha podido catalizar una respuesta práctica mundial frente a esta enfermedad. Hay señales de que la epidemia se está estabilizando, al menos en algunas partes del mundo, y más de 70 países están aplicando ya una estrategia eficaz, conocida como tratamiento de breve duración bajo observación directa, elaborada y sometida a prueba por la OMS.

Las campañas especiales emprendidas para erradicar la dracunculosis y la poliomielitis y para eliminar la lepra, la enfermedad de Chagas, el tétanos neonatal y las formas principales de malnutrición han recibido un apoyo político y público considerable. En 1995, los días nacionales de inmunización permitieron vacunar contra la poliomielitis a casi la mitad de los niños del mundo menores de cinco años. África emprendió en 1996 una ingente labor para aumentar la cobertura de inmunización y acercarse a la meta de la erradicación de la poliomielitis en todo el continente africano. En ese mismo espíritu, la OMS y sus asociados han lanzado en África una iniciativa contra la meningitis para reforzar la prevención y mejorar la vigilancia y las actividades de lucha contra esa enfermedad. La OMS seguirá coordinando la cooperación internacional y promoviendo alianzas entre los sectores público y privado en apoyo de esas actividades.

La División de Enfermedades Emergentes y otras Enfermedades Transmisibles, establecida en el marco del proceso de reforma de la OMS, ha probado ya su capacidad para responder con rapidez y eficacia a los nuevos desafíos que para la salud pública han representando en particular los recientes brotes de fiebre hemorrágica de Ébola y de encefalopatías espongiiformes transmisibles. En el caso de los desastres naturales y las emergencias complejas, mediante una definición más clara de la función y de los medios de intervención de la OMS se ha reforzado la capacidad de ésta para intervenir eficazmente, en asociación con otros organismos de las Naciones Unidas, con los gobiernos y con las organizaciones no gubernamentales.

El proceso formal de reestructuración ha dado lugar a algunos «subproductos» informales, entre ellos el recurso creciente a grupos de trabajo especiales dentro de la Secretaría que denotan la voluntad de los responsables de diferentes programas de reunirse para intercambiar información sobre asuntos de interés común. Esta labor, que debería seguir siendo informal, reforzará la capacidad de análisis de la OMS y conferirá una mayor flexibilidad a las modalidades de colaboración entre los diversos programas y sectores.

En algunas de las 47 recomendaciones de reforma se ha subrayado la necesidad de que la OMS mejore su colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas. Se ha hecho esto fortaleciendo la función de fomento de la OMS y llamando la atención, en todas las conferencias pertinentes de las Naciones Unidas, sobre las preocupaciones de salud y las exigencias de un desarrollo sostenible y centrado en el ser humano. La OMS ha participado activamente en muchas de esas conferencias y siempre ha hecho honor a su compromiso en cuanto a los aspectos de salud de los planes de acción adoptados, como lo demuestran su trabajo en materia de salud ambiental y salud reproductiva. La colaboración de la OMS con otras partes del sistema de las Naciones Unidas se está desarrollando también en el marco de programas copatrocinados tales como el ONUSIDA, el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (IPCS) y el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis, tanto en reuniones de gestión conjuntas como mediante actividades sobre el terreno. Esa colaboración tiene lugar además en los periodos de sesiones técnicas del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que ha abordado recientemente la cuestión del abuso de sustancias. La salud y la educación son los dos sectores prioritarios de la Iniciativa especial para África del sistema de las Naciones Unidas. El CAC ha confirmado que la responsabilidad de dirigir y coordinar las actividades de salud en ese marco incumbe a la OMS. También ha declarado que todas las actividades que se emprendan dentro de esa Iniciativa deberán incorporar el punto de vista de la mujer y contribuir a mejorar su condición jurídica y social y sus oportunidades socioeconómicas. La OMS viene adoptando ese enfoque en todos sus programas técnicos desde hace algunos años y seguirá promoviéndolo vigorosamente.

El mundo ha sufrido una profunda transformación desde el establecimiento del sistema de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, y ciertamente desde la Declaración de Alma-Ata. La regionalización y la mundialización de las fuerzas económicas y políticas, la privatización, las nuevas tecnologías, la evolución de los modos de vida y los cambios demográficos son importantes factores que determinan las oportunidades y las limitaciones del desarrollo sanitario y de la cooperación internacional. Están remodelando los vínculos de asociación de la OMS y exigen una reconsideración de sus funciones.

En este nuevo entorno, se pide cada vez más a la OMS que facilite el diálogo y la cooperación en los asuntos de salud entre agrupaciones regionales. La OMS ha participado recientemente en una reunión ministerial para Asia oriental sobre las sociedades solidarias, que se centró en los servicios sanitarios y sociales. La OMS participa además en la iniciativa actual, lanzada por el Grupo de los 77 y China en el marco de la Comisión de la UNCTAD sobre el comercio de bienes, servicios y productos básicos, para analizar las consecuencias de la mundialización del comercio y de la tecnología para el sector de la salud. Se trata en particular de estudiar los problemas y oportunidades existentes en esferas tales como la telemedicina, la adquisición de

preparaciones farmacéuticas a través de Internet, la garantía de la calidad y los mecanismos de reglamentación, la medicina tradicional, la aplicación del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, la capacitación y las investigaciones.

La investigación sobre los problemas de salud pública y sus determinantes biomédicos, económicos, tecnológicos y sociales es una función esencial de los programas de la OMS que éstos desempeñan en sus actividades cotidianas en cooperación con los países. Sobre la base de esa investigación operativa, la OMS puede elaborar directrices de política y recomendar normas técnicas y éticas, como se verá por los informes que va a examinar el Consejo sobre los progresos realizados en la reorientación de la enseñanza y el ejercicio de la medicina, la salud reproductiva, el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, la disyuntiva tabaco o salud, y la lucha contra el paludismo, la tripanosomiasis y la filariasis.

La coordinación del futuro programa de investigaciones sanitarias de la OMS se va a vincular estrechamente a la renovación de la estrategia de salud para todos, con la participación de todas las regiones. La tarea de la Organización consiste en señalar las lagunas, estimular las investigaciones y, si es necesario, aconsejar en lo que respecta a la reorientación de las estrategias.

La epidemiología es un importante sector que requiere nuevas investigaciones, no sólo para obtener datos sino también para definir conceptos y enfoques. Se ha progresado mucho desde la Conferencia de Alma-Ata en la obtención de datos de referencia seguros, pero la OMS necesita el apoyo constante de los países para definir estrategias y medir los resultados sobre la base de una información fiable. En un nuevo entorno y una nueva estrategia de salud se necesitan nuevos enfoques epidemiológicos. La atención deberá centrarse más en prever los futuros problemas de salud y en informar sobre ellos a los responsables de formular políticas para que puedan tomar medidas a tiempo.

En este contexto, los comités consultivos de investigaciones sanitarias de la OMS están colaborando con los programas de la Organización para examinar la validez de los actuales indicadores de salud y, donde sea preciso, proponer indicadores alternativos o adicionales. Es indispensable velar por que las prioridades y políticas no se definan y evalúen sólo de acuerdo con criterios biomédicos y estimaciones económicas de la carga de morbilidad y discapacidad. En ellas deberán tenerse en cuenta asimismo los enormes costos sociales y políticos de las enfermedades, del sufrimiento y de la desigualdad de acceso a la salud y al desarrollo, así como la desintegración social, la inestabilidad política y la violencia resultantes. Algunos de estos extremos se abordarán en *The world health report 1997* [Informe sobre la salud en el mundo 1997].

