



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO

REUNIÓN EXTRAORDINARIA

GINEBRA, 23 DE MAYO DE 2006

DECISIONES

ACTA RESUMIDA

118ª REUNIÓN

GINEBRA, 29-31 DE MAYO DE 2006

RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS

ACTAS RESUMIDAS

GINEBRA
2006



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO

REUNIÓN EXTRAORDINARIA

GINEBRA, 23 DE MAYO DE 2006

DECISIONES

ACTA RESUMIDA

GINEBRA

2006

SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

ACNUR	- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
ASEAN	- Asociación de Naciones del Asia Sudoriental
CCIS	- Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias
CIIC	- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CIOMS	- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
FAO	- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIDA	- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMI	- Fondo Monetario Internacional
FNUAP	- Fondo de Población de las Naciones Unidas
OACI	- Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIE	- <i>Office international des Epizooties</i>
OIEA	- Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT	- Organización (Oficina) Internacional del Trabajo
OMC	- Organización Mundial del Comercio
OMI	- Organización Marítima Internacional
OMM	- Organización Meteorológica Mundial
OMPI	- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
ONUDI	- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OOPS	- Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OPS	- Organización Panamericana de la Salud
OSP	- Oficina Sanitaria Panamericana
PMA	- Programa Mundial de Alimentos
PNUD	- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	- Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNDCP	- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
UNESCO	- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

El Consejo Ejecutivo celebró una reunión extraordinaria en la sede de la OMS, Ginebra, el 23 de mayo de 2006. El presente volumen contiene las decisiones, un acta resumida de los debates del Consejo, y la lista de participantes.

ÍNDICE

	Página
Introducción	3
Orden del día	7
Lista de documentos	9

PARTE I

DECISIONES

EBSS(1) Director General interino	13
EBSS(2) Aceleración del proceso de elección del próximo Director General	13
EBSS(3) Director General Adjunto	13

PARTE II

ACTA RESUMIDA

Lista de miembros y otros participantes	17
Reunión extraordinaria	33
1. Homenaje a la memoria del difunto Director General, Dr. Lee Jong-wook	33
2. Apertura de la reunión y adopción del orden del día	33
3. Director General de la OMS	33

ORDEN DEL DÍA¹

1. Apertura de la reunión y adopción del orden del día
 2. Director General de la OMS
-

¹ Adoptado por el Consejo en su reunión extraordinaria.

LISTA DE DOCUMENTOS

EBSS/1	Orden del día ¹
EBSS/2	Director General de la OMS: Memorando sobre el nombramiento de Director General Adjunto

Documentos varios

EBSS/DIV/1	Lista de miembros y otros participantes
EBSS/DIV/2	Decisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo en su reunión extraordinaria, el 23 de mayo de 2006

¹ Véase p. 7.

PARTE I
DECISIONES

DECISIONES

EBSS(1) Director General interino

El Consejo Ejecutivo decidió, de conformidad con el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, nombrar al Dr. Anders Nordström para que actuara como Director General interino hasta que fuera nombrado y asumiera el cargo el nuevo Director General de la Organización Mundial de la Salud.

(Reunión extraordinaria, 23 de mayo de 2006)

EBSS(2) Aceleración del proceso de elección del próximo Director General

El Consejo Ejecutivo pidió a la Secretaría que presentara a la consideración del Consejo, en su 118ª reunión, diversas opciones relativas a la aceleración del proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud. El Consejo, en su 118ª reunión, fijaría un plazo para la realización de ese proceso.

(Reunión extraordinaria, 23 de mayo de 2006)

EBSS(3) Director General Adjunto

El Consejo Ejecutivo pidió a la Secretaría que resolviera la cuestión del Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud.

(Reunión extraordinaria, 23 de mayo de 2006)

PARTE II
ACTA RESUMIDA

LISTA DE MIEMBROS Y OTROS PARTICIPANTES

MIEMBROS, SUPLENTE Y ASESORES

PAKISTÁN

Mr M.N. KHAN, Federal Minister of Health, Islamabad (**Presidente**)

Suplentes

Mr M. KHAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms T. JANJUA, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr A. AHMED, Deputy Director-General of Health, Islamabad

Mr A.A. KHOKHAR, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr R.S. SHEIKH, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr F.N. TIRMIZI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

AUSTRALIA

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra (**Vicepresidente**)

Suplentes

Ms C. PATTERSON, Minister-Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Mr M. SAWERS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

AZERBAIYÁN

Mr O. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku

Suplentes

Mr S.A. ABDULLAYEV, Head, Department for International Affairs, Ministry of Health, Baku

Mr R. NOVRUZOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

Dr N.A. HAFFADH, Minister of Health, Manama

Suplente

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama

BHUTÁN

Dr JIGMI SINGAY, Minister for Health, Thimphu

Suplente

Mr P. WANGCHUK, Deputy Secretary, Policy and Planning Division, Ministry of Health,
Thimphu

BOLIVIA

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz

BRASIL

Dr P.M. BUSS, President, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro

Suplentes

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Secretary of Health Care, Ministry of Health, Brasilia

Mr S. ALCÁZAR, Counsellor, Head of Department of International Affairs, Ministry of Health, Brasilia

Mr P.M. DE CASTRO SALDANHA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms M. NOGUIERA GUEBEL, Secretary, Division of Social Issues, Ministry of External Relations, Brasilia

CANADÁ

Mr I. SHUGART, Senior Assistant Deputy Minister of Health, Health Canada, Ottawa

Suplentes

Ms C. GILDERS, Director-General, International Affairs Directorate, Health Policy Branch, Health Canada, Ottawa

Ms G. WISEMAN, Director, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Mr D. MACPHEE, Senior Adviser, Global Health Issues, Human Rights, Gender Equality, Health and Population Division, Department of Foreign Affairs and International Trade, Ottawa

Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr D. STRAWCZYNSKI, Senior Policy Analyst, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Ms N. KELLY, Deputy Minister, New Brunswick, Fredericton

Dr J. WEBBER, Director, Department of International Policy and Development, Canadian Nurses Association, Ottawa

ECUADOR

Dr. I. ZAMBRANO CEDEÑO, Ministro de Salud Pública, Quito (**suplente del Dr. J. Andrade Gaibor**)

Suplentes

Sr. G. LARENAS SERRANO, Ministro, Misión Permanente, Ginebra

Dr. M. LOOR, Asesor del Despacho Ministerial, Ministerio de Salud Pública, Quito

Dr. J. AVILÉS, Director de Aseguramiento de la Calidad, Ministerio de Salud Pública, Quito

Sr. D. SANTOS REPETTO, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

FRANCIA

Dr J.-B. BRUNET, Chef, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris (**suplente del Profesor D. Houssin**)

Suplentes

Mme J. TOR-DE TARLÉ, Premier Secrétaire, Misión permanente, Genève

Mme I. VIREM, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

GUINEA-BISSAU

Dr J.C. SÁ NOGUEIRA, Conseiller du Ministre pour la Politique institutionnelle, Ministère de la Santé publique, Bissau

IRAQ

Mr B. AL-SHIBIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva (**suplente del Dr. A. M. Ali Mohammed Salih**)

Suplente

Ms M.A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ISLANDIA

Mr D.Á. GUNNARSSON, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Suplentes

Mrs R. HARALDSDOTTIR, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mrs V. INGOLFSDOTTIR, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Dr M. HALLDÓRSSON, Deputy Medical Director, Directorate of Health, Reykjavik

Mrs A. KNUTSDOTTIR, Adviser, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

JAMAHIRIYA ÁRABE LIBIA

Dr A.H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli

Suplentes

Dr M.B. RASHED, Secretary (Minister), General People's Committee for Health and Environment, Tripoli

Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

JAMAICA

Dr B. WINT, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

Suplente

Mr R.A. SMITH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

JAPÓN

Dr T. TOGUCHI, Assistant Minister for Technical Affairs, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo (**suplente del Dr. H. Shinozake**)

Suplentes

Dr H. INOUE, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Ms T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

KENYA

Dr J. NYIKAL, Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

Suplente

Dr T. GAKURUH, Deputy Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

LESOTHO

Dr M. PHOOKO, Minister of Health and Social Welfare, Maseru

Suplentes

Mr T.J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mrs M. PHEKO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health, Monrovia

LUXEMBURGO

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg

(Vicepresidenta)

Suplentes

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

Mme E. COLOTTE, Secrétaire de Légation, Direction de la Coopération et de l'Action humanitaire, Ministère des Affaires étrangères, Luxembourg

MADAGASCAR

Dr R.R. JEAN LOUIS, Ministre de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

Suplentes

M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr N. RAMANANDRAIBE, Directeur, Office national de la Lutte Anti-Tabac, Ministère de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

MÉXICO

Dr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF

(Relator)

Suplentes

Dr. J. FRENK, Secretario de Salud, México, DF

Sr. L. A. DE ALBA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. R. TAPIA CONYER, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Dr. J. SEPÚLVEDA AMOR, Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Sr. G. GARCÍA PÉREZ, Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, Secretaría de Salud, México, DF

Sr. C. RUÍZ MATUS, Coordinador de Asesores del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, DF
Sra. D. M. VALLE ÁLVAREZ, Consejera, Misión Permanente, Ginebra
Sra. A. GONZÁLEZ MOREL, Directora de Asuntos Multilaterales, Secretaría de Salud, México, DF

NAMIBIA

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
(Vicepresidente)
Suplente
Dr R.N. KAMWI, Minister of Health and Social Services, Windhoek

NEPAL

Mr R.M. SINGH, Secretary, Ministry of Health and Population, Kathmandu **(suplente del Dr. H. N. Acharya, Vicepresidente)**
Suplentes
Mr A.B. SINGH, Chief, Policy Planning and International Cooperation Division, Ministry of Health and Population, Kathmandu
Mr G.B. THAPA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

PORTUGAL

Professor J. PEREIRA MIGUEL, High Commissioner for Health, Lisbon
Suplentes
Mr J.C. DA COSTA PEREIRA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Professor P. FERRINHO, Deputy Director-General of Health, Lisbon
Mr J. SOUSA FIALHO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms M.J. LARANJEIRO, Adviser to the Minister of Health, Lisbon

REPÚBLICA CHECA

Dr M. VÍT, Deputy Minister of Health, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Prague **(suplente del Profesor B. Fišer)**
Suplentes
Mr O. VESELSKÝ, Director, International Relations Department, Ministry of Health, Prague
Mrs H. SEVDÍKOVÁ, Director, Development Cooperation and Humanitarian Aid Department, Ministry of Foreign Affairs, Prague

RUMANIA

Mr L. MIHAI, Director-General, General Directorate for European Integration and International Relations, Ministry of Health, Bucharest **(suplente del Sr. E. Nicolaescu)**
Suplente
Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

RWANDA

Dr G. TWAHIRWA, Directeur de l'Hôpital de la Région sanitaire de Kabutare (**suplente del Dr. J. D. Ntawukuriryayo**)

Suplente

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

SUDÁN

Dr T. BOTROS SHOKAI, Federal Minister of Health, Khartoum

Suplentes

Dr I.E.M. ABDULLA, Director, Department of International Cooperation, Federal Ministry of Health, Khartoum

Mrs I. ELAMIN, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

TAILANDIA

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Suplentes

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy and Plan Analyst, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms WARANYA TEOKUL, Policy and Plan Analyst, Office of the National Economic and Social Development Board, Bangkok

Ms PAWEENA TARNSONDHAYA, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

TONGA

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

VIET NAM

Mrs LE THI THU HA, Deputy Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Hanoi

ESTADOS MIEMBROS NO REPRESENTADOS EN EL CONSEJO EJECUTIVO¹**ALEMANIA**

Mr U. SCHOLTEN, Deputy Director General, European and International Health, Federal Ministry of Health, Bonn

Dr A. BRANDRUP-LUKANOW, Director, Division for Health, Education and Social Protection, German Agency for Technical Cooperation (GTZ), Eschborn

¹ Participan en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

ANGOLA

Dr S. NETO DE MIRANDA, Assistant for Health, Permanent Mission, Geneva

ARGENTINA

Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra

Sr. S. ROSALES, Secretario de Embajada, Misión Permanente, Ginebra

AUSTRIA

Dr C. LASSMANN, Deputy Head, Health and Social Affairs Division, Federal Ministry for Foreign Affairs, Vienna

Dr V. GREGORICH-SCHEGA, Director, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna

Dr D. ZIMPER, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna

BAHAMAS

Dr B.J. NOTTAGE, Minister of Health and National Insurance, Nassau

Dr M. DAHL-REGIS, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Nassau

Dr B. CAREY, Director of Public Health, Ministry of Health, Nassau

BANGLADESH

Dr K.M. HOSSAIN, Minister of Health and Family Welfare, Dhaka

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Professor M.S. HOSSAIN, Director General, Directorate of Health Services, Dhaka

Mr M.S. ISLAM, Joint Secretary, Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka

Mr M. ZAMAN, Minister (Political), Permanent Mission, Geneva

Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BÉLGICA

Dr D. CUYPERS, Président du Comité de Direction, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles

Mme F. GUSTIN, Ministre conseiller, Représentant permanent adjoint, Genève

Mme L. MEULENBERGS, Service des Relations internationales, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles

Dr J. LARUELLE, Conseiller, Direction générale de la Coopération au Développement, Bruxelles

BELICE

Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva

BULGARIA

Mr P. DRAGANOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr I. KRASTELNIKOV, State Expert, Ministry of Foreign Affairs, Sofia

CAMERÚN

M. U. OLANGUENA AWONO, Ministre de la Santé publique, Yaoundé
M. F. NGANTCHA, Chargé d'affaires a.i., Mission permanente, Genève

CHILE

Sr. J. MARTABIT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Dr. O. SALGADO, Jefe de la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud Pública, Santiago
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

CHINA

Dr REN Minghui, Deputy Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Dr DING Baoguo, Deputy Division Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

CÔTE D'IVOIRE

M. R. ALLAH KOUADIO, Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan
Mme C. ADJOBI NEBOUT, Ministre de la Lutte contre le SIDA, Abidjan
M. M. KOFFI N'GUESSAN, Directeur général de la Santé, Abidjan
M. J. BAMBA LANCINE, Chef du Protocole, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan
M. B.N. N'GUESSAN, Conseiller, Mission permanente, Genève
M. F. KACOU, Chargé de Mission, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan

DINAMARCA

Dr J.K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen
Mr M. JØRGENSEN, Head of Division, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen

DJIBOUTI

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti
Mme B.M. AHMED, Chef, Service de Formation, Ministère de la Santé, Djibouti

EGIPTO

Dr A.R. SHAHEEN, Adviser to the Minister of Health and Population, Cairo
Dr M. GAD, Adviser to the Minister of Health and Population for International Cooperation, Cairo
Mr T. KHALLAF, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ERITREA

Mr E. ANDOM, Director, Monitoring and Evaluation Division, Ministry of Health, Asmara

ESPAÑA

Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. M. L. GARCÍA TUÑÓN, Consejera Técnica, Subdirección General de Relaciones Internacionales, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Affairs, Department of Health and Human Services, Washington, DC
Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical Specialized Agencies, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC
Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Department of Health and Human Services, Washington, DC
Mr D.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

ETIOPÍA

Mr T.A. GHEBREYESUS, Minister of Health, Addis Ababa
Ms S. AMIN, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERACIÓN DE RUSIA

Mr V.V. LOSHCHININ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr O.P. CHESTNOV, Deputy Director, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

FINLANDIA

Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

GABÓN

M. M.E. NDOUTOUMOU, Directeur général des Ressources humaines et des Moyens généraux, Ministère de la Santé publique, Libreville

GRECIA

Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

GUINEA

Dr M. CAMARA, Secrétaire général, Ministère de la Santé publique, Conakry

Dr M'B. DIAKHABY, Conseiller, Département de la Coopération, Ministère de la Santé publique, Conakry

Dr M.M. BARRY, Directeur national, Santé publique, Conakry

HUNGRÍA

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr B. RÁTKAI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

INDIA

Mr R. BHUSHAN, Director, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi

IRAN (REPÚBLICA ISLAMICA DEL)

Dr B. SADRIZADEH, Adviser to the Minister for Health and International Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran

IRLANDA

Dr J. KIELY, Chief Medical Officer, Department of Health and Children, Dublin

ITALIA

Dr F. CICOGNA, Direction générale des Relations internationales, Ministère de la Santé, Rome

Mme L. FIORI, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève

Dr G. MAJORI, Directeur, Laboratoire de Parasitologie, Institut supérieur de Santé, Rome

Mme M.P. RIZZO, Direction générale de la Coopération au Développement, Ministère des Affaires étrangères, Rome

Dr L. PECORARO, Institut d'Hygiène et de Santé publique, Rome

JORDANIA

Dr S. KHARABSEH, Secretary-General, Ministry of Health, Amman

Dr M. BURAYZAT, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr M. QASEM, Director, International and Public Relations, Ministry of Health, Amman

Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LITUANIA

Ms R. BARANAUSKIENĖ, State Secretary of the Ministry of Health, Vilnius
Dr V. GRABAUSKAS, Chancellor, Kaunas University of Medicine, Kaunas
Ms R. KAZRAGIENĖ, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr V. MEIŽIS, Head, International Relations and European Integration Division, Ministry of Health, Vilnius

MALAWI

Dr H. NTABA, Minister of Health, Lilongwe

MALÍ

Dr M. TRAORE, Directeur national de la Santé, Bamako

MÓNACO

Mlle C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève

MOZAMBIQUE

Professor P.I. GARRIDO, Minister of Health, Maputo
Dr G.J. MACHATINE, National Director for Planning and Cooperation, Ministry of Health, Maputo

NIGERIA

Professor E. LAMBO, Minister of Health, Abuja
Mr B.B. OLOWODOLA, Special Assistant to the Minister of Health, Abuja

NORUEGA

Ms R. AASRUD, State Secretary, Ministry of Health and Care Services, Oslo
Mr W.Chr. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B.I. LARSEN, Director General, Norwegian Directorate of Health and Social Welfare, Oslo
Ms T. ROSCHER NIELSEN, Director General, Ministry of Health and Care Services, Oslo
Mr S.-I. NESVÅG, Adviser, Ministry of Foreign Affairs, Oslo
Mr T. URFJELL, Political Adviser, Ministry of Foreign Affairs, Oslo
Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NUEVA ZELANDIA

Mr P. HODGSON, Minister of Health, Wellington
Dr D. MATHESON, Deputy Director-General, Public Health, Ministry of Health, Wellington
Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva
Dr A. BLOOMFIELD, Chief Adviser, Public Health, Ministry of Health, Wellington

OMÁN

Dr A.J. MOHAMMAD, Ministry of Health, Muscat

PAÍSES BAJOS

Mr H. VAN DER HOEVEN, Desk Officer, United Nations and International Financial Institutions Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr L. VAN DER HEIDEN, Coordinator, Global Public Health, International Affairs Directorate, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague

PERÚ

Dra. P. MAZZETTI SOLER, Ministra de Salud, Lima

Srta. E. BERAÚN, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

Sr. A. NEYRA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London

Dr D. HARPER, Director of Health Protection and International Health, Department of Health, London

Mr T. KINGHAM, Head of Global Health, Department of Health, London

Mr S. TYSON, Head of Profession Health, Department for International Development, London

Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva,

Mr N. BOYD, Head of International Affairs, Department of Health, London

Professor C. BEASLEY, Chief Nursing Officer, Department of Health, London

Professor A. MASLIN, International Officer for Nursing and Midwifery, Department of Health, London

Ms L. DEMMING, Global Business Manager, Department of Health, London

Miss A. AKINFOLAJIMI, Deputy International Business Manager, Department of Health, London

Mr A. JENNER, Senior Policy Adviser, Intellectual Property and Innovation Directorate, UK Patent Office, London

Ms S. BALDWIN, Deputy Head, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London

Ms C. JOLLY, Assistant Programme Officer, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London

Mrs L. KIDD, Head of International Workforce, Department of Health, London

Sir Nigel CRISP, Special Government Adviser, London

Mr S. ROBBINS, Health Consultant, Department of Health, London

Mr J. WORLEY, Team Leader, Reproductive and Child Health, Department for International Development, London

Mrs P. TARIF, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr J. METCALFE, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr R. DIXON, Press Officer, Permanent Mission, Geneva

Miss H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Miss S. CHUBBS, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Mr B. GREEN, Institutional Manager, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London

REPÚBLICA DE COREA

Mr LEE Jae-yong, Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Mr HUR Young-joo, Director, Epidemic Intelligence Service Team, Korea Centre for Disease Control and Prevention, Seoul
Ms KIM Sun-young, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Dr CHO Do-yeon, Director, Korea International Foundation for Health and Development, Seoul

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

Dr PONMEK DALALOY, Minister of Public Health, Vientiane
Dr N. BOUTTA, Deputy Director of Cabinet, Ministry of Public Health, Vientiane
Dr C. PHOXAY, Deputy Chief of Secretariat Division, Ministry of Public Health, Vientiane

REPÚBLICA DOMINICANA

Sra. M. BELLO DE KEMPER, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DE COREA

Mr RI TCHEUL, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr KIM YUN HUM, National Coordinator for WHO, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Pyongyang
Mr PAK JONG MIN, Director, Department of External Affairs, Ministry of Public Health, Pyongyang
Mr JANG IL HUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA

Professor D.H. MWAKYUSA, Minister of Health and Social Welfare, Dar es Salaam
Mr M.Y. LUMBANGA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

SINGAPUR

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State (Health), Singapore
Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr CHEW SUOK KAI, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health, Singapore
Mrs J. TAN, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health, Singapore
Ms F. GAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUDÁFRICA

Dr M.E. TSHABALALA-MSIMANG, Minister of Health, Pretoria
Mr T. MSELEKU, Director-General, Ministry of Health, Pretoria
Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

SUECIA

Mr M. JOHANSSON, Minister for Public Health and Social Services, Stockholm
Ms E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms H. PEDERSEN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr F. LENNARTSSON, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

SUIZA

M. T. ZELTNER, Directeur, Office fédéral de la Santé publique, Département fédéral de l'Intérieur, Berne
M. G. SILBERSCHMIDT, Vice-Directeur, Chef de la Division des Affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique, Département fédéral de l'Intérieur, Berne

TÚNEZ

Dr H. ABDESSALEM, Directeur général, Unité de la Coopération technique, Ministère de la Santé publique, Tunis

TURQUÍA

Professor S. AYDIN, Deputy Undersecretary, Ministry of Health, Ankara
Mr H. KIVANÇ, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr V.E. ETENSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Dr E.E. BOR, General Directorate of Health Education, Ministry of Health, Ankara

VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Sra. R. POITEVIEN CABRAL, Embajadora, Encargada de Negocios a.i., Ginebra
Sra. R. MATA, Directora General (E), Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud, Caracas
Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Dr. L. A. LIRA OCHOA, Coordinador General de Proyecto Salud, Ministerio de Salud, Caracas
Dr. R. PADILLA, Coordinador Nacional del Plan Influenza Aviar, Ministerio de Salud, Caracas
Sr. O. LUCES BRICEÑO, Politólogo de la Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud, Caracas
Sr. J. ARIAS, Asesor del Sector Político, Misión Permanente, Ginebra

ZAMBIA

Mr C.S. KAZENENE, Deputy Minister of Health, Lusaka
Dr B.U. CHIRWA, Director-General, National AIDS Council, Lusaka
Mrs M.N.B. KAPIHYA, Director, Human Resources and Administration, Ministry of Health, Lusaka
Mrs D.S. MWEWA, Chief Policy Analyst (Nursing), Ministry of Health, Lusaka
Ms F. KONDOLO, Human Resources and Development Officer, Ministry of Health, Lusaka
Mr A.K. ZULU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ZIMBABWE

Dr P.D. PARIRENYATWA, Minister of Health and Child Welfare, Harare
Dr E.T. MABIZA, Secretary for Health and Child Welfare, Harare
Mr R. CHIBUWE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

OBSERVADOR DE UN ESTADO NO MIEMBRO**SANTA SEDE**

Dr G. RIZZARDINI, Expert

**REPRESENTANTES DE LAS NACIONES UNIDAS
Y DE ORGANIZACIONES AFINES****Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office in
Geneva
Ms S. HAMID, External Relations Officer,
UNFPA Office in Geneva

**REPRESENTANTES DE OTRAS ORGANIZACIONES
INTERGUBERNAMENTALES****Comisión Europea**

Mr N. FAHY, Deputy Head of Unit,
Directorate-General for Health and
Consumer Protection, Brussels

Liga de los Estados Árabes

M. S. ALFARARGI, Ambassadeur,
Observateur permanent, Genève
M. Y. TILIOUANT, Premier Attaché,
Délégation permanente, Genève
Dr O. EL HAJJE, Délégation permanente,
Genève
M. S. AEID, Délégation permanente, Genève

**REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
QUE MANTIENEN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS**

Consejo Internacional de Enfermeras

Dr J.A. OULTON

**Federación Internacional de Mujeres de
Negocios y Profesionales**

Ms M. GERBER

Ms G. GONZENBACH

Federación Internacional Farmacéutica

Mr T. HOEK

Mr CHAN XUAN HAO

Global Forum for Health Research

Professor S.A. MATLIN

Dr A. DE FRANCISCO

**Organismo Internacional de Prevención de
la Ceguera**

Dr N. ALAMUDDIN

ACTA RESUMIDA

REUNIÓN EXTRAORDINARIA

Martes 23 de mayo de 2006, a las 18.15 horas

Presidente: Sr. M. N. KHAN (Pakistán)

1. HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DIFUNTO DIRECTOR GENERAL, DR. LEE JONG-WOOK

El PRESIDENTE, evocando al difunto Director General, dice que el Dr. Lee Jong-wook hizo una contribución muy importante y dinámica no sólo para la OMS, sino también para los pobres de África, América Latina, Asia y Asia Sudoriental. Fue una figura pública extraordinaria, un ser humano con grandes sentimientos hacia los sectores desfavorecidos de la sociedad, un hombre sencillo y digno, con personalidad, que siempre trató de defender lo que consideraba bueno. En nombre del Consejo Ejecutivo, hace extensivas las condolencias de todos sus miembros a los más allegados al Dr. Lee, en la confianza de que Dios les otorgue la fuerza necesaria para sobrellevar su irreparable pérdida.

Invita a los miembros y a todos los presentes a que honren la memoria del Dr. Lee guardando un minuto de silencio.

Todos los presentes en la Sala del Consejo guardan un minuto de silencio.

2. APERTURA DE LA REUNIÓN Y ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA: punto 1 del orden del día provisional (documento EBSS/1)

El PRESIDENTE dice que el programa de trabajo abarca únicamente la situación planteada a raíz del trágico fallecimiento del Dr. Lee: la designación de un Director General interino y su confirmación por el Consejo, que tiene la responsabilidad de asegurar la transición y continuidad sin tropiezos, de manera transparente, justa, legal y constitucional. Como Presidente, dice que será imparcial y se guiará por la sabiduría del Consejo y los requisitos constitucionales y jurídicos.

Se adopta el orden del día.¹

3. DIRECTOR GENERAL DE LA OMS: punto 2 del orden del día (documento EBSS/2)

Señalando a la atención de los presentes el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, donde se dispone que en las actuales circunstancias «actuará como Director General interino el funcionario de más categoría de la Secretaría, sin perjuicio de lo que el Consejo pudiera disponer», el PRESIDENTE pide a la Secretaría una reseña completa de las comunicaciones recientes y de los procedimientos adoptados a ese respecto.

¹ Véase p. 7.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) dice que, el 14 de noviembre de 2003, el difunto Director General, en consulta con el antiguo Asesor Jurídico, firmó un memorándum dirigido al Director Gerente de Recursos Humanos. De ese modo, el Dr. Lee procedió de acuerdo con la práctica de su predecesor. Por el memorándum se nombraba Director General Adjunto al Dr. Nordström, con efecto inmediato, y al mismo tiempo se especificaba que éste no desempeñaría dicho cargo de no ser que el Dr. Lee se encontrara imposibilitado para ejercer las funciones de su cargo o que, por alguna otra causa, su cargo quedara vacante antes de que expirara su mandato; en ese momento, el Dr. Nordström desempeñaría el cargo de Director General Adjunto. De conformidad con el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, actuaría asimismo como Director General interino hasta la fecha en que el Dr. Lee pudiera desempeñar nuevamente las funciones de Director General, o el Consejo Ejecutivo decidiera que fuera otra persona quien actuara como Director General interino, o su sucesor asumiera el cargo tras ser nombrado por la Asamblea de la Salud, si se diera antes este caso.

A petición del Dr. Lee, el memorándum tuvo carácter confidencial, y con instrucciones de que se abriera únicamente en las situaciones previstas en el artículo 113. El Dr. Lee enfermó el sábado 20 de mayo y, a primera hora del lunes 22 de mayo, el Director del Servicio Médico de la OMS envió un memorándum al Dr. Kean, Director Ejecutivo de la Oficina del Director General, informándole de que el Dr. Lee seguía hospitalizado en estado grave y que, de acuerdo con su valoración, no podría desempeñar sus funciones durante un periodo indeterminado. El Dr. Kean dio lectura de ese memorándum en una reunión del personal directivo que se celebró a las 8.00 horas del lunes 22 de mayo. En ese momento, el Asesor Jurídico manifestó que, desafortunadamente, en su opinión se daba la situación prevista en el artículo 113. Seguidamente explicó que el Director General había tomado medidas en previsión de esa posibilidad, y dio lectura del memorándum de 14 de noviembre de 2003. Se conoció entonces el fallecimiento del Dr. Lee, que se anunció en el momento de la apertura de la Asamblea de la Salud.

Por lo que se refiere al marco jurídico, se parte de la base del artículo 113, ya que establece un mecanismo automático por el que se permite al funcionario de más categoría de la Secretaría asumir de inmediato las funciones de Director General interino en caso de fallecimiento o incapacidad del Director General, lo que evita que se produzca un vacío de autoridad y la incertidumbre consiguiente, sin perjuicio de la facultad del Consejo Ejecutivo para adoptar cualquier otra decisión. De conformidad con la Constitución, en particular sus Artículos 31 y 35, el Director General es el funcionario principal técnico y administrativo de la OMS. Además, el párrafo 4.1 del Estatuto del Personal otorga al Director General amplias facultades para nombrar a los miembros del personal con arreglo a las necesidades de la Organización.

En su opinión, esa combinación de lo previsto en la Constitución y en el párrafo 4.1 del Estatuto del Personal es la base de la potestad del Director General para nombrar a los miembros del personal, incluido un Director General Adjunto. Si bien desde el mandato del Dr. Nakajima no ha habido Director General Adjunto en plantilla, ello no menoscaba la potestad del Director General, quien sigue estando facultado para nombrar a un Director General Adjunto sin necesidad de aprobación o confirmación por los órganos deliberantes.

La expresión «funcionario de más categoría de la Secretaría» es deliberadamente genérica, y designa a la persona situada en lo más alto del rango jerárquico, en función del grado y la duración del mandato. El Director General Adjunto siempre ha figurado en segundo lugar, después del Director General, en las enumeraciones de altos funcionarios del Estatuto del Personal o el Reglamento de Personal, en los que por otra parte se prevé la existencia de un solo Director General Adjunto, en contraposición a los múltiples posibles Subdirectores Generales Adjuntos o Directores Regionales. Además, durante el mandato del Dr. Nakajima y anteriores Directores Generales, el grado de Director General Adjunto se equiparó al de Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas. Se llegó por consiguiente a la conclusión de que el cargo de Director General Adjunto era el de más categoría de la Secretaría.

Con respecto al posible proceso para el nombramiento del futuro Director General, el orador observa que el artículo 109 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud es pertinente y debe considerarse junto con el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo. Sin embargo, ambos artículos no encajan bien en circunstancias excepcionales. El artículo 109 se redactó mu-

cho antes que el artículo 52 y no prevé plazos para la presentación de candidaturas, mientras que el artículo 52 fija varios plazos antes de que el Consejo se reúna para proponer el nombramiento de un Director General. Cabe la posibilidad de interpretar ambos artículos conjuntamente, con cierta flexibilidad. De forma alternativa, el Consejo puede convenir en suspender la aplicación del artículo 52 y adoptar una decisión especial a efectos de abordar la presente situación y acelerar el proceso de propuesta y nombramiento de un Director General. El Consejo puede, si lo estima oportuno, formular las recomendaciones apropiadas al respecto a la Asamblea de la Salud.

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General) confirma que el Dr. Lee le preguntó en noviembre de 2003 si estaría dispuesto a asumir las funciones en cuestión. Nunca vio el memorándum; simplemente se le informó sobre su contenido. La petición le honró y la aceptó. Ésa fue la voluntad del Dr. Lee, y lo único que puede hacer es respetarla. Como es natural, corresponde al Consejo examinar la cuestión y adoptar una decisión de conformidad con el artículo 113. El orador está preparado para gestionar el periodo de transición, que ha de ser breve y exento de tropiezos, si bien no tiene intención alguna de presentar su candidatura al puesto de Director General.

El Dr. WINT (Jamaica) es de la opinión de que, en aras de una transición y continuidad sin tropiezos, sería preferible acelerar el proceso y no esperar otro año hasta que el nuevo Director General entre en funciones.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) dice que su principal preocupación es cómo llenar a medio y largo plazo el vacío que ha dejado el prematuro fallecimiento del muy estimado Dr. Lee. Si bien tiene reservas con respecto a ciertos defectos en los textos de referencia y no le ha quedado claro si ha habido o no «efecto inmediato» alguno, de conformidad con lo prescrito por el Dr. Lee en su memorándum de noviembre de 2003, considera necesario seguir adelante y lograr que el periodo interino sea lo más breve posible. Acogiendo con beneplácito el anuncio del Dr. Nordström de que no presentará su candidatura al puesto, invita al Consejo a que reflexione sobre la cuestión fundamental del nombramiento del futuro Director General. La cuestión del periodo de interinidad se debe resolver sobre la base del artículo 113, que debe ocupar un lugar central en el examen que el Consejo haga de ese asunto en su 118ª reunión, la semana que viene.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) dice que la OMS tiene que mostrar un frente firme y unido, y hacerlo de forma adecuada. En particular, debe atenerse rigurosamente a los procedimientos jurídicos necesarios. El Asesor Jurídico y otros oradores se han referido a la posibilidad de abreviar el periodo interino en la medida de lo posible. ¿Qué medida podría adoptarse inmediatamente a tal fin, en el marco de la reunión extraordinaria en curso, teniendo en cuenta que en circunstancias normales el proceso de elección se prolonga alrededor de un año?

El Dr. GWENIGALE (Liberia) pregunta si se considera que los Directores Regionales forman parte de la Secretaría y, en tal caso, si la elección por el Dr. Lee del funcionario de más categoría está en conformidad con el espíritu del artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud. De las explicaciones ofrecidas por la Secretaría no se desprende con claridad si el sobre se abrió antes o después de que falleciera el Dr. Lee, y el orador pide que se aclare ese punto.

El Dr. RASHED (Jamahiriya Árabe Libia) dice que tiene reservas con respecto al memorándum y desea conocer el motivo por el que, pese a que se refiere al puesto de Director General Adjunto, el Consejo desconoció la existencia de ese documento durante tanto tiempo. El periodo interino se inició desde el momento en que falleció el Dr. Lee y, en vista del contenido del memorándum, el Consejo tiene que asumir su responsabilidad y adoptar una decisión adecuada. No hay necesidad de más demoras.

La Dra. HAFFADH (Bahrein) dice que le ha sorprendido y desconcertado el grado de confidencialidad en torno al nombramiento del Director General Adjunto. Aunque el Asesor Jurídico ha explicado que el Director General estaba en su derecho de nombrar a los miembros del personal, la oradora cree que debió haber una razón para adoptar esa decisión y mantenerla en secreto. Además, dice que el Consejo debió reunirse el día anterior para examinar la cuestión, ya que todos sus miembros se encontraban en Ginebra. La lectura de los diversos reglamentos y normas no permite establecer una diferencia clara entre funcionarios y miembros del personal; de hecho, la situación ha evidenciado que existen defectos en algunos de los textos, normas, reglamentos y procedimientos básicos, que se deberían revisar y rectificar.

