Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO
132.ª reunión
Punto 4 del orden del día provisional

EB132/4
18 de enero de 2013

Informe de los comités regionales al Consejo Ejecutivo

La Directora General tiene el honor de presentar al Consejo Ejecutivo el informe de los comités regionales, preparado con arreglo a las propuestas para mejorar la alineación entre ambas partes y a la decisión de la Asamblea de la Salud de que los presidentes de dichos comités presenten sistemáticamente al Consejo un informe resumido de las deliberaciones de cada reunión (véase el anexo).[1]

[1] Véase la decisión WHA65(9), subpárrafo 4(*d*).

ANEXO

62.ª reunión del Comité Regional para África (Luanda (República de Angola), del 19 al 23 de noviembre de 2012)

Informe resumido del Presidente del Consejo Ejecutivo, preparado por el Dr. José Vieira Van-Dúnem, Ministro de Salud, (Luanda (República de Angola), 28 de noviembre de 2012)

1. La 62.ª reunión del Comité Regional para África se celebró en Luanda (Angola), del 19 al 23 de noviembre de 2012. Estuvo presidida por el Ministro de Salud de Angola, Dr. José Vieira Van-Dúnem, y estuvieron representados 44 de los 46 Estados Miembros. El orden del día incluyó la discusión del Informe bienal del Director Regional sobre el trabajo de la OMS en la Región de África 2010-2011; las estrategias regionales para el manejo de los desastres, la promoción de la salud y la infección por el VIH y el sida; el aumento de los recursos humanos para la salud; la Declaración de Brazzaville sobre las enfermedades no transmisibles; los sistemas de información sanitaria, la salud y los derechos humanos, el Fondo Africano para Emergencias de Salud Pública y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El Comité Regional discutió la reforma de la OMS descrita en el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo y el proyecto de presupuesto por programas 2014-2015, así como la ejecución del presupuesto por programas2012-2013. Se analizó también la reasignación de Sudán del Sur a la Región de África.

2. El Comité Regional aprobó el informe bienal del Director Regional 2010-2011 y pidió a la Secretaría que documentara y compartiera las experiencias de los ocho países que habían reducido la mortalidad de la madre, del niño y del recién nacido, y apoyó además la armonización de los marcos de reglamentación para la formación de personal sanitario en la Región.

3. En conformidad con la resolución WHA49.6, el Comité Regional examinó la petición de la República de Sudán del Sur y accedió a que este país fuese reasignado a la Región de África. El Comité Regional pidió al Director Regional que, por intermedio de la Directora General, sometiera esta decisión a la consideración de la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud.

4. Al adoptar una estrategia y una resolución sobre la gestión de riesgos de desastres, el Comité Regional pidió a los Estados Miembros que aportaran el liderazgo y movilizaran recursos y asociados para el trazado de hojas de ruta nacionales a fin de llevar a cabo la estrategia e institucionalizar la gestión de riesgos de desastres en el sector de la salud.

5. El Comité Regional discutió y aprobó la hoja de ruta y la resolución para aumentar los recursos humanos para la salud a fin de mejorar la asistencia sanitaria en la Región para el periodo 2012-2025. Pidió a los Estados Miembros que fortalecieran la gobernanza, el liderazgo y la gestión de la capacidad en relación con el Reglamento Sanitario Internacional con el fin de mejorar el diálogo de políticas y establecer mecanismos eficaces de coordinación entre los ministerios de salud, finanzas, servicio público y educación, así como el sector privado y otras partes interesadas.

6. El Comité consideró e hizo suya la Declaración de Brazzaville sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la Región de África. Se pidió a los Estados Miembros que aplicaran las medidas apropiadas para actualizar sus políticas y planes sanitarios estratégicos nacionales a fin de armonizarlos con la Declaración y que fortalecieran los sistemas sanitarios nacionales y la capacidad institucional para ponerla en práctica.

7. Se adoptaron una estrategia y una resolución sobre la promoción de la salud en la Región de África por las cuales se pretende aumentar las intervenciones de carácter multisectorial en esta esfera con el fin de reducir las causas principales de muerte, discapacidades y enfermedades evitables en la Región. Se instó a los Estados Miembros a fortalecer los recursos, la capacidad, la autoridad y la eficacia de los servicios de promoción de la salud para gestionar y coordinar las medidas sectoriales e intersectoriales.

8. El Comité Regional discutió una estrategia y adoptó una resolución sobre la infección por el VIH y el sida en la Región de África mediante las cuales se brindan instrucciones para ejecutar la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015. El Comité reiteró la importancia de la integración, la descentralización y el fortalecimiento de los sistemas de salud como pilares de la ejecución eficaz de las intervenciones contra la infección por el VIH y el sida e instó a los Estados Miembros a que ampliaran dichas intervenciones e incluyeran aspectos de género y de derechos humanos al planificar los servicios de salud.

9. El Comité Regional examinó por vez primera el tema de la salud y los derechos humanos en la Región, y reconoció que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental. En la resolución correspondiente, instó a los Estados Miembros, entre otros, a consagrar el derecho a la salud en los marcos jurídicos y a implantar mecanismos apropiados para su aplicación, seguimiento y notificación. El Comité pidió al Director Regional que promoviera el enfoque de los derechos humanos en el desarrollo sanitario y que apoyara a los Estados Miembros en la formulación de políticas y estrategias de salud.

10. Al considerar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la Región, el Comité manifestó su preocupación por la lentitud del avance. Se exhortó a los Estados Miembros a solicitar oficialmente la prórroga de dos años, realizar evaluaciones nacionales del estado en que se encontraba la creación de las capacidades básicas mínimas, reconocer los obstáculos que entorpecían la aplicación y modificar en consecuencia sus planes de aplicación.

11. Cuando se debatió el tema y se adoptó la resolución correspondiente, el Comité Regional subrayó la importancia de los observatorios nacionales de salud para reforzar los sistemas nacionales de información sanitaria. Se instó a los Estados Miembros a establecer observatorios de este tipo para, entre otras cosas, constituir un grupo multisectorial y multidisciplinario que abarque todo el país y coordine los esfuerzos en esa dirección, dotado de una secretaría con capacidad suficiente.

12. En todas las estrategias y resoluciones adoptadas se pidió al Director Regional que intensificara la promoción y proporcionara apoyo técnico a los Estados Miembros, especialmente para mejorar la función rectora, coordinar las contribuciones y la actuación de los asociados, movilizar recursos y seguir de cerca los progresos realizados y evaluarlos.

13. El Comité Regional consideró posibles maneras de optimizar las iniciativas sanitarias mundiales para fortalecer los sistemas nacionales de salud. Se señaló que la capacidad de dichas iniciativas para recaudar y desembolsar fondos adicionales para apoyar el control de las enfermedades y fortalecer los sistemas nacionales de salud representa una oportunidad única para que los países puedan remediar déficit importantes a la hora de abordar sus prioridades de desarrollo sanitario. Se recomendó que los Estados Miembros fortalecieran la función de rectoría de los gobiernos y mejorasen la concordancia entre los planes nacionales de desarrollo sanitario y las contribuciones de las iniciativas sanitarias mundiales, así como la rendición de cuentas, el seguimiento y la evaluación de los proyectos financiados por estas.

14. Por lo que toca a la ejecución del presupuesto por programas 2012-2013 de la OMS en la Región de África, el Comité Regional manifestó preocupación frente a la disminución del 13,4% en

el presupuesto general con respecto a 2010-2011, en un momento en que las necesidades de apoyo habían aumentado. También puso de relieve que las contribuciones señaladas habían permanecido en un nivel relativamente bajo de 19%, así como las discrepancias entre la financiación asignada a diferentes objetivos estratégicos. Se pidió a los Estados Miembros que se ajustaran a la situación actual mejorando la eficacia y la eficiencia, intensificando la promoción para lograr que la OMS tuviera una financiación apropiada a escala mundial y explorando mecanismos innovadores con el fin de aumentar los recursos locales para financiar la ejecución de programas.

15. Al abordar el tema del proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo y del proyecto de presupuesto por programas 2014-2015, el Comité Regional expresó que es necesario: incorporar la promoción de la salud como una estrategia pertinente a todas las categorías y no solo a la 3; reducir el número de prioridades y productos; y explicitar la función de la OMS como líder y coordinadora de la salud mundial. La importancia de fortalecer los sistemas de salud como eje central de la mayoría de las actividades para mejorar los resultados sanitarios debería incorporarse analizando de nuevo la prioridad otorgada a las categorías y destacando en particular la de los sistemas sanitarios. Se recomendó a los Estados Miembros que en las próximas reuniones de los órganos deliberantes defendiesen la financiación suficiente de la OMS para que esta conservara su función rectora en el programa de acción sanitaria mundial.

16. El Comité Regional analizó los progresos realizados en el establecimiento del Fondo Africano para las Emergencias de Salud Pública. Felicitó al Director Regional por los esfuerzos que desplegó para establecerlo, pero manifestó su inquietud frente a las demoras para ponerlo plenamente en práctica, en especial la cuenta del fondo fiduciario del Banco Africano de Desarrollo (BAfD). El Comité recomendó que los ministros de salud colaborasen con los ministros de finanzas a fin de conseguir el apoyo para la creación del fondo fiduciario del BAfD. Se pidió al Director Regional que continuara movilizando, administrando y desembolsando las contribuciones de los Estados Miembros al Fondo, utilizando para ello el sistema de gestión financiera y de contabilidad de la OMS de manera provisional, mientras continuaban las negociaciones con el BAfD para asumir la función de depositario del Fondo.