En su Preámbulo, la Constitución subraya que una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud de la población. Esto prefigura la actual toma de conciencia de la necesidad de incluir a la sociedad civil en la formulación de la política sanitaria. Dar al ciudadano la oportunidad de expresar su opinión sobre las prioridades de salud y sobre la función de la OMS es la mejor manera de reforzar la legitimidad de la Organización y la sostenibilidad de su labor. Las consultas mundiales sobre la renovación de su estrategia de salud para todos forman parte del proceso de apertura de la OMS a nuevas modalidades de asociación no sólo con instituciones sino también con las poblaciones para cuyo servicio fue creada la Organización. El Consejo deseará sin duda tener en cuenta esta nueva insistencia en el papel que ha de desempeñar la OMS facilitando las investigaciones, la cooperación, el intercambio de conocimientos y pareceres y el establecimiento de normas, cuando examine el informe del grupo especial sobre la revisión de la Constitución.

El Comité de Desarrollo del Programa y el Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas están resultando ser órganos de gran utilidad y están formulando recomendaciones constructivas sobre la manera en que todos los asociados en el desarrollo sanitario pueden asumir sus responsabilidades. Han estudiado el proyecto de presupuesto por programas en una reunión conjunta y han aprobado en principio su nivel previsto, incluida la propuesta de aumento de los costos del 2%. Han subrayado asimismo la importancia de integrar en un todo coherente la nueva estrategia de salud para todos, el Décimo Programa General de Trabajo y los cambios de política y de gestión introducidos como parte del proceso de reforma.

La OMS fue creada después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los recursos eran escasos pero las opciones para lograr un mundo más humano eran muy claras. La OMS desea hacer suya la visión de sus fundadores y su determinación reafirmando su adhesión a la salud para todos de acuerdo con los principios de equidad, de solidaridad y de responsabilidad compartida.

5. INFORMES DE LOS DIRECTORES REGIONALES: punto 4 del orden del día (documentos EB99/DIV/3, EB99/DIV/4, EB99/DIV/5, EB99/DIV/6, EB99/DIV/7, EB99/DIV/8 y EB99/DIV/10)

El PRESIDENTE anuncia que, por primera vez, este punto comprenderá una presentación a cargo del Director del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.

Pacífico Occidental

El Dr. HAN, Director Regional para el Pacífico Occidental, dice que el rápido proceso de industrialización, urbanización, cambio social y envejecimiento de la población está contribuyendo a que aumente la prevalencia de enfermedades no transmisibles en su Región, pero sigue siendo necesario que prestemos estrecha atención también a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. Durante el pasado decenio, la situación epidemiológica en lo que respecta al paludismo ha mejorado considerablemente, aunque aún hay serios motivos de preocupación. El número de casos detectados mediante microscopía en 1994 ha sido más de un 50% inferior al de 1984. La incidencia ha disminuido en un 90% en China en ese mismo periodo, pero ha seguido siendo alta en Camboya, la República Democrática Popular Lao y las Islas Salomón. En las Islas Salomón, tras la adopción del enfoque multisectorial «islas sanas», el número de casos de paludismo en los 10 primeros meses de 1996 ha disminuido un 77% en comparación con el mismo periodo de 1995.

Se ha avanzado bastante hacia el logro de las metas específicas de la Región. Con respecto a la erradicación de la poliomielitis, el poliovirus salvaje circula, a un ritmo mucho menor, sólo en Camboya y en las regiones meridionales de Viet Nam y la República Democrática Popular Lao. De los 136 casos notificados como casos que satisfacen los criterios clínicos respecto a esa enfermedad durante 1996, se han hallado poliovirus salvajes sólo en siete de ellos, tres de los cuales importados. La Región del orador está colaborando ya con otras regiones, en particular la Región de Asia Sudoriental, para conseguir que sus programas de erradicación tengan el mismo éxito. La Comisión Regional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis ha establecido los criterios y estrategias y un plan de acción para la certificación, mientras que los países están creando comités nacionales de certificación. La primera reunión del Comité de Certificación Subregional para las Islas del Pacífico se celebró en Fiji en diciembre de 1996.

La eliminación de la lepra progresa satisfactoriamente, pues 21 países y zonas han conseguido ya la meta de erradicación: un caso o menos por 10 000 habitantes. Se están centrando gradualmente los esfuerzos en los restantes grupos de casos de lepra y están avanzando al ritmo previsto los proyectos de acción especial destinados a acabar con ellos en seis países prioritarios.

La tasa de notificación de tuberculosis en la Región ha aumentado un 30% durante los 10 últimos años, en parte como consecuencia del mejoramiento del sistema de notificación. Prosigue la lucha contra la tuberculosis mediante la aplicación estricta de la estrategia de la OMS, conocida como tratamiento de breve duración bajo observación directa, que está dando ya resultados prometedores.

Las enfermedades con potencial epidémico siguen planteando un desafío a la salud pública. Durante 1995, la Oficina Regional tomó medidas para responder a una epidemia de fiebre hemorrágica dengue en Camboya y a un brote de difteria en Mongolia. En abril de 1996 se estableció en la Oficina Regional un grupo especial de respuesta contra los brotes, que se movilizó contra un brote de difteria en la República Democrática Popular Lao, en julio, y brotes de cólera en Mongolia y Filipinas, en agosto y septiembre. El Comité Regional adoptó en septiembre de 1996 una séptima prioridad regional para la gestión y el control de las enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes.

Se ha registrado una mejora en las tasas de mortalidad materna, aunque éstas varían ampliamente de un país a otro y dentro de un mismo país. En 11 países de la Región, la tasa de mortalidad materna se mantiene por encima de 100 por 100 000 nacidos vivos y es a menudo de 1000 o más por 100 000 nacidos vivos en las comunidades aisladas o insuficientemente atendidas. Un mejor acceso a los métodos de regulación de la fecundidad ha dado lugar a un descenso significativo de la tasa de fecundidad global en la Región, que ha pasado de un promedio de 5,1 en 1960 a 2,1 en 1995, contribuyendo así considerablemente a la disminución de la mortalidad materna.

La OMS, desafortunadamente, no tiene medios para financiar esos importantes programas con cargo a su presupuesto ordinario y depende casi enteramente de los recursos externos, incluidos los bilaterales. La Región del orador no prevé tener los recursos financieros necesarios para costear todas sus actividades, pero sí espera que la OMS tenga los recursos técnicos indispensables. Incluso los gastos de personal de la Oficina Regional se están sufragando ya en medida considerable con cargo a recursos extrapresupuestarios. Si bien se agradecen y son útiles esos fondos, la situación tal vez conlleve sus propios desafíos y requiera reformas. En el bienio 1994-1995, las contribuciones extrapresupuestarias ascendieron a US\$ 38 millones, más del 50% del valor del presupuesto ordinario; sin esos fondos, muchos de los importantes avances conseguidos no habrían sido posibles. La Oficina Regional está tratando asimismo de movilizar fondos bilaterales y de facilitar orientación técnica para su utilización, como resultado de lo cual se han asignado muchos más millones directamente a los programas de salud de los países.

En toda la Región, los gobiernos colaboran con la OMS para aplicar los conceptos y orientaciones del documento de política titulado *New horizons in health* [Nuevos horizontes sanitarios]. El enfoque de las «islas sanas» y las «ciudades sanas» tiene cada vez más aceptación, y representa un cambio de orientación, pues de iniciativa de alcance nacional ha pasado a ser de orientación comunitaria. Cada vez se considera más como una manera eficaz y realista de trabajar en pro de las metas de la estrategia de salud para todos, a la vez que proporciona algunos de los mecanismos de consulta para su renovación. Casi todos los países insulares del Pacífico participan en el programa de escuelas promotoras de la salud, de la OMS. Las directrices regionales para el fomento de esas escuelas se han distribuido y traducido ampliamente con ocasión de las reuniones nacionales organizadas sobre el fomento de la salud en las escuelas. De modo análogo, en 1997 se dispondrá de directrices regionales sobre el fomento de la salud en los lugares de trabajo. Seis países están formulando planes locales de salud y medio ambiente en el marco del enfoque de las «ciudades sanas». En China, Malasia y Viet Nam se han celebrado talleres nacionales para trasladar esas iniciativas locales hacia otras ciudades, y en octubre de 1996 se organizó en Beijing una conferencia internacional en torno al tema de las ciudades sanas.

