



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO
105ª reunión
Punto 3.2 del orden del día provisional

EB105/11
15 de noviembre de 1999

Convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica

Informe de la primera reunión del grupo de trabajo

1. Por la resolución WHA52.18, la 52ª Asamblea Mundial de la Salud estableció un órgano de negociación intergubernamental abierto a la participación de todos los Estados Miembros para redactar y negociar el proyecto de convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y los posibles protocolos conexos. Para preparar el trabajo de dicho órgano, la Asamblea de la Salud estableció asimismo un grupo de trabajo sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica, abierto similarmente a todos los Estados Miembros, con el mandato siguiente:

- redactar proyectos de elementos del convenio marco;
- informar de los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 105ª reunión;
- ultimar su labor y presentar un informe a la 53ª Asamblea Mundial de la Salud.

2. El grupo de trabajo celebró su primera reunión en el Palais des Nations, Ginebra (Suiza), del 25 al 29 de octubre de 1999. Asistieron a la reunión participantes procedentes de una amplia diversidad de sectores, así como representantes de 114 Estados Miembros y observadores de la Santa Sede, de Palestina, de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de otras organizaciones intergubernamentales y de organizaciones no gubernamentales.

3. De conformidad con su mandato, el grupo de trabajo presenta en el anexo 1 su informe sobre los progresos realizados. La lista definitiva de participantes figura en el anexo 2.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

**GRUPO DE TRABAJO SOBRE
EL CONVENIO MARCO DE LA OMS
PARA LA LUCHA ANTITABÁQUICA**

**A/FCTC/WG1/7
28 de octubre de 1999**

Convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica

Informe de la primera reunión del grupo de trabajo

25-29 de octubre de 1999

**Punto 1 del orden del día: Apertura de la reunión por la Dra. Gro Harlem
Brundtland, Directora General**

1. La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, abrió la sesión exponiendo su visión general de las repercusiones del tabaco en lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad. Dijo que el problema sobrepasa los límites de la salud pública y las fronteras nacionales. La OMS dirige actualmente el Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional sobre Lucha Antitabáquica, de las Naciones Unidas. Espera que esta reunión, la primera en la que la OMS ejerce su mandato constitucional de negociar un tratado jurídicamente vinculante, imprimirá un nuevo rumbo a la salud pública.

Punto 2 del orden del día: Elección de la Mesa

2. Fueron elegidos por consenso miembros de la Mesa: el Dr. K. Leppo (Finlandia), Presidente; la Dra. V. L. da Costa e Silva (Brasil) y la Dra. M. Chan (China), Vicepresidentes; la Dra. Y. Mochizuki (Japón), Relatora de lengua inglesa; y el Dr. Chaouki (Marruecos), Relator de lengua francesa.

**Punto 3 del orden del día: Adopción del orden del día y del calendario
(documento A/FCTC/WG1/1)**

3. El Presidente propuso que los puntos 10 a 13 se abordaran el jueves, 28 de octubre, junto con el punto 9. Se adoptaron el orden del día y el calendario con las modificaciones propuestas (véase el anexo).

Punto 4 del orden del día: Método de trabajo del grupo de trabajo

4. El Presidente señaló que, en virtud de la resolución WHA52.18, la Asamblea de la Salud había establecido el grupo de trabajo sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica (CMLAT), de conformidad con el artículo 42 de su Reglamento Interior. Como órgano subsidiario de

la Asamblea de la Salud, el grupo de trabajo se regirá por dicho Reglamento Interior. Su misión consistirá en elaborar no un texto detallado sino una lista de proyectos de elementos del convenio marco.

Punto 5 del orden del día: Panorama general del proceso del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica

a) Resumen del trabajo realizado hasta la fecha y resolución WHA52.18

5. En la resolución WHA52.18 se expone en líneas generales un proceso integrado para la elaboración del convenio marco y de posibles protocolos conexos. El Dr. D. Bettcher, Iniciativa «Liberarse del tabaco», pasó revista a las precedentes resoluciones de la OMS sobre el tema que podrían servir de orientación al grupo de trabajo.

b) Informes resumidos de los recientes comités regionales de la OMS

6. El Dr. Bettcher informó acerca de las recientes reuniones de los comités regionales de la OMS y facilitó información sobre las reuniones futuras.

c) Informe relativo a la primera reunión del Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional sobre Lucha Antitabáquica

7. El Dr. D. Yach, Administrador de Proyecto, Iniciativa «Liberarse del tabaco», informó acerca de la primera reunión (29-30 de septiembre de 1999) del Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional sobre Lucha Antitabáquica, establecido en virtud de la resolución E/1999/56, de 30 de julio de 1999, del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y dirigido por la OMS.¹ El Grupo de Trabajo Especial pasó a sustituir al punto focal de la UNCTAD encargado del tabaco.

8. Diversos puntos focales de las diferentes regiones de la OMS y los representantes de varios países informaron acerca de las actividades interpaíses e interministeriales realizadas en apoyo del convenio marco propuesto, considerado también como un punto de convergencia para las actividades nacionales de lucha antitabáquica. Se reconoció la contribución aportada por las organizaciones no gubernamentales.

Punto 6 del orden del día: Sesiones de información técnica

a) Los tratados cambian la situación (documento A/FCTC/WG1/4)

9. La Profesora L. Boisson de Chazournes, profesora de derecho internacional en la Universidad de Ginebra (Suiza), mostró cómo los convenios marco permitían la adopción de medidas por etapas, a un ritmo diferente según los países, consolidando el consenso mediante la celebración de reuniones periódicas, de una manera que autorizaba las enmiendas y facilitaba la adopción de protocolos adicionales. El convenio marco sienta las bases de una cooperación general, y los detalles se precisan en

¹ Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional sobre Lucha Antitabáquica de las Naciones Unidas, informe de la primera reunión, UNICEF, Nueva York, 29-30 de septiembre de 1999.

protocolos. Ese tipo de instrumento ha demostrado su utilidad en materia de desarme y de protección del medio ambiente.

b) Proceso de elaboración de tratados (documento A/FCTC/WG1/5)

10. El Profesor P. Szasz, de la Universidad de Nueva York, Facultad de Derecho (Estados Unidos de América), recordó que la Constitución de la OMS confiere a ésta el poder de adoptar tratados internacionales y describió las diversas fases del proceso de elaboración de dichos tratados. Esbozó las tareas que debía abordar el grupo de trabajo en relación con el calendario futuro para el convenio marco.

c) Contexto de salud pública (documento A/FCTC/WG1/3)

11. El Dr. A. López, Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, explicó cuáles eran los riesgos sanitarios a que se exponen los fumadores y las consecuencias de la epidemia de tabaquismo para la salud pública. Hay pruebas abundantes de que este hábito provoca enfermedades tales como cáncer de pulmón y afecciones cardiovasculares, con la consiguiente carga excesiva de mortalidad. Adoptando medidas de salud pública se podría reducir notablemente la carga de morbilidad atribuible al tabaco. Puso de relieve cómo la utilización de los datos locales sobre la repercusión del consumo de tabaco en la salud puede ser un medio eficaz para promover las políticas nacionales.

12. La Sra. R. Walburn, Iniciativa «Liberarse del tabaco» de la OMS, describió el proceso en virtud del cual la documentación interna de las empresas tabacaleras habían pasado al dominio público a raíz de la acción judicial entablada por el estado de Minnesota (Estados Unidos de América), contra algunas de esas empresas («la industria»). La demanda interpuesta se centró en la conducta de la industria, y en particular en lo que ésta sabía, y desde cuándo, sobre los peligros del tabaquismo. Los más de 35 millones de páginas de documentos han mostrado que la industria es consciente de los riesgos sanitarios del tabaquismo y de la naturaleza adictiva de la nicotina. También se han hallado pruebas de la existencia de estrategias encaminadas a neutralizar los esfuerzos de la OMS y de otras organizaciones.

13. Varios representantes de los Estados Miembros insistieron en la utilidad potencial de los esfuerzos del grupo de trabajo para mejorar las actividades nacionales de lucha antitabáquica. Se destacó que el tabaco causa un estado de intoxicación crónica y que su consumo se clasifica separadamente como trastorno en la CIE-10.

d) Aspectos económicos de la lucha antitabáquica (documento A/FCTC/WG1/2)

14. El Dr. P. Jha, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, recordó las importantes conclusiones de la reciente publicación del Banco Mundial titulada *Contener la epidemia. Los gobiernos y los aspectos económicos de la lucha contra el tabaco*, que justifican claramente la intervención de los gobiernos. El mensaje central de dicho estudio es que varias intervenciones de lucha antitabáquica - sobre todo el aumento de los impuestos - han dado resultado satisfactorio y han sido eficaces en relación con su costo. Los países en desarrollo podrían salvar millones de vidas, especialmente entre los pobres, luchando contra el consumo de tabaco. Al propio tiempo, la repercusión de reducir o eliminar el consumo o la producción de tabaco tendría poca repercusión en el empleo, y esta repercusión sería muy gradual.

15. Varios representantes subrayaron la importancia de gravar de la misma manera los diferentes productos del tabaco para disuadir la sustitución de un producto por otro por parte del usuario.

