



## **Asuntos regionales: informes de los Directores Regionales**

El Director General tiene el honor de presentar al Consejo Ejecutivo los informes de los Directores Regionales. Se presentan los informes de conformidad con la petición formulada por varios miembros del Consejo en su 99ª reunión en el sentido de «... idear un marco común para los informes de los Directores Regionales...». Cada informe contiene dos partes: la primera parte versa sobre los asuntos tratados por el comité regional que requieren especial atención del Consejo, y la segunda sobre la política de salud para todos en el siglo XXI: perspectivas regionales.

### **ÍNDICE**

	<b>Página</b>
I. Informe del Director Regional para África	2
II. Informe del Director Regional para las Américas	5
III. Informe del Director Regional para Asia Sudoriental	8
IV. Informe del Director Regional para Europa	12
V. Informe del Director Regional para el Mediterráneo Oriental	15
VI. Informe del Director Regional para el Pacífico Occidental	17

## I. INFORME DEL DIRECTOR REGIONAL PARA ÁFRICA

### NOVEDADES REGIONALES, INCLUIDOS LOS ASUNTOS TRATADOS EN EL COMITÉ REGIONAL

#### Introducción

1. La Oficina Regional experimentó este año las consecuencias de la gran crisis sociopolítica y militar que sigue conmocionando Brazzaville y el resto del país. El personal internacional y sus familiares fueron evacuados en junio de 1997 y se instauró inmediatamente un marco de gestión operacional interino consistente en un equipo regional básico en Ginebra y equipos técnicos en Libreville, Lomé, Lagos, Pretoria y Nairobi. En agosto de 1997, se abrió para un plazo más largo una oficina regional provisional en Harare con una plantilla de unas 80 personas.

#### 47ª reunión del Comité Regional

2. El Comité Regional celebró su 47ª reunión del 1 al 5 de septiembre de 1997 en Sun City (Sudáfrica). Era la primera reunión del Comité que se celebraba con una duración reducida de cinco días.

3. El Comité Regional tomó nota con satisfacción de las medidas adoptadas por el Director Regional para asegurar la continuidad de la labor de la OMS en la Región a pesar de los trastornos sufridos por la Oficina Regional. Asimismo, tomó nota con gratitud del ofrecimiento del Gobierno de la República de Zimbabwe de proporcionar un espacio temporal para albergar la Oficina Regional, e hizo suyo el plan del Director Regional para descentralizar sus actividades.

4. El Comité examinó y adoptó tres estrategias para los programas regionales: operaciones de emergencia y acción humanitaria; salud reproductiva; e información, educación y comunicación, aprobando una resolución para cada una de ellas. En una resolución relativa a la reforma de la OMS y las prioridades en materia de salud en África se pide al Consejo Ejecutivo que: vele por que los problemas de salud de África se consideren un desafío mundial y reciban la máxima prioridad; desarrolle criterios más objetivos y equitativos para la asignación presupuestaria general teniendo en cuenta las necesidades de salud prioritarias de la Región; y tome medidas para velar por una igualdad de oportunidades y de representación de las personas designadas por los Estados Miembros para formar parte del Consejo Ejecutivo, de manera que ningún grupo de Estados Miembros pueda ejercer alguna forma de control dentro de la Organización.

5. El Comité adoptó asimismo resoluciones sobre la promoción de la participación de la mujer en la salud y el desarrollo; la paz y la estabilidad en Sierra Leona y en el Congo; y la lucha antitabáquica.

6. El Comité debatió los informes del Director Regional sobre la tercera evaluación de la estrategia de salud para todos y la contribución regional a la política mundial de salud para todos en el siglo XXI.

### POLÍTICA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI: PERSPECTIVAS REGIONALES

#### Situación sanitaria en la Región

7. El análisis de la situación sanitaria actual reveló algunos logros alcanzados después de Alma-Ata. Los servicios de salud básicos habían avanzado mediante mejoras en la infraestructura sanitaria y un aumento del personal sanitario. Se ha producido una mejora general en la cobertura de los servicios de salud.

8. La tasa de mortalidad infantil se había reducido en más de un 30% y la esperanza promedio de vida había aumentado en más de 10 años, es decir, de menos de 40 años en 1975 a algo más de 50 años. La proporción de personas con acceso al agua potable había pasado de menos del 25% a finales de los años setenta a más del 40%. Sin embargo, cuando se comparaban esos logros con los alcanzados en otras partes del mundo, resultaba evidente que los progresos en la Región habían sido lentos.

### **Factores que han influido en el desarrollo sanitario**

9. La inestabilidad política y unas estructuras democráticas débiles, la insuficiente voluntad política en materia de desarrollo sanitario y los estallidos de guerras y conflictos sociales habían sido un fenómeno general. En muchos casos las reformas económicas habían reducido el gasto nacional en salud y aumentado el desempleo y el número de pobres. El incremento de la población contribuyó a una urbanización no planificada y al crecimiento de los barrios míseros urbanos. Los cambios climáticos y el aumento de las sequías agravaron el problema de la inanición y la malnutrición. Las creencias y prácticas culturales nocivas, la desintegración de las estructuras sociales y de los sistemas de apoyo, y los modos de vida y comportamientos poco saludables han contribuido a que las repercusiones del VIH/SIDA sean más marcadas en la Región.

10. Algunos de los problemas específicos del sector sanitario son la falta de políticas sanitarias nacionales, los sistemas de salud fragmentados, la escasez de recursos y la mala gestión de los recursos disponibles. Los desafíos futuros estaban relacionados con los medios para superar estos obstáculos al desarrollo sanitario.

### **Respuesta estratégica regional**

#### **Reafirmación del apoyo a la salud para todos**

11. La Región deseaba reafirmar que el derecho a la salud es un componente fundamental de todos los derechos humanos, que el llamamiento a la salud para todos es un llamamiento en pro de la justicia social; que la paz y la seguridad a nivel mundial y regional son la base de la salud para todos; y que la inversión en salud es un factor esencial del desarrollo. En la Región de África se consideraba la salud para todos como la salud para cada persona.

#### **Noción de salud para todos**

12. La materialización de la noción de salud para todos en la Región implicaría una reducción significativa de la mortalidad infantil, de la mortalidad materna y de la mortalidad debida al SIDA; una reducción de la morbilidad, especialmente de la debida a enfermedades que pueden erradicarse o eliminarse; una reducción de otras enfermedades transmisibles y no transmisibles; y la prevención de las discapacidades y de los riesgos profesionales.

#### **Sistema de valores de la salud para todos**

13. Se consideró que el sistema de valores y los principios conexos en que se basa esa noción son: la **solidaridad**, basada en los principios de asociación, responsabilización y compartición de responsabilidades; la **equidad**, basada en los principios del acceso universal a la asistencia sanitaria, incluida la atención individual, así como en la necesidad de garantizar la salud para todas las personas; la **ética**, basada en el principio de alcanzar y compartir los progresos mundiales, regionales y nacionales en materia de salud; y la **identidad cultural**, respetando las diferencias culturales y la especificidad de las distintas situaciones.

#### **Orientaciones de política y estratégicas prioritarias**

14. Los objetivos que contribuirían a alcanzar la meta general de desarrollo sanitario son: *i)* la promoción de las iniciativas de desarrollo humano sostenible relacionado con la salud, inclusive las encaminadas a reducir o

atenuar la pobreza; *ii*) la promoción de modos de vida y comportamientos sanos; *iii*) la reducción de la morbilidad y la mortalidad, especialmente la debida a las enfermedades transmisibles, incluido el VIH/SIDA, así como la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.