Se han introducido cambios serios y trascendentales en los servicios de salud y en el campo de acción del personal de salud. La reforma de los sistemas asistenciales sigue siendo una prioridad, en la que habrá que atender en particular a la prestación de servicios de atención sanitaria, al aumento de los costos, a la equidad del acceso, a la garantía de la calidad y a la eficiencia. La OMS ha colaborado con los países para reorientar tanto el adiestramiento básico como la formación permanente de los profesionales sanitarios; se están realizando rápidos progresos en el Pacífico en la enseñanza postuniversitaria, que constituye una prioridad.

Durante varios años se han adoptado medidas en la Oficina Regional para racionalizar la fuerza de trabajo y simplificar la ejecución de los programas. En total habrá que congelar o suprimir uno de cada seis puestos de aquí al bienio 1998-1999. Con el acuerdo del Gobierno de Malasia, el Comité Regional ha decidido cerrar el Centro Regional para la Higiene del Medio al final de diciembre de 1997, si bien manteniendo los servicios técnicos necesarios. El personal de la Región ha tenido que asumir nuevas responsabilidades y el orador le expresa su reconocimiento. La cuestión que ahora tiene planteada la Región no es si podrá seguir logrando resultados significativos, sino cómo podrá lograrlos con unos recursos financieros y humanos en constante disminución. Los órganos deliberantes de la OMS deberán estudiar muy atentamente las consecuencias de esa situación. Hay que adoptar medidas decisivas para proporcionar apoyo a las zonas donde se pueden realizar progresos reales y manifiestos.

África

El Dr. SAMBA, Director Regional para África, señala que la moral y el rendimiento del personal de su Región han aumentado notablemente, lo cual ha repercutido de manera importante en la prestación de servicios a nivel tanto regional como de país. Asimismo ha mejorado la colaboración entre la Oficina Regional y los países. Pese a lo difícil que es viajar en África, el orador ha podido visitar casi todos los países de la Región y entablar consultas con las máximas autoridades políticas, representantes locales del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y comunidades, lo cual ha arrojado provechosos resultados. Por ejemplo, gracias a la colaboración de todos los interesados, la cobertura de inmunización ha aumentado e, incluso en países en que las guerras civiles están causando estragos, ha superado el 90%: las facciones belige-

rantes han simplemente interrumpido la lucha durante la campaña de inmunización, reanudando por lo general las hostilidades inmediatamente después.

La colaboración con asociados externos, tanto de carácter multilateral como bilateral, está produciendo asimismo importantes resultados. Por ejemplo, las contribuciones a los recursos extrapresupuestarios de la Región han aumentado en más del 300%. Si bien esos fondos son muy bien recibidos, tienden a distorsionar la utilización de los fondos del presupuesto ordinario, que, para los 46 países de la Región, con sus crecientes necesidades y problemas, es de sólo unos US\$ 77 millones al año, lo que equivale al presupuesto de un hospital promedio de tamaño mediano de Europa o de América del Norte. Por consiguiente, hay que estudiar muy seriamente la posibilidad de aumentar el presupuesto ordinario.

La importancia atribuida a la labor de promoción a nivel de país también está dando sus frutos. Cabe señalar que, pese a las graves dificultades económicas, los países de la Región están desplegando un enorme esfuerzo para cumplir con sus obligaciones financieras respecto de la OMS y se prevé que tal esfuerzo proseguirá el año próximo.

El desarrollo y la ejecución del programa en la Región han tropezado con dos obstáculos principales. El primero ha sido el nivel del presupuesto ordinario; el crecimiento cero data de 1980 y la compensación por los aumentos de los costos se ha restringido. El orador expresa la esperanza de que el Consejo acepte las recomendaciones formuladas por el Comité de Desarrollo del Programa. El segundo obstáculo está constituido por las situaciones de emergencia provocadas por el hombre, que han dado lugar al desplazamiento de millones de personas dentro de los países y de un país a otro. En la Oficina Regional se constituyó una pequeña unidad para que trabaje con las unidades de emergencia de la sede de la OMS, la sede de las Naciones Unidas, el ACNUR y el UNICEF. Se ha facultado a los Representantes de la OMS para que estudien con los ministerios la utilización de los presupuestos nacionales para emergencias, en espera de la llegada del apoyo exterior. Las epidemias de enfermedades nuevas, tales como la fiebre hemorrágica de Ébola, y de enfermedades antiguas, como el paludismo, la fiebre amarilla y la meningitis, también se han vuelto comunes en África.

Se han establecido mecanismos de gestión para hacer frente a las dificultades. La colaboración con los auditores de la Sede ha mejorado la gestión de los recursos. En cuanto al manejo de las situaciones de emergencia, ha aumentado la colaboración entre los organismos y recientemente, por ejemplo, se han puesto a disposición del Zaire 16 técnicos médicos de gran competencia. En la última reunión del Comité Regional se subrayó la necesidad de la paz. Si bien las emergencias mismas son tal vez inevitables, la secuela de morbilidad y mortalidad puede reducirse considerablemente.

Las Américas

El Dr. ALLEYNE, Director Regional para las Américas, señala que la Región en su conjunto ha registrado un crecimiento económico moderado, que ha ido acompañado, sin embargo, en muchas zonas por una persistente pobreza y desigualdad de oportunidades económicas. La aparición del terrorismo en algunas zonas ha estado contrarrestada por la elección democrática del presidente de Haití y por la firma de un acuerdo de paz en Guatemala tras 30 años de guerra. Se ha lanzado una iniciativa para reestructurar la cooperación técnica internacional en materia de salud y se están creando vínculos de asociación con el sector privado, organizaciones no gubernamentales, medios informativos e iglesias; estas dos últimas instancias pueden ser fuerzas poderosas para fomentar todos los aspectos de la salud. Asimismo, se adoptó un enfoque estructurado respecto de los principales actores políticos de los países, a fin de estimular una diferente percepción de la salud y de atribuirle una mayor importancia en el programa social. La Región participó activamente en el seguimiento de la Cumbre Presidencial celebrada en Miami, Florida, en 1994, y envió representantes a las Cumbres Presidenciales Iberoamericana y Continental de 1996. Las secretarías de los movimientos de integración subregional del Cono Sur, el Caribe, la región andina y América Central han recibido asesoramiento y ayuda en materia de salud, como aspecto decisivo de la cooperación funcional. El fomento de la renovación de la estrategia de salud para todos ha abarcado prácticamente a todos los países de la Región; en el Uruguay se celebró una conferencia, a la que asistieron representantes de 17 países, de otras regiones y de la sede de la OMS. Se está evaluando la aplicación de las orientaciones estratégicas y programáticas establecidas por los cuerpos directivos de la Región para 1994-1998, y se formularán orientaciones para el periodo de 1998-2002. Con miras a movilizar recursos, también se crearon vínculos de asociación con importantes instituciones de financiación multilateral, tales como

el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, a fin de establecer una asignación óptima de recursos en beneficio de los países de la Región.