La Dra. BOTROS SHOKAI (Sudán) dice que el Consejo tiene el deber de no mezclar los sentimientos con el deber al cumplir con sus responsabilidades hacia la OMS, para asegurar una transición sin tropiezos. Si el Consejo no logra permanecer unido y actuar con rapidez, la labor de la Organización se verá perjudicada. No obstante, toda medida adoptada por el Consejo debe estar en conformidad con la Constitución.

La oradora pide una definición de funcionario de más categoría y pregunta si el memorándum permaneció guardado desde noviembre de 2003, quiénes conocían su existencia y si indicaba de algún modo las personas que debían estar presentes cuando se abriera.

El Dr. BRUNET (Francia) dice estar seguro de que el difunto Director General obró con la mejor intención y en conformidad con las normas y los reglamentos de la Organización, que debían respetar tanto él mismo como el Consejo. Por consiguiente, los miembros deben respetar a su vez la decisión que adoptó a fin de asegurar que la Organización no tenga que enfrentarse a un vacío de poder y, por ende, a una situación de inestabilidad. El deber principal del Consejo es garantizar la continuidad dentro de la Organización, actuando con rapidez y eficacia para elegir a un nuevo Director General en las mejores condiciones posibles. También tiene el deber de modificar las normas para que la OMS esté mejor preparada en el futuro. El orador respalda plenamente la sugerencia del miembro representante de Islandia de que el Consejo aproveche la sesión en curso y haga tantos progresos como sea posible con respecto al examen del procedimiento para una pronta elección. Teniendo en cuenta que el Consejo tendrá otra oportunidad de trabajar unido para hallar la mejor solución en el marco de su 118ª reunión, que se celebrará la próxima semana, debería ser posible adoptar una decisión rápida.

El Dr. TANGI (Tonga) dice que las explicaciones del Asesor Jurídico han revelado deficiencias en las normas, los reglamentos y procedimientos, así como en el propio memorándum. La expresión «Director General Adjunto» sólo se menciona tres veces en el Estatuto del Personal, a saber, en relación con el juramento, los sueldos y prestaciones conexas, y la duración del mandato, pero no se mencionan ni el método ni la manera de llevar a cabo el nombramiento, una situación que debió haberse remediado antes. Sin duda alguna, el memorándum que el Consejo tiene ante sí se firmó en la creencia de que se hacía en interés de la Organización. Por consiguiente, podría considerarse como la última voluntad de una persona muy respetada. Pese a las incompatibilidades y deficiencias que puedan existir, el orador se sentirá cómodo y satisfecho respetando esa voluntad a modo de tributo de despedida, en caso de que el Consejo desee apoyar el documento.

No ve motivo alguno por el que no pueda combinarse lo dispuesto en el artículo 109 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y en el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, ya que el primero encomienda al Consejo la tarea de proponer un Director General y el segundo establece la forma de cumplir el mandato. En su 118ª reunión, el Consejo puede poner en marcha el procedimiento de forma que se complete en el plazo de seis meses, si convoca una reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud en enero de 2007, para elegir a un nuevo Director General, habida cuenta de que está facultado para ello en virtud de lo dispuesto en el Artículo 13 de la Constitución.

El Sr. AL-SHIBIB (Iraq) dice que, si trabaja unido, el Consejo puede sin lugar a dudas encontrar una solución rápida y transparente. Al orador le ha sorprendido el memorándum, que no considera

un nombramiento, y no se siente cómodo con el hecho de que se haya mantenido en secreto desde noviembre de 2003.

El Dr. JEAN LOUIS (Madagascar) dice que está a favor de que se acepte el memorándum de acuerdo con la voluntad del difunto Director General. A su entender, la declaración del Dr. Nordström no ha sido tendenciosa. Por consiguiente, tras la reunión extraordinaria en curso debería haber un periodo interino para la elección de un nuevo Director General.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) dice que nadie debe interpretar como una muestra de falta de respeto cualesquiera objeciones que se planteen a la elección de Director General Adjunto por el Dr. Lee. La intención sólo es garantizar que el procedimiento se lleve a cabo de manera transparente y en conformidad con el procedimiento reglamentario. Teniendo en cuenta que el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud dispone explícitamente que el funcionario de más categoría de la Secretaría debe ser quien actúe como Director General interino, es necesario dejar bien claro que, cuando se nombró al Dr. Nordström, nadie más se satisfacía ese criterio. En el futuro, sería aconsejable nombrar a un Director General Adjunto a fin de evitar que vuelva a producirse una situación similar.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) conviene en la necesidad de que la transición sea fluida para no dañar la imagen, la estabilidad ni la unidad de la Organización. Por tanto, está a favor de aceptar la decisión del Dr. Lee con respecto al nombramiento del Dr. Nordström, teniendo especialmente en cuenta que, al hacerlo, se demostrará también el respeto del Consejo por la memoria y la autoridad del difunto Director General. A fin de acelerar el proceso de nombramiento del nuevo Director General, el Consejo puede optar por iniciar el proceso en su 118ª reunión. Sin embargo, no sería prudente precipitar demasiado las cosas.

El Sr. SHIRALIYEV (Azerbaiyán) dice que el Dr. Lee, al designar al Dr. Nordström como Director General Adjunto, consideró obviamente que era el funcionario de más categoría conforme a lo dispuesto en el artículo 113. Sin embargo, conviene con anteriores oradores en que sería aconsejable que, en el futuro, el nombramiento del funcionario de más categoría de la Secretaría se anuncie abiertamente, para que esa persona asuma las funciones pertinentes de inmediato en caso de producirse un imprevisto. En opinión del orador, sería faltar al respeto de la memoria del difunto Director General proceder a la elección de su sucesor con prisas indebidas. Como es natural, el proceso debe llevarse a cabo de conformidad con las normas adecuadas.

El Dr. SINGAY (Bhután) está de acuerdo en cuanto a la necesidad de una transición rápida y fluida, y sobre la aceptabilidad de la designación del Dr. Nordström como Director General Adjunto. Sin embargo, es importante no perder de vista el hecho de que la OMS atraviesa una etapa de intensos cambios orgánicos, entre los que se incluyen el Undécimo Programa General de Trabajo, el Plan Estratégico a Plazo Medio y el proyecto de presupuesto por programas. Al Dr. Lee le habría decepcionado ver que los diversos procesos de reforma que inició no se llevan a término. Por consiguiente, el Consejo y el Director General interino tienen la responsabilidad de trabajar unidos para asegurar que los numerosos proyectos se concluyan satisfactoriamente.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) respalda también la necesidad de un periodo de transición armónico a fin de no perturbar el funcionamiento ordenado de la Organización. No tiene reservas a la hora de aceptar la elección de sucesor por el Dr. Lee, una decisión que con toda seguridad consideró beneficiosa para la OMS. La oradora conviene con el miembro representante de Islandia en que el proceso de elección debe gestionarse de manera rápida y plenamente compatible con los procedimientos correspondientes de la OMS. Sin embargo, si se considera que las normas pertinentes no son lo suficientemente claras, debe examinarse la posibilidad de revisarlas.

El Sr. SHUGART (Canadá) dice que el Dr. Lee evitó el sentimentalismo en su visión del mundo y de las necesidades de la Organización. Por lo tanto, se centró en cumplir las obligaciones dimanantes de su cargo de Director General y en abordar los riesgos y desafíos a que se enfrenta la OMS. El rosario continuo de enfermedades que pueden combatirse pero siguen siendo una plaga, así como los riesgos inherentes a las nuevas enfermedades infecciosas emergentes, en particular la gripe aviar, captaron su atención y a buen seguro agotaron prácticamente sus energías. No cabe duda de que el Dr. Lee, al firmar el memorándum objeto de examen, respetó la autoridad sin restricciones del Consejo Ejecutivo y el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud. El Consejo debe tratar de emular el enfoque exento de sentimentalismo del Dr. Lee y reconocer que su primera tarea es nombrar a un sucesor de forma puntual y adecuada, y al mismo tiempo garantizar que se mantengan la estabilidad y la unidad durante el periodo interino.

El Dr. SÁ NOGUEIRA (Guinea-Bissau) dice que el Director General Adjunto debe nombrarse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 113 y teniendo en cuenta el rango jerárquico de los miembros de la Secretaría. El artículo 109 describe con claridad el procedimiento y el plazo para la elección del próximo Director General.

El Dr. NYIKAL (Kenya) expresa dudas sobre el significado preciso del memorándum del Dr. Lee. Parece que éste, al nombrar Director General Adjunto al Dr. Nordström, le ascendió a la posición de funcionario de más categoría, con el deber de que desempeñara las funciones de Director General interino en caso necesario, mientras que se reconoce implícitamente que la decisión definitiva compete al Consejo Ejecutivo.

Varios oradores han señalado a la atención la conveniencia de respetar la última voluntad del Dr. Lee, pero en modo alguno queda claro que eso es lo que el Dr. Lee pretendía que fuera el memorándum. Parece más probable que el documento contuviera algo así como un arreglo de carácter exclusivamente práctico, destinado a abarcar un periodo durante el cual el Director General no estuviera en condiciones de desempeñar sus funciones, y en un momento en que no hubiera programadas reuniones del Consejo. Ejemplifica su buen juicio y liderazgo, y cabe afirmar casi con toda seguridad que su intención no fue otra que hacer posible un periodo de transición sin tropiezos. No obstante, si el Consejo va a seguir las orientaciones del Dr. Lee y designa Director General interino al Dr. Nordström, no está claro que éste vaya a asumir también el cargo de Director General Adjunto y, teniendo en cuenta su indicación de que no presentará candidatura al puesto de Director General, tampoco está claro si seguirá desempeñando esas funciones tras el nombramiento del próximo Director General. Las normas para nombrar al Director General Adjunto están muy lejos de ser claras y deben revisarse. El orador se suma al llamamiento hecho por otros oradores en favor de un proceso de transición rápido y fluido.

El Sr. MIHAI (Rumania) dice que acepta la explicación facilitada por el Asesor Jurídico y está dispuesto a respaldar la línea de acción descrita en el memorándum. Es incuestionable que el Dr. Lee actuó en todo momento teniendo en cuenta los mejores intereses de la Organización. A fin de mantener la continuidad en el marco de la OMS, el proceso de nombramiento de un nuevo Director General debería llevarse a cabo lo más deprisa posible, siempre que se cumplan estrictamente los requisitos legales.

El Dr. BUSS (Brasil) dice que también está a favor de una transición fluida que perturbe lo menos posible la labor de la Organización, en vista de los numerosos problemas sanitarios a los que debe hacer frente. Por consiguiente, apoya el nombramiento de un Director General interino que asuma las funciones de Director General durante un breve periodo de transición, durante el que se solicitarán y evaluarán las candidaturas al puesto. En su opinión, no hay estrategias claras para nombrar al próximo Director General. En su 118ª reunión, el Consejo puede optar por iniciar el proceso de designación y elección a fin de que, en su 119ª reunión, prevista para enero de 2007, esté en condiciones de proponer un nuevo Director General, que sería nombrado por la 60ª Asamblea Mundial de la Salud. De forma

alternativa, el Consejo, en su 118ª reunión, tal vez prefiera solicitar la presentación de candidatos y decida convocar una reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) expresa su agradecimiento al Dr. Nordström por aceptar las funciones de Director General interino, convocar la reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo y decidir que no presentará su candidatura al puesto de Director General. Al parecer, hay consenso sobre la necesidad de que el proceso de transición sea rápido y fluido, y el orador confía en que la Secretaría podrá ofrecer orientaciones sobre su posible duración. En aras de preservar la unidad de la OMS, el orador insta a los miembros del Consejo a que se abstengan de formular nuevas observaciones sobre el contenido del memorándum del Dr. Lee y a que, en lugar de ello, decidan revisar el Reglamento Interior a fin de evitar que vuelvan a producirse problemas similares en el futuro.

El Dr. VÍT (República Checa) se suma a otros oradores en el llamamiento hecho en favor de una transición sin tropiezos con respecto a la gestión de la Organización. Debe solicitarse la designación de candidatos al puesto de Director General en el plazo más breve posible; ello no obstante, el proceso debe llevarse a cabo de conformidad con lo previsto en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular los artículos 16, 109 y 113.

El Sr. MSELEKU (Sudáfrica)¹ dice que es importante asegurar que se respeten el procedimiento y los principios reglamentarios, y que sus observaciones sobre la cuestión, que el Consejo tiene ante sí, no afectan el profundo respeto que profesó al difunto Director General. El asesoramiento jurídico puede variar, pero está claro que, al firmar el memorándum en 2003, el Dr. Lee no se limitó a desempeñar su función ejecutiva nombrando a un miembro del personal ya que, en el caso, la persona en cuestión habría conocido las condiciones del nombramiento y el resto del personal de la Oficina del Director General habría sabido cuál era el rango jerárquico que se establecía a efectos de gestionar las funciones ejecutivas, lo que no parece que fuera el caso. Además, aparentemente las funciones de la persona designada no fueron operativas en momento alguno durante el periodo transcurrido desde 2003, pese a que el difunto Director General pudo no haber estado siempre en condiciones de desempeñar sus funciones oficiales, por ejemplo, durante sus vacaciones o cuando estuvo enfermo. Por consiguiente, puede concluirse que el memorándum se redactó, previo asesoramiento jurídico, a efectos exclusivamente de determinar el rango jerárquico sobre una base distinta de la antigüedad en el servicio, con el fin de abordar un imprevisto como el que de hecho se ha producido. Por lo tanto, el difunto Director General, al designar un sucesor, intentó proporcionar un mecanismo para aplicar lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, si bien respetó el derecho del Consejo Ejecutivo a adoptar una decisión definitiva al respecto. No obstante, el artículo 113 establece un procedimiento automático diseñado para entrar en vigor bajo ciertas condiciones, y no un mecanismo al que pueda recurrir el Director General titular; se habría aplicado aun en caso de que no se hubiera redactado memorándum alguno. Al avanzar en aras de la armonía, el Consejo debe aplicar los principios establecidos en el artículo 113 y adoptar una decisión cauta con respecto a la cuestión del rango jerárquico y a si es adecuado apoyar los arreglos que se han puesto en marcha. Ese planteamiento no debe impedir una transición sin tropiezos en la gestión de la Organización.

La Sra. HALTON (Australia) también da las gracias al Presidente por pedir que se celebre la reunión extraordinaria del Consejo. El difunto Director General intentó disponer lo necesario para asegurar que la OMS prosiguiera sus esfuerzos por mejorar la salud mundial. El memorándum demuestra que comprendió la función constitucional del Consejo Ejecutivo, que tiene que asumir la responsabilidad de decidir cuál es la mejor forma de proceder. Es esencial que la transición sea fluida. El Consejo tiene dos tareas inmediatas. La primera es encontrar un nuevo Director General. Si bien es importante hacerlo cuanto antes, también es fundamental que se encuentre a la persona idónea para

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

el puesto y se dedique el tiempo necesario a ello. El Asesor Jurídico puede ofrecer orientaciones sobre la mejor manera de conseguirlo. En lugar de adoptar una decisión precipitada en la reunión en curso sobre el procedimiento que debe seguirse, sería preferible que el Consejo conviniera de inmediato en que debe hacerse todo lo necesario para resolver la cuestión con rapidez, y pidiera que se prepare la documentación donde se describan detalladamente las opciones disponibles a fin de que el Consejo la examine atentamente en su próxima reunión ordinaria.

La segunda tarea del Consejo es adoptar una decisión con respecto a los arreglos interinos. La oradora acoge con beneplácito la indicación del Dr. Nordström de que no considerará la posibilidad de presentar su candidatura al puesto de Director General, ya que es importante centrarse en el medio y largo plazo, y no en las consideraciones políticas a corto plazo. La oradora confía en que el Consejo encuentre soluciones adecuadas teniendo en cuenta lo que más beneficie a la OMS, a la transición y, por ende, a la salud en todo el mundo, de conformidad con lo previsto en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud. Aunque puedan haberse acogido con sorpresa, respalda las disposiciones establecidas por el difunto Director General que, siendo una persona que no se dejaba guiar por el sentimentalismo, sin duda procedió con cautela y reflexionó sobre la cuestión.

Los acontecimientos han demostrado que también convendría proceder a un examen del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo a su debido tiempo.

El Sr. R. M. SINGH (Nepal) hace hincapié en la importancia de que el Consejo actúe con sabiduría y prudencia; debe adoptar una decisión justa, racional y aceptable que asegure una transición y continuidad sin tropiezos para las actividades de la OMS. El orador conviene en que, a su debido tiempo, deberán examinarse los reglamentos interiores a fin de impedir que surjan problemas a la hora de afrontar una contingencia de este tipo en el futuro.

El PRESIDENTE dice que varios oradores se han referido al memorándum firmado por el difunto Director General como su última voluntad. Sin embargo, no debería considerarse como tal, ya que las condiciones que en él se estipulan incluyen la posibilidad de que el Dr. Lee pudiera volver a desempeñar sus funciones. El Consejo tiene la responsabilidad de adoptar una decisión racional, de conformidad con el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y teniendo en cuenta lo establecido en el memorándum.

Tan pronto tuvo noticia del fallecimiento del Director General, pidió que se celebrara una reunión con la Presidenta saliente de la Asamblea Mundial de la Salud, a fin de examinar el artículo 113 y solicitar que se convocara inmediatamente una reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo. Ha habido cierta reticencia a la hora de convocar la reunión extraordinaria debido a consideraciones de orden logístico, a la proximidad de la 118ª reunión del Consejo (programada para el 29 de mayo de 2006), en la que se modificará la composición de éste, y a la opinión de que el Consejo simplemente tiene que respaldar los arreglos establecidos en el memorándum. El orador insistió en que el Consejo tenía la responsabilidad de adoptar esa decisión lo antes posible y en que, teniendo en cuenta que todos sus miembros actuales estaban disponibles, la reunión debía convocarse de inmediato.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que sería útil escuchar las respuestas a las distintas preguntas formuladas por los miembros del Consejo a fin de aclarar la posición actual y ayudar al Consejo a cumplir la única finalidad de su reunión extraordinaria, es decir, encontrar soluciones con respecto al puesto de Director General. El Consejo debe tener en cuenta todos los hechos pertinentes, y su primera tarea es examinar las disposiciones interinas previstas por el difunto Director General quien, según el Asesor Jurídico, estaba facultado para establecerlas. El tiempo de que se dispone es limitado, por lo que el Consejo debe proceder sistemáticamente a fin de determinar si esas disposiciones son aceptables, si el proceso para establecerlas fue o no erróneo, y si la persona designada es la adecuada. En caso de considerarse que el proceso fue erróneo, el Consejo debe decidir si ello invalida las disposiciones. En ese caso, o si el candidato se considera inadecuado, habrá que establecer otros arreglos. No basta con criticar los arreglos propuestos, ya que el Consejo debe respaldarlos o rectificarlos.

A continuación, el Consejo debe examinar la forma de proceder para seleccionar a un nuevo Director General, basándose en su experiencia relativamente reciente con respecto a los nombramientos de la Dra. Brundtland y el Dr. Lee. Es importante encontrar candidatos adecuados, por lo que no es aconsejable acelerar el proceso; sin embargo, debería ser posible haberlo ultimado para la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE advierte al Consejo de que no debe precipitar los acontecimientos; la cuestión inmediata es el nombramiento del Director General interino. Después puede centrarse la atención en la elección de un nuevo Director General. Invita al Asesor Jurídico a que aclare algunas de las cuestiones que se han planteado.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) dice que, en general, esas cuestiones se centran en tres puntos principales: las circunstancias en que se redactó el memorándum del Dr. Lee por el que se nombraba un Director General Adjunto; los términos «funcionario» y «funcionario de más categoría de la Secretaría»; y la forma en que el proceso normal de nombramiento de un nuevo Director General puede acelerarse sin precipitación.

El orador no especulará sobre los motivos que llevaron al Director General a redactar el memorándum. Sólo puede transmitir lo que se le ha dicho y él mismo sabe, y ofrecer su evaluación profesional del proceso. Cuando ocupó su cargo, el anterior Asesor Jurídico le informó de que, a petición del Dr. Lee, se habían entablado debates con respecto a las posibles contingencias en caso de producirse las situaciones previstas en el artículo 113; se establecieron una serie de arreglos que quedaron recogidos en el memorándum, y el Director General quiso que éste fuera confidencial. El orador recibió el sobre y lo guardó bajo llave, de acuerdo con las instrucciones del Director General.

El Dr. Nordström ha señalado que el Director General le preguntó si aceptaba el nombramiento y los términos del memorándum, y que él los aceptó. La oferta del Dr. Lee y la aceptación por el Dr. Nordström constituyen un contrato legal en el sentido de un nombramiento válido. La decisión del Director General incluía dos pasos: el nombramiento del Dr. Nordström como Director General Adjunto tendría efecto inmediato, pero el desempeño de las funciones de Director General interino y de Director General Adjunto se aplazaría y estaría sujeto a ciertas condiciones. Hasta que no se han dado esas condiciones, lo que desafortunadamente sucedió ayer, el Dr. Nordström ha seguido desempeñando las funciones de Subdirector General.

En el artículo 113 se alude específicamente al «funcionario de más categoría de la Secretaría». Al comparar el texto en los distintos idiomas oficiales, el orador ha concluido que el término «funcionario» se utiliza genéricamente para referirse a todo aquel que preste servicio en la Secretaría. De ello infiere que la intención de los redactores de ese artículo fue utilizar un término que no diferenciara sino abarcara todas las categorías de personas que prestan servicios en la Secretaría, tanto las elegidas como las nombradas por el Director General. De acuerdo con esa interpretación, el Director General tiene la prerrogativa de nombrar a un funcionario al puesto de la máxima categoría con el fin de cumplir lo dispuesto en el artículo 113. En la práctica, el criterio principal que se utiliza en la OMS y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas para determinar el rango jerárquico es el grado, seguido de la duración del mandato en el grado. Ese principio también queda reflejado en la escala de sueldos: un Director General Adjunto es retribuido en el mismo nivel que un Subsecretario General de las Naciones Unidas. Por lo tanto, el Director General puede determinar quién es el «funcionario de más categoría». En su calidad de Asesor Jurídico, el orador no considera que el rango jerárquico sea un proceso biológico, puesto que también viene determinado por decisiones ejecutivas que están basadas en las atribuciones que la Constitución otorga al Director General.

En respuesta a la pregunta formulada por el miembro representante de Kenya sobre si el nombramiento del Dr. Nordström como Director General Adjunto se prolongará indefinidamente, el orador dice que el memorándum establece con claridad que el nombramiento está vinculado a las circunstancias específicas que en él se indican, a saber, que el Dr. Nordström sería el funcionario de más categoría de la Secretaría y desempeñaría las funciones de Director General interino si algo le sucedía al Dr. Lee. Por consiguiente, el nombramiento está sujeto a ciertas condiciones y se prolongará mientras

éstas persistan; finalizará, por ejemplo, si el Consejo decide designar a otra persona como Director General interino, o cuando la Asamblea de la Salud nombre a un nuevo Director General.

Para abreviar el proceso de nombramiento de un nuevo Director General es preciso seguir varios pasos. El Consejo debe adoptar una decisión clara para suspender el proceso normal previsto en el Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, en particular el artículo 52. Además, el Consejo debe adoptar una decisión sobre el proceso aplicable en las actuales circunstancias. Varios miembros han propuesto que la Secretaría presente diversas opciones para que el Consejo las examine en su 118ª reunión. En la reunión extraordinaria en curso, los miembros tendrán que adoptar una decisión de principio en el sentido de que esa es la voluntad del Consejo, y pedir a la Secretaría que presente planes detallados. Aun en el caso de que el Consejo decida suspender la aplicación del artículo 52, tendrá que decidir el calendario y las etapas del proceso. Es difícil prever una alternativa a la convocatoria de dos reuniones extraordinarias: en primer lugar, una reunión extraordinaria del Consejo, que se celebre más adelante este mismo año, para examinar las candidaturas y proponer una persona y, a continuación, otra reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud, antes de mayo de 2007, para considerar la propuesta de nombramiento.

El PRESIDENTE formula observaciones sobre el costo de ese ejercicio.

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General) confirma que conocía tanto el nombramiento como las condiciones por las que el desempeño de las funciones de Director General Adjunto quedaba en suspenso a menos que, o hasta el momento en que, se produjeran las circunstancias especificadas en el memorándum. No había visto el memorándum hasta la mañana de ayer, pero conocía íntegramente su contenido. El Director General le hizo una propuesta, y él la aceptó. No tiene la intención de defender o formular observaciones sobre la decisión del Dr. Lee de mantener el asunto en secreto pero, en aras de la transparencia, desea compartir lo que le comunicó. El Dr. Lee otorgaba facultades a su personal directivo, prestándoles todo su apoyo y responsabilizándolos plenamente respecto de la prestación de sus servicios. Por ese motivo optó por no nombrar un Director General Adjunto; quiso que los Directores Regionales tomaran la iniciativa en las regiones y que los Subdirectores Generales hicieran lo propio con respecto a las cuestiones sustantivas pertinentes. El Dr. Lee examinó con el orador la cuestión de si debía hacerse público su nombramiento como Director General Adjunto, pero decidió que no lo haría por las mencionadas razones.

El PRESIDENTE recuerda que el cargo de Director General Adjunto, que había existido en el ámbito de la Secretaría, se suprimió debido a que uno de los titulares presentó su candidatura en contra del que era entonces Director General. Ese es el motivo por el que se invoca el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) amplía las explicaciones sobre los acontecimientos que se produjeron durante el mandato del Dr. Nakajima. Durante el proceso de propuesta de candidatos, al final de su primer mandato, el Director General Adjunto presentó, en efecto, su candidatura al puesto. Tras la reelección del Dr. Nakajima como Director General se produjo un paréntesis en el que se abstuvo de nombrar un Director General Adjunto, que se prolongó hasta ya avanzado su segundo mandato. La Dra. Brundtland decidió prescindir del cargo de Director General Adjunto durante todo su mandato.

La Sra. LE THI THU HA (Viet Nam) apoya el llamamiento en favor de asegurar una transición y continuidad sin tropiezos. Respalda el nombramiento del Dr. Nordström como Director General Adjunto. Con respecto a la propuesta de nombramiento de un nuevo Director General, conviene con anteriores oradores en que es necesario que la Secretaría proporcione orientaciones sobre el proceso.

El Dr. PHOOKO (Lesotho) hace también un llamamiento a favor de una transición sin tropiezos en el contexto de lo que es, de hecho, una crisis, y pide que se siga el procedimiento reglamentario.

Persisten malentendidos de diversa índole que aún es preciso aclarar; el Consejo afronta una emergencia con repercusiones jurídicas, y por ello los oradores, que no son juristas, han formulado numerosas preguntas de carácter legal. Al parecer, el artículo 113 se redactó a fin de abordar un posible vacío de autoridad: si se producía una vacante, se aplicaría de inmediato, lo que permitiría al funcionario de más categoría colmar ese vacío hasta que el Consejo Ejecutivo adoptara la decisión necesaria. Si esa interpretación es correcta, y teniendo en cuenta que el trágico fallecimiento se produjo cuando la mayoría de los miembros del Consejo se encontraban en Ginebra, el Consejo debía reunirse para responder a la emergencia, una medida que, en sí misma, dejaría sin efecto el memorándum del Dr. Lee. Tanto la Constitución (Artículo 35) como el Estatuto del Personal (párrafo 4.1) autorizan al Director General a nombrar al personal; además, en el párrafo 4.5 del Estatuto del Personal se especifican los tipos de nombramiento, entre los que se incluye el de Director General Adjunto. Así pues, en dichos instrumentos se prevé el recurso a efectuar nombramientos a fin de asegurar el funcionamiento de la OMS, y el ejercicio que llevó a cabo el Dr. Lee probablemente tenía por finalidad abordar ese aspecto. Sin embargo, no tenía claro el orden del proceso. El Dr. Lee pudo haberse quedado a las puertas de seguir adelante con el proceso de informar al Consejo Ejecutivo, para que éste pudiera completar el ejercicio de designación de un Director General interino. El Consejo debe resolver esa cuestión sin preocuparse de cuáles fueron los posibles motivos del difunto Director General en el momento de firmar el memorándum que, visto desde la actual perspectiva, parece formar parte de un proceso de aplicación de las disposiciones de la Constitución y del Estatuto del Personal.

El Dr. ZAMBRANO CEDEÑO (Ecuador) señala que cualquier decisión que se adopte debe tener una base legal objetiva. Los reglamentos pertinentes otorgan al Consejo potestad para resolver las dificultades actuales. El orador hace hincapié en que el Consejo debe mantenerse unido para resolver las cuestiones planteadas. Es preciso actuar con rapidez, pero con conocimiento, prudencia y tranquilidad.

Las disposiciones de los artículos 109 y 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud permiten llegar a una conclusión con respecto al tema de la interinidad. Se han proporcionado orientaciones al Consejo, que debe examinarlas para poder formular las decisiones que está autorizado a adoptar.

El Dr. TOGUCHI (Japón), acogiendo con beneplácito la clara explicación del Asesor Jurídico acerca de la cuestión del Director General interino, pide que se respete la última voluntad del Dr. Lee. Los miembros del Consejo tienen la responsabilidad de asegurar una transición y continuidad sin tropiezos. El orador apoya también el llamamiento en favor de abreviar el periodo interino, si bien cree que acelerar el proceso de elección de un nuevo Director General no será fácil, sobre todo si se espera una decisión en las próximas horas sin tener acceso a los datos sobre los plazos o el costo. La cuestión debe aplazarse para que el Consejo la examine en su 118ª reunión, que se celebrará la próxima semana.

El PRESIDENTE está de acuerdo con esa propuesta; la cuestión objeto de examen en la reunión extraordinaria en curso es la relativa al Director General interino.

El Dr. FRENK (México) señala que el Consejo está de acuerdo sobre algunos principios básicos. En primer lugar, la Organización se enfrenta a una situación extraordinaria; los procesos ordinarios contemplados en los diversos ordenamientos tienen que ser interpretados a la luz del carácter extraordinario de la circunstancia actual. En segundo lugar, a la hora de responder a esta situación de crisis debe prevalecer sobre todo el mejor interés colectivo de la Organización. Por consiguiente, es esencial que prevalezca un clima de confianza entre los integrantes del Consejo. Deben dejarse a un lado las discusiones sobre los detalles de procedimiento, respecto de los cuales el Asesor Jurídico ha ofrecido indicaciones claras. En tercer lugar, la Organización se enfrenta a una crisis en un momento en que la cuestión de la salud es más importante que nunca en la agenda global de la seguridad y del desarrollo. Por consiguiente, la situación actual no puede prolongarse.

Deben adoptarse varias decisiones a fin de evitar una crisis prolongada. Convendrá someter a un proceso formal de decisión si el Consejo desea ratificar la posición actual del Dr. Nordström como

Director General interino. El proceso específico para abreviar el periodo de interinato requiere una mayor reflexión. El artículo 53 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, conjuntamente con el artículo 43, establecen la posibilidad de que el Consejo modifique algunos de los procedimientos a ese respecto. Puede solicitarse a la Secretaría que presente una serie de opciones para abreviar el periodo de interinidad a fin de que el Consejo Ejecutivo las examine en su 118ª reunión. Sería preferible que esa cuestión se incluyera en el primer punto del orden del día.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) señala que, en el memorándum, el difunto Director General tuvo en cuenta las diferentes eventualidades que podían producirse. En consonancia con la estructura de su gestión, no quiso introducir un nivel jerárquico entre él mismo, los Directores Regionales y los Subdirectores Generales. Aunque pueda parecer que actuó de forma incompatible con el concepto de transparencia, preparó el memorándum para afianzar el futuro de manera racional, y eligió a una persona más joven y enérgica que hiciera lo propio durante el periodo interino.

El orador propone dos proyectos de decisión para someterlos a la consideración del Consejo:

1. El Consejo Ejecutivo pide a la Secretaría que inicie de inmediato el proceso de elección del nuevo Director General y presente un plan para someterlo a la aprobación del Consejo en su próxima reunión, con el fin de que la elección del nuevo Director General pueda llevarse a cabo en el plazo más breve posible.
2. El Consejo Ejecutivo conviene con la propuesta presentada por el difunto Director General en el memorándum de fecha 14 de noviembre de 2003 por el que se aprueba la designación del Dr. Anders Nordström como Director General interino para el periodo de transición que transcurra hasta que se elija un nuevo Director General.

Naturalmente, otras personas pueden desempeñar esa función de forma igualmente satisfactoria, y la cuestión puede examinarse en profundidad. Ello no obstante, el orador pide al Consejo que someta sus propuestas a votación lo antes posible.

El PRESIDENTE, conviniendo en que los proyectos de decisión se presentarán al Consejo, destaca que, en su opinión, el memorándum del difunto Director General no puede considerarse como su última voluntad, teniendo en cuenta que la primera condición que establece reza como sigue: «hasta la fecha en que... yo pueda desempeñar nuevamente las funciones de Director General». Si hubiera tenido la intención de que el memorándum fuera un testamento, no habría incluido esa cláusula.

El Dr. TANGI (Tonga) expresa su apoyo a la propuesta de proceder a una votación en el Consejo.

El orador explica el uso que ha hecho antes del término «última voluntad», e indica que el Director General falleció a las 7.43 horas del 22 de mayo y el sobre se abrió a las 8.00 horas de ese mismo día. Contenía la última declaración que el Director General quería que se leyera tras su muerte. En el momento de la apertura, no era aplicable el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, sino su artículo 109.

El Dr. RASHED (Jamahiriya Árabe Libia) no está de acuerdo con la indicación del Asesor Jurídico de que el rango jerárquico no constituye un proceso biológico. El proceso biológico es un componente del rango jerárquico; de lo contrario, no se guardaría el debido respeto a la veteranía. El rango jerárquico tampoco puede suponer «saltarse el turno»; se trata de un proceso con múltiples factores por el que una persona alcanza su objetivo mediante la experiencia y el trabajo constante.

Refiriéndose a los términos «propuesta de nombramiento» y «nombramiento», el orador señala, a modo de ejemplo, que los grupos regionales proponen a los miembros del Consejo, y la Asamblea de la Salud aprueba esa propuesta, que es semejante a una elección. El nombramiento es distinto; puede nombrarse a una persona para cualquier puesto, sin necesidad de aprobación. El orador tampoco acepta la explicación relativa a los términos «personal» y «funcionario», que no se corresponde con las

definiciones anteriores. Por consiguiente, no debe considerarse que el memorándum sea jurídicamente vinculante ya que constituye un nombramiento. La cuestión del Director General interino debe someterse a votación a fin de adoptar una decisión sobre el titular.

El Dr. NYIKAL (Kenya) respalda el primer proyecto de decisión propuesto por el miembro representante de Islandia, pero no apoya el segundo. El Consejo no puede adoptar ninguna medida que sea discutible desde el punto de vista jurídico. El memorándum no está fuera de toda discusión jurídica; un Director General en funciones no puede aplicar el espíritu del artículo 113, ya que en éste se presupone que no hay Director General. A ese respecto, el orador dice que probablemente es aplicable el artículo 109. Propone que se deje a un lado el memorándum. El Consejo, con la orientación de la Secretaría, debe identificar al Subdirector General de más categoría quien, de hecho, podría ser el Dr. Nordström. El Consejo debe actuar con arreglo a las atribuciones que se le han otorgado, no conforme a un memorándum que más adelante pueda ponerse en entredicho y sienta un precedente.

El Sr. SHUGART (Canadá) señala que el difunto Director General previó varias eventualidades en su memorándum. La primera es que puede no llegar a producirse ninguna situación desafortunada, razón por la que indica que el Director General Adjunto no asumirá sus funciones a menos que esa situación se produzca. La segunda es que esa situación puede ser únicamente temporal, tal como se indica en la cláusula (i). La tercera es que la situación tenga carácter permanente, lo que explica la referencia a que su cargo quede vacante antes de que finalice su mandato. Además, puede suponerse que identificó al funcionario de más categoría al nombrar Director General Adjunto al Dr. Nordström para que ejerciera esas funciones en caso necesario. Así pues, el difunto Director General anticipó de hecho la aplicación del artículo 113, para que se conociera la identidad del funcionario de más categoría en el momento adecuado.