15. A fin de alcanzar los objetivos señalados, las **orientaciones de política prioritarias** implicarían las siguientes **orientaciones y acciones estratégicas**: *i*) la adopción de medidas para mitigar la pobreza; *ii*) el desarrollo de sistemas y servicios de salud; *iii*) la descentralización de los servicios de salud y de la atención sanitaria; *iv*) el establecimiento de sistemas eficientes y eficaces de gestión de la información sanitaria; *v*) la movilización de recursos humanos, materiales y financieros para la salud; *vi*) la mejora de la calidad de la atención y de los servicios sanitarios; *vii*) la reducción de los riesgos ambientales para la salud.

16. Se consideró que otras orientaciones y acciones estratégicas eran: la promoción de la participación comunitaria; el fomento de la información, la educación y la comunicación para la prevención y el control de las enfermedades; el fomento de las investigaciones, especialmente de la investigación operativa; la educación del público y el fomento de la enseñanza de la salud al público; y el fortalecimiento de los grupos profesionales.

### **La función de la Oficina Regional**

17. La Oficina Regional se compromete a apoyar a los Estados Miembros a fin de llevar a la práctica la noción de desarrollo sanitario para el siglo XXI. Se examinará el acuerdo de cooperación técnica de la OMS con cada Estado Miembro a fin de reorientar y facilitar el apoyo necesario para tener en cuenta las peculiaridades de cada país, así como las zonas regionales prioritarias.

18. La Oficina Regional seguirá respaldando la creación y el fortalecimiento de la capacidad nacional, en particular a nivel de la comunidad. Se considera que es un medio muy importante para permitir que las personas se responsabilicen de su propia salud y también para asegurar que el ministerio de salud esté mejor preparado para afrontar los desafíos que tiene ante sí.

19. Se llevará a cabo una mayor labor de fomento de la salud en el desarrollo socioeconómico a fin de aumentar las posibilidades de lograr una movilización general con miras a alcanzar la salud para todos y de asegurar que en otros sectores se valoren los modos en que la salud puede contribuir a alcanzar los objetivos sectoriales.

20. La Oficina Regional seguirá desempeñando incesantemente su función normativa proporcionando información y directrices de utilidad para los Estados Miembros, para el desarrollo, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de sus programas nacionales de salud.

21. La Oficina Regional velará por una eficaz cooperación con los dirigentes de las comunidades, los grupos religiosos, los dirigentes políticos y de otro tipo, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales que trabajan en el ámbito de la salud, el sector privado (incluida la industria) y las organizaciones no gubernamentales, a fin de **movilizar a todos en pro de la salud** con miras a facilitar **la consecución de la salud para todas las personas** de la Región. Se vigilará atentamente las amenazas y las oportunidades para el logro de ese objetivo y se señalarán a la atención de los Estados Miembros para que éstos puedan tomar oportunamente las medidas necesarias.

## II. INFORME DEL DIRECTOR REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS

### ASUNTOS DEL COMITÉ REGIONAL

1. La 40ª reunión del Consejo Directivo de la OPS/49ª reunión del Comité Regional para las Américas tuvo lugar del 22 al 26 de septiembre de 1997 en la Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS para las Américas, en Washington, D.C.

2. El Director presentó su informe anual correspondiente a 1996. Con el tema elegido, «Gente sana en entornos saludables», se pretendía reafirmar que reduciendo las desigualdades en el uso del espacio es posible mejorar la salud. Puesto que una de las principales funciones de la Organización consiste en determinar dónde radican las desigualdades en materia de salud y si las medidas concebidas para corregirlas son eficaces, en el informe se exponían los avances metodológicos que permiten analizar las diferencias entre países y dentro de los mismos. El informe resaltaba la distribución y la dinámica de las desigualdades que afectan al estado de salud y las condiciones de vida, combinando para ello información cartográfica y datos básicos relacionados con los indicadores sanitarios. La idea de «espacios saludables» amplía el concepto de «ciudades y municipios sanos» a escuelas, lugares de trabajo y hogares, por considerar que esos sitios forman, nutren y preservan el «capital social» y que, a su vez, la formación de ese capital mejora la salud al tiempo que favorece la cohesión social indispensable para ello. El informe incluye también resúmenes sobre la cooperación técnica en todos los países, así como análisis más pormenorizados de 10 países sometidos a evaluación independiente. Los representantes observaron el compromiso permanente de la OPS/OMS en la equidad y el desarrollo sostenible, y señalaron que el informe era un instrumento para renovar la política de salud para todos y reafirmaba la relación entre la salud y los aspectos económicos del desarrollo humano.

3. En junio de 1997 se presentó al Comité Ejecutivo el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1998-1999. En dicha reunión, teniendo en cuenta las reservas expresadas al aumento del 3,4% del proyecto de presupuesto, el Director Regional se comprometió a reelaborarlo y presentar otro de «crecimiento nominal cero» en la reunión del Comité Regional. La OPS/OMS ha sufrido reducciones reales en términos de dólares estadounidenses constantes desde 1992, y el presupuesto presentado al Comité Regional suponía una reducción de US\$ 17 millones respecto al presentado al Comité Ejecutivo, lo que revelaba la voluntad de la Organización de absorber la disminución inherente en un presupuesto de crecimiento nominal cero sin comprometer por ello los programas.

4. La presentación del Director Regional se centró en evaluar el grado de logro de los resultados previstos del presupuesto anterior; el debate sobre las finanzas se abrió con las presentaciones de los sectores programáticos principales. El Director Regional señaló que se había procurado asignar recursos adicionales a los sectores que el Consejo Ejecutivo de la OMS había considerado prioritarios, teniendo al mismo tiempo en cuenta las prioridades nacionales de los países de la Región en lo que atañe a la cooperación técnica con la OPS/OMS. La mayoría de los representantes de los gobiernos de los Estados Miembros respaldaron con firmeza en sus intervenciones la presentación del presupuesto y señalaron que era necesario profundizar en la «racionalización» institucional como parte de la reforma general. El presupuesto fue aprobado por unanimidad.

5. Varios representantes señalaron la necesidad de dar una respuesta más amplia a la amenaza que plantean las enfermedades «nuevas y emergentes». Todos ellos apoyaron el enfoque aplicado por la Organización a los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria y de zoonosis, enfoque del que forman parte el recientemente redefinido Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis, en la Argentina, y la iniciativa de modificar el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa para hacer frente a zoonosis nuevas y emergentes como son la enfermedad por hantavirus, la peste y la encefalitis equina. Los representantes analizaron además la necesidad de que la Organización abordase estratégicamente los fenómenos climáticos asociados a El Niño.