El año transcurrido fue el quinto año sin poliovirus salvaje en la Región, y los sistemas de vigilancia son suficientemente eficientes para responder a una eventual importación del virus. En octubre de 1996, el total de casos confirmados de sarampión en América Latina y el Caribe fue de sólo 21, frente a 3500 en 1995. Es de esperar que cuando se celebre el centenario de la OPS en el año 2002 el sarampión se haya eliminado del hemisferio. La prevalencia del tétanos neonatal está disminuyendo, y la activa cooperación de los ministerios de salud de la Argentina, Bolivia, el Brasil, Chile, el Paraguay y el Uruguay para eliminar la enfermedad de Chagas está dando sus frutos. La fiebre aftosa está en vías de erradicación, y la Argentina, el Paraguay y los estados del sur del Brasil parecen haberla eliminado completamente. Se han establecido sistemas de vigilancia para las enfermedades nuevas y emergentes, y se ha formulado una política para la colaboración con el ONUSIDA. Tampoco se han dejado de lado las enfermedades no transmisibles, con inclusión de la diabetes y la salud mental.

Uno de los principales logros de 1996 fue el establecimiento de mecanismos para definir y reunir un conjunto de indicadores sanitarios básicos para cada país de la Región y asegurar que fueran accesibles e intercambiables por medio de Internet. Como parte de la renovación de la estrategia de salud para todos, se está alentando a nivel local la creación de espacios sanos, por ejemplo comunidades, lugares de trabajo y escuelas. A este respecto, se inauguró una publicación no técnica, la revista *Perspectivas de salud*, destinada a presentar los aspectos humanos de la salud. Ha proseguido el programa regional sobre bioética. Se ha intensificado el programa de capacitación, en la Secretaría y en los países, para la sensibilización respecto de las diferencias de trato por razón de sexo, habiéndose prestado especial atención al tema de la violencia contra la mujer. En el contexto de la reforma del sector sanitario, las principales esferas de acción fueron la reorganización y la financiación del sistema de salud y el fortalecimiento de los ministerios de salud para que guíen el proceso. A nivel administrativo, se han interrumpido varias actividades de la Oficina Regional, se han fusionado algunas funciones y se han suprimido 55 puestos. Representantes de los gobiernos de los Estados Miembros de la Región participaron activamente en las reuniones de los cuerpos directivos de la Región. Los dos principios que orientan su trabajo son la búsqueda de la equidad y el fortalecimiento del panamericanismo.

Asia Sudoriental

El Dr. UTON RAFEL, Director Regional para Asia Sudoriental, recuerda que en su Región la respuesta al llamamiento inicial para que se hiciera lo posible por lograr la meta de la salud para todos en el año 2000 se centró en la comunidad, con la utilización eficaz de agentes de atención sanitaria a nivel local, la expansión de los establecimientos de salud comunitarios y la promoción de la participación comunitaria. Como resultado de ello, las tasas brutas de mortalidad, las tasas de mortalidad infantil y la esperanza promedio de vida al nacer han mejorado de forma significativa. La OMS ha sido particularmente eficaz en la movilización de días nacionales de inmunización en Bhután e Indonesia y en la sincronización de ese tipo de iniciativas en países vecinos. Así pues, la inmunización simultánea en Bangladesh, la India, Myanmar, Nepal y Tailandia en diciembre de 1996 dio lugar a la vacunación de más de 152 millones de menores de cinco años, entre ellos más de 116 millones de niños tan sólo en la India. Si bien la Región ha abordado con éxito problemas inveterados tales como la poliomielitis, el tétanos neonatal y la lepra, en algunos países se han observado enfermedades infecciosas nuevas y emergentes. La OMS proporcionó un apoyo rápido y eficaz al Gobierno de la India para combatir un brote de fiebre hemorrágica dengue surgido en Nueva Delhi en el otoño de 1996. A raíz de ello, se elaboraron directrices para la respuesta rápida a las epidemias de dengue en una reunión técnica organizada por la Oficina Regional, y se está preparando un módulo didáctico para médicos sobre la gestión del dengue y de los síndromes asociados. Otros ejemplos de asociación en pro del desarrollo sanitario son la prestación de apoyo técnico a actividades financiadas por el Banco Mundial y el Banco Asiático de Desarrollo en varios países de la Región para abordar cuestiones de alta prioridad, tales como la nutrición, la salud reproductiva y la atención primaria de salud. Se han elaborado memorandos de entendimiento con la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional y con la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental. La labor de promoción para situar a la salud en un lugar destacado del programa político y la búsqueda de un firme compromiso con la salud por parte de todos los sectores interesados han contribuido significativamente al éxito de esas actividades.

El Comité Regional debatió las conclusiones de una reunión consultiva sobre la revisión de la Constitución de la OMS y consideró que no se precisaban grandes cambios; sin embargo, pidió que se efectuara un examen detallado de los procedimientos financieros y administrativos de la Organización, a fin de facilitar la elaboración y aplicación oportunas y sistemáticas de programas de colaboración. El Comité reiteró que el objetivo de la OMS enunciado en el Artículo 1 de su Constitución sigue teniendo bases sólidas y que la identidad de la Región debe permanecer intacta. Casi un cuarto de la población mundial vive en la Región, pero en ella recae una parte desproporcionadamente amplia de la carga de morbilidad mundial: el 44% de toda la mortalidad materna, más del 40% de las defunciones por enfermedades infecciosas, el 40% de las defunciones por tuberculosis y más del 50% de los casos de fiebre dengue, fiebre hemorrágica dengue, hepatitis E, poliomielitis, lepra, rabia humana y tos ferina. La clara homogeneidad de la población, las características epidemiológicas similares de los distintos países y las grandes afinidades culturales y lingüísticas revelan la existencia de un grupo compacto y cohesivo con necesidades comunes. Se ha logrado hacer un uso óptimo de la dotación regional aunando recursos procedentes de las asignaciones a nivel de país en un programa interpaíses suplementario para abordar los problemas sanitarios comunes, con la plena participación de los Estados Miembros interesados. Este mecanismo permite que los recursos de la OMS en la Región se utilicen más eficazmente para mejorar la salud y la calidad de la vida, en especial en los cinco países menos adelantados de la Región.

La Región de Asia Sudoriental ha aplicado íntegramente las prioridades mundiales establecidas por el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud para la ejecución del presupuesto por programas para 1996-1997. Además, el 55% del presupuesto regional propuesto para 1998-1999 se ha asignado a actividades comprendidas en las esferas prioritarias identificadas por el Consejo y otro 25% a actividades que tienen una incidencia directa en las cuestiones prioritarias. A finales de 1996, la aplicación en los países de los planes de acción para la entrega de productos en el marco del presupuesto por programas para 1996, primer año del Noveno Programa General de Trabajo, rebasaba el 50% en términos financieros. El orador confía en que el presupuesto por programas para 1996-1997 se ejecutará plenamente en el plazo previsto, tanto en términos técnicos como financieros.

La Oficina Regional está trabajando en cooperación con la Comisión Económica y Social para África y el Pacífico (CESAP) y con la Oficina Regional para el Pacífico Occidental a fin de promover la iniciativa «ciudades sanas». Este concepto se ha ampliado en algunos países a las «aldeas sanas» y las «islas sanas».

La Oficina Regional y las oficinas en los países están procurando adoptar el sistema de gestión de actividades desarrollado a nivel mundial, ajustándolo para satisfacer las necesidades del desarrollo y la gestión de programas a nivel regional y de país. Se ha establecido un grupo de trabajo sobre gestión en la Oficina Regional para estudiar las formas de reducir el despilfarro e incrementar la eficiencia operacional. Se han congelado varios puestos, y los que quedan vacantes por jubilación sólo se cubren cuando es absolutamente necesario.

La Oficina Regional sigue promoviendo la plena participación de las autoridades nacionales en la identificación y ejecución de actividades conjuntas que respondan a las necesidades nacionales de desarrollo sanitario. Además de las reuniones del Comité Consultivo para el Desarrollo y la Gestión del Programa, del Comité Regional y de los ministros de salud, se han empezado a celebrar reuniones periódicas de los secretarios de salud de la Región.