También se destacó la importancia de combatir de manera eficaz el contrabando de productos del tabaco.

e) Refuerzo de la legislación nacional

16. La Sra. J. Obitre Gama, profesora de derecho internacional en la Universidad Makerere de Kampala (Uganda), mostró cómo diversos tratados internacionales habían contribuido a reforzar la legislación nacional y describió la relación existente entre el derecho internacional y el derecho nacional.

17. En la discusión que siguió se subrayó de nuevo el interés de establecer una institución o un comité nacional encargado de llevar adelante el proceso de elaboración del convenio marco, de sensibilizar al público y de preparar la introducción de cambios en la legislación nacional.

Punto 7 del orden del día: Sesión de información/discusión técnica: redacción de los proyectos de elementos del convenio marco (documento A/FCTC/WG1/6)

Sección I. Preámbulo, objetivos, principios y definiciones

18. Los participantes formularon una serie de observaciones generales sobre el convenio marco en su conjunto y dieron su opinión sobre los elementos de la sección I del documento A/FCTC/WG1/6, referentes al preámbulo, a los objetivos y a los principios del convenio marco.

19. Es indispensable adoptar, a nivel nacional e internacional, un enfoque multisectorial global y exhaustivo que recurra a una amplia gama de sectores. A nivel nacional, es vital mantener lazos estrechos con una amplia variedad de interesados directos en apoyo de la resolución WHA52.18 de la Asamblea de la Salud, en particular los órganos legislativos, administrativos y ejecutivos de los Estados Miembros, las entidades privadas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.

20. El convenio marco contendría disposiciones generales, inclusive obligaciones de naturaleza más general, posiblemente con protocolos separados para precisar detalladamente las obligaciones. Es preciso ir avanzando de modo paulatino, apoyándose en anteriores resoluciones de la Asamblea de la Salud como mínimo punto de partida, habida cuenta de las circunstancias particulares de los países en desarrollo. Varios países encarecieron la conveniencia de redactar las disposiciones del convenio marco de manera que fueran ampliamente aceptables para el mayor número de países posible. Se expresó cierta preocupación por la referencia hecha a la creación de derechos, como el «derecho a vivir en un ambiente libre de humo de tabaco».

21. Se precisan enfoques nacionales e internacionales complementarios y basados en las precedentes resoluciones de la OMS, que son reflejo de un enfoque global para la lucha antitabáquica. Varias delegaciones dijeron que el convenio marco deberá ser flexible para tener en cuenta las necesidades y realidades de los países, especialmente de los países en desarrollo.

22. Numerosos países expresaron su apoyo general a los puntos contenidos en la sección I del documento. Algunas delegaciones sugirieron que se previera la inclusión en el convenio marco, como obligaciones, sin esperar a los protocolos para incluirlas en éstos, de disposiciones relativas, por ejemplo, a las normas aplicables a las pruebas y medidas, al diseño y al etiquetado de los paquetes, a la fi-

jación de precios y a la divulgación plena del contenido de los productos del tabaco (incluidos los aditivos).

Preámbulo

23. Debía concederse una atención primordial a los efectos sanitarios del consumo de tabaco y a su repercusión negativa en las economías nacionales. Se puso de relieve la importancia de centrarse en los jóvenes, las mujeres, los grupos desfavorecidos y las poblaciones indígenas. Debían promoverse imágenes positivas de la salud con miras a la juventud. Para ello, el convenio marco deberá hacer referencia a otros convenios en los que se evoca el comportamiento de los jóvenes, como es la Convención sobre los Derechos del Niño. Otra adición propuesta al preámbulo fue la de hacer referencia a la Constitución de la OMS.

24. Se consideraron importantes las intervenciones a nivel internacional basadas en hechos comprobados.

25. Se subrayó asimismo la importancia de tener en cuenta las repercusiones agrícolas de la lucha antitabáquica en los países productores y las posibles consecuencias sociales y económicas de esas medidas en el mundo entero, especialmente en los países en desarrollo. Además, deberá prestarse atención explícita a la dependencia de determinados países respecto del cultivo de tabaco y a la necesidad de elaborar y respaldar estrategias encaminadas a reducir al mínimo el impacto social y económico.

26. Debe destacarse el mayor impacto que tiene el consumo de tabaco en los países en desarrollo. Además, habrá que prestar atención a las consecuencias de las actividades de comercialización realizadas en los países en desarrollo por ciertas empresas tabacaleras sitas en países desarrollados. En el convenio marco deberán incluirse todas las modalidades de consumo del tabaco. Entre ellas cabe mencionar el tabaco sin humo y la «pipa de la paz» (narguile), además de los cigarrillos y los *bidis* (cigarrillos liados a mano al modo tradicional).

27. Deberá preverse el tratamiento de la dependencia del tabaco y el apoyo a los programas para dejar de fumar.

28. También deberá prestarse atención a la protección contra el humo de tabaco ambiental.

29. Varias delegaciones subrayaron la conveniencia de destacar en el convenio marco la importancia de las estrategias encaminadas a reducir la demanda. Se necesitan enfoques multisectoriales, planificados a largo plazo, para abordar la lucha antitabáquica actuando sobre la oferta. Deberá prestarse particular atención al contrabando actuando sobre la oferta.

30. Hay que poner de relieve el papel, el comportamiento y la responsabilidad de la industria del tabaco.

31. Conviene tener en cuenta las especiales circunstancias en que se encuentran los países en desarrollo y la asistencia que necesitarán para aplicar el convenio marco.

32. En el preámbulo deberán destacarse las desigualdades en el consumo de tabaco y en sus repercusiones. Además, los elementos del preámbulo deberán estar sólidamente fundamentados, cuando proceda, en pruebas científicas.

33. Varias delegaciones insistieron en la conveniencia de que todos los países adopten de inmediato medidas encaminadas a reforzar y aplicar estrategias de lucha antitabáquica globales y multisectoriales.

Objetivos

34. Algunos países y organizaciones de integración económica regional propusieron una versión revisada del texto del objetivo, en los términos siguientes:

La finalidad del presente Convenio y de sus protocolos conexos consiste en establecer y adoptar de común acuerdo respuestas internacionales encaminadas a lograr una reducción de la utilización del tabaco con miras a reducir las consecuencias de salud pública, sociales y económicas del consumo de tabaco, y en servir de mecanismo para la aplicación de dichas medidas mediante el compromiso de las Partes Contratantes.

35. Otro texto revisado que se propuso para el objetivo fue el siguiente:

El objetivo último del Convenio y de cualesquiera textos conexos consiste en emprender actividades de lucha antitabáquica integradas con miras a acabar con la utilización del tabaco, sean cuales fueren sus modalidades, empezando por contener el consumo de tabaco y hallar medidas paliativas en lo que respecta a la utilización del tabaco y a sus efectos sanitarios perjudiciales para proteger la salud.

36. Algunos países recomendaron que se establezcan en el convenio marco metas cualitativas y cuantitativas, con un calendario preestablecido, para el uso del tabaco.

Principios

37. Deberá aplicarse el principio de que «el que contamina paga» como medio de hacer responsable a la industria del tabaco por el daño que causa.

38. La elaboración del convenio marco deberá ir acompañada del refuerzo de la capacidad nacional para la lucha antitabáquica en los países en desarrollo, especialmente mediante legislación de salud pública.

39. Deberá mencionarse el derecho del público a la información sobre los efectos del tabaco en la salud.

40. El grupo de trabajo oyó las declaraciones de varios observadores, incluidos los representantes de cierto número de organizaciones no gubernamentales, que expresaron su decidido apoyo al proceso de elaboración del convenio marco. Los representantes de las organizaciones no gubernamentales pusieron de relieve el papel importante que éstas podrían desempeñar para lograr el mejor resultado posible y pidieron la rápida adopción de medidas.

Sección II. Obligaciones

41. Fue amplio y general el apoyo a los cinco subpuntos enumerados en el documento A/FCTC/WG1/6. Muchos países consideraron que los temas enumerados en la sección relativa a las obligaciones constituían un punto de partida útil para formular las obligaciones en el marco del convenio marco. Dentro de la sección I se sugirió incluir entre las obligaciones varios posibles puntos su-

plementarios. Tal vez fuera preciso reajustar el enunciado final de los subpuntos. Se subrayó la necesidad de evitar el ejercicio del derecho de prioridad (que las obligaciones enunciadas en el convenio marco bloqueen la adopción de medidas nacionales más enérgicas).

42. Hay que estructurar de manera diferente los puntos enumerados en los párrafos 29 y 37 del documento, trasladando algunos de ellos a los protocolos y situando otros en la sección relativa a las obligaciones. Se estimó posible fusionar algunos puntos de esos párrafos.

43. Algunos países consideraron que había que limitar, en la sección de las obligaciones, las medidas relativas a la oferta, en particular las referentes al cultivo de tabaco y a otros medios de subsistencia, pues su lugar eran los protocolos. Otros sugirieron la posibilidad de incluir como una obligación determinados aspectos relativos al control del contrabando.