6. El Comité Regional adoptó una resolución en la que se exhortaba a los Estados Miembros a proseguir los esfuerzos necesarios para asumir un enérgico papel directivo en la gestión de los problemas de higiene del medio, apoyar al Director Regional en la decisión de suprimir el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, en México, e introducir las modificaciones pertinentes en el programa de trabajo del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), en relación especialmente con la formación, sobre todo en materia de epidemiología ambiental, y asegurar que los países puedan acceder fácilmente a los servicios del CEPIS.
7. Se presentó el proyecto de documento sobre la tercera evaluación de la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000. El Comité Regional recomendó que las autoridades nacionales la examinasen para mejorar la coherencia de los datos y el enfoque global, en particular en lo tocante a la política. Los representantes también observaron que, pese a que queda mucho por hacer para alcanzar las metas que abarcan el objetivo de salud para todos establecido en 1978, centrarse simplemente en alcanzar esas metas sería un error, pues lo que más ha cambiado es la demanda de servicios por parte de la población. La redefinición de las funciones tradicionales del Estado ha hecho de esas demandas y derechos el núcleo de las políticas sanitarias. Los delegados observaron asimismo que algunas cuestiones planteadas en el Consejo Directivo, como la equidad y la sostenibilidad, no se tienen en cuenta en el «instrumento de evaluación», y que la OMS debería ser consciente de esas deficiencias para mejorar dicho instrumento. Se recomendó que se abordasen también aspectos relacionados con las funciones de la mujer y de las personas de edad y su repercusión en la salud.
8. Conforme a lo solicitado por el grupo especial del Consejo Ejecutivo para la revisión de la Constitución, el Comité Regional examinó dos cuestiones planteadas en el informe del grupo sobre su quinta reunión; a saber, la representación semipermanente en el Consejo Ejecutivo de miembros permanentes del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, y el aumento de la duración del mandato de los miembros del Consejo de tres a cuatro años. En opinión de diversos representantes, los Estados Miembros de cada región deberían poder seguir si lo desean con la práctica de presentar la candidatura de quienes consideren que deban representar a su región en el Consejo Ejecutivo de la OMS. Respecto a la duración del mandato, señalaron que un periodo de tres años permite hacer valiosas contribuciones y posibilita al mismo tiempo que participe un mayor número de países en los órganos deliberantes de la OMS.
9. Aprovechando el papel del Comité Regional como un foro de debate de asuntos importantes, se reservó parte del tiempo para hablar de la función de orientación de los ministerios de salud en la reforma del sector sanitario. Traía ese aspecto a primer plano la explícita inclusión en los «programas» de los ministerios de salud de puntos tales como la racionalización de las responsabilidades y las operaciones; la definición de las funciones cruciales que no pueden delegarse, y el desempeño de aquellas funciones esenciales de salud pública que incumben al Estado, cuya misión básica pasaría a ser no tanto de servicio directo como de coordinación y vigilancia de los prestadores, aseguradores y financiadores de los servicios; y, por encima de todo, el fortalecimiento de la función reglamentadora de las autoridades sanitarias. Tras las presentaciones realizadas por expertos de Chile, México y Trinidad y Tabago acerca de la reforma del sector de la salud en sus respectivos países y de los nuevos retos afrontados por los ministerios de salud en el contexto de las reformas del Estado, diversos representantes de países y de ONG participaron en un debate abierto que se estimó encajaba en la responsabilidad constitucional del Comité de «servir como foro de intercambio de información e ideas...», y contribuir así a proporcionar a los ministerios de salud los elementos que necesitan para desempeñar su liderazgo y para anudar las nuevas relaciones intersectoriales que requiere la reforma del sector de la salud.

## **POLÍTICA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI: PERSPECTIVAS REGIONALES**

10. El Comité Regional examinó el documento sobre la nueva política de salud para todos para el siglo XXI. Observando que la salud para todos exige un esfuerzo permanente, diversos representantes mencionaron el hecho de que implica la creación de una nueva «perspectiva» basada en la renovación de la esperanza y la

recuperación de la fe en la justicia social como una meta alcanzable así como en el reconocimiento de que la salud es parte integrante del desarrollo humano sostenible. Señalaron que el valor de este tipo de documento estriba en el uso a modo de guía que los Estados Miembros pueden hacer de él en sectores de especial interés, y que, en ese sentido, hay que concebirlo como un medio encaminado a un fin y no como un fin en sí mismo. Otro punto importante mencionado fue la «perspectiva global» que brinda el documento acerca de temas tales como el liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales en la reforma del sector de la salud, el establecimiento de perfiles demográficos y epidemiológicos, y la organización de servicios de salud. Es necesario desarrollar una política sanitaria global para orientar a la OMS, y el atento enfoque adoptado, el énfasis en los valores, la prioridad otorgada a los determinantes de la salud y la importancia creciente atribuida a la equidad son elementos que hay que acoger con satisfacción. El Comité Regional elogió la referencia a la marginación sufrida por algunos países como consecuencia de la liberalización mundial del comercio. El tema de la salud para todos y el propio documento deberían ser llevados a otros foros internacionales, como bancos de desarrollo u ONG.

11. Algunos delegados señalaron que aunque el documento resaltaba la gran importancia de las cuestiones relacionadas con el género de las personas, en ninguna de sus secciones se aludía específica o explícitamente a cuestiones relativas a las diferencias entre los sexos, y la sintaxis empleada en el documento no cuidaba ese aspecto. Además, la perspectiva de «equidad entre los sexos» no se reflejaba con nitidez en la sección titulada «De la política a la acción». Era fundamental que la equidad en general, no sólo en relación con el sexo, recibiese un tratamiento adecuado en esa sección.

12. Muchos consideraron que debería haberse hecho hincapié en la importancia decisiva de las medidas de protección del Planeta, máxime a la vista de los fenómenos que afectan a los recursos naturales y producen cambios ecológicos. La aparición de enfermedades nuevas que amenazan la existencia humana está relacionada con esos cambios. Se podría haber tratado más extensamente de los desastres naturales, así como de sus efectos en la inocuidad del agua de bebida y la disponibilidad de alimentos y alojamiento, habida cuenta en particular de la vulnerabilidad de la Región a huracanes, erupciones volcánicas, terremotos y otros desastres naturales.