17. El Comité Regional adoptó el orden del día de su 63.ª reunión y confirmó que esta se llevará a cabo en Brazzaville (República del Congo) del 2 al 6 de septiembre de 2013; también decidió que la 64.ª reunión se efectúe en la República de Benin.

Informe de la Presidencia de la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, al Consejo Ejecutivo de la OMS

18. La 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuya secretaría es también la Oficina Regional de la OMS para las Américas, en Washington, D.C., del 17 al 21 de septiembre de 2012. Granada (representada por la Sra. Ann Peters) fue elegida para la Presidencia de la reunión; Argentina y Guatemala (representadas, respectivamente, por el Dr. Eduardo Bustos Villar y el Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez) fueron elegidas para las vicepresidencias, y México (representado por el Sr. Salomón Chertorivsky Woldenberg) fue elegido para la Relatoría. El Comité Regional aprobó 20 resoluciones y adoptó cinco decisiones, que pueden consultarse, junto con un resumen de las deliberaciones sobre cada asunto, en el informe final de la reunión (documento CSP28/FR).

19. En conformidad con lo solicitado por los órganos deliberantes de la OMS, se realizaron consultas regionales en torno al proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, al proyecto de presupuesto por programas 2014-2015 y al informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación. Los informes acerca de estas consultas pueden verse en los documentos CSP28/FR, CSP28/18/Rev.2 y CSP28/INF/1 Add.1, y en el «Informe de la Consulta Regional de las Américas acerca del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación», que se había enviado a la sede de la OMS como aportación de la Región para la reunión de participación abierta convocada por la Directora General en noviembre de 2012.

20. Además, en el contexto del debate sobre la estrategia regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, el Comité Regional abordó la versión preliminar revisada del marco mundial de vigilancia integral de estas enfermedades. Anteriormente, en agosto de 2012, se había celebrado una reunión consultiva regional sobre el proyecto de marco mundial de vigilancia integral. En el documento CSP28/DIV/1 aparece una reseña de las opiniones expresadas por los Estados Miembros durante dicha reunión, y a continuación se informa acerca de las discusiones del Comité Regional sobre la estrategia regional y el proyecto de marco mundial de vigilancia integral después de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud.

21. El Comité Regional también examinó los siguientes asuntos, que se consideraron de posible interés para el Consejo Ejecutivo de la OMS.

Asuntos relativos a la política de los programas

Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documentos CSP28/9, Rev.1 y CSP28/DIV/1 y resolución CSP28.R13)

22. La estrategia regional aprobada por el Comité Regional es coherente con el plan de acción para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los esfuerzos que se están desplegando para actualizarla, y también con el proyecto de marco mundial de vigilancia integral. Se centra en cuatro enfermedades —las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas— y en cuatro factores de riesgo —tabaquismo, alimentación malsana, inactividad física y consumo nocivo de alcohol—. También presta atención a la obesidad y las nefropatías crónicas causadas por la exposición a riesgos ambientales y ocupacionales, que revisten un interés particular en la Región de las Américas. La meta general de la estrategia concuerda con la meta mundial de una reducción, de aquí al año 2025, del 25% de la mortalidad

prematura causada por las enfermedades no transmisibles. La estrategia se presentó inicialmente al Comité Ejecutivo de la OPS en junio de 2012 y posteriormente fue revisada por la Oficina Sanitaria Panamericana/Oficina Regional de la OMS para las Américas después de una consulta regional sobre el tema, en la que se examinaron a un tiempo la estrategia regional propuesta y el proyecto del marco mundial de vigilancia integral. En 2013 los cuerpos directivos de la OPS analizarán el plan de acción para aplicar la estrategia.

23. En los debates, los Estados Miembros acogieron con beneplácito las medidas adoptadas por la OMS y la OPS para abordar la epidemia en ascenso de las enfermedades no transmisibles y poner en práctica las recomendaciones de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el tema. Se puso de relieve que estas enfermedades siguen representando un problema económico y de desarrollo, no solo de salud, y se recalcó la importancia de prestar atención a sus determinantes sociales, económicos y ambientales.

24. Se manifestó un apoyo firme a las metas del marco mundial de vigilancia integral relacionadas con la hipertensión, el tabaquismo, el consumo de sal y la inactividad física. Algunos delegados se declararon en favor de la inclusión de metas relacionadas con otros factores de riesgo, especialmente la obesidad, el consumo de grasas y azúcar y el consumo de alcohol. Se insistió en la necesidad de prestar una atención explícita al problema de las nefropatías crónicas causadas por la exposición a riesgos ambientales. Otros delegados previnieron contra la ampliación de la lista de factores de riesgo que cabe vigilar, pues ello podría prolongar el debate y dificultar el acuerdo en torno al marco. Se expresó una inquietud particular en relación con la idoneidad, la cuantificación y la posibilidad de lograr las metas mundiales propuestas a propósito de las concentraciones de colesterol sanguíneo, el consumo de grasas y la obesidad. Se hizo hincapié en que las metas debían ser mensurables, realizables y flexibles en grado suficiente para adaptarse a las circunstancias concretas de cada país.

25. Se manifestó un gran apoyo al método del ciclo de vida completo para la prevención de las enfermedades no transmisibles. Los delegados subrayaron la necesidad de la educación sanitaria y la promoción de modos de vida sanos desde la niñez. También se puso de relieve la necesidad de aplicar criterios innovadores para combatir la obesidad infantil. Para afrontar los diversos factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles se consideraron esenciales la participación de las comunidades y la colaboración multisectorial. Se insistió además en la importancia de criterios normativos que abarquen a todo el gobierno, a toda la sociedad y el concepto de salud para todos.

26. Se juzgó necesario formular políticas claras que orienten las relaciones de la OMS y la OPS con diversos asociados, entre ellos el sector privado, y pugnar porque la preocupación por la salud pública sea el objetivo primordial de dichas alianzas. Los delegados opinaron que compete a la OMS la función primordial de apoyar a las autoridades sanitarias nacionales y reforzar su capacidad para dirigir los esfuerzos nacionales en contra de las enfermedades no transmisibles.

Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez (documento CSP28/10 y resolución CSP28.R20)

27. La estrategia y el plan aprobados por el Comité Regional aportan un marco para la actuación compatible con los compromisos adquiridos por los Estados Miembros con arreglo a la Convención de los Derechos del Niño promulgada por las Naciones Unidas y con otros instrumentos internacionales de derechos humanos y sus principios; también son acordes con diversas resoluciones e iniciativas de la OPS, la OMS y otros organismos internacionales en relación con la salud y el bienestar de las mujeres y los niños, en particular la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño (2010), la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales

de la Salud (2011), la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, el Plan estratégico 2008-2012 de la OPS, la Política de igualdad de género de la OPS y las actividades de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Las metas y los indicadores del plan de acción están a tono con el marco de rendición de cuentas y los indicadores propuestos por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño.

28. La visión general de la estrategia y el plan es lograr que los niños pequeños sobrevivan, prosperen y lleven una vida sana y feliz mediante una serie de medidas encaminadas a mejorar la salud infantil y lograr una gran calidad de vida; prevenir las enfermedades, la discapacidad, la violencia sexual, el descuido, los traumatismos y la muerte prematura; y eliminar las inequidades y aumentar la equidad sanitaria en consonancia con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

29. Los Estados Miembros pusieron de relieve los efectos que la inversión en la salud infantil y la cooperación horizontal podían tener en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se apoyó la aplicación de un método de cooperación Sur-Sur basado en la experiencia de los países de América Latina y el Caribe y en el cual se reconozca la importancia de involucrar a las alianzas que están trabajando para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y mejorar la salud y el desarrollo de la niñez. Se manifestó un apoyo particular al relieve que concede la estrategia a la creación de capacidad y el fortalecimiento de los sistemas integrados de salud. También se aplaudió el reconocimiento del riesgo que las geohelmintiasis plantean para la salud infantil.

Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (documento CSP28/11 y resolución CSP28.R9)

30. El Comité Regional hizo suyo el método de evaluación con bases científicas de las tecnologías sanitarias y recomendó que en 2014 se considere la preparación de una estrategia regional y plan de acción para evaluar e incorporar dichas tecnologías en los sistemas de salud. El enfoque propuesto era acorde con muchas resoluciones de la OPS y la OMS, en particular las relativas al acceso y el uso racional de medicamentos y acerca de la salud pública, la innovación y la propiedad intelectual.

31. Los Estados Miembros solicitaron el apoyo de la Oficina Regional para evaluar las tecnologías sanitarias con miras a optimizar el efecto de estas y lograr la modernización costoeficaz de los servicios de salud. También se le pidió que propiciara el intercambio de las mejores prácticas en cuanto a dicha evaluación.