Medidas nacionales de lucha contra el tabaquismo

44. Numerosos oradores destacaron la necesidad de incluir en esta sección la adopción de medidas globales de lucha antitabáquica a nivel nacional. Se puso de relieve la importancia de que los países establezcan y financien adecuadamente mecanismos nacionales de coordinación. Por lo general, esos mecanismos dependen del ministerio de salud pero deberían incluir a otros ministerios competentes e instituciones sociales existentes. Una parte de los impuestos sobre la venta de cigarrillos podría utilizarse para financiar la lucha antitabáquica.

45. Además de medidas nacionales los países en desarrollo necesitan un apoyo internacional concertado (incluida la asistencia financiera) para reforzar su capacidad de investigación y para elaborar y aplicar sus políticas.

46. Algunos países propusieron incluir entre las obligaciones las de prohibir la venta de tabaco a los niños, prohibir su venta libre de impuestos¹ y dispensar tratamiento para la dependencia del tabaco. Muchos países propusieron también la inclusión de una disposición en pro de ambientes exentos de humo. Se sugirió que se examinara la cuestión relativa a la autorización de puestos de venta de tabaco y la inclusión obligatoria de advertencias en los productos y la publicidad del tabaco. Se recomendó además que se previera, como medida nacional, la reglamentación del contenido de los productos del tabaco. La base científica par tal reglamentación se abordará en una reunión que se celebrará en Oslo en febrero de 2000.

47. Determinados Estados Miembros convinieron en que los países exportadores de productos manufacturados del tabaco tenían la responsabilidad especial de proporcionar apoyo técnico a los países en desarrollo para reforzar los programas nacionales de lucha antitabáquica.

48. Algunos países recomendaron que se establezca una distinción entre las medidas nacionales esenciales que deben adoptar todos los países (por ejemplo, de vigilancia, seguimiento y evaluación de los programas) y las medidas nacionales facultativas que podrían ponerse en práctica inicialmente a nivel regional.

¹ Sin perjuicio de lo dispuesto en el Convenio Internacional para la Simplificación y Armonización de los Procedimientos Aduaneros, 1973 (Convenio de Kyoto).

Educación, formación y concienciación del público

49. Hubo apoyo general a los puntos enumerados en el documento. Entre los grupos vulnerables deberá prestarse particular atención a asegurar que los niños y los jóvenes estén plenamente informados de los riesgos del consumo de tabaco y protegidos contra la comercialización de los productos de la industria del tabaco en particular mediante campañas de sensibilización en los programas escolares. Los países sostenían opiniones divergentes en cuanto a si las restricciones y/o las prohibiciones de la publicidad directa e indirecta deberían figurar en los protocolos o entre las obligaciones. Se apoyó firmemente la idea de difundir imágenes positivas en pro de la salud en los ámbitos del arte y del espectáculo a nivel mundial.

Cooperación general

50. Se estaban estudiando ya en determinadas regiones enfoques de ámbito regional en materia de armonización de los precios y se estimaba que podrían aplicarse más ampliamente.

Cooperación en materia de investigación científica

51. Hubo un amplio apoyo a este subpunto tal como figuraba en el documento. Se prestó especial atención a la necesidad de cooperación para la elaboración de una base científica con miras a reglamentar los productos del tabaco.

Intercambio de información

52. Deberá figurar entre las obligaciones un mecanismo destinado a intercambiar toda experiencia, positiva o negativa, en la aplicación de las políticas, así como información epidemiológica sobre los efectos en la salud.

Otras observaciones

53. Se recomendó utilizar, siempre que sea posible, textos aprobados de otros tratados ya existentes.

54. Varios países convinieron en cuanto a la necesidad de facilitar asistencia técnica y financiera para que todos los países, en especial los países en desarrollo, puedan participar plenamente en el proceso del convenio marco, desde su elaboración hasta su aplicación.

55. Varios países recomendaron especificar las consecuencias de las disposiciones del convenio marco para los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio (OMC).

Sección III. Instituciones

56. La secretaría expuso varias consideraciones en relación con la creación de instituciones.

57. Muchos oradores subrayaron que sus observaciones eran provisionales, pero hubo signos de consenso sobre algunos principios básicos: 1) la estructura institucional vendrá dictada en última instancia por las funciones del tratado; 2) con el fin de reducir los costos y evitar solapamientos, cuando sea posible se deberán utilizar las estructuras existentes, y las reuniones deberán organizarse coincidiendo con otros acontecimientos, como la Asamblea de la Salud.

58. Se consideró que se necesitaría convocar una conferencia de las Partes. La OMS podría hacer de secretaria. Un mecanismo de asesoramiento científico proporcionaría un enérgico apoyo multidisciplinario, pero hubo opiniones discrepantes en cuanto al modo en que lo haría. Los oradores convinieron en que era esencial que la aplicación fuera eficaz, pero podría dejarse para la conferencia de las Partes la cuestión de si procede o no establecer un comité encargado de la aplicación. Numerosos países destacaron la necesidad de disponer de un mecanismo de apoyo financiero, asunto éste que otros prefirieron aplazar, aunque muchos lo consideraron importante para asegurar la participación de países que de otro modo no podrían participar plenamente. Se propugnó el establecimiento de un fondo para la lucha antitabáquica, para favorecer un proceso paralelo en la OMS y entre las organizaciones no gubernamentales.

Sección IV. Mecanismos de aplicación

59. El Profesor Szasz hizo la presentación de los debates sobre las secciones IV, V y VI del documento A/FCTC/WG1/6.

60. Muchos países indicaron que la presentación de informes nacionales y el examen internacional eran esenciales para el convenio. Sin embargo, los requisitos de notificación deberían estar muy bien diseñados y ser eficientes. Varios países pidieron el establecimiento de procedimientos de notificación transparentes y que cualquier Estado Parte tuviera libre acceso a los informes de todos los demás Estados.

61. Varios países abogaron por un mecanismo de solución de controversias cuyas decisiones fueran vinculantes; otros prefirieron procedimientos no vinculantes. Se expresaron opiniones tanto a favor como en contra de la posible intervención de la Corte Internacional de Justicia, mientras que otro se opuso a ello. Se sugirió que se previeran procedimientos de conciliación, aunque no de conciliación obligatoria, y que los mecanismos de verificación del cumplimiento se centraran en la aplicación y no en los procedimientos de solución de controversias. Se señaló que el Artículo 33 de la Carta de las Naciones Unidas podría servir de modelo para la solución de controversias.

62. Se sugirió que el mecanismo de aplicación se abordara en un protocolo, pero en su mayoría los oradores dijeron que debería incluirse en el convenio marco. Se sostuvo que los países exportadores de tabaco tenían que ser considerados responsables.

Sección V. Proceso normativo

63. Se señaló que, de haber consenso, sería posible negociar los protocolos juntamente con el convenio marco. Un país estimó preferible aplazar el debate sobre los protocolos.

64. Una organización de integración económica regional declaró que debían adoptarse dos protocolos conjuntamente con el convenio marco. Se propuso que los aspectos que convendría incluir en las medidas globales de lucha antitabáquica - por ejemplo, un modelo de legislación - se enumeraran en un anexo o addendum no vinculante del convenio marco.

Sección VI. Cláusulas finales

65. Varios países dijeron que era demasiado pronto para examinar muchas de las cuestiones mencionadas en las cláusulas finales.

66. Una organización de integración económica regional expresó la opinión de que las organizaciones de esta naturaleza y sus Estados miembros deberían poder adherirse al convenio marco y a sus posibles protocolos.

67. Varios países sugirieron que el convenio marco autorizara la formulación de reservas. Varios declararon que el convenio marco debería permitir su denuncia, mientras que otros opinaron que no debía ser así.

68. Se sugirió que los requisitos para la entrada en vigor del convenio marco y de los protocolos no tenían por qué ser idénticos. Además, las cláusulas finales del convenio marco no tenían por qué aplicarse a los protocolos. Se propuso también que las Naciones Unidas actuaran de depositario.

69. Se propuso que las disposiciones relativas a la entrada en vigor deberían tomar como modelo el Protocolo de Kyoto de la Convención sobre el Cambio Climático: además de un número especificado de ratificaciones, debía exigirse la ratificación por una proporción significativa de países productores y países consumidores.

Punto 8 del orden del día: Sesión de información/discusión técnica: protocolos posibles (documento A/FCTC/WG1/3)

- a) Temas de los protocolos posibles**
- b) Relación de los protocolos posibles con el convenio marco**

70. La secretaría señaló que los protocolos podrían ser adoptados al mismo tiempo que el convenio marco o en una fase posterior. Se podrían negociar nuevos protocolos a medida que se fuera disponiendo de más conocimientos. Incumbirá a los Estados Miembros decidir qué temas se incluirán en el propio convenio marco y cuáles serán objeto de protocolos. Se señaló a la atención la serie de asuntos consignados en el documento de referencia, que se centran en esferas clave de la lucha antitabáquica desde la perspectiva de la salud pública.

Cuestiones de procedimiento

71. Muchos países consideraron que el proceso del convenio marco se hallaba en una fase demasiado temprana para debatir en detalle los aspectos de procedimiento o sustantivos de los posibles protocolos. Varios países y una organización de integración económica regional declararon que el examen de esas cuestiones debía encomendarse al órgano intergubernamental de negociación.