### III. INFORME DEL DIRECTOR REGIONAL PARA ASIA SUDORIENTAL

#### ASUNTOS DEL COMITÉ REGIONAL

1. La 50ª reunión del Comité Regional se celebró en Thimphu (Bhután) en septiembre de 1997. El Comité adoptó ocho resoluciones y deliberó sobre varios asuntos relacionados con el proceso de reforma en la OMS. A fin de fortalecer los vínculos con otros órganos deliberantes, el Comité examinó las repercusiones regionales de las decisiones y resoluciones de la 50ª Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo en sus reuniones 99ª y 100ª. La participación activa de los miembros del Consejo Ejecutivo en los trabajos de la OMS en el plano regional ha contribuido a que las opiniones y preocupaciones regionales queden reflejadas en los órganos deliberantes. Este mecanismo ha sido muy valorado por el Comité Regional y se seguirá utilizando en el futuro.
2. El Subcomité del Presupuesto por Programas examinó la ejecución del presupuesto por programas para el bienio 1996-1997 y valoró los esfuerzos realizados por los Estados Miembros y por la OMS para lograr una tasa global de ejecución de los programas del 92%, con los créditos asignados hasta el 31 de agosto de 1997 inclusive. El Subcomité reconoció el éxito de estrategias innovadoras tales como el uso de los mecanismos interpaíses para reunir fondos del presupuesto nacional con miras a obtener resultados rápidos y tangibles, y el desarrollo y la aplicación eficaz del programa complementario interpaíses durante el presente bienio.
3. El Subcomité también examinó las modificaciones del proyecto de presupuesto por programas de la Región para el bienio 1998-1999, examinó los detallados planes de acción para su ejecución y tomó nota de ellos. Con respecto a las modificaciones efectuadas al proyecto de presupuesto por programas mediante la redistribución de más fondos a cinco programas prioritarios, el Subcomité recomendó que en el futuro se consulte oficialmente a los países antes de proponer cambios importantes.
4. Al examinar los planes de acción detallados para ejecutar el presupuesto por programas para 1998-1999 y al tomar nota de los mismos, se prestó atención a las resoluciones EB99.R13 y WHA50.26, en lo relativo a las economías del 3% en los gastos administrativos y generales, mediante un aumento de la eficiencia en la ejecución.
5. Por consiguiente, la Oficina Regional preparó un plan de eficiencia para lograr economías del 3% en los gastos administrativos y generales mediante una ejecución más eficaz de los programas en las seis secciones de la Resolución de Apertura de Créditos durante el bienio 1998-1999.
6. Al debatir la cuestión de las prioridades de la OMS, el Subcomité del Presupuesto por Programas recomendó que se informara adecuadamente a los miembros del Consejo Ejecutivo y a los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud sobre las prioridades regionales y nacionales, a los efectos de la asignación de los recursos de la OMS. El Comité acogió con satisfacción las medidas positivas adoptadas en la esfera de «la mujer, la salud y el desarrollo», en especial para incrementar la participación de las mujeres en la labor de la Organización; a fin de promover aún más las actividades relacionadas con esa esfera en la Región, se está estableciendo una unidad independiente en la Oficina Regional. Como indicación de la importancia que se concede a esa cuestión, el tema de las discusiones técnicas en la 51ª reunión del Comité será «Asociaciones en pro del desarrollo de la salud, con especial atención a la salud y al desarrollo de la mujer».
7. El Comité debatió ampliamente la cuestión de los arreglos regionales que está examinando el Grupo Especial del Consejo Ejecutivo para la Revisión de la Constitución. Entre otros asuntos, el Comité prestó especial atención a las asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones, la representación de las regiones en el Consejo Ejecutivo y otros órganos y las propuestas de nombramiento de miembros permanentes del Consejo de Seguridad en el Consejo Ejecutivo. El Comité Regional reiteró su compromiso de proteger la asignación del presupuesto ordinario a la Región, habida cuenta de los problemas a que se hace frente y de las



estrategias que se han de adoptar. El Comité observó que, con respecto a muchas enfermedades, esta Región compuesta por 10 Estados Miembros tiene la proporción más elevada de casos de todo el mundo. Si bien se admitieron las peticiones de otras regiones de que se les aumente su asignación con cargo al presupuesto ordinario, debido al aumento del número de sus Estados Miembros, el Comité hizo hincapié en que ningún aumento de las asignaciones a otras regiones debía redundar en perjuicio de la asignación a esta Región. Las opiniones del Comité se transmitieron al Grupo Especial del Consejo Ejecutivo para que las considerara en su reunión de noviembre de 1997.

8. La Oficina Regional emprendió evaluaciones en profundidad de los programas de colaboración de la OMS en tres países de la Región y en cuatro esferas programáticas regionales (organización y gestión de sistemas de salud basados en la atención primaria, medicamentos y vacunas esenciales, paludismo y el Programa Ampliado de Inmunización). El Comité apreció la contribución efectuada a estas evaluaciones por el personal de la Sede, la Oficina Regional y las oficinas en los países.

9. El Comité examinó los progresos realizados por los Estados Miembros para alcanzar la meta de la salud para todos. En el informe regional de la tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos y en el informe de 1997 sobre la salud en la Región se reseñaron claramente los éxitos y fracasos y se pusieron de relieve los problemas que quedan por resolver. Los desafíos son enormes, en especial en lo tocante a la población desfavorecida y marginada de una Región en la que vive la cuarta parte de la población mundial y en la que aproximadamente el 40% de la población es pobre.

## **POLÍTICA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI: PERSPECTIVAS REGIONALES**

10. El rumbo a seguir en materia de desarrollo sanitario en lo que queda del presente siglo y en el venidero tiene una estrecha relación con los progresos que se realicen en muchos frentes. Por ejemplo, se prevé que antes del año 2000 la enfermedad del gusano de Guinea (dracunculosis) se habrá erradicado de la India, el único país de la Región en que aún prevalece. Cinco países de la Región han alcanzado el objetivo de eliminar el tétanos neonatal y ocho países mantienen una cobertura del 80% o más con la vacuna antisarampionosa.

11. El apoyo de la OMS a los esfuerzos desplegados para erradicar la poliomielitis ha seguido dando resultados extraordinarios. La intensa labor de promoción dio lugar a una coordinación interpaíses e interregional que culminó en la sincronización de los días nacionales de inmunización de todos los países de la Región en los que la enfermedad es endémica, así como de los países limítrofes de la Región del Mediterráneo Oriental y de la Región del Pacífico Occidental. En enero de 1997, en la India se inmunizó a 127 millones de niños en un solo día, en lo que constituyó la intervención sanitaria pública más amplia jamás realizada en el mundo en un solo día. En 1996 se comunicaron sólo 1116 casos de poliomielitis en la Región, en comparación con los 25 717 notificados en 1986, lo que supone una reducción de más del 95%. Al mismo tiempo, se han realizado esfuerzos para mejorar la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda. Hay motivos de optimismo para pensar que los países de la Región alcanzarán el objetivo mundial de erradicación de la poliomielitis para el año 2000.

12. El número estimado de casos de lepra en la Región disminuyó de 5,5 millones en 1985 a 830 000 en 1996, mientras que los casos registrados pasaron de 3,8 millones a 630 000. Dos países, Sri Lanka y Tailandia, han alcanzado ya el objetivo de eliminación de la lepra. Bhután, Indonesia y Maldivas lo lograrán para finales de 1997 o principios de 1998. No se han notificado casos de lepra en la República Popular Democrática de Corea. Bangladesh, la India, Myanmar y Nepal han ampliado el tratamiento multimedicamentoso a todas las zonas geográficas. Por lo tanto, la eliminación de la lepra para el año 2000 es una meta sumamente realista.

13. Pese a los éxitos alcanzados, aún queda mucho por hacer. En tres países de la Región, 110 millones de personas corren el riesgo de contraer leishmaniasis visceral (kala-azar) y se estima que 53 millones son portadores de filariasis linfática. El VIH/SIDA está adquiriendo proporciones epidémicas en algunos países de la Región. Las proyecciones indican que para el año 2000 habrá casi dos millones de casos de SIDA en la

Región y que los casos de infección por el VIH se cifrarán entre 8 y 10 millones. Las enfermedades «antiguas», como la tuberculosis, siguen teniendo una fuerte morbilidad. Se estima que en 1996 solamente se declararon más de tres millones de nuevos casos de tuberculosis en la Región, lo que representa cerca del 40% de la carga mundial de morbilidad. El paludismo sigue causando estragos con más de tres millones de casos notificados en 1996. Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas siguen siendo la primera causa de mortalidad infantil. Además de la carga de las enfermedades transmisibles, muchas enfermedades crónicas relacionadas con el modo de vida se están convirtiendo en importantes problemas de salud pública. Eso pone de manifiesto la necesidad de actuar con urgencia en la lucha contra las enfermedades no transmisibles mediante la prevención primaria, por ejemplo reduciendo el consumo de tabaco, cambiando los hábitos alimentarios y adoptando modos de vida sanos.