El difunto Director General no dictó una línea de acción al Consejo; de hecho, tanto el memorándum como el artículo 113 coinciden en que la autoridad definitiva reside en el Consejo. Por consiguiente, el orador apoya la propuesta formulada por el miembro representante de Islandia de que el Consejo decida si el Dr. Nordström es el Director General interino, que es la única propuesta específica objeto de examen.

El Dr. PARIRENYATWA (Zimbabue)¹ insta al Consejo a que adopte una decisión basada en principios y evite que el proceso utilizado por el difunto Director General sienta un precedente. Dicho proceso no debe utilizarse en el futuro, ya que ha provocado una confusión considerable. Sin tener en cuenta el memorándum, el Consejo actual debe determinar quién es el alto funcionario de más categoría, o más competente, o más apto dadas las circunstancias. Los Estados Miembros se sentirán cómodos si se identifica a una persona, que podría ser el Dr. Nordström o cualquier otra persona, de acuerdo con esos criterios, pero no lo estarán si la decisión se basa únicamente en el memorándum.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) expresa su apoyo a las propuestas de los miembros representantes de Islandia y del Canadá.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) propone que el Presidente defina los pasos iniciales sobre la base de los principios generales mencionados *supra*. En primer lugar, y sin tener en cuenta el memorándum del difunto Director General, el Consejo podría ejercer su prerrogativa para seleccionar al Director General interino. En segundo lugar, podría determinar el método y el calendario para seleccionar al futuro Director General; en esencia, podría decidir si va a acelerar el proceso bajo ciertas condiciones o va a seguir el procedimiento normal. De ese modo, la cuestión se podría tratar con más rapidez en la 118ª reunión.

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

El PRESIDENTE observa que, cuando se hayan expresado todas las opiniones, surgirá un punto de vista común, y afirma que el Consejo no se dividirá con una votación, pues tiene que haber consenso.

El Dr. BRUNET (Francia) dice que, hasta ahora, todos los participantes en el debate se han mostrado de acuerdo en que es necesario adoptar dos decisiones: la primera sobre quién asumirá la responsabilidad de inmediato a fin de asegurar la continuidad y dirigir la Organización durante el periodo interino; y la segunda sobre la forma de elegir al próximo Director General, algo que la mayoría de los miembros desean que tenga lugar en las mejores condiciones y lo más rápidamente posible.

La propuesta formulada por el miembro representante de Islandia ha recibido el apoyo de varios países; ahora se debería presentar a examen. Todo el mundo entiende que cada cual debe asumir sus responsabilidades a la hora de encontrar una solución; aun en el caso de que no sea posible lograr un consenso, una propuesta escrita ofrecerá al menos algo específico sobre lo que trabajar, para no seguir discutiendo sobre los detalles.

El Dr. NYIKAL (Kenya) reconoce que el debate avanza; sin embargo, no puede respaldar la propuesta del miembro representante de Islandia si se utiliza la palabra «aprueba». Por respeto al Dr. Lee está dispuesto a aceptar el nombre de la persona por él designada; también puede apoyar una opción en que se proponga el nombre del Dr. Nordström, ya que eso permitirá incluir los nombres de sus rivales. Sin embargo, utilizar la palabra «aprueba» obligaría al Consejo a aceptar la ambigüedad del puesto de Director General Adjunto, lo cual supone un paso hacia atrás, y conduce a una falta de transparencia que ya existió en el pasado.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) sugiere una nueva redacción. El texto rezará así:

Tras reflexionar sobre el memorándum del difunto Director General, de fecha 14 de noviembre de 2003, el Consejo Ejecutivo decidió aprobar que el Dr. Anders Nordström actuara como Director General interino durante el periodo que transcurra hasta que se elija a un nuevo Director General.

La Dra. HAFFADH (Bahrein) propone que sea el nombre del Dr. Gezairy, Director Regional para el Mediterráneo Oriental, quien actúe como Director General interino, aduciendo que es el funcionario de más categoría.

El PRESIDENTE recuerda al Consejo las opciones que tiene ante sí. La primera se refiere al artículo 113, que proporciona una explicación clara de las medidas que deben adoptarse dadas las circunstancias. La otra opción está representada por el memorándum del Dr. Lee.

La Sra. HALTON (Australia) pide asesoramiento sobre el orden en que deben examinarse las propuestas. En vista del hecho de que el miembro representante de Islandia ya ha formulado una propuesta, la oradora dice que agradecerá que se examine en primer lugar.

Se suspende la sesión a las 21.50 horas, y se reanuda a las 22.40 horas.

El PRESIDENTE anuncia que el Dr. Gezairy, en consonancia con su compromiso de larga data respecto de la unidad y mejora de la Organización, le ha comunicado que no presentará su candidatura. Hay que agradecer al Dr. Gezairy su gesto valioso y audaz.

Al parecer, se ha llegado a un consenso con respecto a un proyecto de decisión que rezaría como sigue:

El Consejo Ejecutivo decide, de conformidad con el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, nombrar al Dr. Anders Nordström para que actúe como Director

General interino hasta que sea nombrado y asuma el cargo el nuevo Director General de la Organización Mundial de la Salud.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) apoya plenamente la modificación introducida en su anterior propuesta.

El Dr. NYIKAL (Kenya), observando que todo el debate ha sido provocado por la falta de claridad con respecto al puesto de Director General Adjunto, dice que puede apoyar la propuesta si se conviene en adoptar una nueva decisión que indique que la cuestión relativa a ese cargo quedará resuelta, y en presentar un informe al respecto antes de que finalice la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) subraya que la Secretaría debe actuar en consulta con el Consejo Ejecutivo al examinar las alternativas para resolver la cuestión.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) confirma que la Secretaría presentará un informe sobre ese tema al Consejo Ejecutivo.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo conviene en pedir a la Secretaría que examine la cuestión relativa al cargo de Director General Adjunto. Invita también al Consejo a que examine un proyecto de decisión que diga lo siguiente:

El Consejo Ejecutivo pide a la Secretaría que presente a la consideración del Consejo, en su próxima reunión, diversas opciones relativas a la aceleración del proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud.

En respuesta a la pregunta formulada por el Dr. NYIKAL (Kenya), el PRESIDENTE propone añadir la frase «El Consejo Ejecutivo, en su 118ª reunión, fijará un plazo para la realización de ese proceso», para que pueda hacerse responsable a la Secretaría de cualquier posible demora.

Se adoptan las decisiones, en su forma enmendada.¹

El DIRECTOR GENERAL INTERINO da las gracias al Presidente por la prontitud con que ha actuado y dice que, al responder a la situación, la Secretaría nunca ha puesto en tela de juicio la importancia del examen de esa cuestión por el Consejo. También expresa su agradecimiento al Dr. Gezairy, con quien trabajará en estrecha colaboración. Se ha comprometido a asegurar la continuidad en el funcionamiento de la Organización durante el periodo interino, a que el proceso de elección del Director General sea eficiente y, tal como ha mencionado el miembro representante de Bhután, a llevar adelante, en estrecha consulta con el Consejo, la visión del difunto Director General, que se refería en particular al hecho de trabajar como una Organización, algo que el Dr. Lee resumió en la frase siguiente: «hacer lo correcto en el lugar adecuado y de la forma adecuada».

La situación actual, si bien es única en la historia de la Organización, ha revelado deficiencias en la reglamentación, y es importante aprender de esa experiencia. El orador dice que espera con interés trabajar en estrecha colaboración con el Consejo en su 118ª reunión, a fin de examinar la manera en que pueden introducirse mejoras de cara al futuro.

Se levanta la sesión a las 22.50 horas.

¹ Decisiones EBSS(1), EBSS(2) y EBSS(3).



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO

118ª REUNIÓN

GINEBRA, 29-31 DE MAYO DE 2006

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

ACTAS RESUMIDAS

**GINEBRA
2006**

INTRODUCCIÓN

La 118ª reunión del Consejo Ejecutivo se celebró en la sede de la OMS, Ginebra, del 29 al 31 de mayo de 2006.

La 59ª Asamblea Mundial de la Salud eligió 12 Estados Miembros facultados para designar a una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo¹ en sustitución de aquellos cuyo mandato había expirado, con lo cual la nueva composición del Consejo es la siguiente:

País que ha designado al miembro del Consejo	Mandato pendiente²	País que ha designado al miembro del Consejo	Mandato pendiente²
Afganistán	3 años	Kenya	1 año
Australia	1 año	Lesotho	1 año
Azerbaiyán	2 años	Letonia	3 años
Bahrein	1 año	Liberia	2 años
Bhután	2 años	Luxemburgo	1 año
Bolivia	1 año	Madagascar	2 años
Brasil	1 año	Malí	3 años
China	3 años	México	2 años
Dinamarca	3 años	Namibia	2 años
Djibouti	3 años	Portugal	2 años
El Salvador	3 años	Rumania.....	1 año
Eslovenia	3 años	Rwanda	2 años
Estados Unidos de América	3 años	Singapur	3 años
Iraq	2 años	Sri Lanka	3 años
Jamahiriya Árabe Libia	1 año	Tailandia	1 año
Jamaica	1 año	Tonga	1 año
Japón	2 años	Turquía	3 años

Los detalles relativos a los miembros designados por los mencionados Estados Miembros figuran en la lista de miembros y otros participantes.

¹ En virtud de la decisión WHA59(8). Los miembros salientes habían sido designados por el Canadá, el Ecuador, Francia, Guinea-Bissau, Islandia, Nepal, el Pakistán, la República Checa, el Sudán y Viet Nam.

² En la fecha de clausura de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud.

ÍNDICE

	Página
Introducción	51
Orden del día	57
Lista de documentos	59

PARTE I

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

EB118.R1	Talasemia y otras hemoglobinopatías	63
EB118.R2	Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud	64
EB118.R3	Control de la leishmaniasis	66
EB118.R4	Reforzamiento de los sistemas de información sanitaria	68
EB118.R5	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal	70

Decisiones

EB118(1)	Composición del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales del Consejo Ejecutivo	72
EB118(2)	Composición del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo	72
EB118(3)	Designación de los representantes del Consejo Ejecutivo en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud	72
EB118(4)	Fecha, lugar y duración de las reuniones 119ª y 120ª del Consejo Ejecutivo ..	73
EB118(5)	Lugar, fecha y duración de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud	73

ANEXOS

1.	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal	75
2.	Repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo	98

PARTE II

ACTAS RESUMIDAS

Lista de miembros y otros participantes	105
Comités y grupos de trabajo	125

Primera sesión

1.	Apertura de la reunión y adopción del orden del día	127
2.	Elección de Presidente, Vicepresidentes y Relator	128
3.	Programa de trabajo	129
4.	Resultados de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud	130
5.	Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo	131
6.	Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud	131

Segunda sesión

1.	Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud (continuación)	136
2.	Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud	138
3.	Asuntos técnicos y sanitarios	
	Control de la leishmaniasis	141
	Talasemia y otras hemoglobinopatías	145

Tercera sesión

1.	Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
	Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS.....	150
	Mitigación de los efectos del arsénico presente en las aguas subterráneas	156
2.	Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud (continuación).....	158

Cuarta sesión

1.	Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud (continuación)	165
2.	Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
	Control de la leishmaniasis (continuación)	165
	Tecnologías sanitarias esenciales	168

3.	Asuntos para información	
	Sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	175
4.	Asuntos administrativos, presupuestarios y financieros	
	Asignación estratégica de recursos	181
	Comités del Consejo Ejecutivo: provisión de vacantes	184
	Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud	186
5.	Asuntos para información (reanudación)	
	Informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA58.23 (Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación)	188
	Comités de expertos y grupos de estudio	188

Quinta sesión

1.	Homenaje a la memoria del Dr. Lee	189
2.	Asuntos de personal	
	Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS	189
	Confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal	192
3.	Asuntos para información (continuación)	
	Cibersalud: terminología normalizada	197
4.	Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
	Uso racional de los medicamentos: progresos en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS (continuación)	198
5.	Clausura de la reunión	199

ORDEN DEL DÍA¹

1. Apertura de la reunión y adopción del orden del día
2. Elección de Presidente, Vicepresidentes y Relator
3. Resultados de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud
4. Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
5. Asuntos técnicos y sanitarios
 - 5.1 Control de la leishmaniasis
 - 5.2 Talasemia y otras hemoglobinopatías
 - 5.3 Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS
 - 5.4 Mitigación de los efectos del arsénico presente en las aguas subterráneas
 - 5.5 Tecnologías sanitarias esenciales
6. Asuntos administrativos, presupuestarios y financieros
 - 6.1 Asignación estratégica de recursos
 - 6.2 Comités del Consejo Ejecutivo: provisión de vacantes
 - 6.3 Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud
7. Asuntos de personal
 - 7.1 Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
 - 7.2 Confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
8. Asuntos para información
 - 8.1 Informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA58.23 (Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación)
 - 8.2 Comités de expertos y grupos de estudio

¹ Adoptado por el Consejo en su primera sesión.

- 8.3 Sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
 - 8.4 Cibersalud: terminología normalizada
 - 9. Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud
 - 10. Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud
 - 11. Clausura de la reunión
-

LISTA DE DOCUMENTOS

EB118/1(anotado)	Orden del día provisional (anotado)
EB118/1 Rev.1	Orden del día ¹
EB118/2	Resultados de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud
EB118/3	Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
EB118/4	Control de la leishmaniasis
EB118/4 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB118/5	Talasemia y otras hemoglobinopatías
EB118/5 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB118/6	Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS
EB118/6 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²
EB118/7	Asignación estratégica de recursos
EB118/8	Cibersalud: terminología normalizada
EB118/9	Comités del Consejo Ejecutivo: provisión de vacantes
EB118/9 Add.1	Comités del Consejo Ejecutivo: composición
EB118/10	Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud
EB118/11	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal ³
EB118/11 Add.1	Informe sobre las repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ²

¹ Véase p. 57.

² Véase el anexo 2.

³ Véase el anexo 1.

EB118/12	Informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA58.23 (Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación)
EB118/13	Comités de expertos y grupos de estudio
EB118/14	Mitigación de los efectos del arsénico presente en las aguas subterráneas
EB118/15 y Corr.1	Tecnologías sanitarias esenciales
EB118/16	Sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
EB118/17	Propuesta de inclusión de un punto suplementario en el orden del día
EB118/18	Propuesta de inclusión de un punto suplementario en el orden del día
EB118/19	Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud
EB118/20 y EB118/20 Add.1	Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud

Documentos de información

EB118/INF.DOC./1	Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
------------------	---

Documentos varios

EB118/DIV/1 Rev.1	List of members and other participants Liste des membres et autres participants
EB118/DIV/2	Calendario diario preliminar
EB118/DIV/3	Decisiones y lista de resoluciones
EB118/DIV/4	Lista de documentos

PARTE I
RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS

RESOLUCIONES

EB118.R1 Talasemia y otras hemoglobinopatías¹

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre la talasemia y otras hemoglobinopatías;²

Recordando la resolución WHA57.13 sobre la genómica y la salud mundial, la resolución EB117.R3 sobre la anemia falciforme, y el reconocimiento por el Consejo Ejecutivo, en su 116ª reunión, del papel de los servicios genéticos en la mejora de la salud mundial y en la reducción de las desigualdades en materia de salud que existen en el mundo;³

Preocupado por el impacto de las enfermedades genéticas, y en particular de las hemoglobinopatías (talasemia y anemia drepanocítica), sobre la mortalidad y la morbilidad mundiales, especialmente en los países en desarrollo, así como por el sufrimiento de los pacientes y las familias afectadas por estas enfermedades;

Reconociendo que la prevalencia de la talasemia varía según las comunidades y que la insuficiencia de datos epidemiológicos puede poner en peligro un manejo eficaz y equitativo;

Profundamente preocupado por el hecho de que la talasemia y otras hemoglobinopatías no estén reconocidas como una prioridad de salud pública;

Deplorando la falta de acceso a servicios genéticos seguros y apropiados existente en el mundo;

Consciente de que los programas eficaces contra la talasemia deben tener en cuenta las prácticas culturales y estar adaptados al contexto social;

Reconociendo que el manejo de las hemoglobinopatías, en particular la detección prenatal, plantea problemas éticos, jurídicos y sociales específicos que deben ser examinados adecuadamente,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que diseñen y apliquen, de modo sistemático, equitativo y eficaz, programas nacionales exhaustivos e integrados para la prevención y el manejo de la talasemia y de otras hemoglobinopatías, y refuercen los programas existentes, en los que se incluyan la vigilancia, la difusión de información, la concienciación y la detección, y que estén adaptados a sus contextos socioeconómicos y culturales específicos, todo ello con el objetivo de reducir la incidencia, la morbilidad y la mortalidad de esas enfermedades genéticas;

2) a que desarrollen su capacidad para monitorizar la talasemia y otras hemoglobinopatías, y para evaluar el impacto de los programas nacionales;

¹ En el anexo 2 figuran las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

² Documento EB118/5.

³ Véase el documento EB116/2005/REC/1, acta resumida de la primera sesión, sección 4.

- 3) a que intensifiquen la formación práctica de todos los profesionales sanitarios en las zonas con alta prevalencia;
- 4) a que desarrollen y fortalezcan los servicios médicos, dentro de los sistemas de atención primaria existentes, en colaboración con las organizaciones de padres o de pacientes;
- 5) a que fomenten la educación de la población, con inclusión del asesoramiento genético y de los temas éticos, jurídicos y sociales relacionados con las hemoglobinopatías;
- 6) a que fomenten la cooperación internacional en la lucha contra las hemoglobinopatías;
- 7) a que presten apoyo a la investigación básica y aplicada sobre la talasemia en colaboración con las organizaciones internacionales;

2. PIDE al Director General:

- 1) que aumente la concienciación de la comunidad internacional con respecto a la carga mundial de talasemia y de otras hemoglobinopatías, y fomente el acceso equitativo a los servicios y medicamentos para prevenir y tratar esas enfermedades;
- 2) que proporcione a los Estados Miembros el apoyo y el asesoramiento técnico necesarios para la formulación de las políticas y estrategias nacionales de prevención y tratamiento de la talasemia y de otras hemoglobinopatías;
- 3) que fomente la colaboración entre los países con miras a ampliar la formación y los conocimientos técnicos del personal, y que preste apoyo a una mayor transferencia a los países en desarrollo de tecnologías y conocimientos técnicos asequibles;
- 4) que mantenga las funciones normativas de la OMS mediante la redacción de directrices sobre la prevención y el tratamiento de la talasemia y de otras hemoglobinopatías;
- 5) que fomente la investigación sobre la talasemia y otras hemoglobinopatías, con el fin de mejorar la duración y la calidad de vida de los pacientes afectados por estos trastornos;
- 6) que considere la posibilidad de dedicar un Día Mundial de la Salud a hemoglobinopatías tales como la talasemia y la anemia drepanocítica en un futuro próximo.

(Segunda sesión, 29 de mayo de 2006)

EB118.R2 Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud

El Consejo Ejecutivo,

Teniendo presente la decisión EBSS(2), adoptada por el Consejo en su reunión extraordinaria celebrada el 23 de mayo de 2006, en la que el Consejo pidió a la Secretaría «que presentara a la consideración del Consejo, en su 118ª reunión, diversas opciones relativas a la aceleración del proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud»;

Habiendo examinado los informes preparados por la Secretaría en respuesta a dicha petición del Consejo,¹

1. DECIDE, de conformidad con el artículo 53 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, suspender la aplicación del artículo 52 en lo que respecta a los plazos establecidos en los párrafos 1 a 3 de dicho artículo, a fin de acelerar el proceso de propuesta de nombramiento del próximo Director General;
2. DECIDE que, a los efectos de la presentación de candidaturas para el nombramiento del próximo Director General, se aplicarán los plazos siguientes en lugar de los previstos en el artículo 52:
 - a) el Director General interino comunica a los Estados Miembros que pueden presentar candidaturas para el puesto de Director General: 1 de junio de 2006;
 - b) fecha límite para la recepción por la OMS de las candidaturas: 5 de septiembre de 2006;
 - c) fecha de envío de las candidaturas, los currículos y la información complementaria a los Estados Miembros: 5 de octubre de 2006;
3. DECIDE, de conformidad con el artículo 5 de su Reglamento Interior, convocar una reunión del Consejo, que se celebrará del 6 al 8 de noviembre de 2006 en la sede de la Organización Mundial de la Salud;
4. DECIDE ASIMISMO que el orden del día provisional de la reunión del Consejo a la que se hace referencia en el párrafo anterior tendrá un único punto titulado «Director General», que abarcará dos subpuntos titulados «Propuesta de nombramiento para el puesto» y «Proyecto de contrato», respectivamente;
5. PIDE al Director General interino que estudie la posibilidad de conceder a los funcionarios y miembros del personal que sean candidatos para la elección a la que se hace referencia en la presente resolución una licencia con goce de sueldo del puesto que ocupan en la actualidad, con efecto a partir del 5 de septiembre de 2006 y hasta la fecha en que la Asamblea de la Salud nombre al próximo Director General;
6. PIDE al Director General interino que, de conformidad con el artículo 2 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, convoque una reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará el 9 de noviembre de 2006 en Ginebra, y que incluya en el orden del día provisional de dicha reunión extraordinaria un único punto titulado «Director General», que abarque dos subpuntos titulados respectivamente «Propuesta de nombramiento para el puesto» y «Proyecto de contrato»;
7. RECOMIENDA que la Asamblea de la Salud, en su reunión extraordinaria, suspenda la aplicación del artículo 108 de su Reglamento Interior en lo que respecta a la duración del mandato del próximo Director General y fije esa duración de modo que concluya poco después de la clausura de una Asamblea de la Salud.

(Tercera sesión, 30 de mayo de 2006)

¹ Documentos EB118/20 y EB118/20 Add.1, que comprende estimaciones de los costos.

EB118.R3 Control de la leishmaniasis

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre el control de la leishmaniasis,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:²

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el control de la leishmaniasis;

Reconociendo que la leishmaniasis es una de las enfermedades tropicales más desatendidas y que en el mundo hay actualmente 12 millones de personas infectadas, registrándose cada año dos millones de casos nuevos;

Observando con preocupación que se considera que 350 millones de personas están en situación de riesgo y que el número de casos nuevos va en aumento;

Reconociendo la falta de información epidemiológica precisa sobre esta enfermedad para mejorar su conocimiento y control;

Observando con preocupación que la enfermedad afecta a la población más pobre de 88 países e impone una pesada carga económica a las familias, las comunidades y los países, en particular los países en desarrollo;

Observando la carga que el tratamiento puede representar para las familias;

Teniendo presente que la malnutrición y la inseguridad alimentaria suelen indicarse como causas importantes de la predisposición a la leishmaniasis y de la gravedad de su incidencia;

Reconociendo el apoyo considerable que prestan los Estados Miembros y otros asociados, y expresando reconocimiento por su continua cooperación,

1. INSTA a los Estados Miembros para los que la leishmaniasis constituye un importante problema de salud pública:

1) a que intensifiquen los esfuerzos encaminados a crear programas nacionales de control que prevean la elaboración de directrices y el establecimiento de sistemas de vigilancia y de reunión y análisis de datos;

2) a que refuercen la prevención, la detección activa y el tratamiento de los casos de leishmaniasis cutánea y de leishmaniasis visceral a fin de reducir la carga de morbilidad;

¹ Documento EB118/4.

² En el anexo 2 figuran las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

- 3) a que refuercen la capacidad de los centros de salud periféricos para que proporcionen diagnóstico y tratamiento apropiados y asequibles y actúen como centros de vigilancia «centinela»;
 - 4) a que realicen evaluaciones epidemiológicas para cartografiar los focos y calculen la incidencia real de la leishmaniasis mediante estudios rigurosos sobre prevalencia e incidencia, la repercusión socioeconómica y el acceso a la prevención y el tratamiento, y la difusión de la enfermedad entre las personas afectadas por la malnutrición y por el VIH;
 - 5) a que establezcan una estructura descentralizada en zonas donde existen focos importantes de la enfermedad, fortaleciendo la colaboración entre los países con focos comunes, aumentando el número de centros colaboradores de la OMS que se ocupan de la leishmaniasis y asignándoles un papel más importante, apoyándose asimismo en iniciativas adoptadas por los diferentes actores;
2. INSTA ADEMÁS a los Estados Miembros:
- 1) a que promuevan los medicamentos de calidad y asequibles, así como políticas farmacéuticas nacionales apropiadas;
 - 2) a que alienten las investigaciones sobre el control de la leishmaniasis a fin de:
 - a) encontrar métodos apropiados y eficaces de lucha antivectorial;
 - b) encontrar medicamentos alternativos seguros, eficaces y asequibles para administración oral, parenteral o tópica con ciclos terapéuticos más breves y menos tóxicos, así como nuevas combinaciones medicamentosas, y definir las dosis y la duración apropiadas de las pautas terapéuticas para esos medicamentos;
 - c) determinar mecanismos para facilitar el acceso a las medidas de control existentes, con inclusión de la realización de estudios socioeconómicos y de reformas del sector sanitario en algunos países en desarrollo;
 - d) evaluar y mejorar la sensibilidad y la especificidad de los métodos de diagnóstico serológicos de la leishmaniasis visceral canina y humana, incluida la evaluación de la estandarización y la eficacia;
 - e) evaluar la eficacia de medidas de control alternativas, como el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración;
3. EXHORTA a los organismos asociados a que mantengan y amplíen su apoyo a los programas nacionales de prevención y control de la leishmaniasis, y, cuando proceda, aceleren las investigaciones sobre vacunas contra la leishmaniasis, y su desarrollo;
4. PIDE al Director General:
- 1) que fomente la sensibilización sobre la carga mundial de morbilidad por leishmaniasis y promueva el acceso equitativo a los servicios de salud para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad;

- 2) que elabore directrices sobre prevención y tratamiento de la leishmaniasis, con especial hincapié en la actualización del informe del Comité de Expertos de la OMS en Leishmaniasis¹ con miras a elaborar planes y promover el establecimiento de grupos de expertos regionales;
- 3) que refuerce las actividades de colaboración entre partes interesadas multisectoriales, organizaciones interesadas y otros organismos para apoyar la formulación y aplicación de programas de control de la leishmaniasis;
- 4) que defina una política para el control de la leishmaniasis, con el apoyo técnico del Cuadro de Expertos de la OMS sobre Leishmaniasis;
- 5) que promueva las investigaciones relacionadas con el control de la leishmaniasis y la difusión de los resultados de esas investigaciones;
- 6) que siga de cerca los progresos realizados en el control de la leishmaniasis en colaboración con los asociados internacionales;
- 7) que informe a la 63ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados, los problemas surgidos y las medidas complementarias propuestas en la aplicación de los programas de lucha contra la leishmaniasis.

(Cuarta sesión, 30 de mayo de 2006)

EB118.R4 Reforzamiento de los sistemas de información sanitaria

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre los sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:³

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA58.30 sobre la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Observando la resolución WHA58.28 sobre ciberseguridad, y teniendo presente la resolución WHA58.34 relativa a la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud;

¹ *Lucha contra la leishmaniasis. Informe de un Comité de Expertos de la OMS.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 793).

² Documento EB118/16.

³ En el anexo 2 figuran las repercusiones administrativas y financieras de esta resolución para la Secretaría.

Reconociendo que disponer de información adecuada es esencial para formular políticas sanitarias basadas en pruebas científicas y adoptar decisiones, y es fundamental para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Reconociendo que en la mayoría de los países en desarrollo los sistemas de información sanitaria son deficientes y fragmentarios y no cuentan con personal y recursos adecuados;

Convencida de la importancia de la información sanitaria, desglosada por género, edad y factores socioeconómicos neurálgicos, para informar la adopción de decisiones fundamentadas sobre la ejecución de intervenciones destinadas a quienes más las necesitan;

Reconociendo que la información sanitaria y la investigación se complementan como fundamentos para el fortalecimiento de los sistemas de salud y las políticas sanitarias;

Consciente del papel fundamental que desempeñan las oficinas nacionales de estadística para elaborar y aplicar estrategias nacionales en materia de estadística y contribuir a la información sanitaria de la población;

Teniendo presentes los mandatos normativos constitucionales de la OMS en materia de información sanitaria y notificación epidemiológica, y reafirmando la función de la Organización como asociado fundador y sede de la secretaría de la Red de Sanimetría, que ha establecido normas básicas para los sistemas de información sanitaria,

1. INSTA a los Estados Miembros a que movilicen los recursos científicos, técnicos, sociales, políticos, humanos y financieros necesarios para:

- 1) elaborar, aplicar, consolidar y evaluar planes encaminados a fortalecer sus sistemas de información sanitaria mediante la colaboración con los sectores sanitario y estadístico y con otros asociados;
- 2) reunir asociados técnicos y asociados para el desarrollo en torno a una estrategia y plan coherentes, coordinados y dirigidos por los países, que refuercen los sistemas de información sanitaria y estén plenamente integrados en los programas y planes nacionales de salud;
- 3) reforzar la capacidad de los planificadores y administradores de los diversos planos del sistema de salud para sintetizar, analizar, difundir y utilizar la información sanitaria para una adopción de decisiones basada en datos científicos y fomentar la concienciación del público;
- 4) reforzar la capacidad del personal de salud para acopiar información sanitaria exacta y pertinente;
- 5) vincular el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria con políticas y programas encaminados a la creación de capacidad estadística en general;

2. EXHORTA a la comunidad de la información sanitaria y a los especialistas en estadística, a otras organizaciones internacionales, incluidas las iniciativas y los fondos mundiales en pro de la salud, el sector privado, la sociedad civil y otras partes interesadas, a que presten apoyo firme y sostenido para reforzar los sistemas de información, incluso utilizando las normas y los prin-

cipios rectores establecidos en el marco de la Red de Sanimetría, para abarcar todo el espectro de las estadísticas sanitarias, incluidos los determinantes de la salud; los recursos, los gastos y el funcionamiento de los sistemas sanitarios; el acceso a los servicios y su cobertura y calidad; los resultados sanitarios y la situación de la salud, y para prestar especial atención a la información sobre la pobreza y la falta de equidad en materia de salud;

3. PIDE al Director General:

- 1) que refuerce la cultura de la Organización basada en la información y las pruebas científicas, y vele por la utilización de estadísticas sanitarias precisas y oportunas para producir pruebas científicas con miras a la adopción de decisiones y recomendaciones normativas en la OMS;
- 2) que aumente las actividades de la OMS en materia de estadísticas sanitarias en los planos mundial, regional y nacional, y preste apoyo a los Estados Miembros en la creación de capacidad para elaborar sistemas de información sanitaria y producir, analizar, difundir y utilizar los datos;
- 3) que promueva un mejor acceso a las estadísticas sanitarias, aliente la difusión de información entre todas las partes interesadas utilizando formatos apropiados y accesibles, y fomente la transparencia en el análisis, la síntesis y la evaluación de los datos, incluso mediante exámenes colegiados;
- 4) que promueva una mejor alineación, armonización y coordinación de las actividades en materia de información sanitaria teniendo presente la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo: apropiación, armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad (2005) y los principios de las prácticas óptimas de las alianzas mundiales en pro de la salud en el plano nacional;¹
- 5) que lleve a cabo exámenes periódicos de las experiencias en los países, preste apoyo para la actualización del marco de la Red de Sanimetría en consonancia con las enseñanzas extraídas y la evolución de las metodologías, y que a partir de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud presente informes sobre los progresos realizados.

(Cuarta sesión, 30 de mayo de 2006)

EB118.R5 Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal²

El Consejo Ejecutivo,

Visto el informe sobre las modificaciones del Reglamento de Personal,³

¹ Best Practice Principles for Global Health Partnership Activities at Country Level. Informe del Grupo de Trabajo sobre alianzas mundiales en pro de la salud. París, Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la salud, 14 y 15 de noviembre de 2005.

² Véase el anexo 1.

³ Documento EB118/11.

1. CONFIRMA, según lo dispuesto en el artículo 12.2 del Estatuto del Personal, las modificaciones del Reglamento de Personal introducidas por el Director General con efecto a partir del 1 de enero de 2007 en relación con los siguientes aspectos: aplicación del Reglamento de Personal, fecha de entrada en vigor, determinación del sueldo, sueldo de base neto en caso de ascenso a una categoría superior, sueldo de base neto en caso de disminución de categoría, asunción provisional de las responsabilidades de un puesto de categoría superior, pago del sueldo de base neto a personal temporero de las categorías profesional y superior, subsidios por familiares a cargo, subsidio especial de educación para niños discapacitados, prestación por movilidad y condiciones de vida difíciles, subsidio de destino, subsidio de servicio, políticas de nombramiento, rehabilitación en caso de reemplazo, traslados entre organizaciones, fin del periodo de prueba, aumento de sueldo dentro del mismo grado, ascensos, reasignación, licencia anual, licencia en el país de origen, licencia por formación o servicio militar, seguro de enfermedad y accidentes, licencia por enfermedad, licencia de maternidad o paternidad, indemnización por fallecimiento, viaje del cónyuge y los hijos, viaje relacionado con el subsidio de educación especial, rescisión del nombramiento por razones de salud, término del nombramiento, rescisión de los nombramientos temporales, supresión del puesto, prima por terminación del servicio, actuación profesional insatisfactoria o inadecuación para la administración pública internacional, aviso de rescisión de nombramiento, prestación por movilidad y condiciones de vida difíciles para el personal de puestos de contratación local, personal de conferencias y demás personal contratado a corto plazo, consultores, y funcionarios nacionales del cuadro orgánico; dichas modificaciones estarán sujetas a las medidas de transición que determine el Director General;
2. RESUELVE que esta confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal está sujeta a la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas del marco general recomendado por la Comisión de Administración Pública Internacional;
3. PIDE al Director General que presente al Consejo Ejecutivo en su 120ª reunión, por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, un informe completo sobre la aplicación y los costos de estas modificaciones.

(Quinta sesión, 31 de mayo de 2006)

DECISIONES

EB118(1) Composición del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales del Consejo Ejecutivo

El Consejo Ejecutivo nombró al Dr. P. M. Buss (Brasil), al Dr. Ren Minghui (China), al Dr. R. Jean Louis (Madagascar), y al Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia) miembros de su Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por el tiempo que durasen sus funciones en el Consejo Ejecutivo, además del Sr. O. K. Shiraliyev (Azerbaiyán), que ya formaba parte del Comité, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiese asistir a las sesiones del Comité participaría en los trabajos de éste la persona que, de conformidad con el artículo 2 del Reglamento Interior, designara el gobierno correspondiente como sucesor o suplente suyo en el Consejo.

(Cuarta sesión, 30 de mayo de 2006)

EB118(2) Composición del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo

El Consejo Ejecutivo nombró miembros de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración al Dr. F. Kakar (Afganistán), a la Sra. J. Halton (Australia), al Dr. J. K. Gøtrik (Dinamarca), al Dr. J. Agwunobi (Estados Unidos de América), al Dr. W. T. Gwenigale (Liberia), y al Sr. N. S. de Silva (Sri Lanka), por un periodo de dos años o hasta que finalicen sus funciones en el Consejo, si éstas concluyen antes de que se complete el periodo, además del Dr. Jigmi Singay (Bhután), el Dr. A. H. I. Al-Shamari (Iraq), el Dr. B. Wint (Jamaica), el Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), el Dr. J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), y el Dr. V. Tangi (Tonga), que ya formaban parte del Comité, así como al Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia), Presidente del Consejo, miembro *ex officio*, y al Dr. J. Nyikal (Kenya), Vicepresidente del Consejo, miembro *ex officio*, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiese asistir a las sesiones del Comité participaría en los trabajos de éste la persona que, de conformidad con el artículo 2 del Reglamento Interior, designara el gobierno correspondiente como sucesor o suplente suyo en el Consejo.