En 1997, los Estados Miembros realizarán un examen final de sus estrategias de salud para todos en el año 2000. Los progresos realizados hacia el logro de este objetivo en el periodo comprendido entre 1977 y 1997 se documentarán en el informe de 1997 sobre la salud en la Región. También se darán los primeros pasos para elaborar el Décimo Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas para el ejercicio 2000-2001.

En estrecha consulta con los países de la Región, el orador ha iniciado una serie de reuniones de expertos y pensadores eminentes con miras a desarrollar un escenario que sirva de base para una declaración sobre el desarrollo sanitario en la Región de Asia Sudoriental en el siglo XXI, que habrá de ser aprobada por los ministros de salud en agosto de 1997. En el marco de esta iniciativa, una próxima publicación sobre modelos de asociación en materia de salud en Asia Sudoriental se centrará en las nuevas tendencias en la colaboración con otros actores clave del desarrollo sanitario, tales como los organismos bilaterales y las instituciones financieras. La declaración misma hará hincapié en la solidaridad y la autorresponsabilidad a nivel regional y de los países y servirá de trampolín de acción para hacer frente a los retos del nuevo milenio.

Europa

El Dr. ASVALL, Director Regional para Europa, dice que el acontecimiento más importante de los últimos tiempos en la Región de Europa ha sido el cese de las hostilidades en Bosnia y Herzegovina, Croacia y la República Federativa de Yugoslavia, y el comienzo de la labor de reconstrucción en esos países. La Oficina Regional ha iniciado un proyecto especial en Bosnia y Herzegovina para ayudar al Gobierno en sus esfuerzos de reconstrucción y reforma sanitaria y ha emplazado un grupo especial y personal permanente en Sarajevo con ese fin. El Gobierno presentó el plan resultante para la reconstrucción de los servicios de salud y la reforma sanitaria a una reunión de donantes celebrada en febrero de 1996. Un asesor principal de la OMS en materia de salud pública presidió el grupo especial intersectorial en el que estaban representados todos los principales donantes y gobiernos interesados. La Oficina Regional trató de ayudar a resolver el conflicto proporcionando una asistencia estrictamente neutral tanto a la entidad serbia como a la federación de musulmanes y croatas. Como resultado de ello, los ministerios de salud de las dos facciones anteriormente beligerantes firmaron una declaración conjunta sobre desarrollo sanitario.

La asistencia humanitaria prestada por la Oficina Regional en Croacia se ha concentrado en Eslavonia oriental, como parte de los esfuerzos conjuntos de las Naciones Unidas para ayudar a la administración croata en su proceso de transición. La Oficina también está ayudando al Gobierno croata en el desarrollo de un plan básico de reconstrucción de sus establecimientos de salud.

Se ha seguido prestando asistencia humanitaria a los refugiados de la guerra en Chechenia y se espera que el fin de las hostilidades permita mejorar los programas de salud pública, en particular en lo que respecta a la transmisión de la poliomielitis en esa parte de la Federación de Rusia.

Se ha seguido prestando asistencia a Armenia, Azerbaiyán y Georgia para afrontar las secuelas de las guerras civiles de principios del decenio de 1990, y también a Tayikistán, que aún sigue sumido en la guerra civil.

La situación socioeconómica y sanitaria ha mejorado en muchos países de Europa central y oriental, pero ha empeorado en la mayoría de los países de la antigua Unión Soviética.

En marzo de 1996, se identificó una nueva variedad de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y se expresó la preocupación de que pudiera estar relacionada con la encefalopatía esponjiforme bovina. El Comité Regional decidió en septiembre que la Oficina Regional estableciera un sistema de vigilancia regional para cooperar estrechamente con el órgano de vigilancia de la Unión Europea.

En 1994, la OMS invitó al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), al Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y a otros interlocutores a adherirse a una gran campaña para vacunar contra la difteria a todos los adultos de los 15 Estados Miembros de la antigua Unión Soviética. Si bien la campaña fue relativamente satisfactoria y se logró frenar la epidemia de difteria, en 1996 se registraron unos 20 000 casos debido a que sólo se logró reunir US\$ 25 millones de los US\$ 33 millones que se necesitaban. Sin embargo, se estima que en los dos últimos años se han prevenido más de 300 000 casos de difteria y hasta 30 000 defunciones.

La Región de Europa y la Región del Mediterráneo Oriental han llevado a cabo conjuntamente una lograda campaña de erradicación de la poliomielitis (Operación MECACAR), con la asistencia de la Asociación Rotaria Internacional, de varios países donantes y de otros asociados. En esa campaña, que empezó en 1995 con dos días nacionales de inmunización al año, se ha inmunizado a 63 millones de niños. Turquía es el único de los países de la Región de Europa participantes en la campaña en que hubo casos de transmisión de poliomielitis en 1996. Por otra parte, en Chechenia se registró una epidemia importante en 1995 y en Albania hubo una epidemia sorprendente en 1996, limitada casi exclusivamente a los adultos, probablemente como consecuencia de programas de vacunación defectuosos en el decenio de 1970 y principios de los años ochenta. Como al mismo tiempo brotaron algunos casos en países vecinos, la OMS, en cooperación con el UNICEF y otros asociados, organizó una asistencia rápida a los países afectados y les ayudó a realizar vacunaciones de urgencia en gran escala en la región de los Balcanes, logrando así poner fin a la epidemia.

En 1996 hubo una epidemia de paludismo especialmente grave en Tayikistán, con un número de casos estimado en 100 000, que incluyó la forma *falciparum* de la enfermedad.

La propagación de las enfermedades de transmisión sexual es especialmente preocupante. En los dos últimos años se ha registrado un pronunciado aumento de tales enfermedades en casi todos los países de la antigua Unión Soviética y un incremento menos acusado en los países de Europa central y oriental. En Lituania, por ejemplo, el número de casos se ha sextuplicado en los tres últimos años. Existe el riesgo consiguiente de que aumente la transmisión del VIH/SIDA en esos países, tendencia ya observada en 1996. Por desgracia, la OMS se ha visto obligada a reducir sensiblemente sus actividades en esa esfera, ya que los países donantes han desplazado sus fondos al ONUSIDA, el cual no ha sido capaz de proporcionar a esos países el mismo nivel de servicios que venían recibiendo en el marco del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA.

En junio de 1996 tuvo lugar en Liubliana (Eslovenia) la mayor conferencia sobre reforma sanitaria jamás celebrada. Participantes procedentes de 45 países examinaron unos 20 estudios por países efectuados por la OMS y una amplia documentación técnica. Los países europeos rechazaron rotundamente la introducción de mecanismos de mercado no sujetos a control en la esfera de la salud. Se consideró que las políticas y programas sanitarios debían basarse en los principios de la equidad, la solidaridad, la sostenibilidad económica, la calidad, la atención primaria de salud y el respeto de los derechos de los pacientes.

Otros hechos interesantes fueron los trabajos relativos a una carta de la medicina general/familiar, un proyecto de salud maternoinfantil para Azerbaiyán, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán y la creación de un nuevo foro europeo de asociaciones nacionales de enfermería y de la OMS.

En la esfera de la calidad de la atención, se publicaron las conclusiones de la Conferencia Paneuropea de Consenso de 1995 sobre la Gestión de los Accidentes Cerebrovasculares, y en agosto de 1996 se celebró en Viena otra importante reunión sobre ese tema. Prosiguió el trabajo de elaboración de indicadores y programas para la calidad de la atención en otras esferas.

Los participantes en la Conferencia Europea sobre la Salud, la Sociedad y el Alcohol celebrada en París en diciembre de 1995 examinaron nueve documentos técnicos sobre el tema y llegaron a un grado de acuerdo sorprendente en una cuestión tan delicada como ésta. Las tendencias observadas en los Estados Miembros en 1996 auguran progresos en esa esfera.