14. Así pues, no cabe duda de que los Estados Miembros han realizado progresos importantes hacia el logro de la meta de salud para todos. Ahora bien, también parece que se observa que los progresos en algunas esferas se han estancado. En muchos países de la Región, el excesivo crecimiento demográfico, el analfabetismo, la pobreza, la malnutrición, la elevada mortalidad materna y el acceso insuficiente a un agua salubre y al saneamiento están obstaculizando un mayor adelanto. Además, en esta época caracterizada por la rapidez de los viajes internacionales, resulta difícil que los países puedan controlar por sí solos la propagación transfronteriza de las enfermedades. Así pues, es necesario encontrar con urgencia enfoques innovadores.

15. Uno de esos enfoques, que ha sido aprobado por el Comité Regional, es la utilización del mecanismo interpaíses para hacer frente a los problemas sanitarios comunes. Las actividades emprendidas contra el paludismo en las zonas fronterizas o para integrar los servicios sanitarios de distrito, y otros esfuerzos relacionados con el desarrollo de sistemas de salud y la capacitación en epidemiología han resultado de gran utilidad a los Estados Miembros. Con ese espíritu de solidaridad regional, se seguirá utilizando este mecanismo con mayores asignaciones del presupuesto de la OMS destinado a los países para las actividades interpaíses.

16. Otra faceta del enfoque de la Región para el futuro es la reforma del sector sanitario. La reforma es necesaria debido al papel cada vez más importante del sector privado, a la presión para que se reduzcan los gastos públicos y a las exigencias cada vez mayores del público para recibir una atención de calidad y participar en el proceso de adopción de decisiones. En ese contexto, la «Reforma del sector sanitario» fue el tema de las discusiones técnicas celebradas en la 50ª reunión del Comité Regional. El Comité instó a los Estados Miembros a que hicieran un uso óptimo de las instituciones nacionales y de otros mecanismos, instó a los centros colaboradores de la OMS a que planificaran y gestionaran las reformas con eficacia y solicitó al Director Regional que prestara apoyo técnico a los Estados Miembros para llevar a cabo sus respectivas reformas del sector sanitario.

17. Es necesario que estas reformas tan importantes se apoyen en una estrategia de largo alcance que establezca las pautas para garantizar un progreso continuo hacia el logro del objetivo de salud para todos. Con ese fin, se han proseguido los esfuerzos para que la salud siga ocupando un lugar prioritario en los programas políticos y de desarrollo de los Estados Miembros. Esos esfuerzos han culminado en dos logros que, sin lugar a dudas, constituirán una base sólida para el desarrollo sanitario en el siglo XXI.

18. Tras una serie de consultas, se redactó una declaración sobre el desarrollo sanitario en la Región de Asia Sudoriental en el siglo XXI, que fue adoptada por los ministros de salud de la Región durante su 15ª reunión en agosto de 1997. La Declaración no sólo contiene el marco normativo para el próximo milenio, sino que también señala la contribución regional a la formulación de una política sanitaria mundial de salud para todos, que debe ser adoptada por la Asamblea de la Salud en 1998. La Declaración fue aprobada por el Comité Regional como una declaración de intención política para reafirmar el compromiso de los ministros de hacer frente a los problemas en materia de desarrollo sanitario en el próximo siglo.

19. Frente a esos problemas, es cada vez más patente que el sector sanitario no puede proporcionar por sí solo servicios sanitarios eficientes y eficaces a toda la población. El sector sanitario debe forjar lazos de asociación activos con otros interlocutores, como el sector privado, la industria, otros sectores públicos y organizaciones

no gubernamentales. Con este espíritu de asociación, los Directores Regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental firmaron un memorando de entendimiento con la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) en mayo de 1997. También se ha llegado a un acuerdo preliminar con la Secretaría de la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional (SAARC) para la firma de un memorando de entendimiento parecido. Estos dos acuerdos proporcionarán mayor impulso al establecimiento de lazos de asociación eficaces para el desarrollo sanitario en el plano subregional.

20. En ese contexto, la OMS apoyó la iniciativa conjunta de los gobiernos de Indonesia y de Tailandia de organizar la Conferencia internacional sobre cooperación interpaíses para el desarrollo sanitario en el siglo XXI, que se celebró en Bangkok del 11 al 15 de diciembre de 1997. La Conferencia tenía por objetivo mejorar la cooperación interpaíses en materia de desarrollo sanitario mediante el fortalecimiento de los mecanismos existentes, así como la determinación de nuevos enfoques y servicios para mantener una cooperación técnica eficaz entre los países. La Conferencia se organizó en respuesta al reconocimiento creciente de la importancia que revisten los lazos de asociación y cooperación eficaces entre los países para hacer frente a los problemas del desarrollo sanitario en el próximo siglo.

21. Así pues, en el umbral del siglo XXI, los Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental de la OMS se han preparado para hacer frente a los problemas que se avecinan, revitalizar sus esfuerzos en pro de la salud para todos, emprender reformas en sus sistemas sanitarios, crear nuevas asociaciones y fortalecer las existentes. Todo hace pensar que con la utilización de esos enfoques la Región podrá avanzar rápidamente hacia el logro de la meta de la salud para todos.

## IV. INFORME DEL DIRECTOR REGIONAL PARA EUROPA

### ASUNTOS DEL COMITÉ REGIONAL

1. A continuación se presenta a la consideración del Consejo Ejecutivo un resumen de los principales resultados de la 47ª reunión del Comité Regional para Europa, celebrada en Estambul del 15 al 19 de septiembre de 1997.
2. Se adoptó un plan de acción para 1998-1999 para la **prevención y control de las enfermedades transmisibles**. Si bien se han logrado resultados prometedores en los últimos años, en casi toda Europa oriental y central la situación sigue siendo muy grave, y están surgiendo nuevas amenazas, como el enorme incremento en los años noventa de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual en muchos países de Europa oriental. Mientras que en Europa occidental la incidencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de la tuberculosis parece haberse estabilizado en los últimos años, en varios países de Europa oriental se ha observado un aumento impresionante. El paludismo ha reaparecido de manera muy preocupante en una zona de la parte sudoriental de la Región. Otros problemas graves relacionados con enfermedades transmisibles en la Región de Europa son la fiebre tifoidea, la disentería, la hepatitis A y el cólera. La eficacia de los programas de inmunización bien planificados y ejecutados ha quedado de manifiesto con la considerable disminución de la incidencia de la difteria los tres últimos años.
3. También se adoptó un plan de acción para 1998-1999 en relación con la **erradicación de la poliomielitis**, al objeto de preparar a todos los países de la Región para la certificación en el año 2000 de que están libres de la enfermedad.
4. En relación con las **encefalopatías espongiformes transmisibles** se expresó satisfacción por la decisión de la OMS de utilizar su competencia técnica en las esferas que constituyen sus puntos fuertes: la definición de las enfermedades y la provisión de directrices, adiestramiento y vigilancia.
5. Se adoptó un tercer plan de acción (1997-2001) para una **Europa sin Tabaco**, en que se pide una acción resuelta para proteger la salud pública contra las actividades de la industria tabaquera. En el plan se propone que, para 1999, todos los Estados Miembros de la Región de Europa hayan elaborado planes de acción nacionales, con plazos de ejecución claros y objetivos específicos de reducción del consumo de tabaco, particularmente entre las mujeres y los jóvenes, y se pide la participación de otros sectores, entre ellos el jurídico. Un elemento importante del plan de acción es la propuesta de que se estudie la viabilidad de establecer, a partir del 1 de enero de 1999, un «Comité para una Europa sin Tabaco» que reúna una amplia coalición de organizaciones, con vistas a realizar un esfuerzo paneuropeo más coordinado.
6. El Presidente del **Comité europeo de medio ambiente y salud** (Comité Mixto de la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas) informó de los preparativos para la conferencia sobre el tema *«Environment and health in partnership: implementation of actions for the twenty-first century»*, que se celebrará en Londres en 1999, destacando la necesidad de la participación y de la dedicación plena de todos los países para asegurar la debida aplicación de las medidas que se estudiarán y acordarán en la conferencia. Varios países hicieron hincapié en la importancia del nuevo esfuerzo iniciado por la Oficina Regional para Europa con objeto de promover la formulación de planes de acción nacionales sobre medio ambiente y salud, como instrumento eficaz no sólo para lograr los objetivos nacionales sino también para fomentar la cooperación internacional.
7. Se llegó a un consenso sobre los criterios revisados para la presentación de candidaturas para el **puesto de Director Regional**, entre los que figura tener un dominio suficiente de por lo menos uno de los idiomas de trabajo del Comité Regional; se confirmó también que el candidato debe ser normalmente un nacional de alguno de los Estados Miembros de la Región. Asimismo, se adoptó una modificación importante del mandato del Grupo de Prospección Regional, que faculta al Grupo para realizar una prospección activa de candidatos.