72. Varios países dieron a entender que sería posible adoptar los protocolos simultáneamente con el convenio marco si hubiera voluntad política para ello. Sin embargo, algunos países señalaron la posible dificultad de negociar los protocolos al mismo tiempo que el convenio marco mientras no se definiera con más claridad el contenido del convenio.

73. Algunos países declararon que no se deberá exigir que las Partes en el convenio marco lo sean también en los protocolos, es decir, la adhesión a los protocolos deberá ser enteramente facultativa. Se sugirió que se diera la posibilidad de participar en los protocolos a todos los países y no solamente a las Partes en el convenio marco.

74. Varios países subrayaron la necesidad de proporcionar asistencia financiera y técnica para ayudar a los países en desarrollo a negociar y aplicar los protocolos. Los oradores insistieron en que los

protocolos no deberán restringir la posibilidad de que los países adopten medidas más enérgicas que las requeridas en el convenio marco o los protocolos.

Cuestiones sustantivas

Observaciones generales

75. Cierta número de países insistieron en que los protocolos deberán centrarse en las cuestiones sobre las que exista consenso político. Se propuso que los protocolos se abordaran durante la fase de negociación de acuerdo con los criterios siguientes: 1) repercusión; 2) viabilidad; y 3) necesidad de medidas internacionales. Países de diferentes regiones expresaron su apoyo a esa formulación.

76. Varios países consideraron que era preciso seguir examinando la relación existente entre el convenio marco y los tratados pertinentes de la OMC, así como otros acuerdos multilaterales.

Temas

77. Numerosos países expresaron la opinión de que era prematuro en la fase actual del proceso definir y limitar los temas objeto de los protocolos y que esta cuestión debería permanecer abierta. Los temas posibles no deberían limitarse a los enumerados en el documento A/FCTC/WG1/3.

78. Entre los puntos concretos mencionados para su posible inclusión en los protocolos figuran los siguientes:

- políticas de precios e impuestos;
- humo de tabaco ambiental;
- protección de los niños y adolescentes, inclusive mediante programas de prevención;
- contrabando de productos del tabaco;
- venta de productos del tabaco libres de impuestos;
- publicidad, promoción y patrocinio (con o sin publicidad contra el tabaco);
- envasado y etiquetado de los productos del tabaco;
- análisis e indicación de la composición de los productos del tabaco;
- reglamentación de la industria del tabaco;
- intercambio de información;
- educación sanitaria e investigación;
- políticas agrícolas;
- reglamentación de los productos;
- programas de tratamiento y para dejar de fumar basados en pruebas científicas.

79. Varios países destacaron la importancia de adoptar protocolos sobre políticas tributarias y de precios. En cambio, se declaró que un elevado nivel de impuestos estimularía el contrabando y que ese nivel impositivo no sería viable o tendría efectos inflacionarios. Se sugirió que todos los productos del tabaco y los demás artículos conexos debían abordarse en un protocolo relativo a la fijación de precios. Otros países señalaron que los impuestos representaban ya un porcentaje muy elevado del precio del tabaco. Se manifestó preocupación ante el hecho de que las investigaciones no han aportado pruebas suficientes para justificar el aumento de los impuestos y que dicho aumento sería una carga para los pobres. Sin embargo, varios países subrayaron que en el reciente informe del Banco Mundial se facilitan pruebas suficientes como para disipar toda preocupación en cuanto al fundamento de las políticas tributarias para todos los países. Las políticas sobre impuestos y precios también deberían abordarse a nivel regional.

80. Varios países se declararon favorables a un posible protocolo sobre publicidad, patrocinio y promoción, pero no estuvieron de acuerdo en lo que respecta a su posible contenido. Algunos pusieron de relieve que los datos existentes corroboraban plenamente la importancia de una prohibición total de la publicidad. Varios países dijeron que en un protocolo sobre publicidad debería abordarse tanto la publicidad directa como la indirecta. Otros señalaron que debería incluirse en un protocolo encaminado a reducir las asimetrías de la información un enfoque más flexible en lo que respecta a la publicidad y la promoción. Algunos países señalaron que ciertas disposiciones constitucionales quizá no permitan una prohibición total. Varios países sugirieron la inclusión, en un protocolo sobre publicidad, de publicidad contra el tabaco, pero se señaló que se necesitaría asistencia financiera para asegurar la observancia de un protocolo en esta esfera. Se sugirió también que en un posible consenso sobre este tema se incluyera la prohibición de todas las formas de publicidad y promoción destinadas a los niños.

81. Varios países destacaron el carácter mundial del contrabando y la necesidad de un protocolo al respecto. Algunos países pusieron de relieve la importancia de los cigarrillos de contrabando en sus mercados. Se notificó que, sólo en un país, más del 80% de los cigarrillos de marcas extranjeras eran objeto de contrabando. En el territorio de otro país ingresaban de contrabando pequeños paquetes de cigarrillos con el apoyo de las propias empresas tabacaleras.

82. Los países también subrayaron la importancia de un protocolo sobre el envasado y el etiquetado de los productos del tabaco. Se señaló que el tamaño de las advertencias que figuraban en las etiquetas estaba directamente relacionado con la eficacia de esas medidas. En respuesta a una pregunta, la secretaría observó que algunos países proponían etiquetas con advertencias que cubrieran el 60% de la superficie de las dos caras de los paquetes de cigarrillos.

83. Cierta número de países propugnaron protocolos que abordaran la cuestión del humo de tabaco ambiental y la protección de los niños y adolescentes.

84. Varios países se pronunciaron a favor de la reglamentación de los productos del tabaco mediante un protocolo que previera inclusive la divulgación plena de los ingredientes y aditivos. Se sugirió que la reglamentación de los nuevos productos del tabaco comprendiera una disposición por la cual se exigiera que los fabricantes demostrasen la inocuidad de esos nuevos productos antes de que se autorizara su venta al consumidor.

85. Varios países recalcaron la importancia de la transparencia y del intercambio de información. Se propuso que las cuestiones relacionadas con el intercambio de información se trataran en el propio convenio marco, sin necesidad de un protocolo separado. Otras propuestas fueron la de sustituir el título del protocolo sugerido por el de «Intercambio de información, educación y concienciación» y la de dedicar un protocolo separado a la educación y la formación.

86. Varios países abordaron la cuestión de un protocolo sobre la agricultura. Se señaló que en los países desarrollados las subvenciones al cultivo de tabaco se podrían suprimir inmediatamente, pero que en los países en desarrollo era necesario eliminarlas gradualmente. En ese protocolo habría que prever una aplicación gradual.

87. Se hizo hincapié en la importancia de reglamentar la industria tabacalera mediante protocolos. Varios oradores sugirieron que se prohíba que la industria comercialice sus productos en los países en desarrollo siguiendo prácticas diferentes de las adoptadas en los países industrializados. Se propuso también la regulación mediante licencias de la venta minorista de tabaco.

Punto 9 del orden del día:	Disposiciones administrativas: examen del plan de trabajo y del calendario para la redacción de los proyectos de elementos del convenio marco (documento A/FCTC/WG1/5)
Punto 10 del orden del día:	Función de la secretaría
Punto 11 del orden del día:	Participación en el proceso del convenio marco: uso de la comunicación electrónica
Punto 12 del orden del día:	Presupuesto del grupo de trabajo
Punto 13 del orden del día:	Próxima reunión del grupo de trabajo

88. El Presidente pasó al examen de los puntos 9 a 13 del orden del día, relativos a las cuestiones administrativas. Al presentar esos puntos, la secretaría subrayó los siguientes aspectos: distribución de tareas, la función que podría desempeñar la secretaría hasta la próxima Asamblea de la Salud, y cualesquiera otros documentos que pudiere necesitar el grupo de trabajo. Se facilitaría material de referencia sobre las sesiones de información técnica acerca de los efectos sanitarios y económicos. Con respecto a la comunicación electrónica, la secretaría se esforzaría por proporcionar los documentos en los seis idiomas oficiales en Internet en tiempo oportuno y en un formato electrónico de fácil acceso.

89. Como el grupo de trabajo era un órgano subsidiario de la Asamblea de la Salud, de acuerdo con la resolución WHA50.1, se reembolsarían los gastos de viaje de sólo un representante de cada uno de los países menos adelantados. Se iba a crear un fondo de depósito de la Directora General dentro del Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud, de la OMS, para que otros países en desarrollo pudieran participar en las reuniones. Era de esperar que los Estados Miembros contribuyeran generosamente a ese fondo. Se propuso celebrar una segunda reunión después del 20 de marzo de 2000, a medio camino entre la 105ª reunión del Consejo Ejecutivo y la 53ª Asamblea Mundial de la Salud.

90. Con respecto a las preguntas sobre el presupuesto del grupo de trabajo, la secretaría dijo que se habían presupuestado US\$ 125 000 para facilitar la participación de los países menos adelantados en el proceso, así como un total de US\$ 1 000 000 para todo el proceso de negociación en 2000-2001, incluidas las reuniones. Se disponía de financiación adicional, o se estaba buscando, para las reuniones científicas y técnicas de Nueva Delhi y Noruega, así como para el trabajo en los países, donde se llevarían a cabo intervenciones legislativas y económicas junto con el proceso del convenio marco.