En Eslovenia se ensayó un nuevo método de evaluación del modo de vida y de los programas sanitarios del país, en cooperación con el Parlamento nacional.

El Foro Europeo de Asociaciones Médicas y de la OMS expresó su apoyo a la adopción de medidas más enérgicas en materia de tabaco y salud en una reunión celebrada en febrero, y ha lanzado recientemente una iniciativa de 22 asociaciones médicas nacionales a favor de los vuelos sin espacio de fumadores en las compañías aéreas nacionales.

El nuevo Comité Europeo de Medio Ambiente y Salud integrado, entre otros, por la Comisión Europea, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la Oficina Regional de la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y representantes gubernamentales de los sectores de la salud y el medio ambiente, elaboró un programa regional sobre cuestiones de salud y medio ambiente.

Francia, Italia y los Países Bajos acordaron proseguir la cooperación a través de sus centros de salud y medio ambiente por otros cinco años.

En 1996, unos 35 países de la Región de Europa elaboraron o aplicaron planes de acción nacionales interministeriales sobre medio ambiente y salud como parte del seguimiento de la Conferencia de Helsinki de 1994.

En 1996 comenzaron los trabajos preparatorios para la actualización de la política europea de salud para todos y la Oficina Regional ha prestado asistencia a 11 países en la ejecución o elaboración de sus políticas de salud para todos.

En julio de 1996 se organizó un seminario de la OMS para 15 funcionarios encargados de países y dos directores del Banco Mundial.

El proyecto «ciudades sanas» se ha ampliado a más de 600 ciudades, la red de hospitales promotores de la salud a unos 300 hospitales, el proyecto de escuelas promotoras de la salud a unas 2000 escuelas y la red del programa de intervención integrada de alcance nacional en enfermedades no transmisibles (CINDI) a 24 países.

La Oficina Regional ha creado un espacio en la World Wide Web, ha publicado 19 perfiles sobre la reforma sanitaria, ha concertado con World Television News un acuerdo que ofrece a la Oficina Regional acceso directo a un gran número de cadenas de televisión, y en breve comenzará a publicar un boletín trimestral para su distribución en los Estados Miembros.

En respuesta al llamamiento a favor de una mayor responsabilización, la Oficina Regional acompañó las propuestas del presupuesto por programas para 1998-1999 presentadas al Comité Regional de una serie de documentos de información en los que se detallaban los resultados del bienio anterior y los fondos utilizados con fines específicos. Se han realizado varios exámenes internos de la gestión y el Comité Regional ha decidido que las evaluaciones externas serán una característica permanente de los exámenes de fin de bienio de la labor de la Oficina Regional. El sistema reestructurado de información para la gestión podrá ocuparse de esa tarea.

Una reducción de 40 puestos en 1995 confirió a la Oficina Regional mayor agilidad, al suprimirse toda una serie de puestos administrativos. Se ha reestructurado la gestión y se ha creado una nueva unidad de coordinación de la gestión. Al orador le ha impresionado la capacidad de adaptación del personal, que resistió a los grandes cambios de 1995 sin que su sentido del deber y su dedicación a la Organización se resintieran. La creación de un Comité Permanente del Comité Regional - al que cabe considerar como una especie de Consejo Ejecutivo regional - ha establecido vínculos más sólidos entre la Oficina Regional y los Estados Miembros.

El orador comparte la opinión ya expresada por algunos de sus colegas de que el nivel actual del presupuesto no deja margen para nuevos recortes administrativos. Todo recorte adicional se tendrá que efectuar en los puestos y en los programas.

Mediterráneo Oriental

El Dr. GEZAIRY, Director Regional para el Mediterráneo Oriental, dice que la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental inició el proceso de renovación de la estrategia de salud para todos ya en las primeras fases de su aplicación, emprendiendo varias iniciativas encaminadas a atender las necesidades básicas de desarrollo. Tal política se basó en la convicción de que la salud no puede alcanzarse de forma aislada de los demás aspectos del desarrollo, de la misma manera que el desarrollo no puede lograrse sin tener en cuenta la salud. Convencida de que las comunidades mismas son las más indicadas para identificar sus necesidades, definir sus prioridades y cumplir sus responsabilidades, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha aceptado y respaldado siempre las iniciativas de las diferentes comunidades, entre ellas las ciudades sanas, las aldeas sanas, la autorresponsabilidad en la familia, las necesidades básicas de desarrollo, el mejoramiento de la calidad de la vida, los programas prácticos de salud escolar y la formación de líderes. El orador se complace en informar de que todas esas iniciativas han dado buenos resultados.

Hasta hace poco, se hablaba del enfoque de las necesidades mínimas básicas en lugar de las necesidades básicas de desarrollo. Sin embargo, la expresión «necesidades mínimas» daba la idea de concentrarse demasiado en un nivel mínimo de vida humana, sin ofrecer necesariamente una perspectiva de elevar ese nivel. Al reorientar el concepto hacia el aspecto del desarrollo y hacer hincapié en que esas necesidades son las básicas para el desarrollo en todos los niveles - tanto local, en las aldeas, como nacional, para el país en su conjunto - el orador espera que el criterio de las necesidades básicas de desarrollo se considere ahora firmemente incorporado en el marco de los planes nacionales de desarrollo.

La lucha contra las enfermedades continúa. El Pakistán está libre de dracunculosis desde hace tres años, y la situación ha sido verificada por un equipo internacional. Se espera que la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis certifique pronto la erradicación. En el Sudán y el Yemen, los dos países de la Región que aún están afectados, se están desplegando esfuerzos considerables y, a juicio del orador, las perspectivas son buenas. En la eliminación de la lepra se está logrando un éxito parecido. En los últimos años se han adoptado medidas para combatir los efectos perjudiciales de las carencias de micronutrientes sobre el crecimiento y el desarrollo, en especial las carencias de yodo y hierro.

El programa regional sobre medicamentos esenciales está haciendo cada vez más hincapié en la promoción de industrias farmacéuticas locales y en el fortalecimiento del sistema nacional de garantía de la calidad. Se ha formulado un plan regional para la garantía de la calidad de las sustancias biológicas, y el programa está respaldando asimismo la publicación de documentos nacionales que abarcan diversas esferas de especial importancia para el formulario de medicamentos nacional. En materia de higiene del medio, la Oficina Regional sigue promoviendo la preparación de estrategias y planes de acción nacionales basados en la estrategia regional para la salud y el medio ambiente. También en este campo el enfoque de las necesidades básicas de desarrollo está surtiendo efecto, y los progresos realizados en un programa efectivo de rehabilitación y

construcción de redes de abastecimiento de agua y saneamiento en el Afganistán son motivo de particular satisfacción. Utilizando el criterio de alimentos por trabajo y tecnología de bajo costo, el programa ha construido proyectos de abastecimiento de agua nuevos y reacondicionado otros que estaban fuera de servicio en varias ciudades, a pesar de los disturbios internos generalizados. El uso de recursos locales en lo que respecta a la fuerza de trabajo, los conocimientos técnicos y los materiales ha dado lugar a unos costos de ejecución muy inferiores a lo inicialmente estimado. El orador ofrece compartir los criterios y métodos utilizados en el programa.

En su reunión precedente, celebrada en octubre de 1996, el Comité Regional convino en la necesidad de aumentar la conciencia política acerca de los aspectos sanitarios del desarrollo y de convencer a los donantes, a los organismos de desarrollo y a los beneficiarios de los fondos de desarrollo de que inviertan en la salud y la tengan en cuenta en los planes de desarrollo. La educación sanitaria para los adolescentes también fue examinada con gran interés por el Comité Regional.