(Cuarta sesión, 30 de mayo de 2006)

EB118(3) Designación de los representantes del Consejo Ejecutivo en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud

El Consejo Ejecutivo, de conformidad con el párrafo 1 de la resolución EB59.R7, nombró a su Presidente, Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia), y a sus tres primeros Vicepresidentes, Sr. O. K. Shiraliyev (Azerbaiyán), Dr. B. Sadasivan (Singapur) y Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia), para que representasen al Consejo en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiese asistir a la Asamblea de la Salud, se podría pedir que representara al Consejo al Vicepresidente restante, Dr. J. Nyikal (Kenya), y al Relator, Dr. A. H. Saheli (Jamahiriya Árabe Libia).

(Cuarta sesión, 30 de mayo de 2006)

EB118(4) Fecha, lugar y duración de las reuniones 119ª y 120ª del Consejo Ejecutivo

El Consejo Ejecutivo decidió que su 119ª reunión se celebrara en la sede de la OMS, Ginebra, a partir del lunes 6 de noviembre de 2006, y que se clausurara a más tardar el miércoles 8 de noviembre de 2006. Además, decidió que su 120ª reunión se celebrara en la sede de la OMS, Ginebra, a partir del lunes 22 de enero de 2007, y que se clausurara a más tardar el martes 30 de enero de 2007.

(Cuarta sesión, 30 de mayo de 2006)

EB118(5) Lugar, fecha y duración de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud

El Consejo Ejecutivo decidió que la 60ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrara en el Palais des Nations, Ginebra; la sesión de apertura tendría lugar el lunes 14 de mayo de 2007, y la reunión se clausuraría a más tardar el miércoles 23 de mayo de 2007.

(Cuarta sesión, 30 de mayo de 2006)

ANEXO 1

Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal¹

Informe de la Secretaría

[EB118/11 - 18 de mayo de 2006]

1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 12.2 del Estatuto del Personal,² se someten a la consideración del Consejo Ejecutivo, para su confirmación, las modificaciones efectuadas por el Director General en el Reglamento de Personal.

2. Las modificaciones descritas en el presente documento tienen su origen en las decisiones que se prevé que adoptará la Asamblea General de las Naciones Unidas en la continuación de su sexagésimo período de sesiones, sobre la base de las recomendaciones realizadas por la Comisión de Administración Pública Internacional en su informe anual correspondiente a 2005.³ En su sexagésimo período de sesiones, la Asamblea General de las Naciones Unidas sólo hizo suya una de las recomendaciones de la Comisión, a saber, la relacionada con la escala de contribuciones del personal; la consideración de las otras recomendaciones de la Comisión se aplazó hasta la continuación del sexagésimo período de sesiones, en marzo de 2006. Se prevé que se habrá tomado una decisión en mayo de 2006.

3. Las modificaciones descritas a continuación también tienen en cuenta las propuestas de la Organización sobre la reforma del marco de arreglos contractuales de la OMS.

...

5. En el apéndice figura el texto del Reglamento de Personal modificado.⁴

PROYECTO DE MARCO DE ARREGLOS CONTRACTUALES: ANTECEDENTES DE LAS METAS Y OBJETIVOS

6. A fin de reforzar su capacidad para responder a unas necesidades cada vez mayores en un entorno complejo de salud y desarrollo, la Organización ha identificado e implementado iniciativas de reforma en ámbitos clave de los programas y las operaciones, incluida la introducción de la gestión basada en los resultados. Además, en apoyo de la ejecución de programas, se han diseñado estrategias de reforma de funciones administrativas que facilitan los programas técnicos, como las relacionadas con los recursos humanos, las finanzas y las tecnologías de la información.

¹ Véase la resolución EB118.R5.

² *Documentos básicos*, 45ª ed., Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

³ Documento A/60/30.

⁴ Disponible en inglés únicamente.

7. El llamamiento para llevar a cabo una reforma eficaz es objeto de atención en los organismos del sistema de las Naciones Unidas que aplican el régimen común, sobre todo en lo referente a la gestión de los recursos humanos. Unos arreglos contractuales y unas condiciones de servicio mejorados y más flexibles son fundamentales para ejecutar satisfactoriamente los programas de la OMS. Los desafíos que actualmente afronta la Organización exigen unos arreglos contractuales que permitan contratar y retener a todos los niveles personal competente capaz de manejar programas amplios y complejos y de actuar al mismo tiempo como especialistas en su terreno y como individuos polivalentes, versátiles y móviles cuyas actividades puedan abarcar diversos grupos ocupacionales y regiones geográficas. Las actuales formas contractuales adolecen de burocratismo e incoherencia y no están adaptadas a las necesidades de la OMS, en menoscabo de la capacidad de respuesta de la Organización ante unas circunstancias cambiantes.

8. En consecuencia, la meta de la reforma es garantizar que los arreglos contractuales respondan a las necesidades programáticas y operacionales de la OMS, manteniendo y desarrollando una fuerza laboral sólida de la máxima calidad gracias a una mayor imparcialidad y equidad de la administración de las condiciones de servicio entre el personal. Teniendo esto en cuenta, el proyecto de marco de arreglos contractuales se ha centrado en aumentar globalmente la eficacia, la productividad y el desempeño tanto de la Organización como de su personal, así como en reducir los costos administrativos y transaccionales, sopesando esas mejoras y los costos directos potenciales asociados a una mayor equidad de las remuneraciones y prestaciones.

9. Los objetivos del proyecto de reforma de los arreglos contractuales son los siguientes: *a)* velar por que dichos arreglos respondan mejor a las necesidades programáticas y operacionales de la Organización; *b)* procurar que esos arreglos contractuales faciliten el desempeño, el desarrollo de competencias y la rendición de cuentas de la Organización y su personal; *c)* velar por que los arreglos contractuales fomenten la movilidad del personal y sus perspectivas de carrera; *d)* adecuar estrechamente los tipos de contrato a los recursos previstos en los planes de recursos humanos, según lo aprobado, así como a la naturaleza y duración de las funciones en cuestión; *e)* desvincular las condiciones de servicio, los derechos y las prestaciones de la naturaleza del puesto y basarlos - lo que es más apropiado - en la duración del servicio, la actuación profesional del personal y la duración del empleo; *f)* simplificar los contratos y facilitar su gestión; y *g)* implementar contratos y condiciones de servicio justos y transparentes, que estén basados en el principio de salario igual por trabajo igual y que, de ese modo, reconozcan de forma igualitaria y equitativa el valor del trabajo y las aportaciones de todos los funcionarios, con independencia de que tengan un contrato continuo, de plazo fijo o temporal.

10. El proyecto de marco de arreglos contractuales ha aprovechado la experiencia adquirida y las lecciones aprendidas a partir de las reformas introducidas en 2002. Se han tenido igualmente en cuenta las recomendaciones de reformas contractuales formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional ante la Asamblea General de las Naciones Unidas y el informe del Secretario General de las Naciones Unidas del 7 de marzo de 2006: «Invertir en las Naciones Unidas: en pro del fortalecimiento de la Organización en todo el mundo».¹ El proyecto es también el resultado de un proceso de consulta de toda la Organización que culminó en una reunión extraordinaria del Consejo Mundial Personal/Administración celebrada los días 3 y 4 de abril de 2006.

11. Actualmente sigue habiendo un gran número de funcionarios con contratos de plazo fijo cuya situación laboral no refleja sus años de trabajo para la Organización, situación ésta que representa una barrera importante a la gestión de la sucesión, la movilidad, la rotación y la promoción profesional. De resultas de ello, los esfuerzos de la Organización para atraer, retener y seguir formando a funcionarios civiles internacionales competentes y motivados también se verán dificultados.

¹ Documento A/60/692.

12. Los miembros del personal con alguno de los dos tipos de contratos temporales existentes (de corta duración y de duración limitada) afrontan dificultades similares. La insuficiente planificación y vigilancia de las necesidades de personal temporero se ha traducido en un alto nivel de insatisfacción tanto entre los directivos como entre los funcionarios. Aunque el objetivo era simplificar y facilitar la administración, la implementación de los contratos temporales ha resultado ser un proceso muy laborioso. Además, aunque se espera del personal temporero un alto nivel profesional, comparable al de sus colegas con contratos de larga duración, y pese a que esas personas prestan cada vez más sus servicios en lugares difíciles, afrontando grandes dificultades en mayor proporción que los funcionarios con contratos de larga duración, las personas con contratos temporales no disfrutan de las mismas condiciones de servicio que el personal contratado a plazo fijo. Esto contrasta con las condiciones de servicio que ofrecen otras organizaciones que aplican el régimen común de las Naciones Unidas, en particular las que disponen de numeroso personal sobre el terreno.

13. En consonancia con las metas y los objetivos que acaban de mencionarse, el proyecto de marco de arreglos contractuales comprende tres tipos de nombramientos:

- **nombramiento continuo:** nombramiento sin límite temporal, que se concederá tras un mínimo de cinco años ininterrumpidos de servicio activo con nombramientos de plazo fijo y una trayectoria certificada de actuación profesional satisfactoria. La continuidad del servicio en esos nombramientos dependerá de factores tales como la persistencia de la necesidad de la función desempeñada y la disponibilidad de fondos;
- **nombramiento de plazo fijo:** nombramiento de duración limitada de un año o más. Podrá prolongarse a condición de que la duración total del servicio en cinco nombramientos consecutivos no supere los cinco años. En casos excepcionales se podrá prolongar el servicio un año más. Durante ese tiempo el desempeño y la competencia del funcionario serán objeto de evaluación con miras a convertir su nombramiento en continuo;
- **nombramiento temporal:** se trata de un nombramiento por tiempo limitado, hasta dos años, para cubrir necesidades a corto plazo, como una carga excepcionalmente alta de trabajo u otras necesidades específicas de duración limitada. Si el nombramiento temporal es de menos de dos años se podrá prolongar, a condición de que la duración total del servicio ininterrumpido en nombramientos temporales consecutivos no supere los dos años. El funcionario que haya agotado la duración máxima de servicio ininterrumpido en uno o más contratos temporales no podrá volver a ser empleado por la Organización hasta transcurridos más de 30 días civiles desde su separación del servicio.

14. La implementación del nombramiento de plazo fijo convertible en continuo introducirá una mayor justicia y equidad en la situación contractual del personal por largo plazo. Supondrá asimismo una mayor transparencia y rendición de cuentas en la gestión del desempeño de los funcionarios. Las sucesivas mejoras del sistema de gestión de la actuación profesional favorecerán la objetividad y la imparcialidad en las decisiones relacionadas con la conversión de nombramientos de plazo fijo en nombramientos continuos. La prolongación de los primeros dependerá de los fondos disponibles, las necesidades de la Organización y la certificación de una actuación profesional satisfactoria.

15. La planificación y vigilancia de las necesidades y funciones temporales se verán reforzadas considerablemente con los nombramientos temporales propuestos. A tenor de los principios de responsabilidad de la gestión en la ejecución de programas, cabe esperar que los administradores tomen decisiones informadas en cuanto a la duración y la naturaleza de las funciones necesarias para responder a las necesidades de la Organización. Los contratos se gestionarán más fácilmente y los programas se ejecutarán de forma más eficiente, pues se suprimirá el requisito de interrumpir el servicio con independencia de las necesidades programáticas. Los funcionarios se beneficiarán de una información fi-

dedigna sobre las oportunidades de contratos temporales a la luz de los planes de gestión de los recursos humanos, así como de una mayor certidumbre respecto a la duración de su empleo. Esto permitirá a los miembros del personal gestionar mejor su vida personal y profesional y gozar de una mayor justicia y equidad en las condiciones de servicio. Al mismo tiempo, la competitividad de la Organización y su capacidad para atraer a personas competentes y con experiencia para cubrir las necesidades temporales se incrementarán de forma considerable, especialmente sobre el terreno, donde otros organismos ofrecen arreglos contractuales más atractivos y seguros.

16. El proyecto de marco de arreglos contractuales presenta varios aspectos destacables:

- la naturaleza y la duración de los contratos estarán vinculadas directamente con los planes de gestión de los recursos humanos;
- los derechos dependerán de la duración del trabajo y de la duración del servicio ininterrumpido, y no tanto de la naturaleza del contrato;
- las condiciones de servicio se han revisado a fin de introducir una mayor equidad y justicia, simplicidad y facilidad de gestión, y de adoptar las prácticas más adecuadas en materia de recursos humanos, incluido un entorno de trabajo propicio;
- los nombramientos de servicio y de carrera se han suprimido y se han sustituido por los nombramientos continuos;
- el primer año de los nombramientos de plazo fijo seguirá siendo un periodo de prueba;
- la duración máxima de cualquier función temporal será un periodo continuo de dos años. Si es necesario prolongar más esa función, el gestor deberá solicitar su conversión a un contrato de plazo fijo mediante los procesos establecidos para la planificación y presupuestación en función de las necesidades programáticas, antes de que expire el periodo de dos años;
- la duración máxima de un nombramiento temporal será un periodo ininterrumpido de dos años;
- los consultores perderán su condición de funcionarios.

MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO DE PERSONAL

Introducción

Aplicación

17. El párrafo 030 del Reglamento de Personal se ha modificado al objeto de que el Director General pueda aprobar nombramientos temporales de 60 días o menos con unas condiciones de servicio distintas de las estipuladas en el Reglamento de Personal; además, había que adecuar ese párrafo a lo previsto en el párrafo 1320 modificado del Reglamento, relativo al personal de conferencias y demás personal contratado a corto plazo.

Fecha de entrada en vigor

18. El párrafo 040 del Reglamento de Personal se ha modificado para tener en cuenta la fecha de entrada en vigor del Reglamento de Personal modificado.

Sección 3 - Sueldos, reajuste por lugar de destino y subsidios

Determinación del sueldo

19. El párrafo 320.1 del Reglamento de Personal ha sido modificado para aplicar a todos los funcionarios las mismas condiciones en la determinación del sueldo.
20. Los párrafos 320.2, 320.2.1 y 320.2.2 del Reglamento se han suprimido debido a que el párrafo 320.1 abarca ahora la determinación del sueldo del personal temporero. Se han reenumerado en consecuencia los párrafos 320.3, 320.4, 320.4.1, 320.4.2 y 320.5.

Sueldo de base neto en caso de ascenso a una categoría superior

21. En el párrafo 320.3 se han introducido nuevas modificaciones para limitar su aplicación a los funcionarios con nombramientos continuos o de plazo fijo.

Sueldo de base neto en caso de disminución de categoría

22. En el párrafo 320.4 se han introducido nuevas modificaciones para limitar su aplicación a los funcionarios con nombramientos continuos o de plazo fijo.

Asunción provisional de las responsabilidades de un puesto de categoría superior

23. En el párrafo 320.5 se han introducido nuevas modificaciones para limitar su aplicación a los funcionarios con nombramientos continuos o de plazo fijo.

Pago del sueldo de base neto a personal temporero de las categorías profesional y superior

24. El párrafo 330.3 del Reglamento ha sido suprimido considerando las condiciones de igualdad que han de aplicarse a los miembros del personal que posean contratos continuos, de plazo fijo o temporales.

Subsidios por familiares a cargo

25. El párrafo 340 del Reglamento ha sido modificado a fin de igualar las condiciones para la concesión de subsidios por familiares a cargo a todos los funcionarios de las categorías profesional y superior.

Subsidio especial de educación para niños discapacitados

26. El párrafo 355.1 del Reglamento ha sido modificado para aplicar las mismas condiciones a todos los funcionarios en cuanto a la elegibilidad para dicho subsidio. También se ha eliminado la referencia a los consultores.

Prestación por movilidad y condiciones de vida difíciles

27. Se ha modificado el párrafo 360.1, dividiendo el texto reelaborado entre los párrafos 360.1.1 y 360.2. Se han suprimido los antiguos párrafos 360.1.1, 360.1.2, 360.1.3, 360.1.4 y 360.2. Además, se ha introducido un nuevo párrafo 360.1.2 para aplicar la prestación por movilidad y condiciones de vida difíciles tanto a funcionarios asignados o trasladados a un lugar de destino por un periodo de un año o más como a funcionarios asignados o trasladados a un lugar de destino para un periodo inicial de

menos de un año y cuya asignación o traslado se prolongue posteriormente de manera que el periodo ininterrumpido de servicio en dicho lugar de destino sea de un año o más.

28. Las modificaciones descritas *supra* se han realizado también para tener en cuenta las recomendaciones presentadas por la Comisión de Administración Pública Internacional a la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca del sistema de subsidios por movilidad y condiciones de vida difíciles. Además, las disposiciones en cuestión han sido objeto de un trabajo considerable de edición en aras de una mayor simplicidad y claridad, así como para garantizar que el contenido se centre en los requisitos normativos más que en los de procedimiento.

29. La última frase del párrafo 360.3, relativo a la clasificación de los lugares de destino, se encontraba antes en el párrafo 360.1.

Subsidio de destino

30. El párrafo 365.1 ha sido modificado ligeramente, transfiriéndose el texto al párrafo 365.1.1; también se ha introducido un nuevo párrafo 365.1.2. La finalidad de estos cambios es indicar que el subsidio de destino se pagará en el momento del nombramiento o la reasignación a un nuevo lugar de destino para un periodo de al menos un año, o al prolongarse un nombramiento inicial o un traslado a un lugar de destino de menos de un año de manera que el periodo ininterrumpido de servicio en ese lugar de destino sea de un año o más.

31. Las referencias que antes se hacían en el párrafo 365.1 al importe del subsidio de destino, se han utilizado para crear el párrafo 365.2, y los párrafos 365.1.1 y 365.1.2 se han reenumerado en consecuencia.

32. Se ha suprimido el párrafo 365.3, reemplazándolo por otro con idéntico número para tener en cuenta las recomendaciones presentadas por la Comisión de Administración Pública Internacional a la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca del subsidio de destino. Estas modificaciones obedecen también al deseo de simplificar y hacer más claro el párrafo. El nuevo párrafo 365.3 del Reglamento establece los criterios normativos y los requisitos a aplicar al aumento del subsidio de destino en una o más sumas globales.

33. A raíz de las modificaciones descritas *supra*, se han reenumerado los párrafos 365.2, 365.4 y 365.5.

Subsidio de servicio

34. El párrafo 367 del Reglamento, que prevé el pago de un subsidio de servicio para el personal con contratos temporales, ha sido eliminado, toda vez que dicho subsidio ya no procede, debido a la mayor equidad introducida en las prestaciones y los derechos y en otros emolumentos concedidos a las personas con contratos temporales en el Reglamento modificado.

Sección 4 - Contratación y nombramiento

Políticas de nombramiento

35. El párrafo 420 ha sido modificado para reflejar el nuevo sistema de nombramientos.

36. Se ha añadido un nuevo párrafo 420.1 en el que se enumeran los nuevos tipos de nombramiento.

37. Los párrafos 420.1, 420.2 y 420.3 han sido reenumerados y modificados para incluir las definiciones de nombramiento continuo, de plazo fijo y temporal, respectivamente.

38. Los párrafos 420.4 y 420.5 se han reenumerado, y las referencias que se hacen en el párrafo 420.5 a los párrafos 420.2 y 420.3 se han corregido para aludir a los párrafos 420.3 y 420.4, respectivamente.

39. El párrafo 420.6 se ha reenumerado y modificado para indicar que se aplica sólo al personal contratado a plazo fijo.

Rehabilitación en caso de reemplazo

40. El párrafo 470 se ha modificado en aras de la claridad añadiendo el término «rehabilitación», dado que este párrafo trata de la rehabilitación de las condiciones de empleo. Además, la referencia al párrafo 420.3 apunta ahora al párrafo 420.4. Se ha suprimido además la referencia a los consultores.

Traslados entre organizaciones

41. En el párrafo 480.1.3 se ha corregido la referencia al párrafo 420.5, que se ha reenumerado como 420.6.

Sección 5 - Actuación profesional y cambio de situación

Fin del periodo de prueba

42. En el párrafo 540.1 se ha corregido la referencia al párrafo 420.6, que se ha reenumerado como 420.7.

Aumento de sueldo dentro del mismo grado

43. El párrafo 550.1 se ha modificado para indicar que se aplica a todo el personal y para aclarar que la frase en que se señala que «la fecha de adquisición de los derechos no será anterior a la fecha de confirmación del nombramiento» se aplica sólo a los funcionarios con nombramientos de plazo fijo sujetos a un periodo de prueba. El párrafo 550.3 se ha modificado para reemplazar las palabras «personal lingüístico» por una referencia al «personal de conferencias y demás personal contratado a corto plazo» nombrado con arreglo al párrafo 1320 modificado.

Ascensos

44. Los párrafos 560.1, 560.2, 560.3 y 560.4 se han modificado para indicar que se aplican únicamente a los funcionarios con nombramientos continuos o de plazo fijo. Además, la referencia en el párrafo 560.3 al párrafo 320.5 se ha corregido para apuntar al párrafo 320.4.

Reasignación

45. Los párrafos 565.1, 565.2, 565.3 y 565.4 se han modificado para indicar que el término «reasignación», según la definición dada en el párrafo 565.1, se aplica sólo a los funcionarios con nombramiento continuo o de plazo fijo. Además, la referencia en el párrafo 565.4 al párrafo 320.5 será corregida para apuntar al párrafo 320.4.

Sección 6 - Asistencia al trabajo y licencias

Licencia anual

46. En el párrafo 630.3.1 se ha suprimido la referencia al personal empleado «por tiempo trabajado», dado que esa fórmula ha desaparecido en el proyecto de nuevos arreglos contractuales.

47. El párrafo 630.3.2 se ha reenumerado e incorpora nuevos cambios para suprimir la referencia a las personas con nombramientos temporales. Este párrafo se ha modificado además para introducir una referencia al personal de conferencias y demás personal contratado a corto plazo nombrado a tenor del párrafo 1320 modificado.

48. El párrafo 630.3.3 se ha suprimido para eliminar la referencia a los consultores.

49. De resultas de estas modificaciones, los párrafos 630.3.4 y 630.3.5 han sido reenumerados.

Licencia en el país de origen

50. El párrafo 640.3.3 se ha modificado para indicar que la licencia en el país de origen se aplica al personal temporero, pero no así a los funcionarios nacionales del cuadro orgánico nombrados con arreglo al párrafo 1330.

Licencia por formación o servicio militar

51. Se ha modificado el párrafo 660.1 para corregir la referencia al párrafo 420.3, que se ha reenumerado como 420.4, y para eliminar la referencia a los consultores.

Sección 7 - Seguridad social

Seguro de enfermedad y accidentes

52. El párrafo 720.1.1, relativo al seguro de enfermedad del personal, y el párrafo 720.2.1, sobre el seguro de enfermedad y accidentes, se han modificado para aplicarlos por igual a todo el personal. En consecuencia, el párrafo 720.2.2 ha sido eliminado.

Licencia por enfermedad

53. El párrafo 740.1 se ha modificado para eliminar la referencia al personal contratado «por tiempo trabajado», pues esta fórmula ha desaparecido en el proyecto de marco de arreglos contractuales. La referencia al párrafo 1330, sobre los consultores, ha sido igualmente eliminada.

Licencia de maternidad o paternidad

54. El párrafo 760.1 del Reglamento se ha modificado para reflejar el hecho de que el personal tiene derecho a una licencia de maternidad o paternidad, con arreglo a las condiciones establecidas por el Director General.

55. Se ha modificado el párrafo 760.2 y se ha suprimido el párrafo 760.3 para indicar que la licencia de maternidad se aplica por igual a todos los miembros del personal (excluidos los nombrados con arreglo al párrafo 1320). Los párrafos 760.4, 760.5 y 760.6 se han reenumerado en consecuencia.

56. El párrafo 760.6 ha sido modificado para indicar que la licencia de paternidad se aplica por igual a todos los miembros del personal.

Indemnización por fallecimiento

57. El párrafo 770.1 se ha modificado para conceder por igual a todos los miembros del personal el derecho a una indemnización por fallecimiento, así como para suprimir la referencia al párrafo 1330 sobre los consultores.

Sección 8 - Viajes y transporte

Viaje del cónyuge y los hijos

58. Los párrafos 820.2 y 820.2.1 han sido modificados para generalizar el derecho al reembolso de los gastos de viaje de un cónyuge y los hijos a todos los funcionarios nombrados para un periodo no inferior a un año, y en caso de prolongación de un nombramiento inicial de menos de un año de manera que resulte un periodo ininterrumpido de servicio de un año o más.

Viaje relacionado con el subsidio de educación especial

59. El párrafo 825 sobre el viaje relacionado con el subsidio de educación especial se ha modificado para aplicarlo al personal con nombramientos temporales. Se ha modificado asimismo para advertir que no se aplica a los funcionarios nacionales del cuadro orgánico contemplados en el párrafo 1330, reenumerado. También se ha eliminado la referencia a los consultores.

Sección 10 - Separación del servicio

Rescisión del nombramiento por razones de salud

60. El párrafo 1030.2.2 ha sido modificado para señalar que sólo los funcionarios con nombramientos continuos o de plazo fijo tendrán derecho a que se estudien las posibilidades de reasignación antes de una rescisión de su contrato por razones de salud.

61. El párrafo 1030.3.1 se ha modificado para especificar que, en caso de rescisión del nombramiento por razones de salud, los funcionarios con nombramiento continuo o de plazo fijo serán notificados con tres meses de antelación, y los funcionarios con nombramiento temporal con un mes de antelación.

Término del nombramiento

62. El párrafo 1040 se ha modificado para añadir el requisito de que, cuando se haya decidido no prolongar el nombramiento de un miembro del personal con contrato temporal, se le informe de ello normalmente al menos con un mes de antelación a la expiración del contrato. El párrafo ha sido modificado además para especificar que no se requerirá dicho aviso cuando el interesado tenga un nombramiento temporal con el que haya alcanzado la duración máxima de servicio ininterrumpido en varios contratos temporales consecutivos.

Rescisión de los nombramientos temporales

63. El nuevo párrafo 1045 se ha introducido para especificar que un contrato temporal puede rescindirse según lo previsto en el párrafo 1030 (por razones de salud), el párrafo 1075 (por falta de conducta) o el párrafo 1080 (por abandono del puesto). Se ha introducido asimismo para especificar los requisitos, incluidos el preaviso y la indemnización por rescisión, aplicables a la rescisión de los nombramientos temporales por los siguientes motivos: porque se interrumpa la función temporal en cuestión, porque la actuación profesional se considere insatisfactoria, o porque la persona demuestre no ser apta para realizar la tarea asignada o para trabajar en la administración pública internacional.

Supresión del puesto

64. El párrafo 1050.2 se ha modificado para que se refiera a los «nombramientos continuos» en lugar de los «nombramientos de servicio».

65. El párrafo 1050.3 se ha modificado para que se refiera a los «nombramientos continuos» en lugar de los «nombramientos de servicio».

Prima por terminación del servicio

66. El párrafo 1050.4 se ha modificado para contemplar el pago de indemnizaciones al personal con contratos temporales cuya función se interrumpa a tenor de lo dispuesto en el nuevo párrafo 1045.

Actuación profesional insatisfactoria o inadecuación para la administración pública internacional

67. Los párrafos 1070.1, 1070.2, 1070.3 y 1070.4 se han modificado para especificar que su contenido sólo se aplica a los funcionarios con nombramientos continuos o de plazo fijo.

Aviso de rescisión de nombramiento

68. El párrafo 1083 se ha modificado para indicar que el aviso de rescisión de nombramiento contemplado en el nuevo párrafo 1045 no puede aplicarse a una persona que se encuentre de baja por maternidad.

Sección 13 - Condiciones de empleo especiales

Prestación por movilidad y condiciones de vida difíciles para el personal de puestos de contratación local

69. El párrafo 1310.5 se ha modificado para añadir las palabras «del sistema de las Naciones Unidas que aplican el régimen común» después de la referencia a las «organizaciones internacionales» en relación con el personal contratado fuera del ámbito de los puestos de contratación local.

Personal de conferencias y demás personal contratado a corto plazo

70. El párrafo 1320 tiene como nuevo título «Personal de conferencias y demás personal contratado a corto plazo», de modo que se suprime la referencia a los «nombramientos temporales». El párrafo se ha modificado asimismo para armonizarlo con los cambios del párrafo 030.

Consultores

71. El párrafo 1330 sobre los consultores ha sido suprimido.

Funcionarios nacionales del cuadro orgánico

72. El párrafo 1340.1 ha sido reenumerado, y el término «puestos» ha sido reemplazado por «nombramientos». El párrafo 1340.2 también ha sido reenumerado, y la referencia al párrafo 1340.1 apunta ahora al párrafo 1330.1, en coherencia con la nueva numeración.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

73. [En este párrafo figuraba un proyecto de resolución que fue adoptado por el Consejo en su quinta sesión en la resolución EB118.R5.]

Appendix

TEXT OF AMENDED STAFF RULES

030. APPLICATION

The Staff Rules shall apply to all staff members of the World Health Organization, except as specifically provided in any particular Rule herein. Nothing in the present Rules shall be interpreted as preventing the Director-General from making temporary appointments of 60 days or less with terms of service different from those provided in the present Rules, where he or she considers that the interests of the service so require.

040. EFFECTIVE DATE

These Staff Rules are effective as from 1 January 2007 and supersede all Rules in force before that date. All subsequent modifications shall become effective as from the date shown thereon.

.....
320. SALARY DETERMINATION

320.1 On appointment, the net base salary of staff members shall normally be fixed at step 1 of the grade of the post or function to be occupied; however, in accordance with guidelines established by the Director-General, it may be fixed at a higher step in the grade in order to take into account a staff member's qualifications, skills and experience in relation to the requirements of the post or function.

320.2 On promotion of a staff member with a continuing or fixed-term appointment to a higher grade, the net base salary of a staff member shall be fixed at the lowest step in the new grade that will provide an increase in net base salary for promotion within the same salary scale or total net remuneration for promotion from the general service to the professional category, at least equal to that which would have resulted from the granting of two steps within the staff member's present grade. However, on restoration to a higher grade formerly held, the staff member's net base salary shall not exceed that which would have been attained had the staff member remained in the higher grade.

320.3 On reduction in grade of a staff member with a continuing or fixed-term appointment:

320.3.1 due to reasons other than unsatisfactory performance, unsuitability for international service, or misconduct, the net base salary of a staff member shall be fixed at that step in the lower grade that corresponds to his current net base salary, or at the step nearest below if there is no exactly corresponding step;

320.3.2 due to unsatisfactory performance, unsuitability for international service, or misconduct, the net base salary may be fixed at a lower step in the lower grade.

- 320.4 A staff member with a continuing or fixed-term appointment may be officially required to assume temporarily the responsibilities of an established post of a higher grade than that which he occupies; such temporary arrangements shall not be continued for more than 12 months, unless otherwise decided by the Director-General. As from the beginning of the fourth consecutive month of such service, the staff member shall be granted non-pensionable extra pay normally equal to, but not exceeding, the difference between his current pay, consisting of net base salary, post adjustment and allowances, and that which he would receive if promoted to the post of higher grade.
-

340. DEPENDANTS' ALLOWANCES

Staff members appointed to the professional or higher categories, are entitled to a dependant's allowance for dependants as defined in Rule 310.5, as follows:

...

.....

355. SPECIAL EDUCATION GRANT FOR DISABLED CHILDREN

- 355.1 Staff members are entitled to a special education grant in respect of any physically or mentally disabled child, recognized as dependant under Rule 310.5.2, up to the end of the year in which such child reaches the age of 28, under conditions established by the Director-General. In cases where an education grant is payable under Rule 350, the total of the amounts payable under Rules 350 and 355 shall not exceed the applicable maximum.
-

360. MOBILITY AND HARDSHIP ALLOWANCE

- 360.1 The following staff members shall receive a non-pensionable mobility and hardship allowance designed to recognize varying degrees of hardship at different official stations and provide incentives for mobility, in accordance with conditions established by the Director-General:

360.1.1 staff members, except those appointed under Rules 1310 and 1330, who are assigned or transferred to an official station for a period of one year or longer; and

360.1.2 staff members, except those appointed under Rules 1310 and 1330, who are assigned or transferred to an official station for an initial period of less than one year, and whose assignment or transfer is subsequently extended so that the uninterrupted period of service at that official station is one year or longer.

- 360.2 The allowance is composed of three elements: mobility, hardship and non-removal, and shall be paid as determined by the Director-General on the basis of conditions and procedures agreed among the international organizations in the United Nation's common system.

- 360.3 Official stations shall be categorized according to conditions of life and work and on the basis of criteria agreed among the international organizations in the common system for classifying official stations. Headquarters, North American and European official stations and similar designated locations shall be categorized H official stations, whereas all other official stations shall be categorized from A to E.
-

365. ASSIGNMENT GRANT

- 365.1 A staff member whose travel is authorized shall be paid an assignment grant:
- 365.1.1 upon appointment or upon reassignment to an official station for a period of at least one year; or
 - 365.1.2 upon extension of an initial appointment or reassignment to an official station of less than one year, resulting in an uninterrupted period of service at that official station of one year or longer.
- 365.2 The amount of the assignment grant shall be the equivalent of:
- 365.2.1 travel per diem in respect of himself for a period of 30 days from his arrival;
 - 365.2.2 travel per diem, in respect of each family member accompanying or joining him at the Organization's expense under Rule 820, except for children eligible for travel under Rule 820.1.4, for 30 days at half the rate after their arrival.
- 365.3 Subject to conditions established by the Director-General on the basis of conditions and procedures agreed among international organizations in the United Nations common system, the assignment grant shall be increased by one or more lump sums, depending on the category of the official station, whether the staff member is entitled to removal under Rule 855.1, and the duration or expected duration of the assignment at that official station. The lump sum shall be calculated and payable on the basis of the staff member's net base salary and, as applicable, the post adjustment at the official station to which the staff member is assigned at his grade and step, and rates determined by the Director-General.
- 365.4 No assignment grant shall be paid for children born, or for any other dependant acquired, after the arrival of the staff member at the official station.
- 365.5 If a staff member resigns from the Organization within six months of the date of his appointment or reassignment, any assignment grant paid under Rules 365.2 and 365.3 is recoverable proportionately under conditions established by the Director-General.
- 365.6 If both spouses are staff members of international organizations applying the common system of salaries and allowances at the same official station, the grant under Rule 365.2.1 shall be payable to each staff member. The amount under Rule 365.2.2 shall

be payable to the staff member in respect of whom the child is recognized as a dependant, whereas the amount under Rule 365.3 shall be payable to the spouse whose entitlement yields the higher amount.

.....

420. APPOINTMENT POLICIES¹

420.1 Staff members may be granted continuing, fixed-term or temporary appointments as defined below.

420.2 A “continuing appointment” is an appointment without specified time-limit. A continuing appointment shall be granted after a minimum of five years’ uninterrupted, active service on fixed-term appointments and certified satisfactory performance.

420.3 A “fixed-term appointment” is a time-limited appointment of one year or more. A fixed-term appointment may be extended, provided that the total duration of service under consecutive fixed-term appointments does not exceed five years. Exceptionally, service on such appointments may be further extended, for up to one additional year, in accordance with conditions determined by the Director-General.

420.4 A “temporary appointment” is a time-limited appointment of up to two years. If the temporary appointment is of less than two years, it may be extended, provided that the total duration of uninterrupted service under consecutive temporary appointments does not exceed two years. A staff member who has completed the maximum period of uninterrupted service on one or more temporary appointments may not be employed by the Organization unless more than 30 calendar days have elapsed since his separation from service. Any future employment is subject to conditions established by the Director-General.

420.5 Appointments may be on a full-time or part-time basis.

420.6 All staff, including staff members seconded to the Organization, shall be appointed initially on fixed-term appointments as defined in Rule 420.3, or on temporary appointments as defined in Rule 420.4.

420.7 Any fixed-term appointment of one year or more shall be subject to a period of probation, which shall be at least one year and may be extended up to two years when necessary for adequate evaluation of the staff member’s performance, conduct and suitability to international service.

.....

470. REINSTATEMENT UPON RE-EMPLOYMENT

470.1 Staff members, except those holding temporary appointments as defined in Rule 420.4, who are re-employed within one year of the termination of their appointment, may, at the option of the Organization, be reinstated. In such cases they shall have restored to them

¹ Staff members holding career-service and service appointments on 1 January 2007, shall have such appointments automatically converted to continuing appointments.

the status which they held upon termination, and the intervening absence shall be charged to annual leave and leave without pay as necessary. They shall refund to the Organization all separation payments made to them.