91. Muchos países hicieron alusión a la gran calidad de la documentación de referencia preparada por la secretaría. El grupo de trabajo, tras un amplio intercambio de opiniones durante el cual el Asesor Jurídico explicó que el Consejo Ejecutivo podía dar su opinión pero no tomar decisiones en la materia, decidió celebrar una segunda reunión, entre la 105ª reunión del Consejo Ejecutivo y la 53ª Asamblea Mundial de la Salud, procurando que no coincidiera con la festividad musulmana del sacrificio.

92. Muchos países se refirieron a los considerables progresos realizados por el grupo de trabajo y pusieron en duda la necesidad de una segunda reunión. La opinión predominante fue que una segunda reunión del grupo de trabajo permitiría una participación más plena de los Estados de todas las regiones de la OMS y de los sectores pertinentes de éstos. Para asegurar la continuidad del trabajo, una delegación recomendó que los Estados Miembros designaran a los mismos delegados para la segunda reunión. En ésta no se debería repetir el trabajo de la primera ni inmiscuirse en el proceso de negociación. En esa reunión convendría considerar la posibilidad de perfeccionar la redacción de los proyectos de elementos del convenio marco y los posibles protocolos, para su examen en la Asamblea de la Salud y el subsiguiente órgano intergubernamental de negociación. La secretaría prepararía, en estrecha colaboración con la Mesa del grupo de trabajo, la documentación para la reunión del grupo de trabajo, incluidos los textos provisionales de los proyectos de elementos del convenio.

ANEXO

ORDEN DEL DÍA Y CALENDARIO

Lunes, 25 de octubre

1. Apertura de la reunión por la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General
2. Elección de la Mesa
3. Adopción del orden del día y del calendario
4. Método de trabajo del grupo de trabajo

Sesiones de información general y técnica

5. Panorama general del proceso del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica
 - a) Resumen del trabajo realizado hasta la fecha y resolución WHA52.18
 - b) Informes resumidos de los recientes comités regionales de la OMS
 - c) Informe relativo a la primera reunión del grupo especial entre organismos sobre la lucha antitabáquica
6. Sesiones de información técnica
 - a) Los tratados cambian la situación
 - b) Proceso de elaboración de tratados
 - c) Contexto de salud pública
 - d) Aspectos económicos de la lucha antitabáquica
 - e) Refuerzo de la legislación nacional

Martes, 26 de octubre

7. Sesión de información/discusión técnica: redacción de los proyectos de elementos del convenio marco

Miércoles, 27 de octubre

8. Sesión de información/discusión técnica: protocolos posibles
 - a) Temas de los protocolos posibles
 - b) Relación de los protocolos posibles con el convenio marco

Jueves, 28 de octubre

9. Disposiciones administrativas: examen del plan de trabajo y del calendario para la redacción de los proyectos de elementos del convenio marco
10. Función de la secretaría
11. Participación en el proceso del convenio marco: uso de la comunicación electrónica
12. Presupuesto del grupo de trabajo
13. Próxima reunión del grupo de trabajo

Viernes, 29 de octubre

14. Aprobación del proyecto de informe que se someterá al Consejo Ejecutivo
15. Clausura de la reunión

= = =



WORLD HEALTH ORGANIZATION

**FIRST MEETING OF THE WORKING
GROUP ON THE WHO FRAMEWORK
CONVENTION ON TOBACCO CONTROL**

A/FCTC/WG1/DIV/1 Rev.2

9 November 1999

LIST OF PARTICIPANTS LISTE DES PARTICIPANTS

REPRESENTATIVES OF MEMBER STATES

REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES

ANGOLA - ANGOLA

Dr F. Wilson
Directeur du Programme national d'Education sanitaire
Ministère de la Santé
Luanda

Mme S. Pegado
Premier Secrétaire
Mission permanente
Genève

ARGENTINA - ARGENTINE

Sr. G. González
Embajador
Representante Permanente
Ginebra

Sra. N. Nascimbene de Dumont
Ministra
Misión Permanente
Ginebra

Sr. E. Varela
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

AUSTRALIA - AUSTRALIE

Ms J. Bennett
Outposted Officer to the OECD
Commonwealth Department of Health and Aged Care
Canberra

AUSTRIA - AUTRICHE

Dr J. Schopper
Head, Division for Legal Matters on Tobacco
Ministry of Labour, Health and Social Affairs
Vienna

Mr U. Frank
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

BANGLADESH - BANGLADESH

Dr S. Rahman
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

BELGIUM - BELGIQUE

Dr G. Thiers
Directeur
Institut scientifique de la Santé publique Louis Pasteur
Bruxelles

M. A. D'Adesky
Directeur général, Administration de la Protection
de la Santé
Ministère de la Santé publique
Bruxelles

M. M. Vinck
Premier Secrétaire
Mission permanente
Genève

M. L. Joossens
Centre de Recherche et d'Information
Organisation des Consommateurs
Bruxelles

BOLIVIA - BOLIVIE

Sr. G. Aramayo Tobar
Director, Servicio de Salud
Departamento de Pando

BOTSWANA - BOTSWANA

Mrs T. Ramokate
Senior Technical Officer (Environmental Health)
Ministry of Health
Gaborone

BRAZIL - BRESIL

Mr A. Bahadian
Ambassador, Deputy Permanent Representative
Geneva

Mr A. Aguiar Patriota
Minister Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr J. M. Nogueira Viana
Head, International Affairs Department
Ministry of Health
Brasilia

Mr F. Duque Estrada Meyer
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Ms L. da Costa e Silva Goldfarb
Adviser, Cancer National Institute
Brasilia

Dr V. L. Costa e Silva
National Coordinator of Tobacco Prevention
Cancer National Institute
Brasilia

Ms C. Viana
Ary Frauzino Foundation
Brasilia

BULGARIA - BULGARIE

Ms B. Djoneva
Attaché, Legal Advisor
Permanent Mission
Geneva

BURKINA FASO - BURKINA FASO

Dr Zou Lagoun
Direction des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé
Ouagadougou

BURUNDI - BURUNDI

Mr B. Bukuru
Chef de Cabinet
Ministère de la Santé publique
Bujumbura

CAMEROON - CAMEROUN

Dr F. Ntone Enyine
Mental Health Coordinator
Ministry of Health
Yanda

CANADA - CANADA

Dr J. Larivière
Senior Medical Officer
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms G. Wiseman
Senior Adviser
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr M. O'Neill
Senior Policy Analyst
Bureau of Tobacco Control
Health Canada
Ottawa

Ms J. Perlin
Counsellor and Consul
Permanent Mission
Geneva

Mr A. Tellier
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

CHAD - TCHAD

M. Mahamat T. Louani
Directeur général
Ministère de la Santé
N'Djamena

CHILE - CHILI

Sr. R. Gutiérrez Villarroel
Unidad de Tabaco, Alcohol y Drogas
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. F. Ernst
Primer Secretario
Misión Permanente
Ginebra

CHINA - CHINE

Mr Liu Peilong
Director General
Department of International Cooperation
Ministry of Health
Beijing

Dr Li Changming
Director General, Department of Community Health
Ministry of Health
Beijing

Dr Gao Yanping
Director, Department of Treaties and Law
Ministry of Foreign Affairs
Beijing

Dr Hou Peisen
Director, Division of Health Education
Department of Community Health
Ministry of Health
Beijing

Dr Jin Shuigao
Director, Information Center for Public Health
Chinese Academy of Preventive Medicine
Beijing

Ms Deng Yan
Programme Officer, Department of Economy and Trade
Ministry of Finance
Beijing

Ms Le Lingling
Programme Officer, Department of International Cooperation
Ministry of Health
Beijing

Dr M. Chan
Director
Department of Health
Hong Kong Special Administrative Region

Mr Tong Xianguo
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Dr Tian Benchun
Director, Science and Education Division
National Health Education Institute
Beijing

COLOMBIA - COLOMBIE

Dra. F. E. Benavides Cotes
Ministra Consejera
Misión Permanente
Ginebra

Dra. C. Wiesner
Coordinadora, Grupo de Control y Prevención
Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá

COSTA RICA - COSTA RICA

Sra. N. Ruiz de Angulo
Embajadora, Representante Permanente
Ginebra

Dr. F. Chaves Sell
Asesor del Ministro de Salud
San José

Sr. C. Guillermet
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

CROATIA - CROATIE

Mr C. Grbesa
Third Secretary
Permanent Mission
Geneva

CUBA - CUBA

Dr. J. Piñón
Director Nacional de Promoción y Educación para la Salud
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. A. Rodríguez Camejo
Segunda Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

CZECH REPUBLIC - REPUBLIQUE TCHEQUE

Mr I. Pintér
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

**DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Dr K. Mpunga
Médecin Hygiéniste
4e Direction Epidémiologie
Ministère de la Santé
Kinshasa

DENMARK - DANEMARK

Dr L. Moller
National Board of Health
Copenhagen

Ms U. Skovgaard Danielsen
Senior Advisor
Danish Council on Smoking and Health
Copenhagen