Otro tema objeto de atención fue el cáncer, que es ahora la principal causa de defunción en varios de los Estados Miembros de la Región. El Comité destacó la necesidad de iniciar y fortalecer actividades integrales de lucha contra el cáncer, que hagan hincapié en la prevención, la detección precoz, el tratamiento y los cuidados paliativos.

La Región del Mediterráneo Oriental ha sufrido un número importante de emergencias y desastres en los últimos decenios, y los Estados Miembros reconocen la necesidad de elaborar planes nacionales completos de gestión de los desastres y de reducir la vulnerabilidad de los países. El debate del Comité Regional sobre la función de la OMS en las emergencias y los desastres se centró en la importancia de la preparación y la planificación nacional y en la relación entre el desarrollo sostenible y la vulnerabilidad a los desastres. El establecimiento de sistemas eficientes para el acopio y la difusión de información pertinente a la preparación y la respuesta frente a emergencias será uno de los primeros pasos en esa dirección.

El Comité adoptó un plan estratégico regional respecto de las enfermedades emergentes y reemergentes que comprende cuatro elementos: el establecimiento y fortalecimiento de la vigilancia, el desarrollo de recursos humanos nacionales, la creación y el fortalecimiento de servicios de apoyo para la vigilancia, y el establecimiento de planes nacionales para responder a la aparición de enfermedades y a las epidemias. La cooperación entre los países en lo que respecta a intercambiar información y conocimientos y a actuar en un frente común se consideró especialmente importante, y se pidió a la OMS que coordinara ese sector. El Comité fue informado de los progresos realizados en cuatro sectores principales que interesan a la Región: la poliomieltis, el SIDA y la infección por el VIH, la lucha antibiótica y la enseñanza de la medicina. En cuando a la erradicación de la poliomieltis, los programas nacionales están manteniendo sus logros en la mayoría de los países de la Región.

Aunque el número de nuevos casos de VIH/SIDA notificado en 1995 en la Región fue ligeramente superior al de cualquiera de los años precedentes, la situación en lo que respecta a la propagación de la infección por el VIH sigue siendo favorable - salvo en dos países africanos - en comparación con otras regiones. En un esfuerzo por compensar los efectos negativos de la considerable merma de los recursos disponibles para los países de la Región por conducto del ONUSIDA, en comparación con los que se recibían a través del Programa Mundial sobre el SIDA, en varios países se han incrementado las asignaciones con cargo al presupuesto ordinario para actividades de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

En una reunión consultiva regional sobre la lucha contra el tabaco celebrada a finales de 1995 se revisó un plan regional de lucha antibiótica desarrollado por la Oficina Regional. El plan revisado fue adoptado por el Comité Regional, en consonancia con su compromiso de promover modos de vida sanos. El Plan Regional de Lucha contra el Tabaco tendrá un amplio impacto sanitario en la Región, inclusive en la prevención del cáncer. Los Estados Miembros han respondido positivamente a las recomendaciones de la reunión consultiva ministerial regional sobre enseñanza de la medicina y salud, celebrada al final de 1995, entre otras a la recomendación de que los Estados Miembros establecieran, en cada prefectura que contara con una facultad de medicina, un consejo mixto integrado por decisores representantes tanto de la institución docente como de las autoridades sanitarias interesadas, a fin de que los recursos se utilizaran de manera más eficiente.

Pasando a la crítica situación financiera de la OMS y a sus efectos en la capacidad de la Región de ejecutar programas, el orador dice que la reducción del 10% del presupuesto ordinario para el bienio en curso ha entrañado la adopción de algunas decisiones difíciles. Señala que ha hecho cuanto ha podido para proteger

los presupuestos de los países, decidiendo absorber la mayor parte posible de la reducción a expensas del presupuesto interpaíses. Con la esperanza de que la razón que motivó la reducción se resolviera, intentó por todos los medios evitar un trastorno excesivo de las actividades planificadas para 1996. Le complace observar que una gran proporción de la reducción se ha devuelto ahora a las regiones. Los miembros del Comité Regional ejercieron debidamente sus responsabilidades para hacer frente a la crítica situación. El Comité, a la vez que pedía al Director General que hiciera todo lo posible para devolver cuanto antes las cantidades deducidas, invitó a los Estados Miembros a que pagaran sus contribuciones señaladas de manera oportuna y a que efectuaran contribuciones voluntarias para acrecentar los recursos extrapresupuestarios, que eran los más bajos de todas las regiones.

En respuesta a las prolongadas deliberaciones sobre el establecimiento de prioridades sostenidas en anteriores reuniones del Consejo Ejecutivo, el Comité Regional abordó este tema, expresando preocupación por el hecho de que a nivel regional ésa fuera una prerrogativa del Comité Regional, en virtud de lo establecido en el Artículo 50 de la Constitución. Afirmó que la mejor manera de determinar las prioridades es mediante las misiones conjuntas de examen de los programas, mecanismo que ha funcionado bien en la Región durante una serie de años, y aprobó una lista de prioridades regionales que refleja las prioridades comunes de la mayoría de los países interesados. Asimismo, el Comité respondió al informe sobre la misión y las funciones de la OMS. Revalidó su resolución EM/RC42/R.7 de 1995 (en particular el párrafo 4), en la que se subraya que toda reforma de la Constitución de la OMS debería reafirmar la importancia de las estructuras y funciones regionales, y la importancia de la cooperación técnica entre la Organización y sus Estados Miembros.

Como nota positiva, el orador señala que el Gobierno de Egipto reafirmó su respaldo a la Oficina Regional en lo que respecta a su ofrecimiento de un terreno en El Cairo, prometiendo un millón de libras egipcias para facilitar la puesta en marcha del proyecto. Gracias a ese generoso ejemplo se espera recibir también otras promesas. No obstante, el Comité Regional pidió al Consejo Ejecutivo que adoptara las medidas adecuadas para asegurar la disponibilidad de los fondos necesarios para la construcción. El orador confía en que el Consejo dará una acogida favorable a la recomendación del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas y recomendará a la Asamblea Mundial de la Salud que apruebe la asignación de los fondos necesarios.

Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer

El Dr. KLEIHUES, Director del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, dice que el CIIC se creó hace 32 años para fomentar la colaboración internacional en todos los sectores de la investigación sobre el cáncer. Aunque parte integrante de la OMS, el CIIC dispone de un órgano deliberante independiente, la Junta de Gobierno, constituida por delegados de los 16 Estados Miembros del Centro y por el Director General de la OMS. Actualmente trabajan en el Centro, en Lyon, 230 personas, de las cuales 160 son funcionarios y las restantes son especialistas científicos invitados y estudiantes. El presupuesto anual de la institución es de aproximadamente US\$ 18 millones. En 1994-1995 el Centro llevó a cabo un análisis minucioso de sus recursos financieros y humanos, como consecuencia del cual se efectuó un recorte de más del 12% en la administración del personal de servicios generales, lo que ha permitido al Centro ampliar su programa científico a nuevos sectores. Se han creado cuatro nuevas dependencias de investigación: patología molecular, susceptibilidad genética al cáncer, epidemiología genética y quimioprevención del cáncer.

A lo largo de los años la Junta de Gobierno ha determinado que las actividades del CIIC deben centrarse en la identificación de las causas del cáncer humano, la elucidación de los mecanismos de formación de tumores y el desarrollo de estrategias científicas para la prevención del cáncer; ha aconsejado asimismo al Centro que dedique atención preferente a los cánceres más frecuentes en los países en desarrollo y que investigue cuando sea posible los agentes que puedan combatirse mediante la prevención.