480. INTERORGANIZATION TRANSFERS

...

480.1.3 shall be appointed on a fixed-term appointment in accordance with Staff Rule 420.6, and serve the same probationary period as a newly appointed staff member, except for appointees transferred from the Pan American Health Organization;

540. END OF PROBATION

540.1 A performance evaluation report (see Rule 530.2) shall be made before the end of the normal probationary period (see Rule 420.7). On the basis of this report a decision shall be taken, and notified to the staff member, that the:

540.1.1 appointment is confirmed;

540.1.2 probationary period is extended for a specified period;

540.1.3 appointment is not confirmed and is to be terminated.

550. WITHIN-GRADE INCREASE

550.1 Staff members whose performance has been certified by the supervisors as being satisfactory shall be entitled to a within-grade salary increase of one step upon completion of each unit of service time as defined in Rule 550.2. For staff members holding fixed-term appointments subject to a period of probation, the date of entitlement shall not be earlier than the date of confirmation of the appointment except as provided in Rule 480. The effective date for a within-grade increase shall be the first of the month nearest the date of satisfactory completion of the service requirement. Increases may be granted up to the maximum for the staff member's grade except that, if either Rule 555.2 or Rule 1310.9 applies, the normal maximum may be exceeded accordingly.

...

550.3 The unit of service time shall be reduced to ten months under Rule 550.2.1 and to twenty months under Rule 550.2.2 in the case of staff members who have demonstrated, by passing a prescribed test, proficiency of a second official language of the Organization. Staff members whose mother tongue is one of the official languages of the Organization must demonstrate proficiency in a second official language. This Rule applies to staff members in the professional and higher categories except for conference and other

short-term service staff appointed under Rule 1320, e.g., translators, editors, revisers and interpreters.

.....

560. PROMOTION (see Staff Regulation 4.4)

560.1 Promotion is the advancement of a staff member with a continuing or fixed-term appointment to a post of higher grade, as a result either of the reclassification of the post he occupies or of reassignment to a different post.

560.2 Subject to Rule 560.3, a staff member with a continuing or fixed-term appointment shall be entitled to the promotion resulting from a reclassification of the post he or she occupies if he or she has the necessary qualifications and his or her performance has been satisfactory.

560.3 If an occupied post is reclassified from the general service category to the professional category or by more than one grade within a category, the post shall be announced to the staff and selection for that post shall be on a competitive basis, subject to conditions to be determined by the Director-General. In such cases, the staff member with a continuing or fixed-term appointment occupying the advertised post may be granted extra pay as from the fourth consecutive month of the effective date of the reclassification calculated in accordance with the provisions of, and with due regard to, the period specified in Rule 320.4.

560.4 A staff member with a continuing or fixed-term appointment whose performance has been satisfactory, may at any time be considered for reassignment to a post of higher grade for which he or she has the qualifications.

.....

565. REASSIGNMENT

565.1 A reassignment is any formal movement of a staff member with a continuing or fixed-term appointment from one post to another. It may involve a change in title, grade, duties, salary, post adjustment or official station, or a combination of these changes.

565.2 A staff member with a continuing or fixed-term appointment may be reassigned whenever it is in the interest of the Organization to do so. A staff member with a continuing or fixed-term appointment may at any time request consideration for a reassignment in his own interest.

565.3 So far as practicable, vacancies in posts in the professional category and above shall be filled by the reassignment of staff members with continuing or fixed-term appointments between the different activities and offices of the Organization in the interest of developing a versatile career staff. In accepting appointment, a staff member with a continuing or fixed-term appointment accepts the applicability of this policy to himself.

- 565.4 A staff member with a continuing or fixed-term appointment may be required, without formal reassignment and in the interests of the Organization, to perform duties of a post other than his own, due regard being given to the provisions of Rule 320.4. Any such arrangement shall not exceed twelve months, unless otherwise decided by the Director-General.
-

630. ANNUAL LEAVE

...

- 630.3 Annual leave accrues to all staff members except:

- 630.3.1 to conference and other short-term service staff appointed under Rule 1320 engaged on a daily basis;
 - 630.3.2 to those on leave without pay under Rule 655.1 in excess of 30 days;
 - 630.3.3 to those on special leave under insurance coverage in excess of 30 days.
-

640. HOME LEAVE

...

- 640.3.3 they are not locally recruited under Rules 1310 and 1330; and
-

660. LEAVE FOR MILITARY TRAINING OR SERVICE

- 660.1 Upon application, staff members, except those holding temporary appointments as defined in Rule 420.4, may be granted leave of absence for military training or service required by their government for a period not exceeding one year in the first instance but subject to extension on request. At the staff members' option, such absence shall be charged as either leave without pay or as annual leave to the extent accrued and thereafter to leave without pay. During any period of leave without pay for this purpose the provisions of Rule 655.2 shall apply.
-

720. ACCIDENT AND ILLNESS INSURANCE

- 720.1 Staff Health Insurance:

- 720.1.1 Staff members shall participate in the Organization's Staff Health Insurance, and their spouse and eligible dependants shall also be covered by it, in accordance with rules established by the Director-General in consultation with the staff. Staff members shall contribute to the cost.

720.2 Accident and Illness Insurance:

720.2.1 Staff members shall be insured against the risk of disability or accidental death to the extent provided for in the Organization's accident and illness insurance policy relating to them. Staff members shall contribute to the cost.

740. SICK LEAVE

740.1 Staff members, except those excluded by the Director-General under the provisions of Rule 1320 who are unable to perform their duties because of illness or injury, or whose attendance is prevented by public health requirements, may be granted sick leave with pay in the following amounts:

...

740.1.4 a staff member appointed for a period of less than one year, and paid on a monthly basis may be granted sick leave proportionate to the duration of the appointment.

760. MATERNITY AND PATERNITY LEAVE

760.1 Staff members shall be entitled to maternity leave and paternity leave, subject to conditions established by the Director-General.

760.2 Maternity leave shall commence six weeks before the expected date of birth upon submission of a certificate from a duly qualified medical practitioner or midwife indicating the expected due date. At the request of the staff member and on medical advice, the Director-General may permit the maternity leave to commence less than six weeks but not less than two weeks before the expected due date. Maternity leave shall extend for a period of 16 weeks from the time it is granted, except that in no case shall it terminate less than 10 weeks after the actual date of birth. The leave is paid with full salary and allowances.

760.3 A nursing mother shall be allowed additional maternity leave of sufficient time each day to nurse her child.

760.4 Where both parents of a new-born child are staff members of the World Health Organization, any unused portion of maternity leave to which the mother would otherwise have been entitled under Rule 760.2 may be used by the father of the child, under conditions established by the Director-General.

760.5 Subject to conditions established by the Director-General, and upon presentation of satisfactory evidence of the birth of his child, a staff member, shall be entitled to paternity leave for a total period of up to four weeks or, in the case of internationally recruited staff members serving at a non-family duty station, up to eight weeks. In exceptional circumstances, leave shall be granted for a total period of up to eight weeks. Paternity leave must be exhausted within 12 months from the date of the child's birth.

770. GRANT IN CASE OF DEATH

770.1 On the death of a staff member whose death does not result in any indemnity payment from the Organization's accident and illness insurance policy, a payment shall be made to:

.....

820. TRAVEL OF SPOUSE AND CHILDREN

....

820.2 The Organization shall pay the travel expenses of a staff member's spouse and dependent children, as defined in Rule 820.1, under the following circumstances:

820.2.1 on appointment for a period of not less than one year, or upon extension of an initial appointment of less than one year resulting in an uninterrupted period of service of one year or longer, from the recognized place of residence or, at the option of the Organization, the place of recruitment, to the official station, or from some other place, provided that the cost to the Organization does not exceed that for the travel from the recognized place of residence, and subject to the requirement that in any case the spouse and dependent children are expected to remain at the official station at least six months;

.....

825. SPECIAL EDUCATION GRANT TRAVEL

The Organization shall, in accordance with terms and conditions determined by the Director-General, pay travel expenses of dependent children in respect of whom staff members are entitled to the special education grant under Rule 355. In this case, the provisions for education grant travel under Rule 820.2.5 shall not apply, except for the round trips under Rules 820.2.5.2 and 820.2.5.3. The provisions of this Rule shall apply to professional and higher category staff not serving in the country of their recognized place of residence, and to staff referred to in Rule 1310.4 recruited outside the local area as well as outside the country of the official station. They shall not apply to other staff referred to in Rules 1310 and 1330.

.....

1030. TERMINATION FOR REASONS OF HEALTH

1030.1 When, for reasons of health and on the advice of the Staff Physician, it is determined that a staff member is incapable of performing his current duties, his appointment shall be terminated.

1030.2 Prior to such termination the following conditions must be fulfilled:

1030.2.1 the medical condition must be assessed as of long duration or likely to recur frequently;

1030.2.2 reassignment possibilities for staff members holding continuing or fixed-term appointments shall be explored and an offer made if this is feasible;

1030.2.3 participants in the Pension Fund shall have their pension rights determined.

1030.3 A staff member whose appointment is terminated under this Rule:

1030.3.1 shall be given three months' notice if serving on a continuing or fixed-term appointment, and one month's notice if serving on a temporary appointment;

1030.3.2 may be entitled to disability benefit in accordance with the rules of the Pension Fund;

1030.3.3 may be entitled to a disability payment in accordance with the terms of the insurance coverage provided for in Rule 720.2;

1030.3.4 shall receive a termination payment at the rates set out in Rule 1050.4, provided that the amount due under that Rule, together with any periodic disability benefits due in the 12 months following termination and payable by virtue of the provisions of Section 7, shall not exceed one year's terminal remuneration;

1030.3.5 shall always have the option of resigning.

1040. COMPLETION OF APPOINTMENTS

In the absence of any offer and acceptance of extension, fixed-term and temporary appointments shall terminate automatically on the completion of the agreed period of service. Where it has been decided not to offer an extension of appointment to a staff member holding a fixed-term appointment, the staff member shall be notified thereof no less than three months before the expiry of the appointment. Where it has been decided not to offer an extension of appointment to a staff member holding a temporary appointment, the staff member shall be notified thereof normally no less than one month before the expiry of the appointment. Such notice shall not be required in the case of a staff member holding a temporary appointment who has reached the maximum duration of uninterrupted service under consecutive temporary appointments, as defined in Rule 420.4. Eligible staff members who do not wish to be considered for reappointment shall also give that period of notice of their intention.

1045. TERMINATION OF TEMPORARY APPOINTMENTS

1045.1 In addition to the grounds for termination set out in Rules 1030, 1075, and 1080, a temporary appointment may be terminated prior to its expiration date if:

1045.1.1 the function the staff member performs is discontinued, or;

1045.1.2 the staff member's performance is deemed to be unsatisfactory, or if the staff member proves unsuited to his work or to international service. It shall be considered unsatisfactory performance if the staff member does not or cannot perform the temporary functions to which he is assigned, and unsuitability for international service if he fails to establish satisfactory

working relationships with other staff members or with nationals of other nations with whom he is working.

1045.2 When a temporary appointment is terminated due to discontinuation of the function, the staff member will be given at least one month's notice and will be paid a termination indemnity in accordance with the schedule set out in Rule 1050.4.

1045.3 When a temporary appointment is terminated for unsatisfactory performance or because the staff member proves unsuited to his work or to international civil service, the staff member shall normally be given at least one month's notice. In addition, the staff member may, at the discretion of the Director-General, be paid an indemnity not exceeding one-half of the amount to which he would have been entitled if his appointment had been terminated under Rule 1045.2.

1050. ABOLITION OF POST

1050.1 The fixed-term appointment of a staff member with less than five years of service may be terminated prior to its expiration date if the post he occupies is abolished.

1050.2 When a post held by a staff member with a continuing appointment, or by a staff member who has served on a fixed-term appointment for a continuous and uninterrupted period of five years or more, is abolished or comes to an end, reasonable efforts shall be

made to reassign the staff member occupying that post, in accordance with procedures established by the Director-General, and based upon the following principles:

...

1050.3 Termination under this Rule shall require giving at least three months' notice to a staff member holding a continuing appointment or a non-probationary fixed-term appointment, and at least one month's notice to any other staff member.

1050.4 Staff members whose appointments are terminated under this Rule shall be paid an indemnity in accordance with the following schedule and with due regard to Rule 380.2:

Indemnity (Terminal remuneration)

Years of service	Staff holding continuing appointments	Staff holding other types of appointments
Less than 1))
1)) One week per unexpired month of contract, subject to a minimum of 6 weeks and a maximum of 3 months
2) Not applicable)
3))
4)) 4 months
5)) 5 months
6	6 months	6 months
7	7 months	7 months
8	8 months	8 months
9	9 months	9 months

10	9.5 months	9.5 months
11	10 months	10 months
12	10.5 months	10.5 months
13	11 months	11 months
14	11.5 months	11.5 months
15 or more	12 months	12 months

.....

1070. UNSATISFACTORY PERFORMANCE OR UNSUITABILITY FOR INTERNATIONAL SERVICE

1070.1 A staff member's continuing or fixed-term appointment may be terminated if his performance is unsatisfactory or if he proves unsuited to his work or to international service. It shall be considered unsatisfactory performance if the staff member with a continuing or fixed-term appointment does not or cannot perform the functions of the post to which he is assigned, and unsuitability for international service if he fails to establish satisfactory working relationships with other staff members or with nationals of other nations with whom he is working.

1070.2 Prior to termination action, a staff member with a continuing or fixed-term appointment shall be given a written warning and a reasonable time to improve. If there is reason to believe that the unsatisfactory performance results from assignment to duties and responsibilities beyond the capacity of the staff member, consideration shall be given to reassignment to a post more suited to his abilities.

1070.3 A staff member with a continuing or fixed-term appointment whose appointment is terminated under this Rule shall be entitled to a notice period equivalent to that specified in Rule 1050.3.

1070.4 A staff member whose continuing or fixed-term appointment is terminated under this Rule may, at the discretion of the Director-General, be paid an indemnity not exceeding one-half of the amount to which he would have been entitled if terminated under Rule 1050.

.....

1083. NOTICE OF TERMINATION

Notice of termination under Staff Rules 1030, 1045, 1050, 1060, 1070 and 1080 shall not be served to a staff member on maternity leave.

.....

1310. STAFF IN POSTS SUBJECT TO LOCAL RECRUITMENT

...

1310.5 At designated official stations, a mobility and hardship allowance may be payable to staff members described in Rule 1310.4 in accordance with the conditions defined under Rule 360 and at the rates payable to staff in grades P.1 to P.3. The Director-General shall

establish, on the basis of procedures agreed among the international organizations in the United Nations common system, the criteria under which the mobility and hardship allowance may be payable.

1320. CONFERENCE AND OTHER SHORT-TERM SERVICE STAFF

The Director-General may establish conditions of service for conference and other short-term service staff holding temporary appointments of 60 days or less without regard to the provisions of other Staff Rules, including Staff Rules 340, 640, 710, 760, 770, 820, and 825.

1330. NATIONAL PROFESSIONAL OFFICERS

1330.1 The Director-General may appoint National Professional Officers to perform work at the professional level without regard to the provisions of other sections of the Rules. All appointments in the National Professional Officer category are subject to local recruitment.

1330.2 With respect to Rule 1330.1 the Director-General shall establish employment conditions for staff engaged in the local area, including the fixing of rates of pay and allowances in terms of the best prevailing practices in the local area.

ANEXO 2

Repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo

1. Resolución EB118.R1 Talasemia y otras hemoglobinopatías¹	
2. Relación con el presupuesto por programas	
Área de trabajo	Resultado previsto
Vigilancia, prevención y gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles	1. Se habrá prestado a los países apoyo para formular políticas y estrategias de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel nacional, incluida la integración de la prevención primaria y secundaria en los sistemas de salud.
(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)	
La resolución proporcionará un marco para lograr los resultados previstos en relación con la prevención y el tratamiento de la talasemia y otras hemoglobinopatías.	
3. Repercusiones financieras	
a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades) US\$ 2 740 000, excluidos los gastos de personal por valor de US\$ 2 440 440, que se detallan en el informe sobre las repercusiones administrativas y financieras de la resolución EB117.R3.	
b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades) US\$ 1 390 000	
c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? No se aplica (no se asignan fondos excepto los previstos en el presupuesto ordinario en relación con el gestor del programa que dedicará el 50% de su tiempo de trabajo a la aplicación de esta resolución).	
4. Repercusiones administrativas	
a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda) Países seleccionados, cinco oficinas regionales (para las Américas, para Asia Sudoriental, para Europa, para el Mediterráneo Oriental y para el Pacífico Occidental) y la Sede.	
b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal) Se ruega consultar el informe sobre las repercusiones administrativas y financieras de la resolución EB117.R3.	
c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación) El periodo de vigencia de la iniciativa mundial es de cuatro años a partir de 2006. El comité de seguimiento se reunirá cada dos años.	

[EB118/5 Add.1 - 27 de mayo de 2006]

¹ Dado que la anemia drepanocítica es una hemoglobinopatía frecuente, véanse también las repercusiones administrativas y financieras de la resolución EB117.R3 (documento EB117/2006/REC/1, anexo 4).

1. Resolución EB118.R3 Control de la leishmaniasis	
2. Relación con el presupuesto por programas	
Área de trabajo	Resultado previsto
Prevención y control de las enfermedades transmisibles	1. Se habrá fortalecido la capacidad nacional para hacer adelantos considerables en materia de control intensificado o eliminación de las enfermedades tropicales endémicas que se quiere combatir.
(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)	
Relación con los siguientes indicadores para este resultado previsto: número de países que han actualizado sus programas nacionales de prevención y control de las principales zoonosis; número de países que hacen frente a emergencias a los cuales se ha prestado un apoyo eficaz para aplicar medidas apropiadas de prevención y control de las enfermedades transmisibles.	
3. Repercusiones financieras	
a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades) Se necesitarán US\$ 3 millones para un periodo de tres años	
b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades) US\$ 1,8 millones	
c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? El Gobierno de España ya ha efectuado una donación de US\$ 1,4 millones destinada al programa de control de la leishmaniasis para este bienio. Se necesitan fondos adicionales por valor de US\$ 400 000; hay negociaciones en curso con posibles donantes.	
4. Repercusiones administrativas	
a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda) Principalmente en los países, para prestar apoyo a las oficinas de los Representantes de la OMS con miras a reforzar los centros sanitarios periféricos; sin embargo, el programa de control requerirá alguna ampliación de la capacidad en la Sede para ayudar a organizar el grupo de trabajo mundial, organizar actividades cartográficas, actualizar el informe técnico de la OMS pertinente y prestar apoyo a las actividades en los países. Se hará hincapié en las principales zonas endémicas de la Región de África, la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental, así como en las zonas sobre las que se carece de información.	
b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal) Se necesitará un funcionario en la Sede con el siguiente perfil: excelente conocimiento de la leishmaniasis, conocimientos en materia de planificación operacional y experiencia en enfermedades infecciosas y salud pública.	
c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación) El programa empezará a aplicarse durante el presente bienio en un número limitado de países (el Afganistán, Bangladesh, Etiopía, la India, Nepal y el Sudán); se prevé continuar las actividades en los años subsiguientes.	

1. Resolución EB118.R4 Reforzando los sistemas de información sanitaria**2. Relación con el presupuesto por programas****Área de trabajo**

Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación

Resultado previsto

1. Se habrán fortalecido y reformado los sistemas nacionales de información sanitaria, que proporcionarán y utilizarán información oportuna y de calidad para los problemas y programas de salud locales y para la vigilancia de los principales objetivos internacionales.

(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)

La resolución es plenamente coherente con el resultado previsto pues se centra en el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria en los países de acuerdo con las normas internacionales definidas en la Red de Sanimetría, unido a la prioridad otorgada a la adopción de decisiones basada en la evidencia. La resolución está en consonancia con los indicadores y metas en lo referente tanto a una base de datos de la OMS que contenga indicadores básicos de salud, con metadatos, y centrada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, como al desarrollo y aplicación, por parte de los países, de normas y patrones, como la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* y la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, y análisis de la situación sanitaria y los métodos de medición de los sistemas de salud.

3. Repercusiones financieras

- a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades)** US\$ 40 millones (no incluye el presupuesto de la Red de Sanimetría)
- b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades)** US\$ 11 millones (no incluye el presupuesto de la Red de Sanimetría)
- c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?** Aproximadamente US\$ 7 millones de los gastos propuestos para el bienio en curso pueden absorberse en las actuales actividades programadas. Se necesitan US\$ 4 millones adicionales para que la OMS pueda tener un papel dirigente a nivel mundial, regional y de país, y seguir siendo un protagonista fundamental de la Red de Sanimetría.

4. Repercusiones administrativas

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)** La Sede, en colaboración con las oficinas regionales, seguirá desarrollando y ensayando instrumentos y métodos y ofreciendo orientación normativa. A nivel mundial, la Secretaría seguirá teniendo una función de depósito de estadísticas sanitarias y pruebas científicas sólidas. Las indicaciones normativas y la aplicación de los planes de refuerzo de los sistemas de información sanitaria se adaptarán a nivel de país, con un fuerte apoyo de la oficina regional.
- b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal)** Se necesita en total el equivalente a siete profesionales a tiempo completo para que las oficinas regionales puedan apoyar energicamente la aplicación en los países (uno en cada región, dos en la Oficina Regional para África). El personal en cuestión debe tener conocimientos de estadística, epidemiología, planificación, y vigilancia y evaluación.

Se requiere algo más de personal en la Sede (equivalente a dos profesionales a tiempo completo) para poder llevar a cabo un trabajo técnico de alta calidad sobre las estadísticas sanitarias a nivel mundial y el cumplimiento de las normas acordadas. El personal en cuestión debe tener conocimientos de estadística, epidemiología, bioestadística, demografía y economía sanitaria.

- c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación)** La aplicación del trabajo normativo y el apoyo a las regiones y los países comenzarán de inmediato, en colaboración con las actividades de la Red de Sanimetría. El apoyo a la implementación en los países comenzará durante el bienio en curso y se acelerará posteriormente conforme aumente la capacidad y en función de las necesidades a nivel de país. A intervalos regulares se realizarán evaluaciones de los progresos realizados en el contexto de los exámenes bienales del presupuesto por programas.

[Véase el acta resumida de la cuarta sesión, sección 3.]

1. Resolución EB118.R5 Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal	
2. Relación con el presupuesto por programas	
Área de trabajo	Resultado previsto
Gestión de recursos humanos en la OMS	4. Se habrán mejorado las condiciones de servicio e introducido políticas atentas a las necesidades del personal; el régimen de remuneración y prestaciones de la OMS se habrá puesto en conformidad con el sistema empleado por los organismos de las Naciones Unidas orientados a la realización de actividades sobre el terreno.
(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)	
La mejora de las condiciones de servicio descrita en la propuesta de reforma contractual constituye la aplicación de una política atenta a las necesidades del personal, con el objeto de que la Organización pueda atraer y conservar a personas del máximo calibre.	
3. Repercusiones financieras	
a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades) US\$ 22 800 000. Esta cifra se refiere a los costos adicionales resultantes de la mejora de las condiciones de servicio del personal temporero y la aplicación del principio de igual remuneración por igual trabajo, lo que no estaba previsto en el presupuesto por programas 2006-2007. En los bienios futuros el costo quedará subsumido en los costos de personal revisados proyectados para cada ciclo presupuestario según las necesidades de funciones temporales previstas en ese momento.	
b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades) Los costos indicados en el inciso a) son estimaciones para el año 2007, que corresponde al periodo de aplicación de las nuevas medidas propuestas.	
c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? Ninguna de las repercusiones financieras adicionales propuestas se podrá subsumir en las actuales actividades programadas porque todos los grupos orgánicos y oficinas regionales interesados están convirtiendo cierto número de funciones temporales en puestos de plazo fijo; por consiguiente, el monto indicado representa el aumento neto estimado de los presupuestos actuales.	

4. Repercusiones administrativas

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)** Se utilizarán los planes revisados de recursos humanos de las regiones y la Sede. Se aplicarán a nivel de toda la Organización.
- b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal)** La aplicación de la reforma contractual propuesta no requiere más personal.
- c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación)** La aplicación se realizará durante todo el año 2007.

[EB118/11 Add.1 - 25 de mayo de 2006]

PARTE II
ACTAS RESUMIDAS

LISTA DE MIEMBROS Y OTROS PARTICIPANTES

MIEMBROS, SUPLENTES Y ASESORES

BOLIVIA

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz

(Presidente)

Suplentes

Sr. G. POGGI BORDA, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Sra. A. C. LAHORE CALDERÓN, Segunda Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

AFGANISTÁN

Dr F. KAKAR, Deputy Minister of Public Health, Ministry of Public Health, Kabul

Suplentes

Dr A. OMER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr D. HACHEMI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

AUSTRALIA

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra

Suplentes

Ms C. MILLAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms C. PATTERSON, Minister-Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Ms J. HEFFORD, Assistant Secretary, International Strategies Branch, Department of Health and Ageing, Canberra

Mr M. SAWERS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Asesores

Mr G. ADLIDE, Counsellor (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Ms I. WETTENHALL, Manager, International Health Program, Health Task Force (AusAid), Department of Health and Ageing, Canberra

Mr M. PALU, Counsellor (AusAid), Australian Consulate, Ho Chi Minh City, Viet Nam

Ms L. OATES-MERCIER, Program Officer (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Ms C. HOLLIDAY, Assistant, United Nations Section, Permanent Mission, Geneva

AZERBAIYÁN

Mr O. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku **(Vicepresidente)**

Suplentes

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr S. ABDULLAYEV, Head, Department for International Affairs, Ministry of Health, Baku

Mr R. NOVRUZOV, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama (**suplente de la Dra. N. A. Haffadh**)

BHUTÁN

Dr JIGMI SINGAY, Minister for Health, Thimphu

Suplente

Dr D. WANGCHUK, Director General, Department of Medical Services, Ministry of Health, Thimphu

BRASIL

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Director-General, National Institute of Cancer, Brasilia (**suplente del Dr. P. M. Buss**)

Suplentes

Mr S. ALCÁZAR, Counsellor, Head, Department of International Affairs, Ministry of Health, Brasilia

Mr P.M. DE CASTRO SALDANHA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CHINA

Dr REN MINGHUI, Deputy Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Suplentes

Mr FU CONG, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr YANG XIAOKUN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Dr DING BAOGUO, Deputy Division Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr ZHANG ZE, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

DINAMARCA

Dr J.K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen

Suplentes

Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Mrs M.-L. OVERVAD, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms M. HESSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S.J. JØRGENSEN, Senior Consultant, National Board of Health, Copenhagen

Mr M.T. KORSLUND, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

DJIBOUTI

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti

Suplente

M. A.M. ABOUBAKER, Directeur de l'Etude et de la Planification, Ministère de la Santé, Djibouti

EL SALVADOR

Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra (**suplente del Dr. J. G. Maza Brizuela**)

Suplente

Sr. B. F. LARIOS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

ESLOVENIA

Dr B. VOLJČ, Director, Blood Transfusion Centre, Ljubljana

Suplentes

Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr I. JUKIČ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Dr J. AGWUNOBI, Assistant Secretary for Health, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Suplentes

Miss L.L. CASSEL, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Health, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Mr M. ABDOO, International Health Officer, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC

Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Ms D. GIBB, Senior Technical Adviser, Bureau of Global Health, United States Agency for International Development, Washington, DC

Mr D. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

IRAQ

Dr A.H.I. AL-SHAMMARI, Minister of Health, Baghdad

Suplentes

Mr B. AL-SHIBIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Miss M.A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Dr E. ATTA AZIZ, Director-General (Planning Department), Ministry of Health, Baghdad

Mr M. SHUAAIB, Ministry of Health, Baghdad

JAMAHIRIYA ÁRABE LIBIA

Dr A.H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli (**Relator**)

Suplentes

Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr B. ALLAGE, Department of Childhood, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli

Mr F. ABUSAA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAMAICA

Dr B. WINT, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

Suplentes

Mr R.A. SMITH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms A. MORRIS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mrs A. DUBIDAD-DIXON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAPÓN

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Suplentes

Mr Y. IWABUCHI, Director, International Affairs Planning Office, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr H. INOUE, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Ms M. IMAI, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr R. AKIZUKI, Unit Coordinator, Intergovernmental Organization Unit, International Planning Office, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Mr Y. ARAI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

KENYA

Dr T. GAKURUH, Deputy Director, Medical Services, Ministry of Health, Nairobi (**suplente del Dr. J. Nyikal**)

Suplentes

Dr A.E. OGWELL, Head, International Health Relations, Ministry of Health, Nairobi

Dr T. MBOYA, Medical Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms L. NYAMBU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LESOTHO

Mr T.J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru (**suplente del Dr. M. Phoko**)

Suplentes

Dr A.M. MARUPING, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr A.T. MARUPING, Permanent Mission, Geneva

Mrs M. PHEKO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LETONIA

Dr V. JAKSONS, Adviser to the Director, State Agency for Health Statistics and Medical Technologies, Riga

Suplentes

Mr J. KARKLINS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms I. DREIMANE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms G. VITOLA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia
Suplente
Mr S. TORNORIAH VARPILAH, Deputy Minister for Planning, Research and Human
Resource Development, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia

LUXEMBURGO

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg
Suplentes
M. M. DI BARTOLOMEO, Ministre de la Santé, Luxembourg
M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève
Mme E. COLOTTE, Secrétaire de Légation, Direction de la Coopération et de l'Action
humanitaire, Ministère des Affaires étrangères, Luxembourg

MADAGASCAR

Dr M.P.O. RAHANTANIRINA, Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du
Planning familial, Antananarivo (**suplente del Dr. R. R. Jean Louis**)
Suplentes
M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. J.-M. RASOLONJATOVO, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève
M. R. RAKOTONARIVO, Conseiller, Mission permanente, Genève

MALÍ

Dr S. DIALLO, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Bamako (**suplente del Dr. Z. M. Youba**)

MÉXICO

Dr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF
Suplentes
Dr. J. FRENK, Secretario de Salud, México, DF
Dr. C. ÁLVAREZ LUCAS, Director General Adjunto de Programas Preventivos, Centro
Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, México, DF
Sra. A. VELÁZQUEZ BERUMEN, Directora General, Centro Nacional de Excelencia
Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, México, DF
Sra. D. M. VALLE ÁLVAREZ, Consejera, Misión Permanente, Ginebra
Sra. A. GONZÁLEZ MOREL, Directora de Asuntos Multilaterales, Secretaría de Salud,
México, DF

NAMIBIA

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Suplente
Ms D. TJIHO, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Haut Commissaire pour la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne

Suplentes

M. J.C. DA COSTA PEREIRA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. C. PEREIRA MARQUES, Représentant permanent adjoint, Genève

M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

Mme D. MAULIDE, Assesseur du Haut Commissaire pour la Santé, Ministère de la Santé,
Lisbonne

RUMANIA

Professor V. PAUNESCU, Secretary of State for European Integration, Ministry of Health, Bucarest

(suplente del Sr. E. Nicolaescu)

Suplentes

Mr D.R. COSTEA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

RWANDA

Dr J.D. NTAWUKURIRYAYO, Ministre de la Santé publique, Kigali

Suplente

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

SINGAPUR

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State (Health), Singapore **(Vicepresidente)**

Suplentes

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr CHEW SUOK KAI, Deputy Director of Medical Services, (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health, Singapore

Mrs J. TAN, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health,
Singapore

Ms F. GAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BASHA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms KOONG PAI CHING, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms D. TEO SU LIN, Health Policy Analyst, International Cooperation Division, Ministry of
Health, Singapore

SRI LANKA

Mr N.S. DE SILVA, Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Suplentes

Mrs S. FERNANDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr P. ABEYKOON, Adviser to the Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Asesor

Mr D.M.S.B. DISSANAYAKE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

TAILANDIA

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**Vicepresidente**)

Suplentes

Mr CHAIYONG SATJIPANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy and Plan Analyst, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Deputy Director, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Asesores

Dr PHUSIT PRAKONGSAI, Medical Officer, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms WARANYA TEOKUL, Policy and Plan Analyst, Office of the National Economic and Social Development Board, Bangkok

Ms PAWEENA TARNSONDHAYA, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

TONGA

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

TURQUÍA

Professor S. AYDIN, Deputy Undersecretary, Ministry of Health, Ankara

Suplentes

Mr H. KIVANÇ, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr V.E. ETENSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr E. E. BOR, General Directorate of Health Education, Ministry of Health, Ankara

ESTADOS MIEMBROS NO REPRESENTADOS EN EL CONSEJO EJECUTIVO¹**ALEMANIA**

Mr M. STEINER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr M. DEBRUS, Head of Division, Federal Ministry of Health, Bonn

Dr I. VON VOSS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr M. VAN DEN BOOM, Advisor, Permanent Mission, Geneva

Dr W. MAIER, Advisor, Permanent Mission, Geneva

ANGOLA

M. A.M. DO NASCIMENTO, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme S. NETO DE MIRANDA, Mission permanente, Genève

¹ Participan en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

ARGELIA

M. I. JAZAÏRY, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mlle D. SOLTANI, Secrétaire diplomatique, Mission permanente, Genève

ARGENTINA

Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra
Sr. S. ROSALES, Secretario de Embajada, Misión Permanente, Ginebra

AUSTRIA

Dr W. PETRITSCH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms M.-N. ADLER, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Dr C. LASSMANN, Minister Plenipotentiary, Deputy Head, Health and Social Affairs Division,
Federal Ministry of Foreign Affairs, Vienna
Dr C. KOKKINAKIS, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative, Geneva
Dr H. FRIZA, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Dr V. GREGORICH-SCHEGA, Director, International Health Relations, Federal Ministry of Health
and Women, Vienna
Dr J.-P. KLEIN, Department for Infectious Diseases and Immunization, Federal Ministry of Health
and Women, Vienna
Dr A. PUNZET, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna
Mr G. HOUTTIN, Head, Liaison Office, Council of the European Union, Geneva
Mr J. LILLIEHOOK, Counsellor, Liaison Office, Council of the European Union, Geneva

BANGLADESH

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr MAHBUB-UZ-ZAMAN, Minister, Permanent Mission, Geneva
Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BÉLGICA

M. F. ROUX, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme F. GUSTIN, Ministre Conseiller, Représentant permanent adjoint, Genève
Mme L. MEULENBERGS, Conseiller, Service des Relations internationales, Service public fédéral
Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles

BELICE

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Ms S.O. FIGUEROA, Permanent Mission, Geneva
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva
Mr T. TICHY, Permanent Mission, Geneva

BOSNIA Y HERZEGOVINA

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms A. KUNDUROVIC, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOTSWANA

Mr B. MOKGOTHU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs M.S. MATLHO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

BULGARIA

Ms D. PARUSHEVA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BURKINA FASO

Mme E. BALIMA, Attaché d'Ambassade, Mission permanente, Genève

CANADÁ

Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

CHILE

Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

COLOMBIA

Dra. L. E. ARANGO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

COSTA RICA

Sr. A. SOLANO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

CÔTE D'IVOIRE

M. B. N'GUESSAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

CUBA

Sr. J. A. FERNÁNDEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. O. LEÓN GONZÁLEZ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

ECUADOR

Dr. G. LARENAS SERRANO, Ministro, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra
Dr. C. SANTOS REPPETO, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ESPAÑA

Sr. J. A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. M. C. CAÑAVATE CAÑAVATE, Responsable, Centro Colaborador de la OMS para Leishmaniasis, Instituto de Salud Carlos III, Madrid
Sr. O. GÓNZALEZ GUTIÉRREZ-SOLANA, Consejero Técnico, Dirección General de la Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid
Sr. S. S. PEÑA, Jefe de Área, Unidad de Apoyo, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid
Sra. M. ESCUER, Misión Permanente, Ginebra

ESTONIA

Mrs K. SIBUL, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERACIÓN DE RUSIA