32. Muchos delegados pusieron de relieve la importancia del acceso equitativo a las tecnologías sanitarias. Se subrayó de igual manera la importancia de la calidad de los suministros y equipos médicos. Se sugirió instaurar un mecanismo regional que certifique la calidad de los medicamentos, los productos biológicos y el equipo de alta tecnología para ayudar en este menester a los países que no tienen la capacidad necesaria. Se consideró que la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas representaba una manera de aumentar la capacidad nacional y de compensar la escasez de recursos humanos capacitados, en particular en el área de la biomedicina

Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones (documento CSP28/12, Rev.1 y resolución CSP28.R2)

33. La estrategia regional y el plan de acción aprobados por el Comité Regional están basados en la estrategia de gestión de los conocimientos de la OMS y en la estrategia regional de gestión de los conocimientos para apoyar al sector de salud público de la Región del Mediterráneo Oriental (resolución EM/RC53/R.10) e incorporan elementos de resoluciones, documentos y recomenda-

ciones de diversas organizaciones, entre ellas el informe «Gestión de los conocimientos en el sistema de las Naciones Unidas» (JIU/REP/2007/6), la estrategia y plan de acción sobre cibersalud de la OPS, la estrategia de gestión de los conocimientos y las comunicaciones y otras iniciativas anteriores en esta esfera.

34. La estrategia y el plan se habían concebido para guiar a los Estados Miembros en la adopción de normas y procedimientos sobre la gestión del conocimiento y las comunicaciones y colmar la laguna existente entre los conocimientos y la toma de decisiones en la esfera de la salud en la Región, fomentar la creación de un clima que propicie la producción, el intercambio, la comunicación, el acceso y la aplicación eficaz de los conocimientos en beneficio de la salud. También tienen la finalidad de lograr un acceso más equitativo a la información relacionada con la salud.

35. En el debate se señaló que las desigualdades sociales, económicas, técnicas y jurídicas entorpecían la capacidad de algunos países para crear la infraestructura necesaria para apoyar las plataformas de gestión del conocimiento y comunicaciones, sobre todo en los lugares donde el acceso a la internet escasea. Se resaltó la necesidad de mejorar la conectividad y ampliar y reforzar la infraestructura de telecomunicaciones. Se mencionó que sería útil contar con un glosario de los términos relativos a la gestión de los conocimientos y que la definición de este término propuesta por la OMS en su estrategia tal vez podría ampliarse. Se indicó que las funciones esenciales de la Oficina Regional eran facilitar el acceso de los Estados Miembros a la información y las bases de datos e idear estrategias para mejorar el acceso a la información.

Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres (documento CSP28/13 y resolución CSP28.R19)

36. El Comité Regional examinó un informe sobre los antecedentes aportados pos varias resoluciones de las Naciones Unidas, la OPS y la OMS que habían establecido el marco para las actividades de respuesta humanitaria en la Región, entre ellas la reciente resolución WHA65.20 sobre la respuesta de la OMS y su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias. En el documento se evaluaban también la situación hasta el momento y las enseñanzas extraídas de la respuesta a desastres y crisis humanitarias anteriores en la Región, y se enunciaba una propuesta para mejorar la coordinación y gestión de la ayuda internacional, al tiempo que se superaban los problemas planteados por el aumento en la oferta de dicha ayuda. La resolución aprobada por el Comité Regional instaba a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, confeccionasen listas de profesionales experimentados en los diferentes aspectos de la respuesta a los desastres y las emergencias de salud pública y las pusieran a disposición del Equipo Regional de Respuesta a los Desastres administrado por la OPS/OMS.

37. En el debate se reafirmó la necesidad de que la respuesta a los desastres fuese multidisciplinaria, así como la importancia de que la ayuda humanitaria en los desastres concordase con el sistema que tuvieran implantado los Estados Miembros y se coordinara con el sistema internacional. Se recalcó en particular la importancia de coordinarse estrechamente con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Se puso de relieve también la función de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas en estas circunstancias.

38. Se insistió en que en caso de una crisis humanitaria el país afectado era la principal parte interesada y le competía tomar las decisiones; se debía respetar la función de las autoridades nacionales para el manejo de desastres y el sistema de coordinación de la respuesta tenía que ser flexible para atender a las necesidades del país. Se pidió a la Oficina Regional que ayudara a los Estados Miembros a fortalecer la capacidad del personal sanitario para gestionar la ayuda humanitaria, sobre todo en el nivel local, donde ofrecer una respuesta oportuna y adecuada alcanzaba la máxima urgencia. Se señaló la

necesidad de formular criterios objetivos y claros para seleccionar a los expertos nacionales que habrán de formar parte de los equipos de respuesta de emergencia en caso de desastres.

Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud (documento CSP28/14, Rev.1 y resolución CSP28.R18)

39. El Comité Regional hizo suyo un documento de exposición de conceptos en el que se brindaba información acerca del trabajo de la OPS en la esfera de la bioética y se subrayaba la importancia de integrar consideraciones éticas en las políticas sanitarias, la asistencia médica, la investigación sobre cuestiones de salud que involucraba a seres humanos y la obtención y aplicación de nuevas tecnologías que repercutían en la salud. En el documento se describían además posibles formas de fortalecer la capacidad en el campo de la bioética e incorporar esta en la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y reglamentos de las distintas áreas de la salud. Para alcanzar esos objetivos, la Oficina Regional propuso mejorar la coordinación entre el Programa Regional sobre Bioética, la Unidad de Ética y Salud de la OMS, los centros colaboradores de la OPS/OMS en bioética que hay en la Región y el Programa de Bioética de la UNESCO.

40. Al discutir el documento se señaló que los adelantos médicos y la aparición de nuevas tecnologías sanitarias estaban provocando problemas éticos complejos y que hacían falta políticas públicas para resolverlos. Se insistió en que la finalidad de dichas políticas tenía que ser velar por el respeto de la dignidad del ser humano y sus derechos. Se puso de relieve la necesidad de capacitación e integración sistemática de los principios de la bioética en todas las esferas de la asistencia sanitaria, sí como de crear una cultura de la bioética.

41. Se dijo que los Estados Miembros deberían formar comités nacionales de bioética independientes, multidisciplinarios y pluralistas, a tenor de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Se propuso también que en el documento la referencia a la Declaración de Helsinki (Principios éticos aplicables a la investigación médica con participación de sujetos humanos), promulgada por la Asociación Médica Mundial, se mencionara la Declaración de Córdoba, surgida de un congreso de bioética organizado por la UNESCO y la Red de Bioética de América Latina y el Caribe (Redbioética) en Argentina en noviembre de 2008, la cual se oponía a varias enmiendas que se habían introducido en la Declaración de Helsinki acerca del uso de placebos y las obligaciones de los patrocinadores de la investigación al concluir esta.

42. El Comité Regional señaló que México organizaría el 12.º Congreso Mundial de Bioética en 2014.

Plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas (documento CSP28/16 y resolución CSP28.R14)

43. El Comité Regional aprobó un plan de acción urgente dirigido a fortalecer la vacunación contra el sarampión y la rubéola, así como la vigilancia de ambas enfermedades, y reducir el riesgo que plantean los casos importados, con miras a mantener a la Región exenta de la transmisión endémica.

44. Al examinar el plan de acción, los Estados Miembros reafirmaron la necesidad de seguir fortaleciendo la vigilancia; mantener una inmunidad elevada en la población; reconocer los puntos débiles de los sistemas de vigilancia y las lagunas en la cobertura de vacunación, especialmente en los grupos de riesgo elevado como las comunidades indígenas; y procurar la detección y respuesta oportunas a los brotes epidémicos. Se señaló que el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia del sarampión y la

rubéola permitía seguir de cerca otras enfermedades, con lo cual representaba una de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

45. Se recalcó que la Región seguiría estando en riesgo mientras los virus del sarampión y la rubéola siguieran circulando en otras regiones. Se insistió en la necesidad de nuevos enfoques, entre ellos el uso de las redes sociales y la movilización del apoyo del mundo académico y los estudiantes de medicina con el fin de crear el compromiso necesario para lograr la eliminación mundial de estas enfermedades. En la resolución sobre este asunto se pidió a la Directora Regional que siguiera propugnando que otras regiones de la OMS y sus asociados para el desarrollo redoblasen sus esfuerzos por aumentar la cobertura de la vacunación contra el sarampión y la rubéola, con miras a lograr la eliminación en todo el mundo.

Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad (documento CSP28/17, Rev.1 y resolución CSP28.R15)

46. El Comité Regional examinó e hizo suyas las Normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación, en su forma enmendada, de las cuales había tomado nota el Consejo Ejecutivo de la OMS en mayo de 2012 (decisión EB131(3)).

47. En el debate correspondiente se subrayó la necesidad de utilizar las normas revisadas para preparar directrices y actualizar reglamentos en los países. Se puntualizó que si bien el aumento del uso de las radiaciones para fines de diagnóstico y terapéuticos había mejorado la asistencia sanitaria, también había creado riesgos mayores de exposición nociva. Se subrayó la necesidad de capacitación y creación de capacidad para aminorar dichos riesgos, y se pidió a la Oficina Regional que siguiera forjando alianzas con otros organismos para facilitar la capacitación y la creación de capacidad para la aplicación de las radiaciones ionizantes en los servicios de salud. Se indicó que la Oficina Regional debería preparar un documento suplementario en el que se especificaran las medidas concretas que debían aplicarse para resolver las deficiencias de capacidad técnica en la esfera de la seguridad y la protección radionucleares. Varios delegados señalaron que la creación de capacidad para aplicar las normas en los países ayudaría a estos a crear la capacidad básica correspondiente prescrita por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) con respecto a los eventos radionucleares, de manera que se solicitó la ayuda ininterrumpida de la Oficina Regional con tal propósito.