Ms H. Findsen
Head of Section
Ministry of Health
Copenhagen

DJIBOUTI - DJIBOUTI

Dr M.A. Abdillahi
Médecin-chef, Services médicaux
Djibouti

**DOMINICAN REPUBLIC - REPUBLIQUE
DOMINICAINE**

Dr. R. Camacho Bencosme
Subsecretario de Estado de Salud Pública y
Director General de Recursos Humanos
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Sr. F. A. Cuello Camilo
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

Sra. M. Bello de Kemper
Consejera
Misión Permanente
Ginebra

ECUADOR - EQUATEUR

Sr. L. Gallegos Chiriboga
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

Sr. J. C. Castrillon
Secundo Secretario
Misión Permanente
Ginebra

EGYPT - EGYPTE

Dr S. A. Ghanem
Coordinator
Task Force on Tobacco Control
Cairo

Mrs H. Sidhom
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

EL SALVADOR - EL SALVADOR

Sr. M. Castro Grande
Ministro Consejero, Representante Permanente adjunto
Ginebra

ERITREA - ERYTHREE

Mr S. Berhe
Drug Information Unit
Tobacco Control Committee
Ministry of Health
Asmara

ESTONIA - ESTONIE

Mr A. Lipand
Head, Health Promotion Bureau
Ministry of Social Affairs
Tallinn

ETHIOPIA - ETHIOPIE

Mr F. Yimer
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

FINLAND - FINLANDE

Dr K. Leppo
Director-General
Department of Social and Health Services
Ministry of Social Affairs and Health
Helsinki

Ms L. Ollila
Head, Section for United Nations and Multilateral Cooperation
Ministry of Social Affairs and Health
Helsinki

Mr K. Paaso
Ministerial Adviser
Department of Social and Health Services
Ministry of Social Affairs and Health
Helsinki

Mr P. Puska
Research Professor
National Public Health Institute
Helsinki

Ms H. Rinkineva-Heikkilä
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr S. Van Thiel
Counsellor
Minister Council of the European Union
Permanent Mission
Geneva

FRANCE - FRANCE

M. C. Causeret
Conseiller diplomatique
Mission interministérielle à la lutte contre la drogue et
la toxicomanie
Paris

Mme C. d'Autume
Sous-Directeur
Direction générale de la Santé
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Paris

Mme M. Soufflet
Responsable des affaires juridiques dans le domaine des pratiques
addictives
Secrétariat d'Etat à la Santé
Paris

Dr M. Jeanfrançois
Délégation aux Affaires européennes
et internationales
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Paris

M. F. Saint-Paul
Représentant permanent adjoint
Genève

Mme M. Boccoz
Conseiller
Mission permanente
Genève

M. F. Poinot
Direction des Nations Unies et
des Organisations internationales
Ministère des Affaires étrangères
Paris

Mme J. Harari-Antruille
Chargée de mission pour les affaires internationales auprès du
Directeur général de la Santé
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Paris

GABON - GABON

Mme Y. Biké
Ambassadeur, Représentant permanent
Genève

Mme M. Angone Abena
Conseiller
Mission permanente
Genève

GAMBIA - GAMBIE

Mr D. Ceesay
Principal Public Health Officer
Department of State
Banjul

GEORGIA - GEORGIE

Mr I. Kalandadze
First Deputy Director, Department of Public Health
Ministry of Health
Tbilisi

GERMANY - ALLEMAGNE

Mr H. Eberle
Minister, Deputy Permanent Representative
Geneva

Mr M. Debrus
Head of Division
Multilateral Cooperation in the Field of Health
Federal Ministry of Health
Bonn

Mr M. Weltmeyer
Deputy Head of the Division IV B7
Federal Ministry of Economics and Technology
Bonn

Mr K. Botzet
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mrs E. Aderhold
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

GHANA - GHANA

Dr S. Koranteng
Focal Person for Tobacco Free Initiative
Chairman of the Steering Committee,
National No-Tobacco Programme
Accra

Mrs A. Twumamoah
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

GREECE - GRECE

Mr P. Zografos
Director General, National Tobacco Board
Ministry of Agriculture
Athens

Mr S. Zografos
National Tobacco Board
Ministry of Agriculture
Athens

Ms T. Stavrou
Public Health Division
Ministry of Health and Welfare
Athens

Mr A. Ypsilantis
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

GUATEMALA - GUATEMALA

Sra. Solís Castañeda
Ministra Consejera
Misión Permanente
Ginebra

Sr. M. T. Palacios
Secretaria de Integración Económica Centroamericana
Guatemala

GUINEA - GUINEE

M. S. Camara
Chargé d'Affaires
Mission permanente
Genève

HAITI - HAITI

Dr Y. Biamby-Jacques
Directrice de l'Unité de Communication et d'Education pour la Santé
Ministère de la Santé publique et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS - HONDURAS

Sra. R. F. Licona Azcona
Tercera Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

HUNGARY - HONGRIE

Mr G. Szabó
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Dr T. Szilágyi
World Bank Programme Management Unit
Ministry of Health
Budapest

ICELAND - ISLANDE

Dr T. Njálsson
Chairman, Tobacco Control Task Force
Hafnarfjordur

INDIA - INDE

Dr K. Chowdhury
Deputy Director General, ICMR
Ministry of Health and Family Welfare
New Delhi

Mr K. Tuhin
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

INDONESIA - INDONESIA

Dr M. Hayatie Amal
Chief, Directorate of Narcotics and Hazardous Substance Control
Directorate General of Food and Drug Control
Ministry of Health
Jakarta

Mrs R. Singgih
President, Indonesian Smoking Control Foundation
Jakarta

Ms I. Pulungan
Vice President, Indonesian Smoking Control Foundation
Jakarta

Mrs L. H. Rustam
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr P. Hendrasgoro
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

**IRAN (ISLAMIC REPUBLIC OF)
IRAN (REPUBLIQUE ISLAMIQUE D')**

Dr A. A. Farshad
Director General, Environmental and Occupational Health
Ministry of Health and Medical Education
Tehran

Dr A. Omidvar
General Manager and Chairman of the Board of Directors Tobacco
Control Association
Tehran

Mr M. Baharvand
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

IRELAND - IRLANDE

Mr T. Power
International Unit
Department of Health
Dublin

Mr N. Burgess
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Mr B. Ardiff
Attaché
Permanent Mission
Geneva

ISRAEL - ISRAEL

Mr H. Waxman
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Mr A. Koide
Deputy Director, International Affairs Division
Minister's Secretariat
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Mr A. Yokomaku
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

ITALY - ITALIE

M. M. Leggeri
Minister Counsellor
Charge d'Affaires, a.i.
Permanent Mission
Geneva

Dr S. Morriconi
Director, European Union Sector
International Relations Service
Ministry of Health
Rome

Ms R. Whiting
Permanent Mission
Geneva

Mr T. Yamamoto
Deputy Director
Minister's Secretariat
International Affairs Division
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Dr E. Kashiwagi
Deputy Director,
Office for Life-style Related Diseases
Health Service Bureau
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Dr Y. Mochizuki
Senior Medical Officer
Community Health, Health Promotion and Nutrition Division
Health Service Bureau
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

JAMAICA - JAMAIQUE

Mr R. Smith
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Mr S. Betton
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

JORDAN - JORDANIE

Dr S. Saleh
Head, Noncommunicable Diseases
Ministry of Health
Amman

JAPAN - JAPON

Dr N. Sakai
Counsellor for Science and Technology
Minister's Secretariat
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Mr S. Sumi
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr M. Kuroda
Director, Specialized Agencies' Administration Division
Multilateral Cooperation Department
Ministry of Foreign Affairs
Tokyo

Mr S. Sugiura
Director, Office for Life-Style Related Disease Control
Health Service Bureau
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Mr A. Chiba
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

KENYA - KENYA

Dr K. A. Azad Rana
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Dr D. M. Kiima
Ministry of Health
Nairobi

Mr J. N. Busiega
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

KIRIBATI - KIRIBATI

Mr K. Rutueru
Health Education Officer
Ministry of Health
Tarawa

KUWAIT - KOWEIT

Mr A. J. Borahmah
Rapporteur
Society for Smoking and Cancer Prevention
Safat

**LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE
LAO**

Dr B. Douangpraseuth
Chief, Research and Training Division
Centre of Information and Education
Ministry of Public Health
Vientiane

LEBANON - LIBAN

Dr Y. Bassim
Director
Non Smoking Programme
Ministry of Public Health
Beirut

LIBERIA - LIBERIA

Dr H. Freeman
Director, TB/Leprosy Control
Ministry of Health and Social Welfare
Monrovia

LITHUANIA - LITUANIE

Dr G. Kriveliene
Chief Specialist
Ministry of Health
Vilnius

Dr T. Stanikas
Lecturer
Kaunas Medical University
Kaunas

Dr D. Suliene
Deputy Director
Health Promotion Centre
Vilnius

Mr A. Gailiunas
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

MADAGASCAR - MADAGASCAR

Dr E. Raharison
Point focal tabac
Ministère de la Santé
Antananarivo

MALAWI - MALAWI

Dr H. Somanje
Deputy Director, Preventive Health Services
Ministry of Health and Population
Lilongwe