Mr O. CHESTNOV, Deputy Director, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mr A. PIROGOV, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr N. LOZINSKIY, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr L. KULIKOV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr M. KOCHETKOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Mr P. SUSLOV, Chief Specialist, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mr D. KHUDOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

FINLANDIA

Mrs S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

FRANCIA

M. J.-M. RIPERT, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. M. GIACOMINI, Représentant permanent adjoint, Genève
Dr J.-B. BRUNET, Chef de la Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris
Mme J. TOR-DE TARLÉ, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

GHANA

Dr K. BAWUAH-EDUSEI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms M.A. ALOMATU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

GRECIA

Mr T.N. SARRIS, Deputy Permanent Representative, Chargé d'affaires a.i., Geneva
Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva

GUATEMALA

Sr. C. MARTÍNEZ ALVARADO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. S. HOCHSTETTER SKINNER-KLÉE, Consejera, Misión Permanente, Ginebra
Srta. S. URRUELA ARENALES, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HAITÍ

M. J.-B. ALEXANDRE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
M. P.M.G. SAINT-AMOUR, Conseiller, Mission permanente, Genève

HUNGRÍA

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B. RÁTKAI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

INDONESIA

Mr S.M. SOEMARNO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr A. SOMANTRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr A.C. SUMIRAT, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRLANDA

Ms M. AYLWARD, Assistant Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children, Dublin
Ms S. BARNES, Assistant Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children, Dublin
Mrs F. FLOOD, First Secretary (Human Rights), Permanent Mission, Geneva

ISLANDIA

Mr I. EINARSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

ISRAEL

Dr I. SEVER, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Jerusalem
Ms N. FURMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms E. GOULDMAN ZARKA, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ITALIA

Mme L. FIORI, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève
Mme M.P. RIZZO, Ministère des Affaires étrangères, Rome
Mme V. RUSSO, Mission permanente, Genève

JORDANIA

Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary/Deputy Permanent Representative, Geneva

MÓNACO

M. P. BLANCHI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mlle C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève
M. A. JAHLAN, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

NORUEGA

Mr W.C. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NUEVA ZELANDIA

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General, Public Health, Ministry of Health, Wellington

PAÍSES BAJOS

Mr I. DE JONG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr H. DE GOEIJ, Director-General for Public Health, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
Mr L. VAN DER HEIDEN, Coordinator, Global Public Health, International Affairs Department, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
Ms G. VRIELINK, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr H. VAN DER HOEVEN, Desk Officer, United Nations and International Financial Institutions Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague
Ms N. JAGESSAR, Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague

PAKISTÁN

Mr M.N. KHAN, Federal Minister for Health, Islamabad
Mr M. KHAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms T. JANJUA, Deputy Permanent Representative, Geneva
Dr A. AHMED, Deputy Director-General Health, Ministry of Health, Islamabad
Dr A. GHAFAR, Health Policy and Systems Specialist, Global Forum for Health Research, Geneva
Professor A.J. KHAN, Principal, Frontier Medical College, Abbottabad
Mr A.A. KHOKHAR, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr M.A. KHAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr R.S. SHEIKH, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr F.N. TIRMIZI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mrs S. BALOCH, Consultant, Permanent Mission, Geneva

PARAGUAY

Sra. G. AMARILLA ACOSTA, Ministra, Misión Permanente, Ginebra

PERÚ

Sr. M. RODRÍGUEZ CUADROS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J. P. VEGAS, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Srta. E. BERAÚN, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

Mr T. KINGHAM, Head of Global Health, Department of Health, London
Dr C. PRESEARN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Miss S. CHUBBS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

REPÚBLICA CHECA

Mr T. HUSÁK, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr P. HRNČÍŘ, Deputy Permanent Representative, Geneva

REPÚBLICA DE COREA

Mr PARK Hun-yul, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Jae-yong, Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Mr LEE Kang-hee, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Ms KIM Eun-hee, Assistant Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul

REPÚBLICA DOMINICANA

Sra. M. BELLO DE KEMPER, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

REPÚBLICA POPULAR DEMOCRÁTICA DE COREA

Mr JANG IL HUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

SUDÁFRICA

Dr G.J. MTSHALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms D. MAFUBELU, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

SUDÁN

Mrs I. ELAMIN, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUECIA

Mrs E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms H. PEDERSEN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr A. HILMERSON, Desk Officer, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

SUIZA

M. G. KESSLER, Chef, Section organisations internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. A. VON KESSEL, Chef suppléant, Section organisations internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

Mme B. SCHAER BOURBEAU, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Sra. R. POITEVIEN CABRAL, Embajadora, Encargada de Negocios a.i., Ginebra

Sra. R. MATA, Directora General, Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud, Caracas

Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

Dr. L. A. LIRA OCHOA, Coordinador General de Proyecto Salud, Ministerio de Salud, Caracas

Dr. R. PADILLA, Coordinador Nacional del Plan Influenza Aviar, Ministerio de Salud, Caracas

Sr. O. LUCES BRICEÑO, Politólogo de la Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud, Caracas

Sr. J. ARIAS, Asesor del Sector Político, Misión Permanente, Ginebra

ZIMBABWE

Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**REPRESENTANTES DE LAS NACIONES UNIDAS
Y DE ORGANIZACIONES AFINES**

Naciones Unidas

Mr D. CHIKVAIDZE, Senior Officer, Office of the Director-General
 Mr A. SMITH SERRANO, External Relations and Inter-Agency Affairs Officer, Office of the Director-General
 Mr I. WANI, Chief, Research and Right to Development Branch, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
 Ms D. KORLJAN, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo

Ms S. TWAROG, Economic Affairs Officer, Division on International Trade in Goods and Services and Commodities
 Mr A. STEVENSON, Economic Affairs Officer, Division on International Trade in Goods and Services and Commodities

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

Mr P. QUIBLIER, Programme Office, UNEP Office, Geneva

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office, Geneva
 Dr V. FAUVEAU, Senior Maternal Health Advisor, UNFPA Office, Geneva
 Ms N. BOSMANS, UNFPA Office, Geneva

Programa Mundial de Alimentos

Mr D. BELGASMI, Director, WFP Office in Geneva
 Ms P. KENNEDY, Deputy Director, WFP Office in Geneva

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

Ms C. LINNÉR, Head, Inter-Organization Desk, Secretariat and Inter-Organization Service

ONUSIDA

Dr P. PIOT, Executive Director
 Ms D. LANDEY, Deputy Executive Director
 Ms P. MANE, Director, Policy, Evidence and Partnerships Department
 Mr M. SIDIBE, Director, Country and Regional Support Department
 Mr R. SALLA NTOUNGA, Acting Director, Executive Office
 Mr E. MURPHY, Associate Director, Office of Governance, Donors and United Nations System Relations
 Ms S. MEHTA, Deputy Director, Country and Regional Support Department
 Ms E. TIMPO, Associate Director, Country Programming and Liaison, Country and Regional Support Department
 Mr L. LOURES, Associate Director, Global Initiatives Division
 Mr E. HAARMAN, Chief, Finance and Administration Team, Programme Support Department
 Ms J. GIRARD, Chief, Human Resources Management
 Ms B. DE ZALDUONDO, Associate Director, Epidemic Monitoring and Prevention Policy, Evidence and Partnerships Department
 Mr A. CHATTERJEE, Senior Advisor, Prevention and Public Policy, Prevention, Care and Impact Mitigation Department
 Mr B. N'DAW, Programme Development Adviser, Prevention, Care and Impact Mitigation Department
 Mr G. TEMBO, Team Leader, United Nations Action at Regional and Country Level
 Mr J. TYSZKO, External Relations Officer, Governance and United Nations System Relations

ORGANISMOS ESPECIALIZADOS

Organización Internacional del Trabajo

Mr A. DIOP, Executive Director, Social Protection Sector
 Dr S. NIU, Senior Specialist in Occupational Health, SafeWork
 Mr B. SALTER, Senior Adviser, Conditions of Work and Employment Programme
 Ms X. SCHEIL-ADLUNG, Health Policy Coordinator, Social Security Department
 Mr F. LEGER, Social Security Department
 Ms S. MAYBUD, Sectoral Activities Department

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

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

Organización Meteorológica Mundial

Mrs L. MALONE, Scientific Officer, World Climate Programme Department

Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial

Ms K. UNO, Director, UNIDO Office at Geneva

REPRESENTANTES DE OTRAS ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES

Comisión Europea

Mr C. TROJAN, Ambassador, Head of Permanent Delegation, Geneva
 Mr T. BÉCHET, Minister Counsellor, Head of UN Section, Permanent Delegation, Geneva
 Dr M. RAJALA, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
 Mr N. FAHY, Deputy Head of Unit, Directorate General for Health and Consumer Protection, Brussels

Liga de los Estados Árabes

M. S. ALFARARGI, Ambassadeur, Observateur permanent, Genève
 M. Y. TILIOUANT, Premier Attaché, Délégation permanente, Genève
 M. O. EL HAJJÉ, Délégation permanente, Genève

Organización de la Conferencia Islámica

Mr M.A. JERRARI, Minister Counsellor, Permanent Observer Mission, Geneva

Organización Internacional para las Migraciones

Dr D. GRONDIN, Director, Migration Health Department
 Ms J. WEEKERS, Migration Health Policy Advisor
 Dr A. DAVIES, Public Health Consultant

Unión Africana

Mrs K. MASRI, Permanent Observer, Geneva
 Mr V.N. WEGE, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
 Dr K. ESSEGHAIRI, Director, Social Affairs
 Dr G. KALIMUGOGO, Head, AIDS Watch Africa

**REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
QUE MANTIENEN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS**

Alianza Internacional de Mujeres

Ms M. PAL

Asociación Internacional de Consultores en Lactancia

Ms M. ARENDT LEHNERS

Asociación Internacional de Logopedia y Foniatría

Dr A. MULLER

Asociación Internacional para la Salud de la Madre y del Recién Nacido

Dr R. KULIER

Asociación Rotaria Internacional

Mr G. COUTAU

Comisión Médica Cristiana – Acción de las Iglesias por la Salud

Ms C. CEPUCH

Dr M. KURIAN

Mr P. MUBANGIZI

Dr T. REED

Dr M. SHIVA

Mr A. WULF

Ms S. SHASHIKANT

Mr M. KHOR

Comité Interamericano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y de los Niños

Mrs B. RAS-WORK

Consejo de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo

Professor C. IJSSELMUIDEN

Ms S. DE HAAN

Mr M. DEVLIN

Dr A. KENNEDY

Ms G. MONTORZI

Ms C. NIETO

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

Dr J.E. IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ

Dr J. VENULET

Mr S. FLUSS

Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo

Dr G. BURROWS

Professor J. LING

Dr H. BUERGI

Consumers International

Mr B. PEDERSEN

Ms A. ALLAIN

Dr M. ARENA

Ms P. BALA

Mr T. BALASUBRAMANIAM

Ms M. CHILDS

Ms C. DANIELS

Ms N. DENTICO

Ms N. EL RASSI

Ms M. EWEN

Ms E.F.M. 'T HOEN

Dr T. HUBBARD

Ms LIM LI CHING

Ms A. LINNECAR

Mr J. LOVE

Ms M.S. MASAIGANAH

Ms Y. MILLER BERLIE

Mr B. MISRA

Mr D. MWANGI

Mr A. NIKIEMA

Mr S. OCHIENG

Ms C. PANAGIOTOPOULOS

Ms C. PEREZ

Ms J. RUIS SANJUAN

Ms C. TAN

Mr L. UPCHURCH

Mr JOO KEAN YEONG

Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina

Mr A. NAGLA

Federación Internacional de Colegios de Cirugía

Professor S.W.A. GUNN

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

Dr R. KULIER

Federación Internacional de Hospitales

Professor P.-G. SVENSSON

Federación Internacional de Ingeniería Médica y Biológica

Professor J. NAGEL

Dr M. NAGEL

Federación Internacional de la Industria del Medicamento

Mr M. OJANEN

Ms A. WASUNNA

Mr R. BURDEN

Mr G. SAMUELS

Ms P. CARLEVARO

Ms K. HOLM

Ms C. RAMIREZ

Ms L. AKELLO-ELOTU

Mr E. NOEHRENBERG

Dr H.E. BALE, Jr

Dr R. KRAUSE

Ms O. MORIN

Mr F. SANTERRE

Mr G. WILLIS

Mr T. SANO

Federación Internacional de Laboratorios de Ciencias Biomédicas

Ms L. MORGAN

Federación Internacional de Mujeres de Negocios y Profesionales

Ms M. GERBER

Ms G. GONZENBACH

Federación Internacional de Organizaciones de Registros Sanitarios

Ms L. NICHOLSON

Federación Internacional de Planificación de la Familia

Dr K. ASIF

Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública

Professor T. ABELIN

Mrs J.B. DAVENPORT

Federación Mundial de Educación Médica

Dr H. KARLE

Professor L. CHRISTENSEN

Federación Mundial de Salud Mental

Mrs M. LACHENAL

Dr S. FLACHE

Ms A. YAMADA-VETSCH

Global Forum for Health Research

Professor S.A. MATLIN

Ms M.A. BURKE

Dr A. DE FRANCISCO

Dr A. GHAFFAR

Mr D. HAYWARD

Ms S. OLIFSON

Ms L. SUNDARAM

Industria Mundial de la Automedicación Responsable

Dr D. WEBBER

Ms S. DURAND-STAMATIADIS

International College of Surgeons

Professor P. HAHNLOSER

International Network on Children's Health, Environment and Safety

Dr C. FALVO

International Stroke Society

Mrs I. BOURZEIX

**Organización Internacional de
Normalización**

Mr T.J. HANCOX

OXFAMMrs P. SAUNDERS
Dr M.-K. SMITH**Sociedad Internacional de Oncología
Preventiva**

Dr E. NIEBURGS

Unión Internacional de Arquitectos

Mr H. EGGEN

Visión Mundial InternacionalDr M. AMAYUN
Mr T. GETMAN

COMITÉS Y GRUPOS DE TRABAJO¹

1. Comité de Programa, Presupuesto y Administración

Sr. M. N. Khan (Pakistán, Presidente del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*), Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo, Vicepresidenta del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*), Sra. J. Halton (Australia), Dra. N. A. Haffadh (Bahrein), Dr. J. Singay (Bhután), Sr. I. Shugart (Canadá), Profesor D. Houssin (Francia), Dr. A. M. Ali Mohammed Salih (Iraq), Sr. J. Junor (Jamaica), Dr. M. Phooko (Lesotho), Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), Dr. J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia), Dr. V. Tangi (Tonga)

Primera reunión extraordinaria, 24 de febrero de 2006: Sra. J. Halton (Australia, Presidenta), Dr. S. A. Khalfan (Bahrein, suplente de la Dra. N. A. Haffadh), Dr. J. Singay (Bhután), Sr. D. Strawczynski (Canadá, suplente del Sr. I. Shugart), Dr. J.-B. Brunet (Francia, suplente del Profesor D. Houssin), Dra. E. A. Aziz (Iraq, suplente del Dr. A. M. Ali Mohammed Salih), Dr. B. Wint (Jamaica, suplente del Sr. J. Junor), Sr. T. J. Ramotsoari (Lesotho, suplente del Dr. M. Phooko), Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), Sr. A. Kayitayire (Rwanda, suplente del Dr. J. D. Ntawukuliryayo), Dr. Viroj Tangcharoensathien (Tailandia, suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert), Dr. V. Tangi (Tonga)

2. Comité de Programa, Presupuesto y Administración

Sr. M. N. Khan (Pakistán, Presidente del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*), Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo, Vicepresidenta del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*), Sra. J. Halton (Australia), Dra. N. A. Haffadh (Bahrein), Dr. J. Singay (Bhután), Sr. I. Shugart (Canadá), Profesor D. Houssin (Francia), Dr. A. M. Ali Mohammed Salih (Iraq), Dr. B. Wint (Jamaica), Dr. M. Phooko (Lesotho), Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), Dr. J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia), Dr. V. Tangi (Tonga)

Cuarta reunión, 19 de mayo de 2006: Sra. J. Halton (Australia, Presidenta), Dr. S. A. Khalfan (Bahrein, suplente de la Dra. N. A. Haffadh), Dr. J. Singay (Bhután), Dr. P. Oldham (Canadá, suplente del Sr. I. Shugart), Dr. J.-B. Brunet (Francia, suplente del Profesor D. Houssin), Dr. B. Wint (Jamaica), Sr. T. J. Ramotsoari (Lesotho, suplente del Dr. M. Phooko), Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), Dr. Viroj Tangcharoensathien (Tailandia, suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert), Dr. V. Tangi (Tonga)

¹ Con su composición actual y los nombres de las personas que asistieron a las sesiones celebradas con posterioridad a la anterior reunión del Consejo.

3. Comité del Consejo Ejecutivo encargado de examinar el informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública¹

Reunión del 28 de abril de 2006: Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia, Presidente), Sra. C. Patterson (Australia, suplente de la Sra. J. Halton, Vicepresidenta), Dr. J. Singay (Bhután), Dr. P. M. Buss (Brasil), Sr. M. Sanger (Canadá, suplente del Sr. I. Shugart), Sr. D. Á. Gunnarsson (Islandia), Dr. H. Shinozaki (Japón), Dr. J. Nyikal (Kenya), Sr. J.-M. Rasolonjatovo (Madagascar, suplente del Dr. R. R. Jean Louis), Sr. R. S. Sheikh (Pakistán, suplente del Sr. M. N. Khan), Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), Dr. I. E. M. Abdulla (Sudán, suplente de la Dra. T. Botros Shokai)

4. Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

Sr. O. K. Shiraliyev (Azerbaiyán), Dr. P. M. Buss (Brasil), Dr. Ren Minghui (China), Dr. R. R. Jean Louis (Madagascar), Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia)

¹ Participaron dos miembros por cada Región.

ACTAS RESUMIDAS

PRIMERA SESIÓN

Lunes 29 de mayo de 2006, a las 9.40 horas

Presidente: Sr. M. N. KHAN (Pakistán)
después: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. APERTURA DE LA REUNIÓN Y ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA: punto 1 del orden del día provisional (documentos EB118/1 y EB118/1(anotado))

El PRESIDENTE expresa su pesar y sus condolencias por el trágico terremoto registrado recientemente en Indonesia: más de 5000 personas perdieron la vida, más de 20 000 sufrieron traumatismos y muchas más resultaron desplazadas. Su país, el Pakistán, padeció una tragedia similar en 2005.

Declara abierta la 118ª reunión del Consejo Ejecutivo e invita a los miembros a examinar el orden del día provisional, con la excepción de los dos puntos suplementarios propuestos.

El Dr. SHANGULA (Namibia) propone que los puntos 5.5 y 8.3 se examinen juntos, ya que ambos se refieren a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), hablando en nombre de los Estados miembros de la Unión Europea, pide que se invite a la Comisión Europea a participar sin derecho de voto en las sesiones de los subcomités y otras subdivisiones del Consejo en su 118ª reunión, de conformidad con el artículo 4 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) recuerda que se formuló la misma petición en la 117ª reunión del Consejo, en enero de 2006, y en esa ocasión el Consejo acordó que la Comisión participara en las deliberaciones sobre el punto del orden del día de interés, a condición de que se presentara una declaración que indicara claramente la distribución de competencias entre la Comunidad y sus Estados miembros.¹ El Consejo quizá desee proceder de la misma manera en la presente reunión.

El PRESIDENTE dice que, a falta de objeciones, entiende que el Consejo desea acceder a la petición.

Así queda acordado.

El PRESIDENTE, refiriéndose a los documentos EB118/17 y EB118/18, propone la inclusión de dos puntos suplementarios en el orden del día, a saber: «Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud» y «Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud». Como no se formulan objeciones, entiende que el Consejo desea incluir ambos puntos, que pasarán a ser, respectivamente, los puntos 9 y 10 del orden del día.

Se adopta el orden del día, en su forma enmendada.²

¹ Véase el documento EB117/2006/REC/2, acta resumida de la primera sesión, sección 1.

² Véase p. 57.

2. ELECCIÓN DE PRESIDENTE, VICEPRESIDENTES Y RELATOR: punto 2 del orden del día

El PRESIDENTE invita a proponer candidatos para el cargo de Presidente.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) propone al Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia) y el Dr. WINT (Jamaica) secunda la propuesta.

El Dr. Antezana Aranibar es elegido Presidente.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO agradece al Sr. Khan, Presidente saliente, su trabajo y liderazgo excelentes durante el año transcurrido. Él también se siente conmovido por el desastre que ha afectado a Indonesia. La OMS responderá como respondió al desastre ocurrido en el Pakistán.

El Director General interino obsequia al Sr. Khan con un mazo.

El Sr. M. N. KHAN (Pakistán) dice que asumir el reto estimulante de presidir el Consejo Ejecutivo ha sido para él un honor y da las gracias a los miembros del Consejo, el difunto Director General y la Secretaría por la ayuda que le han prestado. Los conflictos, desastres naturales y brotes de enfermedades van en aumento y entrañan un gran riesgo para la seguridad sanitaria. En esas ocasiones deben movilizarse rápidamente recursos para apoyar la recuperación y la transición a un sistema de salud sostenible. Para posibilitar una acción rápida, equitativa y económica, es necesario establecer en todo el mundo centros de respuesta de urgencia como el que está considerando para el Pakistán la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental. A fin de evitar la pérdida de un tiempo precioso durante la movilización de fondos, el Consejo, en su 117ª reunión, ha propuesto que se pongan a disposición del Director General fondos especiales y sea posible una acción inmediata y una contabilidad posterior de los gastos.¹ La OMS y el sistema de las Naciones Unidas en general deben redoblar sus esfuerzos para prestar socorro de urgencia a las víctimas de los conflictos y los desastres naturales.

Rinde homenaje al difunto Director General, que permanecerá en la memoria de todos los miembros del Consejo, elogia el traspaso sin problemas de liderazgo y da la bienvenida a los nuevos miembros del Consejo.

El Dr. Antezana Aranibar asume la presidencia.

El PRESIDENTE dice que desea poner su experiencia a disposición para ayudar al Consejo a atravesar la presente situación difícil y velar por el bienestar y el futuro de la Organización. Se siente agradecido por la sabiduría y los conocimientos de los miembros del Consejo, como del difunto Director General, cuya memoria debe inspirar el trabajo del Consejo relacionado con la gestión, el liderazgo y el futuro de la Organización. Invita a que se propongan candidatos para los cuatro cargos de Vicepresidente.

El Dr. SHANGULA (Namibia), secundado por la Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar), propone al Dr. Gakuruh (Kenya).

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo), secundada por el Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), propone al Sr. Shiraliyev (Azerbaián).

El Dr. SINGAY (Bhután), secundado por el Sr. DE SILVA (Sri Lanka), propone al Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia).

¹ Véase el documento EB117/2006/REC/2, acta resumida de la segunda sesión, sección 1.

La Sra. HALTON (Australia), secundada por el Dr. SHINOZAKI (Japón), propone al Dr. Sadasivan (Singapur).

El Dr. Gakuruh (Kenya), el Sr. Shiraliyev (Azerbaiyán), el Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia) y el Dr. Sadasivan (Singapur) son elegidos Vicepresidentes.

El PRESIDENTE observa que, de conformidad con el artículo 15 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, si el Presidente no puede ejercer sus funciones en el intervalo entre dos reuniones, las asumirá en su lugar uno de los Vicepresidentes; el orden que haya de seguirse para el desempeño de la Presidencia por los Vicepresidentes se establecerá por sorteo en la reunión en que la elección tenga lugar.

Se determina por sorteo que los Vicepresidentes asumirán la presidencia en el siguiente orden: Dr. Sadasivan (Singapur), Sr. Shiraliyev (Azerbaiyán), Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia) y Dr. Gakuruh (Kenya).

El PRESIDENTE invita a proponer candidatos para el cargo de Relator.

El Dr. AL-SHAMARI (Iraq), secundado por el Sr. MIGUIL (Djibouti), propone al Dr. Saheli (Jamahiriyá Árabe Libia).

El Dr. Saheli es elegido Relator.

3. PROGRAMA DE TRABAJO

El PRESIDENTE señala que se ha previsto que el Consejo termine sus trabajos a más tardar el 1 de junio de 2006. Se consultará a los miembros si surgiera una circunstancia imprevista que hiciera necesario modificar ese plazo. Propone que el Consejo examine los dos puntos suplementarios, «Consideración de opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud» (punto 9) y «Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud» (punto 10), después de haber concluido el examen de los puntos 3 y 4 del orden del día.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), hablando en nombre de los Estados miembros de la Unión Europea y apoyado por el Profesor PAUNESCU (Rumania), pide que el punto suplementario 9 del orden del día se examine en la tercera sesión del Consejo.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América), observando que el Consejo tiene ante sí un programa nutrido, expresa una fuerte preferencia por que los dos puntos suplementarios del orden del día se examinen durante la primera y segunda sesiones. Si se llegara a una conclusión, se podría proceder al trabajo de traducción necesario y se prepararían textos revisados para someterlos a la consideración del Consejo en su tercera sesión.

El Sr. MIGUIL (Djibouti), el Dr. SHANGULA (Namibia), el Dr. KHALFAN (Bahrein), la Sra. HALTON (Australia) y el Sr. DE SILVA (Sri Lanka) hacen suyas las opiniones del Presidente y del miembro representante de los Estados Unidos de América en el sentido de que sería aconsejable examinar rápidamente los puntos suplementarios del orden del día.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) recuerda que en la reunión extraordinaria del Consejo pidió que la Secretaría resolviera la cuestión del Director General Adjunto.¹ El orador ha tomado nota del contenido del informe presentado en el documento EB118/20, pero no ha podido encontrar ese punto en el orden del día.

El PRESIDENTE explica que el asunto se tratará durante el examen de los dos puntos suplementarios del orden del día.

Haciendo referencia a la petición del miembro representante de Portugal y destacando la importancia del asunto para otros puntos del orden del día, incluidos los asuntos técnicos, dice que la mayoría de los oradores han indicado su preferencia por examinar los dos puntos suplementarios inmediatamente después del examen de los puntos 3 y 4 del orden del día.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) retira su propuesta, que obedecía al hecho de que no había habido tiempo suficiente para realizar consultas acerca del contenido del documento EB118/20.

El PRESIDENTE entiende que el programa de trabajo que ha propuesto ha sido aceptado.

Así queda acordado.

4. RESULTADOS DE LA 59ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: punto 3 del orden del día (documento EB118/2)

El PRESIDENTE recuerda a los miembros que el Consejo ha estado representado en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud por la Sra. Halton (Australia), la Dra. Hansen-Koenig (Luxemburgo), el Sr. M. N. Khan (Pakistán) y el Dr. Shangula (Namibia), y pide al Dr. Shangula que presente un informe.

El Dr. SHANGULA (Namibia) presenta el documento EB118/2, que resume los trabajos realizados durante la Asamblea de la Salud. La continuación del examen de la destrucción de las reservas de virus variólico, la promoción de la salud en un mundo globalizado y la función y las responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias ha sido aplazada hasta la reunión del Consejo que se celebrará en enero de 2007.

El Dr. WINT (Jamaica) dice que, en las circunstancias excepcionales en las cuales se ha abierto la Asamblea de la Salud, la respuesta de la Secretaría ha sido encomiable. Gracias a su adopción inmediata de medidas, los Estados Miembros han podido seguir adelante con el trabajo, a pesar de su tristeza por el fallecimiento del Dr. Lee.

El PRESIDENTE está de acuerdo en que la Secretaría merece gran reconocimiento por la manera en la cual ha manejado la situación. Entiende que el Consejo desea tomar nota del informe.

Se toma nota del informe.

¹ Véase el acta resumida de la reunión extraordinaria, en este volumen, p. 33.

5. INFORME DEL COMITÉ DE PROGRAMA, PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO: punto 4 del orden del día (documento EB118/3)

La Sra. HALTON (Australia), hablando en su calidad de Presidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo, dice que la cuarta reunión del Comité ha sido constructiva y ha confirmado que éste tiene un propósito y una orientación verdaderos. Muchos temas examinados en la reunión se han comunicado a la Asamblea de la Salud y no se requieren más observaciones. El Comité ha seguido examinando el proceso de reforma de la gestión en la OMS. Es útil que el Comité, en nombre del Consejo, pueda aportar a la Secretaría sugerencias y orientación sobre la necesidad de proseguir los esfuerzos en esa área. La propuesta de concentrar la reunión de enero de 2007 en el monitoreo de los recursos financieros de la OMS fue aceptada por consenso.

El Comité también examinó el informe sobre los progresos realizados en relación con el Plan Estratégico a Plazo Medio y reconoció la estrecha relación de éste con el Undécimo Programa General de Trabajo, que posteriormente fue aprobado por la Asamblea de la Salud.¹ El Comité ultimó ese documento en nombre del Consejo. Los miembros también destacaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la necesidad de colaboración con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y la necesidad de que la OMS colaborara más estratégicamente con los asociados en pro de la salud pública y el desarrollo. Se ha pedido que el Plan Estratégico a Plazo Medio y la evaluación de la ejecución se sometan a la consideración de todos los comités regionales. En lo concerniente a la confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal, la disponibilidad tardía del documento EB118/11 obligó al Comité a remitir el asunto a la consideración del Consejo sin debate previo en el Comité. En cuanto a la asignación estratégica de recursos (documento EB118/7), se debatió animadamente el mecanismo de validación, modificado después de la precedente reunión del Comité para tener en cuenta las inquietudes manifestadas por los países menos adelantados. Se debatió extensamente la propuesta revisada presentada por la Secretaría y, con un espíritu de conciliación, el Comité decidió aceptarla y considerar a todos los países menos adelantados como iguales en peso al grupo de países más necesitados; sin embargo, el componente de participación seguirá aplicándose como en el modelo anterior. El Comité recomienda que el Consejo también examine el documento con un espíritu de conciliación, porque los principios rectores para la asignación estratégica de recursos y el mecanismo de validación conexo, si se adoptaran, proporcionarían una base sólida sobre la cual se podría proceder.

El PRESIDENTE observa que sería útil examinar en alguna fecha futura la manera en que la asignación estratégica de recursos pasará de la Sede a las oficinas regionales y luego a los países.

El Consejo toma nota del informe.

6. CONSIDERACIÓN DE OPCIONES PARA ACELERAR EL PROCESO DE ELECCIÓN DEL PRÓXIMO DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: punto 9 del orden del día (documento EB118/20)

El PRESIDENTE recuerda que el Consejo, en su reunión extraordinaria celebrada la semana anterior, pidió a la Secretaría que presentara en la presente reunión diversas opciones para acelerar el proceso de elección del próximo Director General. Las opciones se enuncian en el documento EB118/20. Antes de analizarlas detenidamente, quizá convenga que el Consejo comience con un debate general sobre los conceptos que están en juego, aunque los miembros que así lo deseen pueden expresar directamente su opinión sobre la opción que prefieran.

¹ Resolución WHA59.4.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) pide que el Asesor Jurídico aclare el significado de «próxima reunión» en el artículo 109 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud. Como la 118ª reunión del Consejo es la reunión ordinaria que se celebra inmediatamente después de la muerte del Dr. Lee, ¿significa ello que el Consejo debe proceder a la propuesta de nombramiento en la presente reunión? El artículo 108 de ese Reglamento especifica que el mandato del Director General será de cinco años. El Consejo tiene ante sí tres opciones: si eligiera una que no llevara aparejado el calendario quinquenal normal, quizá afectaría al mandato del próximo Director General. ¿Significa ello que el Consejo también tendría que decidir acerca de la duración del mandato del Director General? En ese caso debería proponer que la próxima Asamblea de la Salud suspendiera la aplicación del artículo 108.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) dice que el artículo 109 se redactó en un momento en el cual no existía un procedimiento establecido de presentación y selección de candidaturas para el puesto de Director General, y éstas se presentaban directamente al Consejo Ejecutivo. Los cambios posteriores se ven reflejados en el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, pero el artículo 109 se ha mantenido sin modificaciones; existe entonces la posibilidad de que, en circunstancias especiales, haya una contradicción entre el artículo 109, que prevé una propuesta de nombramiento inmediata, y el artículo 52, que prevé un proceso de seis meses previo a la propuesta de nombramiento. Según el texto del artículo 109, la «próxima reunión» se celebró el 23 de mayo, al día siguiente de la muerte del Director General. Eso no significa que el Consejo Ejecutivo esté actuando ilegalmente. Los artículos deben interpretarse flexiblemente, considerando su objeto y finalidad y teniendo presentes los antecedentes mencionados. Por consiguiente, estima que el Consejo está facultado para aplazar el examen de la propuesta de nombramiento hasta una reunión ulterior si considerara que ello beneficiaría a la Organización y permitiría evitar la incompatibilidad con el proceso previsto en el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo.

En cuanto al artículo 108, si el Director General es nombrado en octubre o diciembre, su mandato terminará cinco años después, en octubre o diciembre, o sea en el intervalo entre Asambleas de la Salud. Por consiguiente, la Asamblea de la Salud tendrá que decidir en ese caso si deja sin efecto la cláusula del artículo 108 que estipula un mandato quinquenal y permite que el mandato del Director General se prolongue hasta una Asamblea de la Salud, coincidiendo con el nombramiento siguiente. El Consejo no tiene que ocuparse del mandato en esta reunión, pero sería apropiado que recomendara a la Asamblea de la Salud que suspendiera la aplicación del artículo 108 y adoptara una decisión especial pertinente.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) dice que se debe nombrar sin demora un nuevo Director General. Se debe adoptar un criterio pragmático y modificar el Reglamento si fuera necesario. Apoya la opción 1, calendario 1A. El costo será elevado, pero ello importa menos que proceder cuanto antes al nombramiento para posibilitar que el nuevo Director General, con un mandato claro, asuma el cargo el 1 de enero.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que él también prefiere la opción 1, calendario 1A, porque considera que una campaña larga paralizaría a la Organización. Prefiere decididamente que se celebre una Asamblea de la Salud extraordinaria, de no más de un día de duración, con un solo punto en el orden del día, a saber: la confirmación de la propuesta de nombramiento presentada por el Consejo Ejecutivo. Se podría considerar la posibilidad de reducir costos alquilando instalaciones diferentes del Palais des Nations. Para formar su delegación, su Gobierno recurriría en lo posible a funcionarios de su misión en Ginebra, y alienta a otros países a que sigan ese ejemplo.

En la presente reunión del Consejo se debe establecer claramente que todo miembro del personal de la OMS que quiera ser candidato debe tomar una licencia durante la campaña.

El Dr. WINT (Jamaica) apoya la opción 1, calendario 1A. Las circunstancias inusuales requieren respuestas inusuales. Habida cuenta de los cambios en curso en la OMS, el proceso de reforma y

la nueva estrategia de preparación del presupuesto, es decisivo abreviar el periodo durante el cual no haya Director General.

El Dr. SHANGULA (Namibia) pide que la Secretaría proporcione al Consejo una lista oficial del personal de la OMS, en particular a nivel de Subdirector General, con indicación de los nombres de los titulares de los cargos. Pide además una definición escrita - que debe figurar también en *Documentos básicos* de la OMS - de las expresiones «funcionario de más categoría» y «la Secretaría». Ambas expresiones parecen dar lugar a diferentes interpretaciones, lo cual genera confusión.

¿La OMS está atravesando una crisis o una emergencia? La respuesta ayudará a determinar la manera de acelerar el proceso. Entre las repercusiones de las opciones presentadas figura la suspensión de la aplicación del Reglamento Interior. Recordando que en la reunión extraordinaria del Consejo celebrada el 23 de mayo se ha hecho hincapié en el procedimiento reglamentario y la conformidad con el Reglamento Interior, está a favor de que la aplicación del Reglamento Interior vigente sólo se suspenda cuando sea absolutamente necesario, y de que las interferencias sean mínimas durante la fase previa a la propuesta de nombramiento por el Consejo Ejecutivo.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) dice que, en su reunión extraordinaria, el Consejo garantizó la buena gobernanza técnica y administrativa; es necesario velar por ella. Por consiguiente, apoya la opción 1, calendario 1A.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) también apoya la opción 1, calendario 1A.