8. En relación con los debates del Grupo Especial del Consejo Ejecutivo para la Revisión de la Constitución acerca de los **arreglos regionales**, el Comité Regional expresó su aprecio y gratitud por la labor del Comité Permanente del Comité Regional, del Grupo Especial y de la Secretaría. Se expresó asimismo amplio y firme apoyo a las recomendaciones formuladas por el Comité Permanente del Comité Regional, que se adjuntaron como anexo a una resolución adoptada por el Comité Regional al respecto.

9. El Comité Regional acogió con agrado la indicación del Director General de que estudiaría la posibilidad de asignar más fondos al **programa EUROSALUD** al final del bienio en apoyo de los países de Europa central y oriental y de los nuevos Estados independientes, en función de los pagos que efectuaran los principales contribuyentes y de los tipos de cambio vigentes.

## **POLÍTICA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI: PERSPECTIVAS REGIONALES**

### **Política sanitaria mundial**

10. Tras la consulta por escrito con los Estados Miembros y con determinados expertos efectuada de octubre a diciembre de 1996, el Comité Permanente del Comité Regional en septiembre de 1997, y el Comité Regional mismo, en su 47ª reunión, examinaron un proyecto de política mundial.

11. El Comité Permanente estimó que, aunque en dicho proyecto se esbozaba una estrategia clara, debían presentarse de manera más destacada la perspectiva y el liderazgo de la OMS, y puso en duda la necesidad de establecer «normas jurídicamente vinculantes». Asimismo, el Comité Permanente aconsejó aplazar un año la terminación del documento, para que el próximo Director General pudiera participar en su elaboración.

12. Varios representantes elogiaron al Director General y a sus colaboradores por el nuevo proyecto. Las observaciones hechas por el Comité Permanente contaron con el apoyo general, pero también hubo otros comentarios adicionales y se formularon algunas reservas; por ejemplo, se propuso que la función de los gobiernos y de las autoridades locales se describiera mucho más claramente, por lo menos en lo que respecta a la asistencia sanitaria básica. La financiación exclusivamente estatal de la atención sanitaria no concordaba con la opinión de muchos Estados Miembros europeos, que aplicaban un enfoque basado en el seguro social. Varios representantes hicieron hincapié en la necesidad de mejorar la parte del documento en que figuran las recomendaciones operativas.

13. La propuesta del Comité Permanente del Comité Regional de aplazar un año la terminación del documento contó con el apoyo de algunos representantes, aunque también se expresaron reservas; concretamente, se señaló que, de acuerdo con la resolución WHA48.16 adoptada en 1995, el Director General tenía la obligación de asegurar que la política y estrategia mundiales de salud para todos estuvieran finalizadas para la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1998.

### **Política sanitaria regional**

14. Cuando los Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS adoptaron en 1984 la política regional y 38 metas de salud para todos, establecieron un ciclo continuo de desarrollo de la política para lograr la responsabilización mediante el establecimiento de «metas ambiciosas» y la definición de indicadores estándar para medir los progresos realizados en pos de ellas. El Comité Regional efectuó el primer examen en 1991. La política regional abarcaba un campo muy amplio de actividades. Los progresos se medían aplicando más de 200 indicadores operativos, que eran objeto de constante vigilancia en todos los Estados Miembros.

15. El Comité Permanente del Comité Regional examinaría en abril de 1998 un proyecto revisado de la nueva política para el siglo XXI, después de lo cual se presentaría una versión final del proyecto a la aprobación del

Comité Regional en su 48ª reunión, en septiembre de 1998. La política sería objeto de amplia difusión antes del final de 1998.

16. Se estimó que los valores y principios en que se basaba la política originaria de salud para todos seguían siendo válidos.

17. Vista la constante y exhaustiva consulta sobre el proyecto europeo (en la que participaban los 50 Estados Miembros activos e igual número de organizaciones), el Comité Regional, en su debate preliminar, acogió con satisfacción la renovación de la política. Pidió que el documento definitivo se publicara en dos partes (resolución EUR/RC47/R6): una en que se esbozaran las principales prioridades y valores de la política sanitaria para Europa, y otra que contuviera orientaciones más detalladas sobre las estrategias y opciones, un plan de acción, una lista de indicadores y la metodología para el establecimiento de metas.