Otros asuntos

48. El Comité Regional también examinó las evaluaciones preliminares de los dos documentos estratégicos principales de políticas y planificación, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan estratégico 2008-2012, y aprobó una nueva política de presupuesto regional para guiar la asignación de los recursos de la OPS y la OMS en los niveles regional, subregional y de país. Analizó además el informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS y acogió con agrado la reciente adopción de una estrategia de investigación a largo plazo para la Región, que estaba a tono con la Estrategia de la OMS sobre investigación en pro de la salud y era la primera política de esta clase que se ponía en práctica en una de las regiones de las OMS.

49. En los informes sobre los progresos realizados en los asuntos técnicos, el Comité Regional consideró un informe sobre los determinantes sociales de la salud. Los Estados Miembros subrayaron la necesidad de prestar atención a dichos determinantes en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Se manifestaron inquietudes en el sentido de que el criterio transversal propuesto en los

debates en torno a la reforma de la OMS en ocasión de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud pudiera redundar en una reducción o incluso pérdida de la atención prestada a los determinantes.

50. El Comité Regional también recibió un informe sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la Región, en el que destacaba el gran número de países que había solicitado una prórroga del plazo que se cumplía en junio de 2012 a fin de poder cumplir con los requisitos en materia de capacidades básicas. Se recalcó en que era preciso redoblar los esfuerzos para lograr que las capacidades básicas estuviesen completas y funcionasen plenamente en el curso de la prórroga de dos años; se señaló que el incumplimiento del nuevo plazo para 2014 dañaría la credibilidad tanto de la OPS como de la OMS.

51. En el informe final de la reunión (documento CSP28/FR) se puede consultar más información sobre los temas anteriormente reseñados.

65.ª reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental (Yogyakarta (Indonesia), del 5 al 7 de septiembre de 2012)

Informe resumido de la Presidencia y la Vicepresidencia, presentado por Su Excelencia la Dra. Nafsiah Mboi, Presidenta y Honorable Ministra de Salud de la República de Indonesia, y Su Excelencia el Dr. Ahmed Jamsheed Mohamed, Vicepresidente y Honorable Ministro de Salud de la República de Maldivas

52. La 65.ª reunión del Comité Regional de la OMS para Asia Sudoriental se celebró en Yogyakarta (Indonesia), del 5 al 7 de septiembre de 2012. La reunión fue inaugurada por Su Excelencia el Profesor Boediono, Vicepresidente de la República de Indonesia, y asistieron a ella representantes de los 11 Estados Miembros de la Región, organizaciones de las Naciones Unidas y otros organismos y organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS, así como diversos observadores. El Comité eligió *Presidenta* de la reunión a Su Excelencia la Dra. Nafsiah Mboi, Honorable Ministra de Salud de la República de Indonesia, y *Vicepresidente* a Su Excelencia el Dr. Ahmed Jamsheed Mohamed, Honorable Ministro de Salud de la República de Maldivas. Los Estados Miembros deliberaron sobre los principales retos sanitarios que afronta la Región y adoptaron varias decisiones y resoluciones en respuesta a ellos. El Comité examinó y aprobó el *informe del Director Regional* para el periodo del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2011, decidió celebrar su 66.ª reunión en 2013 en la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, Nueva Delhi, y tomó nota con agradecimiento de la disposición de Bangladesh a acoger la 67.ª reunión en 2014. El Comité acordó modificar su Reglamento Interior (modificación del artículo 49) en lo tocante al *procedimiento de propuesta de nombramiento de Director Regional*. El procedimiento modificado incluye ahora criterios para evaluar a los candidatos y una presentación de estos en sesión privada ante el Comité. Ambos cambios entraron en vigor inmediatamente.

53 La Directora General de la OMS, en su discurso pronunciado ante el Comité y dirigido también a todos los Estados Miembros de la Región, elogió los buenos resultados de la India en materia de *erradicación de la poliomielitis*, resultados que demuestran que la erradicación es factible. Es un logro para el conjunto de la Región, que queda así bien encaminada para obtener la certificación en enero de 2014, siempre que la vigilancia y la respuesta sigan siendo robustas. El Comité subrayó la importancia de la *cobertura sanitaria universal* como un objetivo de desarrollo fundamental, tanto para la salud como para la reducción de la pobreza, para después de 2015. Los Miembros resolvieron equilibrar los aspectos preventivos y curativos de la cobertura sanitaria universal, que quedaron bien reflejados en la estrategia regional adoptada. La estrategia regional sitúa a la atención primaria en el centro de la cobertura universal, y aspira a mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, fomentar la equidad mediante la protección social y reforzar la capacidad. La creación de capacidad para garantizar la cobertura sanitaria universal, con el apoyo técnico de la OMS, y diversos aspectos del fortalecimiento de los sistemas de salud, son por tanto piedras angulares de la estrategia regional. Además, el Comité decidió celebrar *discusiones técnicas* sobre el tema de la *cobertura sanitaria universal* antes de su 66.ª reunión en 2013.

54. El Comité observó que la preparación del *Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019* y del *presupuesto por programas 2014-2015* discurría en paralelo como una parte esencial del actual proceso de reforma de la OMS, y destacó la importancia de la adhesión de los Estados Miembros, en particular de la participación a nivel de país. El Comité subrayó también que todos los niveles de la Organización deben participar en su finalización y en la asignación de recursos. Los Estados Miembros examinaron y elogiaron la *evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2010-2011*, que consideraron como un valioso instrumento para la Organización, así como para la planificación sanitaria en los países. El Comité decidió reforzar la *formación teórica y práctica del personal sanitario* en la Región, en particular a nivel de las comunidades. En este sentido, pidió a la OMS que preste

apoyo técnico a los Estados Miembros para llevar a cabo una evaluación de la enseñanza y formación profesional de los actuales trabajadores sanitarios, así como para elaborar una estrategia regional en ese ámbito y someterla a la 66.ª reunión. Los Estados Miembros examinaron los desafíos que plantean las *enfermedades no transmisibles, la salud mental y los trastornos neurológicos*, y aprobaron una resolución en la que se hace hincapié en los factores de riesgo, la creación de capacidad, la promoción, la vigilancia y la formulación de políticas nacionales. En los debates se subrayó además que las metas que se adopten deben ser realistas y específicas de cada país. Se aprobó una resolución centrada en los *esfuerzos integrales y coordinados para la gestión del espectro de trastornos autistas y las discapacidades del desarrollo*, en la que se abordan la formulación de estrategias, la promoción de investigaciones y el fortalecimiento de la capacidad.

55. Teniendo en cuenta las recomendaciones del *Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo (financiación y coordinación)*, el Comité instó a los Estados Miembros a fortalecer la capacidad de investigación y desarrollo sanitarios específica para las necesidades de los países en desarrollo. La financiación sostenible es un aspecto decisivo en ese sentido. Es preciso estudiar la posibilidad de poner en marcha una financiación conjunta a partir de diferentes fuentes a nivel mundial a fin de respaldar la investigación y el desarrollo sanitarios de interés para la Región. Se solicitó el apoyo de la OMS para ayudar a los Estados Miembros a desarrollar capacidad, incluidos observatorios nacionales de la investigación y el desarrollo sanitarios, facilitando también como complemento la creación de observatorios regionales y mundiales en esa esfera. El Comité tomó nota con aprobación de las actividades enmarcadas en importantes iniciativas mundiales, a saber, las relacionadas con la *preparación para una gripe pandémica, los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación,* y *el fortalecimiento de los organismos de reglamentación farmacéutica*.

56. En lo que respecta a la *función de la OMS en la gestión de emergencias*, el Comité afirmó que el Fondo para Emergencias Sanitarias de la Región de Asia Sudoriental (SEARHEF) debe seguir centrándose en el apoyo a la respuesta en emergencias, corroboró el papel de supervisión de su grupo de trabajo y formuló propuestas para la reposición, la movilización de recursos y la sensibilización. Tras examinarlos, los Estados Miembros tomaron nota de los informes sobre los progresos realizados en relación con algunas resoluciones anteriores, a saber, las referentes a *las dificultades afrontadas por la erradicación de la poliomielitis, los progresos hacia las metas de inmunización adoptadas en el marco concebido para ampliar y mantener la cobertura de vacunación,* y *la creación de capacidad de los Estados Miembros en materia de salud mundial*.

57. El Comité designó a Maldivas como miembro del *Comité de Política y Coordinación* del Programa Especial PNUD-UNFPA-OMS-Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, por un periodo de tres años a partir del 1 de enero 2013.

58. Los Estados Miembros aceptaron la propuesta del Vicepresidente de preparar el presente informe en coordinación con la Presidenta y presentarlo al Consejo Ejecutivo de la OMS. El Comité decidió expresar su agradecimiento a Su Excelencia el Vicepresidente de la República de Indonesia, Su Excelencia el Sultán y Gobernador de la región especial de Yogyakarta, la Directora General de la OMS, las autoridades nacionales de la República de Indonesia, los honorables ministros de salud de la Región de Asia Sudoriental y el Director Regional. Tanto este, en calidad de Secretario del Comité, como la Presidenta y el Vicepresidente agradecieron la solidaridad regional expresada en la reunión para seguir impulsando el desarrollo sanitario en la Región.