Aproximadamente el 50% de las actividades en curso del CIIC guardan relación con la epidemiología del cáncer. El CIIC contribuye al mantenimiento de registros del cáncer en todo el mundo y recibe de ellos datos fiables sobre la incidencia de la enfermedad y la mortalidad por su causa. La serie *Cancer incidence in five continents* se ha convertido en fuente obligada de referencia en este terreno; en breve se publicará la séptima edición. El orador subraya la necesidad de vigilar la incidencia del cáncer, cuya espectacular evolución cabe atribuir principalmente a los profundos cambios experimentados por factores ligados al modo de vida tales

como el tabaco y la alimentación. La disponibilidad de datos fiables sobre la incidencia de cáncer y la mortalidad por su causa constituyen la piedra angular de todo programa nacional de lucha contra el cáncer.

En los últimos años el CIIC ha incluido en sus estudios datos sobre la supervivencia de los enfermos de cáncer. Su primera publicación, *Survival of cancer patients in Europe*, ha tenido una acogida muy favorable. Es muy difícil conseguir datos fiables, pero éstos permiten evaluar la eficacia de la detección y el tratamiento precoces y calcular la prevalencia de los cánceres según su localización a la hora de planificar el sistema sanitario. El CIIC considera que los carcinógenos ambientales explican aún aproximadamente un 30%-40% de todos los cánceres humanos. Sus *Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans* han servido de base para la reglamentación de las sustancias químicas en numerosos países. Entre los carcinógenos ambientales evaluados en 1996 en lo relativo a los efectos de su exposición, cabe citar, el serrín, el formaldehído, el medicamento tamoxifeno y los retrovirus, en particular el VIH.

Lo que más preocupación suscita es sin duda el tabaco. Epidemiólogos del CIIC han establecido que una de cada tres defunciones por cáncer registrada en los países desarrollados se debe hoy al tabaco, mientras que en todo el mundo la proporción es de uno a siete. La situación es desalentadora. En Europa occidental la prevalencia del tabaquismo se ha estabilizado en la población adulta, pero entre los jóvenes se ha perdido la batalla. En la mayoría de los países de Europa occidental fuma aproximadamente un 50% de los muchachos de 18 años; entre las mujeres la proporción es con frecuencia mayor. En las zonas más afectadas de Europa central y oriental la prevalencia del tabaquismo alcanza incluso un 60% ó 70%; en uno de los países de Europa oriental casi el 40% de todas las defunciones se deben actualmente al cáncer, y la mortalidad por cáncer de pulmón ha superado la tasa de 150 por 100 000. A la vista del aumento de la prevalencia del cáncer en todo el mundo, en especial en Asia, el CIIC prevé una importante catástrofe sanitaria dentro de los próximos 20 años.

Además de los carcinógenos ambientales, el CIIC ha observado que las infecciones crónicas también contribuyen considerablemente a la génesis del cáncer. Experimentos llevados a cabo en el CIIC han puesto de manifiesto que los estados infecciosos crónicos pueden dar lugar a mutaciones del ADN. En 1987 el CIIC emprendió el Estudio de Intervención sobre la Hepatitis en Gambia, que supuso la vacunación de más de 60 000 niños contra la hepatitis B en un país donde la prevalencia de la infección a la edad de diez años era de aproximadamente un 50%, con casos de aparición de carcinoma hepatocelular en personas de tan sólo 15 años. Transcurridos casi 10 años desde el comienzo del estudio, la conclusión es que la vacuna es sumamente eficaz, con una tasa de protección superior al 94% hasta el momento. Se seguirá vigilando a la cohorte estudiada para establecer si hace falta administrar un recuerdo de la vacuna coincidiendo con el inicio de la vida sexual. Otro problema en Gambia es la exposición a la aflatoxina B₁, cuyo efecto carcinógeno en combinación con la hepatitis B está siendo objeto de investigación. Preocupa asimismo otro agente infeccioso que causa una forma grave de cáncer en el hombre: los papilomavirus humanos asociados al cáncer del cuello uterino. El CIIC ha investigado los distintos tipos de papilomavirus que intervienen en el cáncer cervicouterino en todo el mundo y ha descubierto que hay implicadas nada menos que 20 cepas. El CIIC considera que la única medida prometedora para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino es la vacunación preventiva. Avances recientes han permitido superar algunos de los grandes obstáculos técnicos a la obtención de una vacuna eficaz; el orador espera con interés la realización de estudios preliminares sobre dos vacunas obtenidas en Francia y en los Estados Unidos de América. La industria, aunque colabora, desafortunadamente no pone el empeño que sería de desear.

Hace dos años, en la Asamblea Mundial de la Salud, el Director General declaró que el mayor riesgo para la salud es la pobreza. Ello puede aplicarse probablemente a muchas enfermedades, pero no a todas. Algunos cánceres afectan a las sociedades de abundancia. El modo de vida occidental, y en particular una alimentación hipercalórica rica en grasas, está causando una alta incidencia de cáncer de mama en la mujer, así como de colon/recto y de próstata. El cáncer de testículo será probablemente el próximo en esa lista. Desafortunadamente los conocimientos sobre los mecanismos implicados son aún precarios. El CIIC está llevando a cabo un proyecto de gran alcance en la Unión Europea, donde, a pesar de las similitudes del modo de vida, la incidencia de cáncer de mama varía enormemente entre el norte y el sur del continente, incluso entre el norte y el sur de algunos países. En el programa de investigación principal del CIIC en ese terreno se están reuniendo datos sobre la alimentación y la evolución de 440 000 personas, complementando esa información con muestras de suero y de ADN. El estudio debería arrojar luz sobre la interrelación entre la alimentación y el cáncer.

En el campo de la genética del cáncer, especialistas del CIIC están buscando actualmente el gen responsable del síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X, una rara enfermedad caracterizada por una extrema sensibilidad al virus Epstein-Barr, con la esperanza de comprender mejor la interacción entre el virus y el huésped.

La quimioprevención es una nueva actividad del CIIC, el cual está evaluando actualmente medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, incluida la aspirina. Pese a las limitaciones presupuestarias, la Junta de Gobierno ha proporcionado en la mayoría de los Estados Miembros fondos suficientes para llevar a cabo las actividades, y el personal trabaja con dedicación y resuelto a mantener el prestigio internacional del Centro como instituto de investigación competitivo.

Durante muchos años los aspectos de salud pública del cáncer han incumbido en la sede de la OMS a la Unidad de Cáncer y Cuidados Paliativos (CPL), pero, dada la escasa prioridad que se ha otorgado al cáncer en la OMS, el personal y los recursos de la unidad se han reducido, y en 1996 el Director General decidió, por recomendación del Consejo de Políticas Mundiales (CPM), trasladar la unidad a los locales del CIIC en Lyon a fin de facilitar la interacción con los especialistas en cáncer y de acelerar al máximo la traducción de los resultados de las investigaciones al respecto en actividades de salud pública. El 1 de julio de 1996 entró en vigor un memorando de entendimiento suscrito con el Director General en mayo de 1996. El recién creado Programa OMS de Lucha contra el Cáncer (PCC) se ha instalado en Lyon bajo la dirección de un jefe interino; se ha anunciado la vacante de jefe del Programa, que probablemente se cubrirá en febrero de 1997.

El memorando de entendimiento se basa en los principios de que la unidad conservará su misión orientada a la salud pública mundial, funcionará conjuntamente con la Sede y con las oficinas regionales y nacionales de la OMS, no se convertirá en unidad del CIIC, y su programa lo determinarán en la OMS la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y el CPM. La supervisión de la unidad se ha confiado al Director del CIIC, quien informa directamente al Director General de la OMS. Los tres sectores en que la unidad centrará su atención en el futuro son la prevención del cáncer y la formulación de estrategias nacionales de lucha contra esta enfermedad, la detección precoz del cáncer y el tratamiento de los enfermos de cáncer.

Se levanta la sesión a las 12.35 horas.

= = =