El Dr. REN Minghui (China) hace suya la declaración del miembro representante de Namibia. Hay ciertos principios básicos. Se necesita tiempo suficiente para evaluar a los candidatos al puesto de Director General. Debe hacerse todo lo posible por no modificar el Reglamento Interior ni renunciar a aplicarlo. El proceso de selección debe ser eficiente, sin prolongarse demasiado. Sobre la base de la experiencia precedente, ¿cuánto tiempo transcurre antes de que el Director General asuma el cargo una vez que la Asamblea de la Salud ha aprobado la propuesta del Consejo?

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho) también apoya la declaración del miembro representante de Namibia y recuerda que en la reunión extraordinaria del Consejo la posición africana favorecía la diligencia debida en el cumplimiento del Reglamento Interior de los órganos deliberantes, teniendo presente que en circunstancias excepcionales quizá sea necesario modificar algún artículo o suspender su aplicación.

Hay que poner a disposición fondos para sufragar los costos previstos de algunas de las opciones propuestas, y la ejecución de los programas no tiene que verse afectada. Mirando al futuro, propone considerar la posibilidad de que el cargo de Director General esté sujeto a rotación regional. Apoya la opción 1.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) acepta que se aplique un procedimiento acelerado, pero recalca que se necesita tiempo suficiente para encontrar al candidato acertado. El proceso debe estar sujeto al cumplimiento más estricto del Reglamento Interior. Habrá otra elección importante en el sistema de las Naciones Unidas más tarde en el curso del año, y quizás no deban coincidir ambas. Está de acuerdo con el miembro representante de los Estados Unidos de América en que cualquier arreglo extraordinario debe tener el menor costo posible; por consiguiente, puede apoyar la opción 1, calendario 1B, o posiblemente la opción 2.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) hace suyas las observaciones formuladas por el orador precedente y por el miembro representante de Jamaica. La Secretaría merece reconocimiento por haber conseguido que la Asamblea de la Salud procediera sin tropiezos en circunstancias tan difíciles. La OMS necesita un liderazgo político fuerte y el nuevo Director General debe ser nombrado cuanto antes. Subraya que es preciso elegir al mejor candidato posible. Preferiría evitar prisas indebi-

das e interferencias innecesarias con el Reglamento Interior vigente. Por consiguiente, puede apoyar la opción 1, calendario 1B, o posiblemente la opción 2.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) concuerda con el criterio expresado por el miembro representante de China en relación con la importancia de obtener información sobre la experiencia precedente con respecto al tiempo transcurrido entre el nombramiento del Director General por la Asamblea de la Salud y el comienzo de su mandato.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que no hay ninguna regla específica a ese respecto. Sin embargo, generalmente han transcurrido dos meses.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) dice que, considerando que actualmente la situación sanitaria mundial es inestable, hay una inminente pandemia de gripe aviar, y recientemente se ha registrado una serie de desastres naturales, el nuevo Director General debe ser nombrado cuanto antes. Sin embargo, ninguna de las opciones propuestas aceleraría suficientemente ese proceso. Aunque cree que en principio no se debe incumplir el Reglamento Interior, está de acuerdo en que se podría justificar una interpretación flexible del mismo en razón de la urgencia de la situación. Por lo tanto, prefiere el calendario 1A, ya que los calendarios 1B ó 2 retrasarían considerablemente el proceso. Respaldar la propuesta del miembro representante de los Estados Unidos de América en el sentido de que todo candidato que forme parte de la Secretaría debe tomar una licencia durante la campaña, en aras de la transparencia.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) está de acuerdo en que, para asegurar la estabilidad y el buen funcionamiento de la Organización, es esencial que la transición de Director General interino a Director General electo se efectúe sin tropiezos ni demora.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) dice que, aunque ciertos miembros que apoyan el calendario 1A probablemente ya sepan a quién desean elegir como Director General, es importante examinar a todos los candidatos porque puede haber consideraciones políticas. Favorece la opción 1B porque no contraviene el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo ni el artículo 108 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y permitiría que el nuevo Director General asumiera el cargo inmediatamente después de su elección.

El Sr. MIGUIL (Djibouti) expresa una marcada preferencia por calendario 1A. La aceleración del proceso de elección posibilitaría una mejor gobernanza de la Organización. Se necesitan un liderazgo fuerte y una visión clara porque el mundo se enfrenta a una serie de pandemias y crisis sanitarias, y la importancia y la sostenibilidad de las acciones de la OMS deben prevalecer sobre cualquier consideración presupuestaria.

Insta al Consejo a que extraiga enseñanzas apropiadas del vacío de poder generado por la defunción del Dr. Lee, que ha dado lugar a interpretaciones poco rigurosas del Reglamento Interior, y comparte plenamente las opiniones expresadas por el miembro representante de Tailandia. Respaldar la propuesta de que haya rotación entre las regiones en el más alto nivel de gestión, para reflejar las contribuciones diferentes pero complementarias de los Estados Miembros.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que hay tres prioridades principales, a saber: elegir al mejor candidato, no incumplir el Reglamento Interior y acelerar el proceso de elección. Apoya la opción propuesta por el miembro representante de Namibia.

El PRESIDENTE recalca que no se está intentando incumplir el Reglamento Interior. La sugerencia es más bien modificarlo si así lo exigiera la opción seleccionada.

El Dr. TANGI (Tonga) señala que el Artículo 31 de la Constitución estipula que el Director General será nombrado por la Asamblea de la Salud a propuesta del Consejo, en las condiciones que determine la Asamblea de la Salud. Por lo tanto, no será necesario suspender la aplicación del artículo 108 a este respecto. El próximo Director General debería estar en funciones para la reunión de enero del Consejo y participar en la preparación del orden del día de la reunión del Consejo y de la Asamblea de la Salud. Por lo tanto, pueden considerarse los calendarios 1A y 1B; puesto que el único factor que los distingue es la duración del proceso previo a la propuesta de nombramiento, prefiere el calendario 1A.

El Dr. SINGAY (Bhután) está de acuerdo en que el objetivo debe ser seleccionar al mejor candidato. La Organización está verdaderamente frente a una crisis. Respaldar la declaración del miembro representante de Tailandia. El nuevo Director General debe dedicarse activamente a preparar el presupuesto por programas y tener un conocimiento extenso del Programa General de Trabajo. También apoya el calendario 1A.

El Dr. JAKSONS (Letonia) hace suyas las opiniones de los miembros representantes de Dinamarca y de Luxemburgo. Duda que los miembros del Consejo puedan completar el proceso en dos meses, en particular durante el verano del hemisferio septentrional, que en esa zona es el periodo menos activo, y teme que se presenten problemas inesperados. Como los calendarios 1B y 2 no presentan grandes diferencias, opta por el calendario 2.

El Sr. SHUAAIB (suplente del Dr. Al-Shamari, Iraq) apoya la opción 1A, que permitiría fortalecer la Organización en la presente situación difícil.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) recuerda la cuestión decisiva de si la Organización está atravesando una crisis. Si verdaderamente es así, deben adoptarse medidas rápidas; si no, se debe normalizar el procedimiento y dar tiempo para que todas las regiones y países puedan proponer a sus mejores candidatos.

El PRESIDENTE señala que la reunión extraordinaria del Consejo se convocó para abordar una crisis y resolver el problema de la carencia de un procedimiento automático de sustitución del Director General, debido a la ausencia de Director General Adjunto. Se ha resuelto ese problema, pero es innegable que ha surgido una situación inusual, que requiere decisiones inusuales.

Se levanta la sesión a las 12.30 horas.

SEGUNDA SESIÓN

Lunes 29 de mayo de 2006, a las 14.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. **CONSIDERACIÓN DE OPCIONES PARA ACELERAR EL PROCESO DE ELECCIÓN DEL PRÓXIMO DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:** punto 9 del orden del día (documento EB118/20) (continuación)

El Dr. NTAWUKURIRYAYO (Rwanda) señala que las reglas vigentes para la sustitución del Director General son inadecuadas y que se necesita acelerar el proceso en beneficio del buen gobierno y la eficacia, en particular en las esferas de la gestión administrativa y presupuestaria. Por tanto, apoya el calendario 1A, que garantizaría que el nombramiento se haga lo antes posible. Asimismo, apoya la propuesta del miembro representante de Namibia de que el puesto de Director General rote entre las distintas regiones.

El Profesor AYDIN (Turquía) dice que el calendario 1A parece ser la mejor solución, pero expresa su preocupación por la suspensión y posible infracción del Reglamento Interior. ¿Infringiría el calendario 1A el Artículo 31 de la Constitución? Aunque el calendario 3 es una opción más segura, no ayudaría a resolver la cuestión. Por tanto, preferiría el calendario 2.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) dice que tanto el artículo 53 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo como el artículo 122 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud prevén la suspensión del Reglamento Interior en circunstancias específicas, a condición de que se notifique con antelación. Acelerar el proceso de elección del próximo Director General no constituiría, por tanto, una infracción del Reglamento Interior.

La Sra. HALTON (Australia) dice que la confianza en la OMS es primordial para mejorar la salud mundial y gestionar eficazmente crisis sanitarias tales como la causada por el reciente terremoto en Indonesia. Las personas de todo el mundo están cada vez más preocupadas por las amenazas para la salud que plantean la gripe aviar y el bioterrorismo. Podría producirse una crisis de confianza o una crisis constitucional a consecuencia de la falta de claridad sobre el modo de actuar, dada la ausencia de directrices específicas en la Constitución y el Reglamento Interior. Una pérdida de confianza en la OMS podría afectar a su prestación de servicios vitales y tener una repercusión económica que le impidiera realizar su trabajo. En consecuencia, es necesario aclarar los procedimientos, no sólo para la situación actual, sino también para el futuro. El Consejo no cumpliría sus responsabilidades si no estableciera los procedimientos para hacer frente a la situación actual y a situaciones futuras.

En el caso actual, el Consejo debe decidir los resultados deseados y los plazos. Debe planificar las reuniones de los comités regionales, las reuniones presupuestarias y su propia reunión de enero de 2007. Tiene que estudiar las repercusiones prácticas del proceso de nombramiento. No hay posibilidad de nombrar un Director General antes de las reuniones de los comités regionales, y puede incluso que haya cierto retraso con respecto a las reuniones presupuestarias, pero el Consejo no habrá cumplido con su deber si no logra proponer el nombramiento de un Director General antes de su reunión de enero de 2007. Evidentemente, los Estados Miembros necesitarán tiempo para examinar minuciosamente las credenciales de los candidatos, en particular teniendo en cuenta que las inminentes vacaciones de verano en el hemisferio norte pueden causar retrasos. No obstante, optar por el calendario 3 sería un incumplimiento de las responsabilidades del Consejo. El calendario 2 sería demasiado lento, ya que el nuevo Director General tardaría dos meses en asumir sus funciones. Es posible que el calen-

dario 1A no dé a algunos países suficiente tiempo para estudiar las credenciales de los candidatos. El calendario 1B podría dificultar que el nuevo Director General ocupe el puesto a tiempo. Si el Consejo desea proponer al mejor candidato posible, debe aceptar que la persona designada necesitará cierto intervalo antes de asumir sus funciones. Por tanto, pregunta si podría haber una solución intermedia entre el calendario 1A y el calendario 1B. Por ejemplo, si las próximas reuniones del Consejo y de la Asamblea de la Salud se convocasen a principios de noviembre, el nuevo Director General tendría dos meses para asumir sus funciones.

El PRESIDENTE comenta que las vacaciones de verano posiblemente tengan que pasar a un segundo plano si se debe examinar a los candidatos para un puesto tan importante.

El Dr. KAKAR (Afganistán) señala que las preferencias de los miembros se rigen por diversas consideraciones, tales como la preocupación por no infringir el artículo 52 y la necesidad de tiempo suficiente para determinar el mejor candidato. Sin embargo, el interés público requiere que se nombre un nuevo Director General lo antes posible. Prefiere el calendario 1A, pero podría apoyar la solución intermedia propuesta por el miembro representante de Australia. También apoya la propuesta de que en el proceso de selección se tengan en cuenta las regiones de las cuales nunca se ha nombrado ningún Director General.

El Dr. SAHELI (Jamahiriya Árabe Libia) dice que las necesidades sanitarias mundiales derivadas de desastres naturales, conflictos y epidemias hacen que sea fundamental acelerar el proceso de selección. Al igual que la mayoría de los miembros del Consejo, prefiere el calendario 1A y considera que un periodo de ocho a nueve semanas es suficiente para llevar a cabo el proceso.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General), refiriéndose a las repercusiones financieras descritas en el documento EB118/20, dice que hay dos posibles lugares para celebrar la reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud propuesta, a saber, el Palais des Nations y el Centro Internacional de Conferencias de Ginebra. El Gobierno suizo no cobraría por el uso del Centro, pero éste no estará disponible en todas las fechas propuestas en los diversos calendarios. El costo de utilizar el Palais des Nations sería de US\$ 30 000.

Es práctica habitual que la OMS pague los gastos de viaje de las delegaciones de los países menos adelantados. El costo total para esos 50 países sería de US\$ 180 000, pero si los 35 países de ese grupo que tienen misiones en Ginebra deciden que los representen sus misiones, el costo sería solamente de US\$ 60 000. La Secretaría ha propuesto las fechas de octubre para el calendario 1A y diciembre para el calendario 1B, pero cabría la posibilidad de que las reuniones extraordinarias se celebrasen en noviembre. La reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud se celebraría un jueves, después de la reunión del Consejo celebrada de lunes a miércoles. Se ha comprobado que el Palais des Nations y el Centro de Conferencias estarán disponibles el jueves 2 de noviembre y el jueves 9 de noviembre.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) dice que los países de África occidental, que afrontan dificultades de transporte y comunicación, están a favor del calendario 1B. Sin embargo, no se opondría a una reunión del Consejo y de la Asamblea de la Salud en noviembre.

El PRESIDENTE dice que existe acuerdo, en primer lugar, en que la OMS debe optar por el mejor candidato posible para el cargo de Director General y, en segundo lugar, en que dicho candidato debe ser nombrado lo antes posible. El nuevo Director General deberá haber asumido sus funciones antes de la reunión del Consejo de enero de 2007, a fin de dirigir el proceso de presupuestación por programas. Sin duda alguna, la persona en cuestión no habrá sido nombrada a tiempo para las reuniones de los comités regionales de septiembre de 2006. Esto limita las opciones al calendario 1A, el calendario 1B u otra alternativa, como la que ha propuesto el miembro representante de Australia, que reconciliaría los diversos intereses afectados. Por tanto, sugiere que el Consejo considere la posibilidad de un «Calendario 1A Plus» que permita que se nombre al mejor candidato posible después del

examen de los candidatos por el Consejo en el momento más adecuado, con el objetivo de que un nuevo Director General ya ocupe el puesto en enero de 2007.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que la solución de compromiso parece ser buena. El periodo de propuesta de nombramiento comenzaría el 1 de junio de 2006 y continuaría hasta finales de septiembre. La reunión extraordinaria del Consejo podría celebrarse del 6 al 8 de noviembre, seguida de la reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud, el 9 de noviembre. Por motivos económicos, preferiría que esta última se celebrase en el Centro Internacional de Conferencias de Ginebra.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) respalda esta propuesta, pero pregunta si el Consejo tiene que reunirse durante tres días, cuando dos días podrían ser suficientes.

El Dr. SHANGULA (Namibia) observa que el Consejo está debatiendo otra opción, el «Calendario 1A Plus», que no figura por escrito. Dado que todas las demás opciones y sus repercusiones financieras han sido presentadas por escrito, debe seguirse el mismo procedimiento para la propuesta más reciente. Prefiere el calendario 1B, que implicaría la menor alteración del Reglamento Interior y a la vez daría tiempo suficiente para que se examinen las credenciales de los candidatos y se llegue a un consenso sobre el mejor candidato para el nombramiento.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que el costo del «Calendario 1A Plus» propuesto sería el mismo que el de los calendarios 1A y 1B. Se pondrá a disposición información sobre el calendario intermedio, junto con un proyecto de resolución para que el Consejo lo examine, mañana por la mañana. Es probable que el Consejo necesite tres días para ponerse de acuerdo sobre la lista breve de candidatos, decidir cómo serán entrevistados y llevar a cabo la elección propiamente dicha.

El Sr. MIGUIL (Djibouti) pregunta si la elección puede celebrarse a finales de octubre, ya que muchas reuniones importantes están programadas para principios de noviembre.

El PRESIDENTE dice que los miembros deberán decidir cuál de las muchas prioridades a las que deben dedicar su tiempo es más importante.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) está de acuerdo en sumarse al consenso a favor del calendario intermedio, aunque habría preferido que la elección se celebrase más temprano.

El PRESIDENTE dice que, de no haber objeciones, considerará que el Consejo desea posponer el examen ulterior del procedimiento para elegir un nuevo Director General hasta mañana por la mañana, cuando estarán disponibles por escrito la información sobre la propuesta de un calendario intermedio y un proyecto de resolución.

Así queda acordado.

(La adopción de la resolución figura en el acta resumida de la tercera sesión, sección 2.)

2. DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: punto 10 del orden del día (documento EB118/19)

El PRESIDENTE explica que el punto se ha añadido al orden del día a fin de aclarar la situación del Director General Adjunto.

El Dr. SHANGULA (Namibia) recuerda que en la anterior sesión pidió información por escrito sobre el número de puestos del nivel de Subdirector General y superiores, y el número de ellos que actualmente están vacantes. Continúa necesitando esa información.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) enumera los nombres y los países de origen de todo el personal que ocupa un puesto de nivel de Subdirector General y superior, a saber, los Subdirectores Generales, incluido él mismo, y los Directores Regionales. El Director General interino era anteriormente Subdirector General de Administración General.

El Dr. SHANGULA (Namibia) pregunta qué cargo ocupa oficialmente ahora el Dr. Nordström.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que el cargo oficial del Dr. Nordström es el de Director General interino, que asumió el 22 de mayo de 2006. El Consejo confirmó el nombramiento el 23 de mayo.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO dice que, habida cuenta de su cargo actual, no continuará ejerciendo las funciones de Director General Adjunto.

Respondiendo a una pregunta del Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América), el Sr. AITKEN (Asesor del Director General) explica que jurídicamente el Dr. Nordström sigue ocupando el puesto de Director General Adjunto. Si se considera necesario que alguien realice las funciones correspondientes a la persona que ocupa ese puesto, deberá designarse a otro miembro del personal para ejercer las funciones del Dr. Nordström. Sin embargo, la situación actual es peculiar, ya que cuando se nombre a un nuevo Director General el Dr. Nordström no volverá al puesto de Director General Adjunto, sino a su puesto anterior de Subdirector General.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) pregunta si se ha nombrado a un Subdirector General interino.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO dice que tres miembros de su personal directivo ejercerán la función de Subdirector General interino para Administración General de modo rotativo.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) pregunta qué sueldo recibirá el Director General interino.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que, al cabo de tres meses, el Director General interino recibirá el mismo sueldo que el Director General, según la práctica habitual para cualquier funcionario que ejerce las funciones de otro. Hasta entonces, recibirá el sueldo de Director General Adjunto. Sin embargo, el sueldo del Director General Adjunto no ha sido revisado desde 1998, y la cifra disponible más reciente es inferior al sueldo de Subdirector General. El Dr. Nordström continuará, por tanto, recibiendo el sueldo de Subdirector General durante ese periodo de tres meses. Se prevé que la Asamblea de la Salud fije el sueldo de Director General Adjunto en su próxima reunión, en mayo de 2007, y ajuste el sueldo del Dr. Nordström retroactivamente.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) dice que si el Dr. Nordström es Director General Adjunto debe recibir el sueldo correspondiente a ese puesto, aunque sea inferior a su sueldo anterior.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) señala que no todos los miembros del Consejo han aceptado el hecho de que el Dr. Nordström asuma el puesto de Director General Adjunto. Personalmente, considera que el Dr. Nordström es un Subdirector General que ejerce las funciones de Director General.

En respuesta a una pregunta del Dr. TANGI (Tonga), el Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que, tal como se establece en el párrafo 8 del documento EB118/19, el sueldo de Director General Adjunto se ha establecido tradicionalmente al mismo nivel que el de Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas. Sin embargo, la Asamblea de la Salud deberá adoptar una decisión oficial a este respecto.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) está de acuerdo con el miembro representante de Tailandia en que, si el Dr. Nordström es Director General Adjunto, debe recibir el sueldo correspondiente a ese puesto, y no recibir un sueldo superior.

Sin embargo, no respalda la postura expresada por el miembro representante de Liberia. El Consejo Ejecutivo no puede impugnar la designación realizada por el fallecido Dr. Lee de su adjunto: su mandato es el de designar un Director General interino.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que cuando un miembro del personal cobra un determinado sueldo, en general sigue teniendo derecho a ese sueldo aunque posteriormente asuma un puesto de nivel inferior, a menos que haya sido degradado por comportamiento incorrecto.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) confirma que el Director General tiene derecho a nombrar a su adjunto. De acuerdo con el artículo 113 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo nombra al Director General interino.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General), en respuesta a una pregunta del Dr. KHALFAN (Bahrein), explica que las responsabilidades del Dr. Nordström como Director General interino y Director General Adjunto cesarán cuando se nombre un nuevo Director General, y que en ese momento volverá a ocupar su puesto de Subdirector General responsable de Administración General, como se indica en el memorando del fallecido Director General.

El Sr. SHIRALIYEV (Azerbaiyán) dice que es adecuado que el Dr. Nordström reciba las prestaciones del puesto de Director General Adjunto mientras ocupe oficialmente ese puesto. También debe considerarse su remuneración como Director General interino. ¿Habrá un puesto de Director General Adjunto una vez que se haya nombrado al nuevo Director General, y se dejará su nombramiento a la discreción del Director General?

El Dr. TANGI (Tonga), recordando los términos del memorando del fallecido Director General¹ y señalando a la atención el párrafo 4.5 del Estatuto del Personal, que hace referencia a los nombramientos y la duración de las funciones del Director General Adjunto, el Subdirector General y los Directores Regionales, dice que es importante que el Consejo tenga en cuenta todos los aspectos al examinar los diversos procedimientos implicados.

El Dr. FRENK (suplente del Dr. Bailón, México) observa que los debates de la presente reunión y de la reciente reunión extraordinaria han ilustrado la necesidad de una revisión a fondo, no sólo para aclarar la situación actual, sino también para determinar qué revisiones son necesarias para eliminar todas las dudas y ambigüedades en las normas y reglamentos correspondientes. Propone que se establezca un grupo de trabajo para aclarar las definiciones y los procedimientos implicados, a fin de que la Organización pueda actuar más eficazmente y con mayor seguridad en el futuro.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO acoge con agrado esta propuesta y sugiere que podría pedirse a la Secretaría que lleve a cabo la revisión, que incluiría todos los aspectos pertinentes de la situación que se han planteado durante la pasada semana, incluidos los relativos al puesto de Director

¹ Documento EBSS/2.

General Adjunto, y elaborar un informe para que lo examine el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo y posteriormente el Consejo en su reunión de enero de 2007.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) confirma la viabilidad del procedimiento.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) dice que un tema importante a tener en cuenta es si el nombramiento de Director General Adjunto debe ser obligatorio o se debe dejar a la discreción del Director General.

El PRESIDENTE propone que el Consejo proceda según lo sugerido por el Director General interino. No obstante, será necesario coordinar la revisión con los procedimientos para la selección de un nuevo Director General.

Así queda acordado.

En respuesta a una pregunta del Sr. MIGUIL (Djibouti), el PRESIDENTE asegura que todos los aspectos pertinentes, incluida la propuesta precedente de que las propuestas de nombramiento para el puesto de Director General se ajusten a una rotación regional, se tendrán en cuenta durante la revisión.

3. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 5 del orden del día

Control de la leishmaniasis: punto 5.1 del orden del día (documentos EB118/4 y EB118/4 Add.1)

El Dr. KAKAR (Afganistán), tomando la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que hay varias formas diferentes de leishmaniasis en 21 de esos 23 países. Se registran graves brotes regulares de leishmaniasis antroponótica visceral en Somalia y el Sudán con altos índices de mortalidad, debido a las dificultades de llegar hasta la población de las zonas afectadas y al alto costo de las herramientas de diagnóstico y los medicamentos. La leishmaniasis antroponótica cutánea, causada por *Leishmania tropica*, es la forma más importante de esa enfermedad en la Región, en particular en el Afganistán, la República Islámica del Irán, el norte de Pakistán y la República Árabe Siria. Dado que no existe ninguna estrategia de prevención eficaz para reducir o impedir la transmisión, el control se limita a la detección de casos y el tratamiento, que constituye una pesada carga para los sistemas sanitarios. Se producen brotes regulares de leishmaniasis zoonótica cutánea en zonas desérticas de toda la Región, que suelen estar causadas por explosiones en la población del reservorio de roedores en años lluviosos o que surgen después de la realización de proyectos de desarrollo de los recursos hídricos. La leishmaniasis zoonótica visceral, que tiene un reservorio en los perros, afecta a 18 Estados Miembros de la Región. El patrón esporádico de la enfermedad en los humanos dificulta la elaboración de estrategias de prevención eficaces.

El orador apoya la adopción del proyecto de resolución que figura en el informe y hace hincapié en las iniciativas destinadas a reducir los precios de los medicamentos. Elogia el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales por la promoción que hace de instrumentos de diagnóstico y de tratamiento nuevos y asequibles. Se necesitan más investigaciones sobre el terreno en las zonas afectadas a fin de mejorar el conocimiento de la ecología de las distintas especies de *Leishmania* y desarrollar estrategias de prevención rentables. La leishmaniasis requiere un programa más estructurado a nivel mundial, con metas más ambiciosas a largo plazo, dado que no hay ninguna perspectiva inmediata de reducción de la transmisión o la carga de leishmaniasis.

El Dr. SHANGULA (Namibia) recuerda que su país, en su declaración realizada en sesión plenaria en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud en nombre de los Estados Miembros de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, se pronunció a favor del desarrollo de tecnologías adecuadas

y asequibles para luchar contra las enfermedades tropicales desatendidas, incluida la leishmaniasis. En el informe posiblemente no se haga el suficiente hincapié en la asociación entre la leishmaniasis y la infección por el VIH, y se facilitan pocos datos; no queda claro si las personas que son VIH-positivas son más propensas a la leishmaniasis, o si la asociación es una coincidencia. Además, los países donde la leishmaniasis es endémica son los que tienen unas tasas de prevalencia del VIH más bajas. La leishmaniasis es una enfermedad en sí misma, que existe desde mucho antes de la aparición del VIH.

Apoya el proyecto de resolución, y propone que en el tercer párrafo del preámbulo se añada la palabra «nuevos» después de la palabra «casos». El séptimo párrafo del preámbulo debe suprimirse, así como las palabras «teniendo presente las situaciones de referencia en lo que se refiere a la malnutrición y el VIH» del párrafo 1(4). Las investigaciones actuales se centran principalmente en el tratamiento y la gestión de la leishmaniasis. A fin de dar mayor importancia a la lucha antivectorial, debe insertarse un nuevo subpárrafo en el párrafo 1(7) que diga «a) encontrar métodos apropiados y eficaces de lucha antivectorial», y reenumerar los demás párrafos en consecuencia. En el nuevo párrafo 1(7)(b), se debe sustituir la palabra «baratos» por «asequibles», que es más adecuada.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) apoya el proyecto de resolución y dice que los estudios serológicos humanos en las regiones endémicas son caros y no siempre son rentables. Así pues, las evaluaciones epidemiológicas que se piden en el párrafo 1(4) deben ser multidisciplinarias y deben tratar de determinar los reservorios de la infección y el porcentaje de vectores contaminados en las zonas inspeccionadas. Las dificultades se deben principalmente a la falta de acceso a los servicios de salud y al incumplimiento del tratamiento, lo cual facilita el desarrollo de resistencia a los medicamentos. Deben realizarse campañas para aumentar el conocimiento del público sobre la leishmaniasis.

El Dr. PHUSIT PRAKONGSAI (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que 33 países han notificado casos de leishmaniasis. Sin embargo, las incoherencias entre los informes de la OMS y el Infectious Disease Research Institute (Seattle, Washington, Estados Unidos de América) sobre las cifras de personas en situación de riesgo o infectadas confirman la falta de datos fiables para calcular la magnitud y el impacto de la enfermedad, aunque las cifras son obviamente sustanciales.

La leishmaniasis no está incluida en la lista de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria en Tailandia, donde sólo se han detectado tres casos desde 1966. No obstante, la capacidad de prevención y control de la enfermedad es limitada. Por tanto, su país está reforzando la vigilancia, tanto en los seres humanos como en el vector del flebótomo, y realizando investigaciones sobre el terreno sobre la ecología del flebótomo y la incidencia de la infección en la población humana en situación de riesgo y en el reservorio animal.

El hecho de que la prueba de diagnóstico rápido y el tratamiento de primera línea, cuyos costos, según figuran en el informe, son de US\$ 1-3 y US\$ 30-150, respectivamente, deban administrarse en los hospitales dificulta el acceso, ya que los lugares donde la prevalencia de la enfermedad es más alta son las zonas rurales con centros sanitarios periféricos, de capacidad limitada. Un método alternativo de prevención es el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas, que cuestan US\$ 5 por unidad y duran cinco años.

La OMS y el Infectious Disease Research Institute han colaborado en los ensayos clínicos de una vacuna terapéutica en el Brasil, Colombia y el Perú. La leishmaniasis debe incluirse, por tanto, entre las enfermedades desatendidas que requieren un plan de acción estratégico, y por tanto debe trasladarse al grupo de trabajo intergubernamental que se establecerá de conformidad con la resolución WHA59.24 sobre salud pública, innovación, investigación sanitaria fundamental y derechos de propiedad intelectual a fin de elaborar una estrategia mundial y un plan de acción a este respecto.

Propone 12 modificaciones del proyecto de resolución, que presentará por escrito.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) propone que se revise el informe antes de presentarlo a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, para incluir información sobre las vacunas terapéuticas y la vacunación profiláctica en el marco de una estrategia de control para la leishmaniasis cutánea, que ha resultado eficaz en partes de América del Sur y África. También

se debería hacer hincapié en la importancia del desarrollo de terapias de base inmunitaria para el tratamiento de los pacientes con leishmaniasis visceral; los medicamentos actuales refuerzan la respuesta inmunitaria en esos pacientes, pero actúan escasamente en los que han sido coinfectados por el VIH. Está convencido de que el Cuadro Consultivo de Expertos de la OMS para la Leishmaniasis proporcionará la orientación suficiente sobre un marco normativo para el control de la leishmaniasis y de que no debería ser necesario establecer un grupo de trabajo mundial, tal como se pide en el proyecto de resolución. Sin embargo, apoya la propuesta del miembro representante de Tailandia de que la leishmaniasis debería ser examinada por el grupo de trabajo intergubernamental.

El proyecto de resolución debe modificarse sustituyendo el sexto párrafo del preámbulo por el texto siguiente: «Observando la carga que el tratamiento puede representar para las familias;». En el párrafo 1(6), «una reducción de los precios de los fármacos» debe sustituirse por «a que promuevan los medicamentos de calidad y asequibles». Apoya la modificación del párrafo 1(7) propuesta por el miembro representante de Namibia, y propone además la adición de las palabras «seguros, eficaces» después de la palabra «alternativos» en el actual párrafo 1(7)(a). En el párrafo 3(4), deben suprimirse las palabras «establezca un grupo de trabajo mundial encargado de determinar prioridades y definir», y el párrafo 3(5) debe modificarse para que diga «que promueva las investigaciones relacionadas con el control de la leishmaniasis y la difusión de los resultados de estas investigaciones».

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) señala que, aunque se necesitan medidas contra la leishmaniasis en algunos Estados Miembros, ésta no supone un problema de salud pública para todos. Así pues, podría modificarse el proyecto de resolución para que las medidas que se piden en los párrafos 1(1) a 1(5) estén dirigidas a los Estados Miembros donde la leishmaniasis es un problema de salud pública importante. Apoya el proyecto de resolución, pero hace hincapié en la necesidad de tener en cuenta sus repercusiones financieras, teniendo presente que el Consejo tendrá que examinar el modo de trasladar las prioridades de las enfermedades transmisibles a las enfermedades no transmisibles cuando examine el presupuesto.

El PRESIDENTE señala que en el documento EB118/4 Add.1 figuran los pormenores de las repercusiones administrativas y financieras del proyecto de resolución.

El Dr. AL-SHAMMARI (Iraq) dice que la leishmaniasis sigue siendo un problema de salud en su país, en particular para los niños menores de cinco años. A pesar de que el número de enfermos de leishmaniasis visceral ha disminuido, de 2448 en 2004 a 2048 en 2005, el número de casos de leishmaniasis cutánea ha aumentado de 2137 a 2538 en ese mismo periodo. El Ministerio de Salud combate esforzadamente la enfermedad y realiza pruebas de detección sistemáticamente. Cada año se administran dos rondas de tratamiento, en primavera y en otoño, y se proporciona atención durante el verano. También se utilizan insecticidas para controlar la enfermedad y se suministran medicamentos de manera gratuita cuando se necesitan. Apoya el proyecto de resolución.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) dice que, habida cuenta de la propagación de la leishmaniasis visceral y el cambio de su perfil epidemiológico en la Región de las Américas y la diversidad de la especie *Leishmania*, en la vigilancia de la leishmaniasis visceral cutánea y humana deben tenerse en cuenta los diferentes aspectos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos. Teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas en una consulta de expertos en leishmaniasis visceral celebrada en el Brasil en 2005, la investigación continua de la enfermedad requiere que se aplique un planteamiento sostenible a su control y vigilancia. Dado que el Brasil tiene experiencia en la investigación de agentes alternativos de lucha contra la leishmaniasis y de métodos de diagnóstico serológico, propone que se añadan al final del párrafo 1(7)(a) del proyecto de resolución las palabras «y definir las dosis y la duración apropiadas de las pautas terapéuticas para esos medicamentos», y que se agreguen dos nuevos subpárrafos que digan lo siguiente: «(c) evaluar y mejorar la sensibilidad y la especificidad de los métodos de diagnóstico serológicos de la leishmaniasis visceral canina y humana, incluida la evaluación de la estandarización y la eficacia;» y «(d) evaluar la eficacia de medidas de control alternativas tales como el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración».

El Dr. SHINOZAKI (Japón) reconoce que la leishmaniasis es un problema grave, especialmente en África. Sigue habiendo muchas dificultades, por ejemplo la falta de datos epidemiológicos apropiados, y un acceso insuficiente a la prevención, el tratamiento y el cuidado. Apoya el proyecto de resolución, con las modificaciones propuestas.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) dice que le complacería que se tomaran medidas contra la leishmaniasis, que debería ser una prioridad de salud pública. Debería haber una estrecha coordinación con el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos y garantizar un uso óptimo de los recursos financieros limitados. Dado que se pide al Director General que elabore directrices sobre la prevención y el tratamiento de la leishmaniasis en el párrafo 3(2) del proyecto de resolución, pregunta si es necesario el establecimiento de un grupo de trabajo mundial, como se menciona en el párrafo 3(4).

El Dr. FRENK (suplente del Dr. Bailón, México) expresa su apoyo al proyecto de resolución, en la forma enmendada. En México está en funcionamiento un sistema de vigilancia epidemiológica para la leishmaniasis, que prevé la notificación de la enfermedad en todas sus formas clínicas. Para los países donde la prevalencia de la enfermedad es baja, como el suyo, es difícil producir medicamentos a nivel local. La leishmaniasis es una enfermedad de alta prioridad, para la cual deben determinarse claramente las medidas colectivas a través de la OMS, a fin de garantizar el acceso a medicamentos de alta calidad, seguros y eficaces, incluso para los países de baja prevalencia.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) dice que, aunque la leishmaniasis no es un problema de salud pública en su país, no debería haber consecuencias económicas negativas en caso de que no se cree el grupo de trabajo mundial, y que los fondos asignados al control de la leishmaniasis no deben verse reducidos.