MALDIVES - MALDIVES

Dr A. Waheed
Director General, Health Services
Ministry of Health
Malé

MALI - MALI

Dr A. N. Coulibaly
Chargé de mission
Ministère de la Santé des Personnes âgées et de la Solidarité
Bamako

MALTA - MALTE

Mr M. Bartolo
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Mr M. Spiteri
Principal Health Promotion Officer
Department of Health Promotion
Valletta

MEXICO - MEXIQUE

Dra. M. J. Hoy Gutiérrez
Subdirectora, Departamento de Epidemiología
Secretaría de Salud
México

Sr. A. J. Rodríguez
Director General de Control Sanitario
de la Publicidad
México

Sra. L. Sosa Márquez
Segunda Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

MOROCCO - MAROC

Dr N. Chaouki
Chef, Division des Maladies non transmissibles
Programme national de Lutte antitabac
Rabat

MYANMAR - MYANMAR

Dr W. Maung
Director General
Department of Health
Yangon

Dr Aung
Head, Cardiac Medical Unit
Yangon General Hospital
Yangon

NAMIBIA - NAMIBIE

Dr N. Shivute
Undersecretary, Ministry of Health and Social Services
Windhoek

NEPAL - NEPAL

Mr N. B. Shrestha
Minister Counsellor
Permanent Mission
Geneva

NETHERLANDS - PAYS-BAS

Mr M. J. van Iwaarden
Coordinator, Alcohol and Tobacco Policy
Ministry of Health, Welfare and Sport
The Hague

Mr J. Waslander
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

NEW ZEALAND - NOUVELLE-ZELANDE

Mr T. Kriebel
Director, Development Policy Branch
Ministry of Health
Wellington

Professor R. Beaglehole
Professor of Community Health
University of Auckland
Auckland

Mr M. Gubb
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

NICARAGUA - NICARAGUA

Sra. C. Sánchez Reyes
Ministra Consejera
Misión Permanente
Ginebra

Sr. M. Díaz Dávila
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

NIGER - NIGER

Dr D. Magagi
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique
Niamey

NORWAY - NORVEGE

Dr T. Hetland
Special Adviser
Ministry of Health and Social Affairs
Oslo

Dr L. Urdal
Director
National Council on Tobacco or Health
Oslo

Dr O.T. Christiansen
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

PAKISTAN - PAKISTAN

Mr M. Syrus Qazi
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

PANAMA - PANAMA

Sr. J. Bonagas
Representante Permanente Adjunto
Ginebra

Sra. M. Garrido
Consejera
Misión Permanente
Ginebra

PAPUA NEW GUINEA - PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINEE

Dr T. Pyakalyia
Deputy Secretary
Technical Health Services
Department of Health
Waigani

PARAGUAY - PARAGUAY

Dr. G. Chaparro Abente
Director, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Asunción

Sra. L. Casatti
Segunda Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

PERU - PEROU

Dr. C. Farias Albuquerque
Presidente, Comisión Nacional Permanente de Lucha Antitabáquica
Lima

Sr. G. Guillén
Primer Secretario
Misión Permanente
Ginebra

PHILIPPINES - PHILIPPINES

Dr J. Y. Aricheta
Head, Tobacco Control Secretariat
Department of Health
Manila

Mrs M. E. G. Callangan
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

POLAND - POLOGNE

Professor W. Zatonski
Head, Department of Epidemiology and Cancer Prevention
The Maria Sklodowska - Curie Cancer Centre and Institute of
Oncology
Warsaw

Dr S. Grzonkowski
President, Health Commission
Warsaw

Mrs E. Sikorska-Trela
Health Commission
Warsaw

Mr K. Rozek
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

PORTUGAL - PORTUGAL

Professor C. Sakellarides
Directeur General of Health
Lisbon

Dra. E. Natário
Head, Health Promotion and Health Education
General Directorate of Health
Ministry of Health
Lisbon

Mr P. Barcia
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mme A. J. Reis Maia
Head, Technical Section for Health Education
Macau

REPUBLIC OF KOREA - REPUBLIQUE DE COREE

Mr J. H. Kim
Minister
Permanent Mission
Geneva

Mr Y.H. Yang
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr Y.J. Park
Director, Ministry of Health and Welfare
Seoul

Mr B. Goo
Deputy Director, Ministry of Finance and Economy
Seoul

Dr J.K. Lee
Korea Institute for Health and Social Affairs
Seoul

ROMANIA - ROUMANIE

Mr A. Pacuretu
Third Secretary
Permanent Mission
Geneva

RUSSIAN FEDERATION - FEDERATION DE RUSSIE

Dr G. B. Tkachenko
Head, National Anti-Smoking Centre
Ministry of Health
Moscow

Professor N. P. Napalkov
Honorary Director, N.N. Petrov Research Institute of Oncology
Saint Petersburg

Dr A. V. Pavlov
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr M. V. Musikhin
Attaché
Permanent Mission
Geneva

SAN MARINO - SAINT-MARIN

Dr N. Simetovic
Ministry of Health
San Marino

Dr E. Rossi
Ministry of Health
San Marino

Dr S. Naccarato
Ministry of Health
San Marino

Mrs F. Bigi
Deputy Permanent Representative
Geneva

SAO TOME AND PRINCIPE - SAO TOME-ET-PRINCIPE

Dr C. Barros
National Education Centre
Ministry of Health
Sao Tomé

SAUDI ARABIA - ARABIE SAOUDITE

Dr N. A. R. Al-Hamdan
Ministry of Health
Riyadh

SEYCHELLES - SEYCHELLES

Dr P. Bovet
Ministry of Health
Mahé

SINGAPORE - SINGAPOUR

Mr Y. C. Ong
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

SLOVAKIA - SLOVAQUIE

Dr E. Kavcova
Martin Faculty Hospital
Clinic of Tuberculosis and Respiratory Diseases
Kollarova

Mr F. Rosocha
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

SOUTH AFRICA - AFRIQUE DU SUD

Dr D. K. Johns
Counsellor, Health Affairs
Permanent Mission
Geneva

SPAIN - ESPAGNE

Sr. J. A. González Martín
Jefe, Area de Productos Industriales no Alimentarios
Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
Madrid

Sra. I. Saiz Martínez Acitores
Jefe de Sección, Dirección General de Salud Pública
Madrid

Sra. M. L. García-Tuñón
Jefe de Servicio, Subdirección General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Sr. J. I. Consarnau
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

Sr. J. Barreiro
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

SUDAN - SOUDAN

Professor H. M. A. Hamad
TFI Programme
Khartoum

Mr A. Noureldeen
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

SWEDEN - SUEDE

Ms C. Fleur
Legal Advisor, Health Care Division
Ministry of Health and Social Affairs
Stockholm

Ms C. Lenman
Head of Section, Health Care Division
Ministry of Health and Social Affairs
Stockholm

Mr N. Kebbon
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Ms E. Hedin
Permanent Mission
Geneva

SWITZERLAND - SUISSE

M. U. Locher
Vice-Directeur, Office fédéral de la Santé publique
Chef de la Section Dépendance et Sida
Département fédéral de l'Intérieur
Berne

M. D. Brenner
Chef, Section Alcool et Tabac
Office fédéral de la Santé publique
Département fédéral de l'Intérieur
Berne

M. P. Vuilleme
Collaborateur scientifique
Section Alcool et Tabac
Office fédéral de la Santé publique
Département fédéral de l'Intérieur
Berne

**SYRIAN ARAB REPUBLIC - REPUBLIQUE
ARABE SYRIENNE**

Dr B. Abou-Alzahab
Director, Tobacco Control Programme
Damascus

THAILAND - THAILANDE

Dr V. Bhumisawasdi
Director, Tobacco Consumption Control Institute
Department of Medical Services
Nonthaburi

**THE FORMER YUGOSLAV REPUBLIC OF
MACEDONIA
EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE
MACEDOINE**

Professor M. Spasovski
National Consultant, Programs on Tobacco Control
Medical School, Department of Social Medicine
Skopje

TUNISIA - TUNISIE

M. K. Baccar
Conseiller
Mission permanente
Genève

TURKEY - TURQUIE

Mr O. D. Kizilarslan
Head of Department
General Directorate for Import
Undersecretariat for Foreign Trade
Office of the Prime Minister
Ankara

UKRAINE - UKRAINE

M. V. Grynshyn
Deuxième Secrétaire
Mission permanente
Genève

**UNITED ARAB EMIRATES - EMIRATS
ARABES UNIS**

Mr N. S. Al-Aboudi
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Mr M. B. Ben Amara
Permanent Mission
Geneva

**UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND
NORTHERN IRELAND
ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET
D'IRLANDE DU NORD**

Mr T. Baxter
Unit Head, Smoking Policy Section
Department of Health
London

Mr G. Warrington
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Mr T. Kingham
Principal, International Branch
Department of Health
London

**UNITED STATES OF AMERICA - ETATS-UNIS
D'AMERIQUE**

Dr T. Novotny
Deputy Assistant Secretary, International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Dr M. Eriksen
Director, Office of Smoking and Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta

Mr E. Philhower
Agriculture Attaché
Permanent Mission
Geneva

Ms L. Vogel
Health Attaché
Permanent Mission
Geneva

URUGUAY - URUGUAY

Sra. P. Vivas
Consejera
Misión Permanente
Ginebra

VENEZUELA - VENEZUELA

Dr. M. Adrianza
Experto-Asesor
Instituto Diagnóstico
Caracas

Sr. W. Corrales
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

Sr. R. Salas
Segundo Secretario
Misión Permanente
Ginebra

VIET NAM - VIET NAM

Professor Le Ngoc Trong
Vice-Minister of Health
Hanoi

YEMEN - YEMEN

Dr A. Al-Mutawakel Muthanna
Head, Medical Department
Al-Thawra Hospital
Sanaá

Mr F. Al Obthani
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

ZAMBIA - ZAMBIE

Ms A. Kazhingu
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

ZIMBABWE - ZIMBABWE

Mr N. Kanyowa
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

**REPRESENTATIVES OF NON-
MEMBER STATES****REPRESENTANTS DES ETATS NON
MEMBRES**

HOLY SEE - SAINT-SIEGE

Mgr E. Peña Parra
Conseiller
Mission permanente
Genève

Mlle A.-M. Colandrea
Expert
Mission permanente
Genève

**REPRESENTATIVES INVITED IN
ACCORDANCE WITH
RESOLUTION WHA27.37****REPRESENTANTS INVITES
CONFORMEMENT A LA
RESOLUTION WHA27.37**

PALESTINE - PALESTINE

Dr H. Abu-Tawela

**REPRESENTATIVES OF THE
UNITED NATIONS AND RELATED
ORGANIZATIONS****REPRESENTANTS DE
L'ORGANISATION DES NATIONS
UNIES ET DES INSTITUTIONS
APPARENTEES**

**UNITED NATIONS - ORGANISATION DES
NATIONS UNIES**

Ms L. Denoth
Associate Human Rights Officer
Office of the High Commissioner for Human Rights
Geneva

**UNITED NATIONS CONFERENCE ON TRADE
AND DEVELOPMENT
CONFERENCE DES NATIONS UNIES SUR LE
COMMERCE ET LE DEVELOPPEMENT**

Mr R. Uranga
Senior Economic Affairs Officer
Geneva

**UNITED NATIONS ENVIRONMENT
PROGRAMME
PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR
L'ENVIRONNEMENT**

Ms F. Belmont
Deputy Director
Regional Officer Europe
Geneva

**UNITED NATIONS POPULATION FUND
FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA
POPULATION**

Miss N. Martin
Consultant
UNFPA Office
Geneva

**SPECIALIZED AGENCIES
INSTITUTIONS SPECIALISEES**

**INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION
ORGANISATION INTERNATIONALE DU
TRAVAIL**

Ms Min Whee Kang
Bureau for External Relations and Partnerships

**FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION
OF THE UNITED NATIONS
ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR
L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE**

Mr T. N. Masuku
Director, FAO Liaison Office
Geneva

**UNITED NATIONS EDUCATIONAL,
SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION
ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR
L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE**

Ms K. Holst
Liaison Officer
UNESCO Liaison Office
Geneva

**INTERNATIONAL CIVIL AVIATION
ORGANIZATION
ORGANISATION DE L'AVIATION CIVILE
INTERNATIONALE**

Mr G. Griffiths
Chief, External Relations and Public Information Office
Montreal

**WORLD INTELLECTUAL PROPERTY
ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA
PROPRIETE INTELLECTUELLE**

Dr J.-P. Naïm
Head, Medical Unit

**REPRESENTATIVES OF OTHER
INTERGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS**

**REPRESENTANTS D'AUTRES
ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES**

**LEAGUE OF ARAB STATES - LIGUE DES
ETATS ARABES**

M. M. Saad Alfarargi
Ambassadeur, Observateur permanent
Genève

Dr M. H. Elsayed
Ministre Conseiller
Délégation permanente
Genève

Dr H. Hamouda
Directeur, Département de la Santé
Délégation permanente
Genève

M. S. Sef Alyazal
Troisième Secrétaire
Délégation permanente
Genève

Dr O. El Hajje
Délégation permanente
Genève

M. S. Aeid
Délégation permanente
Genève

**ORGANIZATION OF AFRICAN UNITY
ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE**

Mr V. Wege Nzomwita
Deputy Permanent Observer
Geneva

Mr I.O. Mensa Bonsu
Minister Counsellor
Permanent Mission
Geneva

**EUROPEAN COMMISSION - COMMISSION
EUROPEENNE**

Mr J. Sack
Legal Adviser, Legal Service
European Commission
Luxembourg

Mr J. Ryan
Deputy Head of Unit
Directorate General for Health and Consumers' Protection
European Commission
Luxembourg

Mr C. Dufour
Permanent Delegation
Geneva

**HEALTH MINISTERS' COUNCIL FOR GULF
COOPERATION COUNCIL STATES
CONSEIL DES MINISTRES DE LA SANTE,
CONSEIL DE COOPERATION DES ETATS
ARABES DU GOLFE**

Dr A. Al-Suwailanr

Mr A. Al-Khatibi

**REPRESENTATIVES OF
NONGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS IN OFFICIAL
RELATIONS WITH WHO**

**REPRESENTANTS DES
ORGANISATIONS NON
GOUVERNEMENTALES EN
RELATIONS OFFICIELLES AVEC
L'OMS**

**FDI World Dental Federation
Fédération dentaire internationale**

Dr R. E. Mecklenburg

**Inter-American Association of Sanitary and
Environmental Engineering
Association interaméricaine de Génie
sanitaire et de l'Environnement**

Mr O. Sperandio

**Inter-Parliamentary Union - Union
interparlementaire**

Mr S. Tchelnokov

**International Alliance of Women
Alliance internationale des Femmes**

Mrs M. Pal

**International Association for Adolescent
Health
Association internationale pour la Santé des
Adolescents**

Dr U. Buhlmann

**International Association of Logopedics and
Phoniatrics
Association internationale de Logopédie et
Phoniatry**

Dr A. Muller

**International Council of Nurses
Conseil international des Infirmières**

Dr T. Ghebrehiwet

**International Council of Women
Conseil international des Femmes**

Mrs P. Herzog

International Council on Alcohol and Addictions
Conseil international sur les Problèmes de l'Alcoolisme et des Toxicomanies

Dr L. Ramström

International Epidemiological Association
Association internationale d'Epidémiologie

Dr R. Saracci

International Federation of Business and Professional Women
Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et commerciales

Mrs M. Gerber

Ms G. Gonzenbach

International Federation of Gynecology and Obstetrics
Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

Dr S. Nazeer

International Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy
Fédération internationale du Thermalisme et du Climatisme

Dr G. Zaitsev

International Federation of Oto-rhino-laryngological Societies
Fédération internationale des Sociétés d'Oto-rhino-laryngologie

Professor W. Alberti

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations
Fédération internationale de l'Industrie du Médicament

Dr H.E. Bale Jr.

Dr E. Noehrenberg

Dr O. M. Carpentier

Mr R. Llewellyn

International Federation of Surgical Colleges
Fédération internationale des Collèges de Chirurgie

Dr S. W. A. Gunn

International Leprosy Union
Union internationale contre la Lèpre

Dr S. D. Gokhale

International Organization for Standardization
Organisation internationale de Normalisation

Mr P. I. Adams

Mr K.-G. Lingner

Dr U. Bohnsack

International Union against Cancer
Union internationale contre le Cancer

Mr R. Isreal

Ms E. Must

International Union against Tuberculosis and Lung Disease
Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires

Dr N. E. Billo

Dr N. Billo

Ms J. Glanz

Dr M. A. Molinari

Ms K. Bissell

Mr R. Hammond

Medical Women's International Association
Association internationale des Femmes Médecins

Dr C. Bretscher-Dutoit

Rotary International - Rotary International

Dr M. A. Molinari

Soroptimist International - Soroptimist International

Ms I. S. Nordback

Ms S. Pitaccolo

**World Association of Girl Guides and Girl Scouts
Association mondiale des Guides et des
Eclaireuses**

Ms L. Schürch

**World Federation for Mental Health
Fédération mondiale pour la Santé mentale**

Professor K. A. Al-Saleh

**World Federation of Chiropractic
Fédération mondiale de Chiropratique**

Dr M. M. Alattar

Mr G. Auerbail

**World Federation of United Nations
Associations
Fédération mondiale des Associations pour
les Nations Unies**

Dr R. Masironi

Mrs L. Ciaffei

**World Heart Federation - Fédération mondiale
du coeur**

Ms K. Bissell

**World Hypertension League - Ligue mondiale
contre l'Hypertension**

Dr T. Strasser

**World Organization of the Scout Movement
Organisation mondiale du Mouvement scout**

Ms S. McElroy

**World Self-Medication Industry
Industrie mondiale de l'Automédication
responsable**

Mr D. Graham

**World Vision International
Vision mondiale internationale**

Dr E. Ram

Ms L. Wykle-Rosenberg

Mr S. Moodliar