Informe de los Presidentes de la 62.ª reunión del Comité Regional de la OMS para Europa[1]

Introducción

59. La 62.ª reunión del Comité Regional de la OMS para Europa se celebró en Malta los días 10 a 13 de septiembre de 2012. Asistieron a ella delegaciones de 51 Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS y observadores de otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales. Su Alteza Real la Princesa Mary de Dinamarca también asistió a la reunión, como patrocinadora de la Oficina Regional de la OMS para Europa. Pronunciaron unas palabras el Comisario Europeo de Salud Pública y Protección del Consumidor y el Secretario General Adjunto de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Durante la reunión, la Oficina Regional de la OMS para Europa y la OCDE firmaron un plan de acción conjunto que pretende resaltar el importante papel de la salud pública, garantizar la sostenibilidad fiscal de la salud y facilitar la recopilación de datos fiables.

60. En su discurso ante el Comité Regional, la Directora General subrayó el importante papel desempeñado por los países europeos como impulsores de las mejoras sanitarias y su compromiso sostenido en pro de la salud en los planos nacional, regional e internacional. Solicitó orientación a los Estados Miembros respecto a dos de las cuestiones que están abordando junto con la OMS, a saber, la reforma de la OMS y la inclusión de la salud en la agenda del desarrollo para después de 2015.

61. Los principales puntos del orden del día del Comité Regional eran el informe del Director Regional para Europa; Salud 2020, un marco de política europeo en respaldo de la acción de los gobiernos y de la sociedad para impulsar la salud y el bienestar; la estrategia y el plan de acción para un envejecimiento saludable en Europa; el plan de acción europeo para el fortalecimiento de las capacidades y los servicios de salud pública; y la reforma de la OMS, incluyendo aquí la perspectiva regional, el Duodécimo Programa General de Trabajo y el proyecto de presupuesto por programas 2014-2015.

Informe del Director Regional para Europa

62. El Director Regional presentó un detallado informe sobre las actividades emprendidas por la Oficina Regional en los últimos dos años (EUR/RC62/5), destacando la labor realizada por la Oficina Regional de la OMS para mejorar la salud en la Región de Europa de la OMS, y enumerando sus planes en seis áreas, a saber: la forma de abordar los retos y prioridades globales de Europa; el fortalecimiento de los sistemas de salud; la lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT) y la promoción de la salud; la mejora de la preparación, vigilancia y respuesta ante desastres, y el fortalecimiento de la gobernanza, las alianzas y la comunicación estratégica de la Oficina Regional. Las actividades se habían llevado a término o estaban bastante avanzadas en todas esas áreas.

63. Los Estados Miembros elogiaron los progresos logrados por la Oficina Regional en cuanto a la mejora de la salud en la Región de Europa y agradecieron el apoyo prestado por la Oficina en los países para mejorar la salud de las poblaciones. Instaron a esta a priorizar sus actividades para evitar verse desbordada en un momento de restricciones financieras, y ofrecieron asesoramiento sobre la orientación a imprimir a la reforma de la OMS y las futuras actividades de la Oficina Regional.

[1] Véase EUR/RC62/Chairs' Report (15 de noviembre de 2012; 122758).

Salud 2020

64. El Comité Regional adoptó el nuevo marco europeo para la salud y el bienestar, Salud 2020, fruto de dos años de acopio de datos, intercambio y documentación de experiencias y revisiones por pares y por partes interesadas. La Oficina Regional ha colaborado activamente con numerosos formuladores de políticas y expertos en salud pública, economía y muchas otras disciplinas académicas, en la Región de Europa y fuera de ella, a fin de reunir información y señalar alternativas eficaces para abordar los actuales desafíos sanitarios. Salud 2020 responde a la necesidad de defender la salud en la Región en términos económicos y de establecer el bienestar como un barómetro del desarrollo, respaldado por enfoques pansociales y pangubernamentales de la salud. El marco brinda asimismo una plataforma para defender y proteger los derechos y los valores sociales en un momento de reestructuración de los estados de bienestar europeos. El objetivo es respaldar la acción desde el conjunto del gobierno y de la sociedad en cuatro áreas prioritarias: invertir en la salud mediante un enfoque centrado en el ciclo de vida y el empoderamiento de los ciudadanos; combatir la importante carga de morbilidad que suponen las enfermedades no transmisibles y las enfermedades transmisibles; fortalecer los sistemas de salud, que deben estar centrados en las personas, y la capacidad de salud pública, incluida la capacidad de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia; y crear entornos propicios y comunidades resilientes. El marco inspira ideas y sugiere diversos enfoques para formular políticas de salud adecuadas para los Estados Miembros de la Región de Europa, cada uno de los cuales presenta sus propias circunstancias y aborda la formulación de políticas desde distintos puntos de partida.

65. El Comité Regional ofreció su apoyo incondicional a la política Salud 2020, que describió como un hito importante que otorga a la Región de Europa un papel dirigente en la lucha contra las desigualdades sanitarias y abarca todas las áreas de salud de interés tanto en Europa como a nivel mundial. Todos los Miembros acogieron con satisfacción el documento de política, elogiaron el procedimiento seguido para elaborarlo y encomiaron su calidad y su utilidad para fundamentar las actividades a nivel nacional. Muchos Estados Miembros señalaron que habían basado sus planes de salud para los próximos años en versiones anteriores del marco de política. Salud 2020 será un instrumento muy valioso para todas las actividades de salud pública: en ministerios, comunidades, instituciones académicas, municipios, ciudades, organismos intergubernamentales y la sociedad civil. Su adopción marcó el inicio de una nueva fase de políticas de salud pública en Europa, en la que los países europeos establecen objetivos comunes y compartidos para mejorar sustancialmente la salud y el bienestar de su población, reducir las desigualdades sanitarias, fortalecer la salud pública y mantener unos sistemas de salud centrados en las personas y universales, equitativos, sostenibles y de alta calidad.

Asuntos normativos y técnicos

66. Durante la reunión, el Comité Regional adoptó un plan de acción europeo para fortalecer las capacidades y los servicios de salud pública, plan que contemplaba 10 intervenciones de salud pública esenciales para incorporarlas a las estrategias y sistemas nacionales de salud como parte fundamental de la política Salud 2020. Las funciones de salud pública, las infraestructuras y la capacidad se verán así reforzadas de forma integrada en los ámbitos de la protección de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en particular en la esfera de la atención primaria. Los Estados Miembros expresaron su voluntad de analizar sus servicios de salud pública para integrar las intervenciones de salud pública esenciales en sus estrategias nacionales.

67. El Comité adoptó también una estrategia y un plan de acción para un envejecimiento saludable en Europa para el periodo 2012-2020, en consonancia con Salud 2020 y con iniciativas de la Comisión Europea. La estrategia considera el envejecimiento saludable desde la perspectiva del ciclo de vida y los entornos propicios, abordando al mismo tiempo la salud y la atención crónica, y destacando la importancia de los datos científicos y de la investigación. Más de 40 Estados Miembros acogieron con

beneplácito el plan de acción, que es coherente con Salud 2020 y con las iniciativas de la Comisión Europea, y señalaron que ya habían adoptado políticas nacionales sobre el envejecimiento saludable. La Oficina Regional colaborará con ellos para detectar vacíos normativos y contribuir a su aplicación, y promoverá el intercambio de experiencias y prácticas óptimas entre los países.

68. El Comité tomó nota de los progresos realizados con miras a elaborar una nueva estrategia para los países, y subrayó la necesidad de desarrollar mecanismos flexibles y eficaces para lograr que la OMS y los países mantengan una cooperación más estrecha, teniendo en cuenta las necesidades y la capacidad de cada país, y otorgando la debida consideración al desarrollo en curso del nuevo modelo de estrategia de cooperación en los países (CCS). Si bien varios Estados Miembros señalaron el valor de las oficinas de país como apoyo a sus actividades, también se subrayó que era importante definir las funciones de los tres niveles de la Organización, en consonancia con la reforma de la OMS.

69. Por último, respecto al fortalecimiento del papel de las oficinas geográficamente dispersas (GDO), el Comité Regional reconoció la gran calidad del trabajo realizado por dichas oficinas, destacando en particular el valor de la capacidad técnica adicional que proporcionan y sus efectos beneficiosos para los Estados Miembros. El Comité decidió que había que proseguir las actividades tendentes a establecer la nueva GDO sobre enfermedades no transmisibles, conforme al mandato recibido por la Secretaría, y que esta debería, en consulta con el Comité Permanente del Comité Regional, elaborar perfiles de actividades para otras posibles GDO en las áreas de la atención primaria y la respuesta a las crisis humanitarias.

70. Durante la reunión, la Secretaría organizó también, como eventos colaterales, sesiones de información técnica sobre los temas siguientes: Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo, recursos humanos para la salud; presupuesto de la OMS y financiación del mismo; metas, indicadores y seguimiento de Salud 2020, y promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas relacionadas con la edad.

Reforma de la OMS

71. El Comité Regional convino en que, si bien globalmente era un paso positivo para lograr una OMS más eficiente, eficaz y responsable, el Duodécimo Programa General de Trabajo no conseguía plasmar una orientación estratégica clara. Los Miembros pidieron que se aclarase a qué *no* se debía dar prioridad, manifestando su inquietud por el número de prioridades. El Comité solicitó más información sobre la manera de repartir las tareas y el trabajo en los tres niveles de la OMS, y sobre el presupuesto necesario para emprender tareas específicas para cada prioridad.