## V. INFORME DEL DIRECTOR REGIONAL PARA EL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

### ASUNTOS DEL COMITÉ REGIONAL

1. La 44ª reunión del Comité Regional se celebró en Teherán (República Islámica del Irán), del 4 al 7 de octubre de 1997. Las discusiones técnicas versaron sobre una tecnología sanitaria adecuada y los documentos técnicos presentados se referían a los siguientes temas: movilización de la comunidad en apoyo de la salud para todos; función de las instituciones docentes y de las asociaciones de profesionales de la salud en apoyo de la salud para todos; eliminación y erradicación de enfermedades, con especial referencia al sarampión, a la tuberculosis y a la poliomielitis, e «informática y telemática de la salud». También se debatieron el tercer informe sobre la evaluación regional de las estrategias de salud para todos, el proyecto de documento de política sobre la salud para todos y la revisión de la Constitución por el grupo especial del Consejo Ejecutivo.
2. Por lo que respecta a la revisión de la Constitución de la OMS, el Comité Regional aprobó una resolución que reafirma la importancia de la estructura regional de la Organización; el Comité opinó que se debería aumentar en dos el número de miembros del Consejo Ejecutivo y que la duración de sus respectivos mandatos debería seguir siendo de tres años; se mostró desfavorable a que algún miembro repitiese su mandato; las reuniones del Comité Regional deberían seguir siendo anuales y debería mantenerse el procedimiento de propuesta de candidaturas para el cargo de Director Regional hasta que se conozca el resultado de la aplicación del nuevo procedimiento de elección del Director General. El Comité consideró que la eventual adopción de un modelo matemático para las asignaciones presupuestarias debería basarse en datos autorizados y ser sensible a los cambios, tener en cuenta los recursos extrapresupuestarios y ser equitativa en lo referente a las necesidades nacionales y regionales, y que los logros alcanzados en determinados programas no deberían afectar negativamente a las asignaciones en su conjunto.
3. El documento técnico sobre el papel de las instituciones docentes y las asociaciones de profesionales en apoyo de la salud para todos suscitó un interés considerable, en consonancia con el que se venía manifestando por la temática de la enseñanza de la medicina en la Región. El Comité, preocupado por el modo en que los programas de formación de los profesionales de la salud no logran satisfacer las necesidades de las comunidades, y deseoso de promover la coordinación entre las instituciones que proporcionan esa formación y los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, pidió al Director General, entre otras cosas, que establezca un cuadro de expertos encargado de prestar asistencia a las escuelas de medicina y otras instituciones análogas para que evalúen la enseñanza impartida.
4. El documento técnico sobre la movilización de la comunidad en apoyo de la salud para todos abordó un aspecto fundamental del fomento de la salud: la necesidad de hacer participar a las comunidades en las decisiones y los procesos que afectan a su propia salud. En la Región del Mediterráneo Oriental existen numerosas iniciativas que pueden servir de modelo para la movilización de la comunidad, en particular el enfoque ya arraigado de las «necesidades básicas de desarrollo», que encara los problemas de salud entre los pobres, particularmente en zonas remotas y rurales, en el contexto del desarrollo general. Sin embargo, falta una metodología para movilizar a la comunidad en un contexto social amplio. Por consiguiente, el Comité Regional pidió al Director General que, entre otras cosas, establezca un grupo especial de expertos, que comprenda a especialistas de las ciencias sociales, con el fin de preparar una metodología y directrices a tal fin.
5. Con respecto a la eliminación/erradicación de enfermedades, en particular el sarampión y la tuberculosis, el Comité aprobó una resolución en la que insta a los países a adoptar y aplicar estrategias encaminadas a la eliminación del sarampión para el año 2010. También exhortó a los países con una baja incidencia de tuberculosis a que se propongan eliminar esta enfermedad para el año 2010, y a los países con una incidencia media o alta de tuberculosis a que apliquen de manera generalizada la estrategia regional de tratamiento bajo observación directa (TOD) como requisito previo para dicha eliminación. Subsiguientemente, el Comité examinó una estrategia regional para la prevención de la transmisión transfronteriza de poliovirus salvaje y pidió a los Esta

dos Miembros que, entre otras cosas, coordinen sus esfuerzos para erradicar la poliomielitis, especialmente en zonas fronterizas. También pidió al Director Regional que utilice los servicios y recursos de que disponen la OMS y sus centros colaboradores para ayudar a frenar la transmisión transfronteriza.

6. Por lo que respecta a una tecnología sanitaria adecuada, el Comité pidió al Director Regional que considere el establecimiento de directrices y códigos técnicos para la selección y el uso racional de tecnología moderna, y que fortalezca el papel de los centros colaboradores de la OMS en apoyo de la transferencia de la tecnología sanitaria adecuada a los Estados Miembros. También le pidió que hiciera conocer al Director General la importancia que atribuyen los Estados Miembros a la supresión de barreras y restricciones indebidas al acceso de los países a tecnología sanitaria y equipos médicos adecuados.

## **POLÍTICA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI: PERSPECTIVAS REGIONALES**

7. El proyecto de documento en el que se establece la política de salud para todos para el siglo XXI dio lugar a numerosas observaciones de los Estados Miembros. La Región del Mediterráneo Oriental ha promovido varias iniciativas operacionales de política sanitaria con el fin de fortalecer la aplicación de la estrategia de salud para todos en el ámbito regional. La Región contribuyó a la formulación y la adopción de la resolución WHA37.13, en la que se reconoce que la dimensión espiritual contribuye en gran medida a motivar a las poblaciones en la búsqueda de su propia realización en todos los aspectos de la vida. Así pues, los países de la Región han procurado activamente incorporar la dimensión espiritual en sus políticas y estrategias de salud, considerando que es fundamental para la promoción de la salud. El Comité Regional pidió en particular al Director Regional que tome las medidas necesarias para incorporar esa dimensión en la política mundial de salud para todos y en la Constitución de la OMS en ocasión de su revisión.

8. El Comité reafirmó la validez y la vigencia de la meta de salud para todos como aspiración, la necesidad de integrar la política sanitaria de los países en la política de desarrollo socioeconómico de los mismos y la necesidad de que las políticas nacionales y regionales tengan en cuenta las características sociales y culturales.

9. Durante el examen de éste y otros puntos del orden del día, se hizo hincapié en los siguientes conceptos fundamentales relativos a la colaboración regional con los Estados Miembros:

*a)* Las oficinas de la OMS en los países, respaldadas por los expertos técnicos disponibles en la Oficina Regional y en la sede de la OMS, proporcionan recursos técnicos a los ministerios de la salud y otras entidades en sectores relacionados con la salud. Se alienta a los Estados Miembros a aprovechar esos conocimientos técnicos cuando desarrollen sus políticas nacionales de salud, en apoyo de la reforma del sector sanitario, y a velar por que su respaldo corresponda a los objetivos nacionales de política sanitaria durante las negociaciones con los donantes internacionales.

*b)* La OMS no cuenta con programas propios a nivel de país; su contribución consiste en prestar apoyo a los programas nacionales de salud. La OMS y las autoridades nacionales examinan conjuntamente los programas nacionales de salud y programas conexos y determinan el apoyo que se necesita de la OMS. Si bien el apoyo técnico se proporciona a todos los componentes de los programas nacionales, existen asignaciones a los países consignadas en el presupuesto ordinario de la OMS que se orientan a esferas prioritarias específicas de esos programas.

*c)* La colaboración con los Estados Miembros se dirige principalmente hacia la creación de capacidad nacional, la inversión en el desarrollo de los recursos humanos y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.