72. Muchos miembros del Comité Regional consideraban preocupante que hubiese que estudiar un presupuesto sin disponer de detalles sobre su financiación. Se coincidió en que para establecer nuevas prioridades habría que hacer «palidecer» otras, pero se señaló también que una mayor eficiencia y eficacia, un mayor énfasis en la aplicación de las directrices y resoluciones existentes y unos sistemas más organizados de movilización de recursos eran factores que ayudarían todos ellos a alcanzar el objetivo de la Directora General de garantizar que la Organización funcione con arreglo a sus posibilidades. La reforma de la OMS se debatió más a fondo en dos grupos de trabajo, cuyos debates se recogieron en un informe completo que figura en el documento EUR/RC62/WG/1.

73. El Comité hizo suyos los principios de la reforma de la OMS, y se pidió a la Organización que definiera claramente sus funciones nacionales, regionales y mundiales, que mantuviera un diálogo transparente y estratégico con los Estados Miembros y otras partes interesadas, y que garantizase la rendición de cuentas, como se refleja en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y en el presupuesto por programas 2014-2015. Se trata de conseguir una organización más ágil, en la que

la Sede defina enfoques comunes y las oficinas regionales los apliquen en consonancia con las realidades regionales, y de evaluar la presencia de la OMS en los países para racionalizarla.

74. En la perspectiva de la Oficina Regional de la OMS para Europa respecto al proyecto de presupuesto por programas 2014-2015 (EUR/RC62/16 Add.1) se definían metas y productos para la Región, se examinaba el marco de trabajo en que opera la Oficina y se centraba la atención en las ventajas comparativas de esta. La Oficina Regional había identificado ya 27 resultados prioritarios básicos para 2012-2013, además de otros 57 resultados prioritarios. Se está haciendo un análisis del conjunto de resultados, previéndose una variación del 20% para 2014-2015.

75. Muchos representantes elogiaron el documento y dijeron que los dos escenarios de presupuesto presentados les habían resultado de especial utilidad. Varios Estados Miembros resaltaron la importancia no solo de la transferencia de competencias a las regiones, sino también del fortalecimiento de la presencia de la OMS en los países.

Cuestiones derivadas de las resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo

76. Tras ser informado sobre las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo, el Comité Regional respaldó las propuestas de la Oficina Regional para su aplicación.

77. El Comité convino en que el establecimiento de un marco de vigilancia mundial de las enfermedades no transmisibles era fundamental, y en que las metas fijadas deben ser pertinentes, realistas y viables. Hay que aprovechar todo lo posible el acervo de conocimientos existente, y se debe reducir al mínimo la carga adicional de presentación de informes, evitando sobre todo establecer metas demasiado ambiciosas o utilizar indicadores cuya medición resulte demasiado costosa. El Comité acordó en principio que solo debería haber un indicador por cada factor de riesgo importante de las ENT, y un indicador de políticas relacionado con el desempeño de los sistemas de salud. Se informó al Comité Regional de que se elaborará un plan de acción europeo sobre salud mental, basado en el plan de acción mundial sobre salud mental. Había divergencia de opiniones entre los Estados Miembros en lo referente a la investigación y desarrollo (I+D). Mientras que algunos de los presentes reconocían el esfuerzo realizado por el Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo (CEWG) para estudiar y evaluar modelos que disociaran los costos de I+D del precio de los medicamentos, otros advirtieron que las recomendaciones que figuran en el informe del CEWG requieren un mayor debate antes de su eventual aplicación. Hacen falta datos más fiables sobre el gasto en investigaciones sanitarias. Aunque hay una escasez patente de I+D en enfermedades que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo, un convenio jurídicamente vinculante no sería la mejor solución para corregir ese desequilibrio. El Comité Regional estaba de acuerdo en que debería prolongarse la consulta en curso organizada en la web con los Estados Miembros europeos a fin de brindar a los países más oportunidades para formular observaciones. El resumen de esa consulta se examinará posteriormente en el Comité Permanente del Comité Regional de la OMS para Europa (SCRC) antes de someterlo a la sede de la OMS.

78. El Comité acordó que su próxima reunión se celebrará en Portugal los días 16 a 19 de septiembre de 2013.

Informe resumido del Presidente del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental al Consejo Ejecutivo sobre su 59.ª reunión

Sr. Bahar Idris Abu Garda, Ministro Federal de Salud del Sudán, Presidente del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, 59.ª reunión

79. La 59.ª reunión del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental se celebró en la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, El Cairo (Egipto), los días 1 a 4 de octubre de 2012. Asistieron a la reunión representantes de 22 Miembros del Comité, así como observadores de Turquía, otras organizaciones y organismos de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales. Entre los principales puntos del orden del día figuraban el informe anual del Director Regional sobre 2011, incluidos los progresos realizados para erradicar la poliomielitis, la actual situación de la reforma de la OMS y la perspectiva regional al respecto, la revisión del Reglamento Interior del Comité Regional, el Duodécimo Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas 2014-2015. Los principales asuntos técnicos examinados fueron el fortalecimiento de los sistemas de salud, la aplicación de la Declaración Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y las capacidades nacionales básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

80. Respecto a la armonización entre los comités regionales, conforme a lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud en su decisión WHA.65(9) sobre la reforma de la OMS, el Comité decidió modificar el Reglamento Interior del Comité Regional —incluidos los criterios de selección y evaluación de los candidatos para el puesto de Director Regional, la atribución de la tarea de examinar las credenciales a la Mesa del Comité, y la participación de no Miembros en el Comité— y aplicar las modificaciones con efecto inmediato. El Comité decidió asimismo que la práctica recientemente introducida de organizar reuniones técnicas inmediatamente antes del Comité Regional debía mantenerse y estar abierta a los representantes de todos los Miembros del Comité.

81. El Comité decidió además aceptar la petición del Gobierno de Sudán del Sur de que se reasigne a su país a la Región de África de la OMS, y pidió al Director Regional que transmita su parecer a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud para que lo examine. El Comité Regional decidió celebrar su 60.ª reunión en Túnez del 26 al 31 de octubre de 2013, con sujeción al acuerdo final sobre las fechas exactas con el Gobierno de ese país.

82. El Comité examinó y aprobó el informe anual del Director Regional para 2011 y pidió a este que siguiera de cerca la aplicación de la resolución EM/RC57/R.2, sobre la preparación y respuesta ante emergencias y el fondo de solidaridad regional, y que pusiera en marcha lo antes posible la segunda etapa del mecanismo regional de adquisición mancomunada de vacunas. El Comité reconoció los esfuerzos desplegados por el Afganistán y el Pakistán para lograr erradicar la poliomielitis como emergencia sanitaria nacional, y reafirmó su solidaridad con ambos países en ese sentido. El Comité expresó su preocupación por los acontecimientos registrados en la República Árabe Siria y por el deterioro de la situación humanitaria de los refugiados y los desplazados internos, así como por el impacto de todo ello en los países vecinos, y pidió a los Estados Miembros que presten apoyo para mitigar el sufrimiento de los refugiados y los desplazados internos en la República Árabe Siria y los países colindantes.

83. El Comité acogió con satisfacción las orientaciones estratégicas propuestas por el Director Regional para los próximos cinco años y le pidió que tome las medidas necesarias para ponerlas en práctica. Dichas orientaciones estratégicas son el fortalecimiento de los sistemas de salud, la salud materna, reproductiva y del niño y la nutrición, la lucha contra las enfermedades no transmisibles y las enfermedades transmisibles, y la preparación y respuesta ante emergencias. Tres de esas prioridades fue-

ron debatidas en profundidad por el Comité: el fortalecimiento de los sistemas de salud, las enfermedades no transmisibles y las enfermedades transmisibles, concretamente la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

84. El fortalecimiento de los sistemas de salud fue el objeto de las discusiones técnicas. Se presentó al Comité un análisis detallado de los desafíos que afrontan los sistemas de salud en la Región, así como las prioridades de acción propuestas para los Estados Miembros y la OMS. El Comité pidió a los Estados Miembros, entre otras cosas, que hagan de sus planes nacionales estratégicos de salud la base de todos los programas y actividades de desarrollo sanitario, y que velen por que dichos planes se apliquen y sometan a seguimiento de forma adecuada; que examinen y actualicen su legislación de salud pública y que formulen normas y criterios para garantizar la equidad, la calidad y la seguridad de la atención dispensada en los sectores público y privado; y que refuercen e integren la red de servicios de atención primaria, empleando la medicina familiar como una estrategia eficaz para la prestación de servicios. El Comité solicitó entre otras cosas al Director Regional que ayude a los Estados Miembros a crear capacidad en el terreno del fortalecimiento de los sistemas de salud; que ponga en marcha mecanismos que permitan a los países compartir experiencias en materia de fortalecimiento de esos sistemas y apoyo a la cooperación subregional; que establezca redes de expertos en sistemas de salud para respaldar el fortalecimiento de los mismos en la Región; y que presente un informe sobre los progresos realizados en relación con el desempeño de los sistemas de salud en su 60.ª reunión.

85. El Comité examinó y aprobó un marco de acción regional sobre los compromisos asumidos por los Estados Miembros para aplicar la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades no Transmisibles e instó a los Estados Miembros a aplicar el conjunto básico de medidas contemplado en el Marco regional. Instó también a los Estados Miembros, entre otras cosas, a establecer mecanismos, o fortalecer los existentes, para hacer participar a sectores distintos de la salud en la aplicación del Marco de Acción regional, y a extender masivamente la integración de las intervenciones esenciales de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles en la atención primaria. El Comité solicitó al Director Regional, entre otras cosas, que elabore un conjunto de indicadores para seguir de cerca la participación de sectores no sanitarios en la aplicación de las acciones fundamentales previstas en la Declaración Política de las Naciones Unidas, en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y asociados internacionales pertinentes; que establezca modelos de instrumentos jurídicos que orienten la preparación de legislación nacional para cumplir los compromisos asumidos en la Declaración Política de las Naciones Unidas; que siga perfeccionando el conjunto de intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles en la atención primaria, así como las indicaciones necesarias para poner en práctica las mejores soluciones; y que informe anualmente al Comité Regional sobre los progresos realizados por los Estados Miembros en lo que atañe a la aplicación de la Declaración Política de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta el Marco de Acción regional.

86. El Comité expresó su preocupación por la posibilidad de que los Estados Partes no cumplan los requisitos técnicos para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) antes del 15 de junio de 2014. En consecuencia, instó a los Estados Partes a examinar y aplicar los planes nacionales considerando las lagunas identificadas, y a adoptar todas las medidas requeridas, incluida legislación de apoyo y recursos humanos y financieros suficientes, para poner en práctica los planes nacionales. Además solicitó a los Estados Partes que informen anualmente a la OMS sobre los progresos realizados en cuanto al fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades nacionales básicas de salud pública según lo previsto en los artículos 5.2 y 13.2 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en consonancia con el plan de aplicación nacional, y pidió al Director Regional, entre otras cosas, que informe anualmente al Comité Regional sobre los avances de los Estados Partes en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

87. En cuanto a la decisión EB130(1) del Consejo Ejecutivo, referente a la aplicación del plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables, el Comité Regional pidió a la Directora General que considerase la posibilidad de incluir la prevención de la ceguera como un área de trabajo prioritaria en el marco de la reforma de la OMS.

88. El Comité respaldó las medidas relacionadas con la gestión que como parte del proceso de reforma de la OMS había adoptado el Director Regional, medidas que afectaban a la movilidad y rotación del personal, la gestión del desempeño y la planificación y gestión de los recursos humanos. Apoyó también las reformas de la gobernanza regional, incluido el establecimiento de un comité técnico que asesore al Director Regional. Ello entrañará un cambio de denominación del actual Comité Consultivo Regional, que pasará a ser el Comité Asesor del Director Regional, y una adaptación de su mandato a fin de reflejar las actuales necesidades de la Organización. El Comité respaldó la estructura del Duodécimo Programa General de Trabajo en sus categorías y prioridades, señalando que estas últimas son coherentes con las prioridades estratégicas acordadas para la Región del Mediterráneo Oriental, y resaltó la necesidad de un proceso de planificación del presupuesto basado en los países (de abajo arriba) que tenga en cuenta las necesidades de los Estados Miembros.

89. El Comité reafirmó la importancia decisiva de la naturaleza descentralizada de la OMS, consagrada en su Constitución, y acogió con satisfacción la reciente decisión de la Oficina Regional de seguir reforzando la colaboración con la Sede y con otras oficinas regionales.

90. No hubo propuestas respecto a la secuencia de reuniones de los órganos deliberantes, ni tampoco cambios relacionados con el ejercicio económico.

91. El Comité me pidió que como Presidente transmitiera al Consejo Ejecutivo su inquietud ante la pérdida de valor que en términos reales han sufrido las contribuciones señaladas en los últimos años, y la consiguiente necesidad de plantearse un aumento de dichas contribuciones. Subrayó los perjudiciales efectos que para la Organización entraña la excesiva dependencia de las contribuciones voluntarias para fines especificados, y pidió a los Estados Miembros que consideren la posibilidad de aumentar el nivel de las contribuciones señaladas mediante iniciativas colectivas en los órganos deliberantes, solicitando además a los países que puedan permitírselo que aumenten sus contribuciones voluntarias a nivel regional para las áreas prioritarias acordadas. Se pidió además a los Estados Miembros que sigan participando activamente en el proceso de reforma de la OMS, incluida la finalización del Duodécimo Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas 2014-2015.

Resumen de la 63.ª reunión del Comité Regional para el Pacífico Occidental[1]

Informe del Dr. Nguyen Thi Kim Tien (Viet Nam), Presidente de la 63.ª reunión

92. La 63.ª reunión del Comité Regional para el Pacífico Occidental (Hanoi, 24-28 de septiembre de 2012) contó con la participación de representantes de 28 miembros del Comité, así como de los Estados Unidos de América, Francia, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales.

Orden del día y acción

93. Entre los principales puntos del orden del día cabe citar los asuntos presupuestarios (la ejecución del presupuesto por programas 2010-2011 y el anteproyecto de presupuesto por programas 2014-2015); un código de conducta para la presentación de propuestas de nombramiento de Director Regional; la coordinación de las actividades de la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y el Comité Regional; y la composición del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana. Los principales asuntos técnicos abordados fueron los siguientes: prevención de la violencia y los traumatismos; enfermedades tropicales desatendidas; eliminación del sarampión; Reglamento Sanitario Internacional (2005); y progresos de los programas técnicos.

94. El Comité adoptó 10 resoluciones. Su adopción, mediante la resolución WPR/RC63.R7, de un código de conducta para la presentación de propuestas de nombramiento de Director Regional hace de esta la primera Región de la OMS y del sistema de las Naciones Unidas en general que establece un código de esa naturaleza para orientar el proceso de propuesta de candidatos y elección de su más alto cargo.

Informe del Director Regional

95. El Director Regional reconoció los graves problemas sanitarios que afronta la Región y destacó los importantes logros en materia de nutrición y seguridad alimentaria, prevención de los traumatismos y la violencia, enfermedades no transmisibles, ceguera evitable, emergencias y preparación y respuesta ante desastres, malaria, tuberculosis multirresistente, enfermedades tropicales desatendidas, atención sanitaria universal y fortalecimiento de los sistemas de salud. Se refirió también a la reforma de la OMS en la Región y al apoyo a los países.

Puntos técnicos del orden del día

Nutrición

96. El Comité tomó nota de varios de los desafíos que los Miembros han de afrontar: dietas desequilibradas y facilidad de acceso a alimentos elaborados, lo que se traduce en altas tasas de obesidad, diabetes y caries dental; impacto del cambio climático en los cultivos; mercadotecnia agresiva de las preparaciones para lactantes; infestaciones por helmintos; anemia; carencias de micronutrientes; y dificultades para conseguir imponer en la práctica las leyes y directrices que fomentan modos de vida saludables.

[1] Véase también http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/63/reports/en/.

97. Los representantes citaron ejemplos de los progresos realizados en materia nutricional, como unas mayores tasas de lactancia materna; la promulgación de legislación para cumplir lo estipulado en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; la ampliación de las licencias de maternidad remuneradas y una mayor flexibilidad para las madres trabajadoras; la prohibición de la publicidad de determinados alimentos; la aplicación de impuestos selectivos sobre alimentos y bebidas poco saludables; la sensibilización de la gente para que cultive sus propias frutas y hortalizas; los suplementos nutricionales para niños, estudiantes y poblaciones rurales; el enriquecimiento de los alimentos; y los programas escolares de educación de los jóvenes acerca de la importancia de la alimentación y el ejercicio físico. Muchos señalaron que sus gobiernos habían adoptado planes de acción y estrategias sobre nutrición directamente o en el contexto de la lucha contra las enfermedades no transmisibles. En algunos casos los indicadores nutricionales se habían integrado en las agendas nacionales de desarrollo y bienestar social. En la resolución WPR/RC63.R2 el Comité respaldó el Llamamiento para expandir la nutrición en la Región del Pacífico Occidental.

Prevención de la violencia y los traumatismos

98. Los representantes acogieron con beneplácito la inclusión de este asunto en el orden del día. Según los datos estadísticos citados por varios oradores, la violencia y los traumatismos (en particular, la violencia contra la mujer y la violencia doméstica en general, así como los traumatismos causados por el tránsito, a menudo agravados por el uso nocivo del alcohol) ocupan los primeros puestos en la lista de causas prevenibles de mortalidad y morbilidad, sobre todo entre los jóvenes. Numerosos representantes insistieron en la necesidad de contar con datos fiables, para así poder priorizar las intervenciones. Varios de ellos debatieron además sobre el contexto institucional más idóneo para la adopción de medidas, en cumplimiento de instrumentos como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño.

99. El Comité adoptó una resolución sobre la prevención de la violencia y los traumatismos (WPR/RC63.R3).

Enfermedades tropicales desatendidas

100. El Comité aprobó, mediante la resolución WPR/RC63.R4, el Plan de acción regional para la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas en el Pacífico Occidental (2012-2016). Muchos oradores informaron sobre los avances logrados en sus respectivos países en materia de control de esas enfermedades y describieron las dificultades encontradas. Se expresó la voluntad de compartir experiencias y también se insistió en la necesidad de que dentro del plan se haga mayor hincapié en las enfermedades zoonóticas.