## VI. INFORME DEL DIRECTOR REGIONAL PARA EL PACÍFICO OCCIDENTAL

### ASUNTOS DEL COMITÉ REGIONAL

1. En su 48ª reunión, el Comité Regional para el Pacífico Occidental planteó una serie de cuestiones que exigen la atención del Consejo Ejecutivo. La mayoría de ellas se debatieron en el ámbito del punto del orden del día «Arreglos regionales» y se referían a la labor del grupo especial para la revisión de la Constitución de la OMS. Sin embargo, en el marco de otros puntos del orden del día surgieron cuatro otros asuntos de interés para el Consejo Ejecutivo (párrafos 7-10 *infra*).
2. En lo que respecta a las asignaciones a las regiones, el Comité Regional estimó que debería aumentarse la asignación a la Región del Pacífico Occidental, sobre todo porque ésta tiene aproximadamente el 28% de la población mundial. Los representantes mencionaron también otros criterios que podrían utilizarse para determinar las asignaciones presupuestarias, como el número de países de la Región que pertenecen al grupo de los menos adelantados, las necesidades sanitarias y un índice de desarrollo humano. Asimismo, algunos representantes opinaron que un incremento podría justificarse por el hecho de que la Región tiene muchos miembros con poblaciones reducidas y dispersas.
3. Asimismo, el Comité Regional estimó que debería aumentarse el número de los puestos asignados a la Región en el Consejo Ejecutivo. Los argumentos aducidos fueron el tamaño de la población, el número de Estados Miembros y la extensión geográfica. No se llegó a un consenso sobre el tamaño óptimo del Consejo.
4. Se estimó que el mandato de los Directores Regionales debería ponerse en consonancia con el del Director General, es decir, un mandato de cinco años, renovable sólo una vez, aunque esa restricción no se aplicase a los titulares en funciones. Este tema se debatió poco y no se llegó a un consenso sobre el método de selección.
5. En cuanto a las reuniones del Comité Regional y de la Asamblea de la Salud, el Comité opinó que los comités regionales deberían seguir reuniéndose anualmente, pero que la Asamblea de la Salud tal vez podría celebrarse cada dos años. Sin embargo, las posibilidades de acortar las reuniones de los comités regionales debería examinarse continuamente.
6. Se plantearon otros cuatro asuntos de interés para el Consejo Ejecutivo.
7. El Comité Regional pidió orientaciones al Director General acerca de los principios que deben guiar las relaciones de la OMS con el sector privado.
8. Se expresó cierta insatisfacción por el documento general «Salud para todos en el siglo XXI». El Comité Regional pidió al Director Regional que transmitiera al Director General la solicitud de que el documento fuera revisado y sometido al examen y las observaciones de los Estados Miembros, antes de presentarlo al Consejo Ejecutivo en su 101ª reunión.
9. Los representantes de Brunei Darussalam y de Malasia plantearon la cuestión de la nube de humo que cubría gran parte de Asia sudoriental en el momento de la reunión del Comité Regional. El Gobierno del Japón estuvo de acuerdo en que podían reasignarse fondos extrapresupuestarios ya recibidos para prestar apoyo inmediato a los países con problemas de salud causados por esa nube. Tras la reunión, se envió a Malasia a un especialista científico en salud ambiental.
10. El representante de Mongolia señaló que el apoyo de la OMS a los «entornos propicios para la salud» en la Región del Pacífico Occidental no había respondido hasta entonces a las necesidades de las comunidades

nómadas. Se acordó examinar ese asunto en el contexto del documento de política regional *New horizons in health*.

11. La nube de humo es un fenómeno actual y las comunidades nómadas son casi tan antiguas como la humanidad. La respuesta de la OMS en ambos casos es esencialmente la misma: asegurar, mediante intervenciones de salud pública oportunas y apropiadas, que la población goce de las mejores oportunidades para aprovechar al máximo su potencial de salud.

## **POLÍTICA DE SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI: PERSPECTIVAS REGIONALES**

12. Para el año 2020, la población de la Región habrá aumentado en un 24% respecto del nivel actual y habrá cambiado la distribución por edades: el grupo de edad de 0-14 años habrá disminuido del 26,9% (1995) al 20,6%, y en ese mismo periodo el grupo de más de 65 años habrá pasado del 6,5% al 9,7%. Esos cambios demográficos estarán acompañados de una transformación de los perfiles de la morbilidad: las enfermedades transmisibles y las afecciones nutricionales, perinatales y maternas ya constituyen un porcentaje mucho menor del total, en comparación con 1975; para el año 2020 representarán una parte muy reducida de un perfil de morbilidad regional caracterizado por las enfermedades «relacionadas con los modos de vida», otras enfermedades no transmisibles, los accidentes y las lesiones, y los trastornos asociados al envejecimiento. La meta de la OMS en la Región del Pacífico Occidental es apoyar unas políticas de salud pública bien planificadas y estructuradas para responder a esas nuevas situaciones. Los cambios son inevitables, pero se puede influir en ellos de muchas maneras.

13. La Región se ha caracterizado siempre por una gran diversidad. Si pensamos en los desafíos sanitarios del próximo siglo, la importancia de reconocer las distintas necesidades de salud de los Estados Miembros es más grande que nunca. La creciente prosperidad de la Región brindará oportunidades para mejorar el estado de salud de muchas personas, pero la OMS tendrá que estar atenta a las necesidades de los países poco desarrollados y de los pequeños Estados insulares del Pacífico. En la Región del Pacífico Occidental aún hay países que no han erradicado la lepra, y otros tienen unas tasas de mortalidad materna inaceptablemente altas (algunas están bastante por encima de la meta regional de 300 defunciones por 100 000 nacidos vivos). Aparte de las medidas para contener las tasas crecientes de enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades no transmisibles, hay que seguir asignando suficientes recursos a la lucha contra las enfermedades transmisibles y las afecciones nutricionales, perinatales y maternas.

14. Es muy importante que los servicios de salud miren hacia adelante y no hacia atrás; en primer lugar, deben recibir suficientes recursos. La inmensa mayoría de los países de la Región goza de un fuerte crecimiento económico y ha establecido infraestructuras sanitarias básicas. Sin embargo, en algunos, como Camboya y la República Democrática Popular Lao, la asignación al sector de la salud es inferior al 2% del producto nacional bruto. En esos países, el sector de la salud no puede satisfacer las necesidades básicas. En el Pacífico Sur, el problema principal es contar con profesionales de la salud de nivel intermedio. La OMS seguirá apoyando decididamente a los países poco desarrollados de la Región en el mejoramiento de sus servicios de salud y, a los países insulares del Pacífico en la prestación de servicios de salud adecuados, incluso en las localidades remotas.

15. Para la mayoría de los países de la Región, los problemas del próximo siglo serán de carácter cualitativo más que cuantitativo: ¿cómo puede la privatización asegurar que los sectores más pobres de la sociedad sigan recibiendo una cobertura adecuada? ¿cómo lograr un suministro suficiente de medicamentos a un precio módico? ¿qué porcentaje del presupuesto de salud deberá asignarse a la atención curativa y qué porcentaje a la atención preventiva y al fomento de la salud? ¿qué tipo de sector de la salud está mejor preparado para atender las afecciones degenerativas crónicas de la vejez? Éstas son algunas de las cuestiones que afrontarán los Estados Miembros de la OMS de la Región del Pacífico Occidental, al igual que los de otras regiones.

---

La función de la OMS consistirá en apoyar a los países a medida que adapten sus servicios de salud para hacer frente a esos desafíos.

16. El marco de política regional, *New horizons in health*, fue aprobado por el Comité Regional para el Pacífico Occidental en su 45ª reunión, celebrada en 1994. Se basa en la premisa elemental de que la gente puede influir en su propia salud. La función de la política pública es ofrecer un entorno favorable en el que los individuos y las comunidades puedan tomar decisiones que les permitan tener una vida más larga y un mejor estado de salud.

17. El documento *New horizons in health* reconoce que las necesidades de salud de la población cambian a lo largo de la vida. Por esa razón está estructurado en torno a tres temas: preparación para la vida; protección de la vida; y calidad de la vida en la edad avanzada. Además, reconoce que el entorno que rodea a las personas en todas las fases de su vida influye en su salud. Por consiguiente, la OMS ha fomentado activamente unos entornos más sanos en la Región, mediante la ejecución de proyectos de saneamiento y el patrocinio de entornos promotores de la salud, tales como escuelas, ciudades sanas e islas sanas.

18. En el documento *New horizons in health* no se da la respuesta a todas las cuestiones sanitarias del siglo XXI, pero se establece un marco flexible en el que los países, las comunidades y los individuos pueden trazar su propio futuro sanitario. El documento constituirá la base de la política de salud para todos en el siglo XXI en la Región del Pacífico Occidental.

= = =