101. Se reconocieron los importantes activos con que cuenta la Región del Pacífico Occidental en forma de unos conocimientos especializados y una industria que posibilitan la producción de medicamentos para el tratamiento de enfermedades tropicales desatendidas. Los temas de debate incluyeron la colaboración interregional, por ejemplo entre China y diversos países de África, y el valor de las alianzas publicoprivadas para obtener donaciones para la compra de medicamentos. Con todo, se señaló también que habría que redoblar los esfuerzos para movilizar recursos si se quería lograr las metas previstas.

Eliminación del sarampión

102. Se indicó que la Región está a punto de convertirse en la segunda región de la OMS en eliminar el sarampión; según los datos de vigilancia, se ha logrado interrumpir la transmisión endémica de la enfermedad en 32 países y zonas. En enero de 2012 se estableció una comisión regional de verifica-

ción, de carácter independiente, que ha preparado una serie de directrices para la eliminación del sarampión en la Región del Pacífico Occidental. La comisión ha recomendado a los Estados Miembros que establezcan sus propios comités nacionales independientes de verificación.

103. Los representantes describieron diversas situaciones imperantes en sus respectivos países; en un extremo estaban algunos Estados Miembros en los que la eliminación del sarampión se había certificado hacía tiempo y, en el otro, aquellos en los que persistía cierto nivel de endemicidad o solo se encontraban casos importados. Se subrayó que, incluso tras la puesta en práctica de campañas masivas de inmunización, era imprescindible mantener una estricta vigilancia.

104. Varios representantes explicaron cómo sus gobiernos estaban combinando la eliminación del sarampión con el control de otras enfermedades —la rubéola y síndrome de rubéola congénita en primer lugar, pero también otras enfermedades prevenibles mediante vacunación—, y también de forma conjunta con otras medidas de bajo costo, como el lavado de manos, el tratamiento vermífugo, la suplementación con vitamina A y la distribución de mosquiteros contra la malaria, actividades todas que encajan dentro de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

105. Los representantes instaron a que se intensificaran los esfuerzos en esta esfera, por ejemplo mediante una mayor participación de las organizaciones internacionales en las iniciativas para garantizar la estricta aplicación de criterios de laboratorio, en apoyo de los comités nacionales de verificación. Esos comités deberán rendir informe a la comisión regional de verificación, salvo en los casos en que las notificaciones deban efectuarse, por motivos administrativos, a través del Gobierno central.

106. El Comité Regional adoptó la resolución WPR/RC63.R5, en la que reafirma su compromiso de eliminar el sarampión y acelerar los progresos en el control de la rubéola.

Reglamento Sanitario Internacional (2005)

107. Se hizo notar que 14 Estados Miembros de la Región habían solicitado una prórroga de dos años para cumplir con la obligación de adquirir las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y que se precisaban planes de aplicación eficaces, así como inversiones nacionales y apoyo externo de carácter técnico y financiero, para los Estados Miembros a los que se aplica el nuevo plazo del 15 de junio de 2014.

108. Los representantes convinieron, en líneas generales, en que el Reglamento era importante para garantizar la seguridad sanitaria internacional y en que la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes (2010) representaba una hoja de ruta muy valiosa para ayudar a los Estados Miembros a lograr las capacidades básicas exigidas. Más concretamente, se observó con aprobación que la Estrategia se ajustaba a las necesidades de la Región y abogaba por la adopción de medidas sostenibles a largo plazo. Los países deben adquirir las capacidades básicas de modo más o menos coordinado, aunque sin un compromiso para compartir la información, se podría ver afectada la eficacia del sistema internacional de vigilancia. De ello se desprende que es preciso ofrecer asistencia técnica a los países que van a la zaga; difundir información actualizada sobre las capacidades básicas de los distintos Estados Miembros para aplicar el Reglamento, en aras de la transparencia; y buscar formas de cooperación con otras regiones, en particular con la Región de Asia Sudoriental.

109. Los representantes de los pequeños países insulares citaron algunos problemas recurrentes, en particular la dificultad de establecer un centro de enlace capaz de dar cobertura a extensas zonas apenas habitadas que carecen de la infraestructura institucional adecuada.

110. El Comité adoptó la resolución WPR/RC63.R6 sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), entre otras cosas, reafirmando su adhesión a la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes (2010).

Informes sobre los progresos logrados en relación con los programas técnicos

111. Con arreglo a los resultados alcanzados en dos reuniones regionales, se preparó un documento sobre el establecimiento de un conjunto preliminar de metas e indicadores mundiales relacionados con la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, para su examen por el Comité Regional. Varios representantes manifestaron su apoyo al conjunto propuesto, pero también se expresó preocupación en cuanto al elevado número de metas e indicadores, los costos que implicaría el acopio de la información pertinente, y determinadas cuestiones técnicas y metodológicas. Los representantes concordaron en que el conjunto de indicadores debe ser equilibrado y tomar en consideración los cuatro factores de riesgo más importantes, centrándose en la justa medida entre la prevención, el tratamiento y la atención sanitaria.

112. El Comité hizo referencia asimismo a otras cuestiones, a saber: los progresos logrados en los esfuerzos por combatir la interferencia de la industria tabacalera en las iniciativas de control del tabaco; el creciente interés por la adopción de enfoques multisectoriales en relación con la promoción de entornos saludables; y los avances hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con énfasis en la necesidad de redoblar los esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. El Comité también tomó nota de los progresos logrados en relación con: la financiación de la salud; el control y la eliminación de la malaria en contextos de resistencia de los parásitos de la malaria a la artemisinina; el Programa Ampliado de Inmunización; y la prevención y el tratamiento del VIH/sida.

Puntos del orden del día relacionados con la reforma de la OMS

Anteproyecto de presupuesto por programas 2014-2015 y proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo

113. Los representantes acogieron con beneplácito ambos documentos y encomiaron la claridad con que se había presentado el nuevo proceso. Se expresó un reconocimiento general por la introducción de las seis categorías nuevas, que contribuirían a mejorar la flexibilidad del sistema de financiación, con la reserva de que habrá que proponer cuantías presupuestarias concretas en las versiones siguientes. Se hicieron varias sugerencias en relación con las distintas categorías. Los oradores advirtieron del peligro de que se dispersaran los esfuerzos de la Organización y abogaron por centrar la atención en la eficiencia, el establecimiento de prioridades y el aprovechamiento de las ventajas relativas, en particular en relación con su papel normativo y de normalización y su acceso privilegiado a los gobiernos.

114. El Comité Regional adoptó una resolución sobre el anteproyecto de presupuesto por programas 2014-2015 y el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo (resolución WPR/RC63.R1).

Coordinación de los trabajos de la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y el Comité Regional (Reglamento Interior)

115. En respuesta a la decisión de la Asamblea Mundial de la Salud relativa a las reformas de la gobernanza y la armonización de las prácticas en relación con el proceso de propuesta de nombramiento de directores regionales, el examen de las credenciales y la participación de observadores (decisión WHA65(9)), el Comité observó que su Presidente presentaría al Consejo Ejecutivo un in-

forme resumido de sus deliberaciones. Asimismo, adoptó la resolución WPR/RC63.R8, por la que se decide modificar los artículos 2 y 3 del Reglamento Interior del Comité Regional.

Propuesta de nombramiento de Directores Regionales: código de conducta

116. Los oradores plantearon varias cuestiones con respecto al modo en que el código de conducta propuesto habrá de funcionar en la práctica, más concretamente en relación con la norma que prevé que el Director Regional en funciones no utilizará sus viajes para promover su candidatura y con la divulgación de la información relativa a las actividades de la campaña electoral y el establecimiento de los límites dentro de los cuales se ha de desenvolver esta última. También se insistió en que es importante garantizar que el proyecto de código de conducta esté en plena consonancia con el Reglamento Interior del Comité Regional. Se pidió que los *curriculum vitae* de todos los candidatos se presentaran en los idiomas oficiales del Comité Regional.

117. Por motivos de economía, y por principio, el Comité había decidido expresamente que no se establecería ningún mecanismo engorroso para supervisar la aplicación; se trata de un instrumento de carácter político y es de esperar que todos los Estados Miembros actúen de buena fe. Todos los candidatos internos estarán sujetos al Reglamento de Personal y al Estatuto del Personal, que prevén que los candidatos antepondrán los intereses de la Organización a sus intereses particulares. Se observó que convendría estudiar diversas soluciones posibles para asegurar la divulgación de toda la información relacionada con las actividades de campaña, por ejemplo a través de una página web específicamente consagrada a ello y protegida mediante contraseña.

118. Como se indicaba en el párrafo 2, el Comité adoptó el Código de conducta para el proceso de propuesta de nombramiento de Director Regional de la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana: miembros del Comité de Política y Coordinación

119. Se recordó que los tres Estados Miembros de la Región que participaban en el Comité de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana de la OMS eran: Filipinas, Malasia y Viet Nam. Dado que el mandato de Filipinas terminaba el 31 de diciembre de 2012, el Comité Regional seleccionó a la República Democrática Popular Lao en sustitución de Filipinas (decisión WPR/RC63(1)).

Fecha y lugar de celebración de la 64.ª reunión del Comité Regional

120. El Comité Regional decidió celebrar su 64.ª reunión en la sede de la Oficina Regional en Manila en una fecha aún por determinar, previa consulta con los Estados Miembros.

= = =