La Sra. CAÑAVATE CAÑAVATE (España)¹ dice que, habida cuenta del alto costo de los medicamentos y del hecho de que la enfermedad a menudo se produce en lugares alejados, frecuentemente el tratamiento adecuado se retrasa, con lo cual aumenta la morbilidad y la mortalidad y, en consecuencia, aumenta el empobrecimiento. La coinfección por VIH es un grave problema emergente de salud pública que ha comenzado en los países endémicos del sur de Europa y se ha extendido a unos 34 países, la mayoría de los cuales son países en desarrollo. España, como país endémico, ha propuesto que el tema se incluya en el orden del día del Consejo, y ha aprobado recientemente la donación de US\$ 2,5 millones para que la OMS refuerce sus actividades de lucha contra la leishmaniasis en Etiopía y el Sudán.

La Dra. CHAN (Subdirectora General) agradece los acertados consejos y la orientación. El Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas fue creado por el fallecido Director General a fin de hacer más hincapié en las enfermedades que afectan a los más pobres de entre los pobres. Se realizarán esfuerzos por asegurar la sinergia entre los departamentos pertinentes y para garantizar un uso óptimo de los recursos, que son limitados. Acoge con agrado el fuerte apoyo al proyecto de resolución y las modificaciones propuestas.

El PRESIDENTE dice que este punto se mantendrá abierto hasta el día siguiente, en que estará disponible el texto del proyecto de resolución modificado.

(Véase la adopción de la resolución en el acta resumida de la cuarta sesión, sección 2.)

¹ Participa en virtud del artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

Talasemia y otras hemoglobinopatías: punto 5.2 del orden del día (documentos EB118/5 y EB118/5 Add.1)

El Dr. KHALFAN (Bahrein), tomando la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, expresa su apoyo al proyecto de resolución que figura en el documento EB118/5. La prevalencia de los trastornos sanguíneos varía mucho en toda la Región, de un 5% en el Consejo de Cooperación del Golfo al 27% de la población en la provincia oriental de la Arabia Saudita. En la mayoría de los países donde la anemia drepanocítica es un problema importante, su tratamiento es insuficiente, no se han creado programas nacionales de control y se carece de datos epidemiológicos fiables. Sin embargo, la enfermedad es evitable. La detección prematrimonial es especialmente importante en los casos en que los índices de consanguinidad son altos. Bahrein y la Arabia Saudita han hecho obligatoria la detección prematrimonial; otros países de la Región deberían hacer lo mismo. En Chipre, Grecia e Italia, países en que se fomentan los análisis prematrimoniales y donde se detecta a las parejas en situación de mayor riesgo antes de su primer embarazo, el número de niños con trastornos sanguíneos ha descendido al menos un 75%. La OMS debe establecer estrategias para los análisis genéticos de la población teniendo en cuenta las reservas religiosas y sociales respecto a las intervenciones durante el embarazo.

El proyecto de resolución es exhaustivo, pero los países del Mediterráneo Oriental tendrán dificultades para poner en práctica todas las medidas propuestas, al igual que la mayoría de los países en desarrollo, debido a la precaria infraestructura y la falta de políticas y estrategias claras. La Región solicita ayuda para hacer frente a la anemia drepanocítica al nivel de la atención primaria y para elaborar directrices y políticas nacionales costoeficaces para la prevención y el cuidado de los trastornos sanguíneos, promover la cooperación entre los centros colaboradores de la OMS y las instituciones que se ocupan de las enfermedades sanguíneas y fortalecer los programas de prevención y control de los trastornos sanguíneos de importancia para la salud pública.

El Dr. SADASIVAN (Singapur) dice que la talasemia es la enfermedad genética más común del mundo, ya que existe en más de 60 países, incluido Singapur. Su país reconoce la amenaza que supone la enfermedad para las generaciones futuras, y ha establecido un registro nacional de talasemia. Se recomienda la realización de pruebas de detección a las mujeres embarazadas, especialmente a las que padecen anemia, y toda mujer embarazada a la que se detecta la enfermedad es referida al registro nacional de talasemia, para realizar más pruebas a familiares y recibir asesoramiento genético. Las tasas de talasemia han disminuido notablemente en Singapur en la pasada década, ya que la incidencia de la talasemia beta ha bajado del 0,14 por 1000 nacidos vivos en 1987 al 0,05 por 1000 nacidos vivos. El orador apoya el proyecto de resolución, que ayudará a poner de relieve la importancia de las políticas nacionales para luchar contra las enfermedades hereditarias y garantizar la buena salud de las generaciones futuras.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) dice que la talasemia es un problema de salud pública en los países en desarrollo, particularmente en África, donde los pacientes tienen dificultades para el acceso a los centros de atención sanitaria y el tratamiento a menudo tiene unos precios prohibitivos. Las medidas deben centrarse en la prevención, respetando al mismo tiempo la autonomía individual, el derecho a una información adecuada y completa y la confidencialidad. El diagnóstico y el tratamiento ayudan a reducir los riesgos y deben integrarse en el plano de la atención primaria de salud a fin de llegar a la máxima cantidad de gente posible. Además, los dirigentes mundiales deben poner a disposición más fondos para la genética, y hay que establecer asociaciones nacionales, regionales y mundiales para permitir que los países tengan igualdad de acceso al tratamiento. Apoya el proyecto de resolución.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) dice que se han notificado unos 2000 casos de talasemia en Sri Lanka. Como ha demostrado la experiencia positiva de países tales como Chipre y Singapur, la clave del éxito es la prevención, no sólo el tratamiento. Los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad social de proporcionar a quienes padecen talasemia los medicamentos necesarios para mejorar su

calidad de vida. Lamentablemente, esto a menudo resulta caro, debido al monopolio existente en la industria farmacéutica. Respalda el proyecto de resolución, y propone que el texto se modifique a fin de indicar que la OMS debe fomentar las investigaciones sobre la enfermedad y establecer una asociación publicoprivada con la industria farmacéutica para garantizar que los medicamentos necesarios estén disponibles a un precio asequible.

El Dr. AL-SHAMMARI (Irak) dice que la talasemia y las hemoglobinopatías son enfermedades genéticas para las cuales la prevención es preferible al tratamiento. Hasta que se disponga de un mapa génico que permita encontrar un remedio para esas enfermedades, los esfuerzos deben concentrarse en la prevención, habida cuenta de las dificultades que suele conllevar el tratamiento. La prevención implica educar a la población sobre los riesgos del matrimonio entre miembros de la misma familia y detectar a los portadores de la enfermedad mediante la electroforesis de la hemoglobina, para que puedan evitarse los matrimonios entre ellos. La cuestión es complicada y requiere un apoyo social y médico adecuado.

La Sra. VALDEZ (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) refiriéndose al debate científico y ético actual sobre ese tema, dice que la educación de la comunidad, las pruebas de detección en la población, el asesoramiento genético y el diagnóstico temprano son una parte eficaz de cualquier estrategia de tratamiento. En su país se dispone de pruebas específicas para detectar las hemoglobinopatías, incluida una prueba sanguínea sencilla para detectar la anemia drepanocítica en todos los recién nacidos utilizando sangre procedente de muestras tomadas para otras pruebas de rutina. Todos los Estados Miembros deberían adoptar políticas de detección similares, sobre la base de la prevalencia de la enfermedad en sus poblaciones o subpoblaciones, en la medida en que lo permitan los recursos. Integrar la orientación genética de carácter educativo, no prescriptiva y voluntaria en los centros de atención primaria de salud puede ser un modo eficaz de llegar al público en general. En los países con recursos limitados, las autoridades locales deben determinar la viabilidad de formar a todo el personal médico, como se pide en el proyecto de resolución, teniendo en cuenta otras prioridades antagónicas en materia de formación.

En las zonas con alta prevalencia debe haber programas de detección y programas de educación para informar a las personas de su potencial de transmitir las enfermedades. En los casos de diagnóstico prenatal de hemoglobinopatías, las consideraciones éticas deben tener prioridad. Expresa su preocupación por el hecho de que los programas nacionales que fomentan la detección de los portadores puedan propiciar un cambio social hacia una mayor aceptación general de la interrupción del embarazo. Los Estados Unidos están a la vanguardia de la genómica y la investigación biomédica del tratamiento y la prevención de las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas asociadas a éstas. Deben introducirse incentivos para alentar el desarrollo de un tratamiento adecuado. Como se indica en el informe, varios problemas relacionados con los métodos actuales de tratamiento requieren más inversión en investigaciones clínicas específicas.

En la revisión del informe habría que prestar más atención a aspectos tales como la necesidad de disponer de programas eficaces de vigilancia de la seguridad de la sangre para prevenir la propagación de enfermedades transmitidas por la sangre entre los pacientes con talasemia, y de recomendaciones sustantivas para prevenir las complicaciones del tratamiento y las afecciones secundarias asociadas a la talasemia.

En el proyecto de resolución, propone que las palabras «insuficiencia de datos epidemiológicos pertinentes» sean sustituidas por «insuficiencia de datos epidemiológicos» en el cuarto párrafo del preámbulo; que la palabra «oficialmente» sea suprimida del quinto párrafo del preámbulo; que las palabras «la desigualdad de acceso» sean sustituidas por «la falta de acceso» en el sexto párrafo del preámbulo; y que se incluyan las palabras «en particular la detección prenatal» después de «hemoglobinopatías» en el último párrafo del preámbulo. Las palabras «y apoye» deben suprimirse del párrafo 2(3); el párrafo 2(4) debe terminar con la palabra «hemoglobinopatías» y el resto del texto debe suprimirse; asimismo, deben suprimirse las palabras «apoye y coordine» del párrafo 2(5).

El Profesor AYDIN (Turquía) dice que las hemoglobinopatías imponen una carga de morbilidad muy importante para la salud pública en su país. Se calcula que aproximadamente el 2,1% de los habitantes, cerca de 1,3 millones de personas, son portadoras del gen de la talasemia beta, y aproximadamente 4000 pacientes padecen esa enfermedad. Turquía ha iniciado programas de control de las hemoglobinopatías en 27 provincias, y está previsto ampliar la cobertura a 33 provincias donde un alto porcentaje de la población está en situación de riesgo de contraer talasemia. Los principales objetivos del programa son el asesoramiento genético, la educación pública, la detección de portadores y la interrupción del embarazo, si es necesario, así como proporcionar una mejor calidad de vida a los enfermos. A finales de 2005 se realizaban pruebas al 70% de las parejas antes del matrimonio en las provincias donde se había implantado el programa. Para lograr sus objetivos, Turquía está creando centros con capacidad para elaborar criterios para la prevención y el tratamiento. Expresa su pleno apoyo al proyecto de resolución.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) expresa un interés particular en las cuestiones de salud y migración en lo relacionado con las hemoglobinopatías y dice que es especialmente importante centrarse en la prevención, ya que la realización de pruebas de detección de portadores estimula los cambios sociales. Portugal, con el apoyo de la OMS, viene aplicando un programa nacional para el control de las hemoglobinopatías desde 1984. Su prioridad actual es mejorar la integración de las medidas de control en la atención primaria de salud, y entre sus objetivos estratégicos figura la mejora de la calidad de los servicios genéticos, la creación de condiciones para la certificación de los laboratorios genéticos, especialmente los que se centran en el diagnóstico prenatal, y el establecimiento de protocolos para los tratamientos probados y costoeficaces. Expresa su apoyo pleno al proyecto de resolución.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) recuerda que las hemoglobinopatías tienen características regionales; dado que una de las principales causas de mortalidad en los países africanos y asiáticos son las enfermedades infecciosas, su importancia a menudo se subestima. Sin embargo, en estos tiempos en que hay un alto nivel de interacción internacional, no puede negarse la posibilidad de que las enfermedades hereditarias se propaguen por todo el mundo. El informe debe servir como catalizador para que la OMS, otras organizaciones internacionales y países donantes reconozcan el problema en los países afectados. Apoya el proyecto de resolución.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho), señalando que las hemoglobinopatías son un problema muy importante para África, expresa su apoyo al proyecto de resolución, pero sugiere que el texto del párrafo 1(7) diga lo siguiente: «a que presten apoyo a la investigación básica y aplicada sobre la talasemia en colaboración con las organizaciones internacionales;».

El Dr. PHUSIT PRAKONGSAI (asesor del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que la talasemia es un importante problema de salud en Tailandia, donde hubo más de 500 000 casos en 2005 y cada año nacen unos 12 000 niños afectados. Hay una alta prevalencia de talasemia alfa y beta, particularmente en el noreste del país, y las diversas combinaciones de genes defectuosos pueden causar más de 60 síndromes de talasemia, cuya gravedad va desde afecciones asintomáticas hasta enfermedades mortales. Todas las regiones tienen centros donde se realizan diagnósticos prenatales y programas de diagnóstico y control para mujeres embarazadas. Las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales se han esforzado por proporcionar un mejor cuidado a los enfermos de talasemia y promover su prevención y control. La estrategia global de control de la talasemia de Tailandia comprende varios enfoques, entre ellos la educación de la población acerca de la enfermedad, la realización de pruebas de detección, el asesoramiento genético y la planificación de la familia, la detección de las parejas en situación de riesgo y los diagnósticos prenatales. Se ha utilizado un instrumento de diagnóstico sencillo a nivel comunitario y se ha implantado con éxito la detección temprana gracias a la cooperación entre personal de salud voluntario y dispensadores de atención sanitaria a nivel de distrito.

El conocimiento de la costoeficacia de las intervenciones es crucial para tomar decisiones fundamentadas y estratégicas que ayuden a mejorar la prevención y el control de la talasemia y otras hemoglobinopatías. Esta información podría ser utilizada por todos los Estados Miembros, en particu-

lar los países en desarrollo, para planificar y poner en práctica políticas eficaces y eficientes. Todas las regiones de la OMS están afectadas por las hemoglobinopatías y, aunque ya existe un Día Internacional de la Talasemia (el 8 de mayo), el orador propone agregar un nuevo párrafo 2(6) al proyecto de resolución que diga lo siguiente: «que considere la posibilidad de dedicar un Día Mundial de la Salud a enfermedades tales como la talasemia y la anemia drepanocítica en un futuro próximo», a fin de aumentar la sensibilización y garantizar el apoyo político para las soluciones del problema a más largo plazo.

La Sra. VALDEZ (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) aclara que apoya el proyecto de resolución a condición de que nada de lo que contiene defienda o apoye el aborto como medio para prevenir o controlar la talasemia y otras hemoglobinopatías.

El Sr. SHIRALIYEV (Azerbaiyán) da gran importancia a la cuestión de las hemoglobinopatías, ya que aproximadamente el 80% de la población de Azerbaiyán es portadora del gen. Expresa su apoyo al programa de la Secretaría para el tratamiento y el cuidado y hace hincapié en la función de la OMS y las organizaciones no gubernamentales para hacer frente a los problemas. Azerbaiyán está construyendo ya un centro nacional para la talasemia a fin de proporcionar tratamiento profiláctico para estos trastornos. Sin embargo, el cuidado de los pacientes que padecen la enfermedad también es importante, y en 2005 se aprobó una ley que establece una base jurídica para la ayuda del Estado y regula las cuestiones del tratamiento y la prevención, garantizando que el tratamiento y el diagnóstico de los pacientes que sufren trastornos sanguíneos hereditarios se financie con cargo al presupuesto estatal. El parlamento también ha aprobado una ley sobre la seguridad de la sangre que contiene medidas para eliminar progresivamente la remuneración por las donaciones de sangre.

El PRESIDENTE insiste en la importancia del debate del Consejo, que permite a los miembros aprender de la experiencia de los demás y refleja el carácter técnico de la labor de la Organización. Respondiendo a las preocupaciones expresadas por el miembro representante de los Estados Unidos de América, confirma que ningún elemento del proyecto de resolución ni del debate del Consejo contiene implicación alguna en relación con el aborto.

La Dra. LE GALÈS-CAMUS (Subdirectora General) acoge con agrado las indicaciones para la labor futura, incluso sobre la necesidad de mejorar los datos epidemiológicos, y de que las políticas de salud pública no sólo tengan en cuenta la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la gestión de la enfermedad en general, sino también que respeten los valores sociales y religiosos de las comunidades. Se ha tomado nota de la importancia de la investigación para mejorar la situación de los enfermos y de los grupos de riesgo. Si la Asamblea de la Salud adopta el proyecto de resolución, la Secretaría sugerirá que su aplicación esté estrechamente vinculada a la de la resolución WHA59.20, sobre la anemia drepanocítica, a fin de aumentar al máximo la sinergia y la eficacia.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) dice que se ha propuesto que en el cuarto párrafo del preámbulo se modifique el texto «insuficiencia de datos epidemiológicos pertinentes» para que diga «insuficiencia de datos epidemiológicos»; en el quinto párrafo del preámbulo, se debe suprimir la palabra «oficialmente»; en el sexto párrafo del preámbulo se debe suprimir «la desigualdad» e insertar «la falta» después de «deplorando»; en el último párrafo del preámbulo, se debe añadir «en particular la detección prenatal» después de «hemoglobinopatías»; en el párrafo 1(7), se debe cambiar el orden de las dos partes de la frase; en el párrafo 2(3), se debe suprimir «y apoye» después de «fomente»; en el párrafo 2(4) se debe suprimir todo el texto que aparece después de «hemoglobinopatías»; en el párrafo 2(5) se debe suprimir «apoye y coordine». También se ha propuesto un nuevo subpárrafo 2(6), que diga lo siguiente: «2(6) que considere la posibilidad de dedicar un Día Mundial de la Salud a hemoglobinopatías tales como la talasemia y la anemia drepanocítica en un futuro próximo». Posiblemente el mejor modo de incorporar la propuesta de Sri Lanka sea en el párrafo 2(1), añadiendo «y medicamentos» después de «servicios».

El PRESIDENTE invita al Consejo a adoptar el proyecto de resolución, en su forma enmendada.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Se levanta la sesión a las 17.30 horas.

¹ Resolución EB118.R1.

TERCERA SESIÓN

Martes 30 de mayo de 2006, a las 9.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 5.3 del orden del día (continuación)

Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS (documentos EB118/6 y EB118/6 Add.1)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo el informe sobre los progresos realizados y el proyecto de resolución que se consigna en él.

El Dr. WINT (Jamaica) dice que en el informe se ponen de relieve las importantes sumas que los países gastan en medicamentos esenciales. Países como Jamaica, que carecen de capacidad de fabricación, han tenido que procurarse divisas, que escasean, para importar la mayoría de sus medicamentos. Su Gobierno ha aplicado muchas de las estrategias que se proponen en el informe. Se han establecido sistemas de registro y de vigilancia, se ha previsto una fórmula nacional para limitar el número de productos farmacéuticos a disposición de los prescriptores y se ha promulgado legislación que exige que los farmacéuticos ofrezcan sustitutos genéricos. No obstante, los médicos se ven a menudo influidos por representantes de la industria farmacéutica, y la reducida cantidad que los países invierten en formación y educación continua no basta para cambiar la situación. En Jamaica se han introducido estudios sobre las pautas de uso de los medicamentos: se examinan las recetas y se informa a los médicos de las conclusiones de la encuesta. Esta estrategia ha arrojado luz sobre algunas prácticas de prescripción irracionales. Sin embargo, el gasto de los consumidores destinado a comprar medicamentos sin receta es superior al importe que se dedica a comprar medicamentos prescritos, y dichas compras son objeto de controles mínimos. Debido a la inversión insuficiente en la educación de los pacientes, éstos se ven a menudo demasiado influidos por las campañas de publicidad que organizan las compañías farmacéuticas. El orador considera que se trata de un tema de vital importancia y apoya el proyecto de resolución.

El Sr. IWABUCHI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) destaca la importancia del uso racional de los medicamentos y del acceso a éstos, así como de asegurar su calidad, eficacia y seguridad, en consonancia con la estrategia farmacéutica de la OMS para 2004-2007. Elogia la iniciativa actual de la Organización y las actividades que ha llevado a cabo durante los 10 últimos años para promover el uso racional de los medicamentos. Los sistemas de salud deben adoptar un enfoque integral que incluya el fortalecimiento de los recursos humanos y la difusión de información a los consumidores. Las políticas farmacéuticas deberían también incluir medidas de seguridad y mecanismos de supervisión de las actividades promocionales. El orador acoge con agrado el proyecto de resolución. La OMS debería seguir encabezando la potenciación del uso racional de los medicamentos. Haciendo referencia al párrafo 7 del informe y al undécimo párrafo del preámbulo del proyecto de resolución, señala que en importantes iniciativas mundiales, como la estrategia DOTS contra la tuberculosis y el Programa Mundial del Paludismo, se prevé la adopción de precauciones para garantizar el uso racional de los medicamentos, y solicita una explicación más exhaustiva.

El Dr. AL-SHAMMARI (Iraq), interviniendo en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que el grave problema del uso irracional de los medicamentos puede aumentar como resultado de la privatización de los servicios de atención sanitaria, del deterioro de los sistemas de salud pública y de la adopción de iniciativas encaminadas a ampliar el acceso a los medi-

camentos no acompañadas de inversiones para fomentar un uso racional. Como resultado, es frecuente que la salud de los pacientes se vea gravemente perjudicada debido, por ejemplo, a la resistencia a los antimicrobianos o a reacciones adversas, y que se malgaste dinero en pagos directos. A pesar de la envergadura del problema, los recursos de que dispone la OMS son escasos. Durante los dos últimos bienios, sólo el 0,2% de su presupuesto global se ha destinado al uso racional de los medicamentos. Aunque ya se han adoptado numerosas resoluciones sobre estrategias farmacéuticas y aspectos específicos, ninguna ofrece un enfoque práctico del uso racional, en parte debido a la falta de una solución. No obstante, hay cada vez más evidencia de que existen intervenciones prácticas eficaces para promoverlo. El proyecto de resolución es holístico y prevé intervenciones prácticas y eficaces. Su adopción exigiría que la Organización promoviese el uso racional de los medicamentos a través de un aumento de los recursos a los Estados Miembros, abordando así el problema con más eficacia.

El Sr. DE SILVA (Sri Lanka) hace hincapié en la estrecha relación existente entre el uso racional de los medicamentos y la estrategia farmacéutica de la OMS. Su país está experimentando problemas derivados del uso irracional de los medicamentos, la resistencia a los antibióticos y el consumo exagerado de medicamentos, que han conducido a un fuerte incremento de los gastos. Su Gobierno está revisando la función de la autoridad responsable de la fiscalización farmacéutica con objeto de garantizar un mejor control de la calidad. Los países deberían lograr un equilibrio entre costos y beneficios de los medicamentos, pero para ello sería necesario que contasen con más asistencia técnica. Las ventas mundiales de medicamentos registradas en 2004, que ascienden a alrededor de US\$ 550 000 millones, hacen de este comercio el segundo con mayor intensidad de capital a escala mundial. En Sri Lanka, la influencia de las compañías farmacéuticas multinacionales en los miembros de la profesión médica hace muy difícil la aplicación de la legislación sobre medicamentos genéricos. Por consiguiente, habría que centrarse en educar a estos profesionales a observar las políticas relativas a los medicamentos esenciales y al uso racional de los medicamentos.

El Dr. REN Minghui (China) dice que, en su país, el gasto en medicamentos representa la mitad del gasto hospitalario total. Una consecuencia del uso irracional es el uso indebido de antibióticos y, en las áreas rurales, la existencia de medicamentos falsificados y de mala calidad, y la falta de medicamentos esenciales. De ahí que facilitar el acceso universal a medicamentos seguros, eficaces y asequibles se haya convertido en un motivo de preocupación importante en relación con la salud pública. El uso racional sólo podrá conseguirse a través de la cooperación y de la coordinación de las actividades a todos los niveles, desde las técnicas y las prácticas, en particular la investigación y el desarrollo, así como la producción, la prescripción y el suministro, hasta las del gobierno, la industria farmacéutica y la sociedad civil. También es necesario intensificar la cooperación a escala mundial a través de un mayor apoyo financiero y técnico a los países en desarrollo. El orador apoya el proyecto de resolución, con tres enmiendas: la inserción de «y estudiantes de medicina» después de «profesionales sanitarios» al final del párrafo 1(3), la sustitución de «programas» en el párrafo 1(5) por «políticas, en especial programas y directrices clínicas», y la inserción del siguiente texto nuevo al final del párrafo 2(3): «que refuerce la coordinación del apoyo financiero y técnico de los países desarrollados a los países en desarrollo en lo relativo al uso racional de los medicamentos».

El Dr. SINGAY (Bhután) observa que el proyecto de resolución tiene mayor alcance que los enfoques planteados con anterioridad. Las resoluciones en vigor guardan relación principalmente con la profesión médica, en especial los prescriptores y los dispensadores, que tienen intereses creados; señala que si no se ejerce presión sobre ellos, el problema persistirá. El orador destaca la necesidad de una mayor sensibilización pública, política y educativa. La participación creciente del sector privado en la prestación de atención sanitaria requiere una mayor vigilancia y seguimiento a fin de que los medicamentos se usen adecuadamente. Solicita más información sobre la referencia que se hace en el informe a deficiencias relacionadas con muchas iniciativas mundiales, como la administración de tratamiento para el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.

Acoge con agrado el enfoque de la OMS basado en los sistemas de salud e insta a que se incremente el apoyo técnico a los Estados Miembros, en especial a los países en desarrollo, y se destinen más

recursos financieros a promover el uso racional de los medicamentos en el marco de la estrategia farmacéutica de la OMS. Apoya el proyecto de resolución.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) dice que, a fin de promover el uso racional de los medicamentos en el marco de la estrategia farmacéutica global de la OMS, su Gobierno ha aumentado la asignación de recursos para la adquisición de fármacos del 10% al 20% del presupuesto sanitario total. En 2005 también se han fortalecido las estrategias destinadas a promoverlo a través de la aplicación de una política farmacéutica nacional. Existen directrices para prestar asistencia en el tratamiento de enfermedades, especialmente en la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y en la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Un comité farmacéutico nacional es el responsable de la aplicación de la política farmacéutica, y recientemente se ha actualizado la Lista de Medicamentos Esenciales. La formación para los trabajadores sanitarios promueve el uso de medicamentos genéricos eficaces en los centros de salud pública. La escasez de recursos del sistema sanitario limita el seguimiento y la supervisión de la formación, lo que afecta a la distribución y prescripción de los medicamentos, así como a la supervisión y al control de su uso. El sector privado tiende a pasar por alto los reglamentos, y los medicamentos siguen pudiéndose comprar en la calle a pesar de que existe una legislación al respecto. La oradora apoya el proyecto de resolución.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que los medicamentos seguros y eficaces deben ser accesibles y asequibles, y que prescriptores, distribuidores y pacientes deben usarlos adecuadamente. En el sector público de su país, el costo del medicamento está incluido en los honorarios de la visita médica. Para poder aplicar la estrategia farmacéutica de la OMS, Namibia introdujo en 1998 una política farmacéutica nacional acompañada de un plan farmacéutico y de un presupuesto anual. La división de servicios farmacéuticos está vinculada a las regiones, gobiernos, ministerios, alianzas profesionales, consejos y fondos de asistencia médica, que corren con los gastos de los medicamentos genéricos sólo cuando están disponibles. Los pacientes que insisten en que se les receten medicamentos no genéricos tienen que pagar la diferencia. El consejo de control farmacéutico es un órgano regulatorio que exige que los medicamentos sean registrados antes de comercializarse, y sólo se registran los medicamentos seguros y eficaces. El comité de medicamentos esenciales, integrado por profesionales sanitarios competentes, analiza los medicamentos y aprueba su inclusión en la lista nacional. Otros medicamentos pueden obtenerse siguiendo un procedimiento acordado. El organismo nacional de adquisición compra únicamente los que figuran en la lista, y lo hace a través de licitaciones internacionales abiertas de fabricantes que observan buenas prácticas. El uso de medicamentos se supervisa a través de encuestas en los centros de salud pública. Se ha llevado a cabo una campaña de educación pública anual de una semana de duración sobre temas tales como el uso adecuado de los antibióticos, el papel del farmacéutico y el tratamiento del VIH/SIDA, pero han participado muy pocos farmacéuticos y profesionales sanitarios. Namibia ha tenido que contratar a profesionales sanitarios de otros países cuya formación no se ajusta necesariamente a sus propias políticas y directrices relativas a los tratamientos. Asimismo, los médicos del sector privado se muestran reacios a observar las directrices nacionales para los tratamientos, por lo que su país ha organizado varios eventos a fin de promover su uso. El orador apoya el proyecto de resolución, pero propone que en el párrafo 2(2) se supriman las palabras «en colaboración con los gobiernos y la sociedad civil».

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que su país apoya firmemente el uso racional de los medicamentos por parte de prescriptores y pacientes, y reconoce los costos astronómicos que originan los errores de medicación y otros tipos de uso irracional de los medicamentos; en los Estados Unidos, estos costos suponen el 10% del gasto en salud. No obstante, en el informe se reflejan las diferencias de criterio existentes entre los Estados Miembros y entre los Estados Unidos y la Secretaría sobre el particular. La solución a los problemas que se plantean en el informe no radica en limitar las opciones del consumidor ni en restringir la información disponible para los pacientes ni los canales de transmisión de dicha información. No se trata de una cuestión de «derechos humanos relacionados con la salud», ni de un problema achacable al sector privado, como parece sugerirse en el informe.

La Secretaría podría colaborar con los Estados Miembros de varios modos. Es necesario contar con reglas comúnmente aceptadas con objeto de evaluar adecuadamente el cumplimiento, así como centrarse en los sistemas de salud y en mejorar la calidad del uso de los fármacos, y prestar atención a la forma de solucionar los errores de medicación y los problemas clínicos a través de estrategias tales como la de manejo de la enfermedad, y no únicamente mediante el uso de medicamentos. Los Estados Miembros, conjuntamente con la Secretaría, deberían garantizar que los prescriptores y dispensadores tengan acceso a una educación adecuada y a prácticas basadas en la evidencia, relacionadas con los avances en los medicamentos de venta con receta. En muchos países no existe una reglamentación adecuada para las farmacias y los farmacéuticos. Los Estados Miembros también deberían colaborar con la Secretaría en la formulación de estrategias para educar a los pacientes sobre la necesidad de seguir todo el tratamiento que se les haya prescrito. La publicidad al consumidor debería formar parte del proceso educativo, pero debería supervisarse con objeto de garantizar la exactitud y calidad de la publicidad sobre medicamentos y de las prácticas promocionales, previendo la aplicación de sanciones en caso de violación de la legislación nacional. El orador está de acuerdo en que el uso adecuado de los medicamentos genéricos podría formar parte de dicha estrategia, y en que en ciertos programas internacionales, en particular los de lucha contra el VIH/SIDA, hacer hincapié en el acceso a la medicación tiende a distraer la atención del uso racional de los fármacos.

El orador propone que, en el séptimo párrafo del preámbulo del proyecto de resolución, se supriman las palabras «como requisito previo para la consecución de un acceso equitativo a los medicamentos esenciales». En el décimo párrafo del preámbulo, todo el texto que sigue a «Reconociendo que muchos países» debería sustituirse por «no disponen de un órgano nacional que exija la observancia de una política médica específica, en particular en relación con el uso de la medicación». En el duodécimo párrafo del preámbulo, que empieza con «Preocupada por», deberían suprimirse las palabras «política y las insuficientes inversiones económicas que se están destinando a hacer frente» y sustituirlas por «que se presta». En el último párrafo del preámbulo, también debería suprimirse el texto siguiente «asegurar que se hagan inversiones suficientes para». El párrafo 1(2) debería suprimirse. En relación con el párrafo 1(3), apoya la enmienda propuesta por China de añadir al final del mismo «y estudiantes de medicina». Considera que en el párrafo 1(5) debería suprimirse la palabra «nacionales» e introducirse la enmienda propuesta por China. En el párrafo 2(1), debería suprimirse «y promotora», al igual que todo el párrafo 2(2). El párrafo 2(3) debería enmendarse como sigue: «que fomente la investigación, en particular sobre el desarrollo de intervenciones sostenibles en pro de un uso racional de los medicamentos en todos los niveles del sector de la salud, tanto público como privado».

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), hablando en nombre de los Estados miembros de la Unión Europea, recuerda la resolución EB115.R6 sobre la contención de la resistencia a los antimicrobianos, adoptada en enero de 2005 por el Consejo. Siendo éste sólo un aspecto del tema, ha llegado el momento de adoptar una perspectiva más amplia. El uso irracional de los medicamentos es un problema mundial de salud pública, con graves consecuencias para la salud y los costos. Es un aspecto importante de la seguridad del paciente, debatido la semana precedente por la Asamblea de la Salud, que ha adoptado siete resoluciones al respecto, sin que se hayan observado mejoras en la situación. Es preciso redoblar los esfuerzos, ya que, si bien se conocen las soluciones, las directrices y recomendaciones sólo se cumplen en parte. La Unión Europea está fortaleciendo sus sistemas de evaluación de las tecnologías sanitarias con objeto de reunir pruebas del uso racional de los medicamentos que puedan contribuir al apoyo técnico prestado por la OMS en dicha esfera. El proyecto de resolución proporcionará a la OMS un nuevo mandato para potenciar el uso racional de los medicamentos a través de la promoción de un sistema de salud y de una política farmacéutica orientados a abordar una crisis mundial que va en aumento. Su adopción será oportuna, puesto que en 2007 se conmemora el trigésimo aniversario de la adopción del concepto de medicamentos esenciales y de la primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales.

Hablando como miembro representante de Portugal, dice que la promoción del uso racional de los medicamentos depende de una actitud proactiva por parte de las autoridades de la salud de cada país, que incluya un personal técnico competente y un sistema de información fiable. Portugal comparte la inquietud expresada en el informe. Su nueva legislación en dicho ámbito propugna el uso racional de los me-

dicamentos y el instituto farmacológico nacional está supervisando el consumo hospitalario de agentes antimicrobianos, evaluando el impacto económico y estudiando la correlación entre los niveles de consumo y la prevalencia de cepas microbianas resistentes. Aunque elogia el proyecto de resolución, propone la inclusión, en el párrafo 2, de otra solicitud al Director General, que diga lo siguiente: «que fomente un debate internacional entre las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud y los pacientes, sobre los criterios generales a seguir para la preparación y difusión de información sobre el uso racional de los medicamentos para grupos de pacientes específicos».

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) dice que presentará sus comentarios por escrito a la Secretaría.

El PRESIDENTE le agradece su pragmatismo, pero señala que no impedirá a ningún miembro que intervenga oralmente.

El Dr. GAKURUH (Kenya) dice que en su país hay tuberculosis farmacorresistente. En Kenya, el problema principal es el acceso a los medicamentos esenciales en el sector privado. Cuando no hay acceso a medicamentos asequibles, el sector público los proporciona en dosis adecuadas. Se ha introducido un reducido programa piloto a través del cual se proporcionan medicamentos al sector privado, donde se prescriben gratuitamente. Los resultados son alentadores y muestran que en ese sector el suministro de medicamentos esenciales es un problema muy habitual. El orador apoya el proyecto de resolución, pero propone una enmienda al párrafo dispositivo 1(5), para insertar «y el suministro de medicamentos esenciales al sector privado» después de «programas nacionales de medicamentos».

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) dice que, contrariamente a otros miembros, se siente decepcionado por la labor llevada a cabo por la Secretaría y los Estados Miembros, incluido su propio país, en relación con el uso racional de los medicamentos. Recuerda que el Presidente actual del Consejo fue el responsable del área correspondiente, durante alrededor de 20 años, en una época en que la OMS era mucho más activa que en la actualidad. Desde la adopción de la resolución WHA39.27, se han adoptado más de 13 resoluciones conexas, pero sólo el 28% de los países disponen de políticas farmacéuticas con sistemas de supervisión nacionales, y el 75% de los fármacos antimicrobianos siguen vendiéndose sin receta, para automedicación. Existen motivos fundados para apoyar el uso racional de los medicamentos, pero las políticas no se aplican con eficacia. El método de pago de honorarios por servicios tiene el efecto perverso de alentar la prescripción y uso excesivos de los medicamentos, así como el desaprovechamiento de los recursos, mientras que el sistema de pago por capitación promueve el uso racional de los medicamentos y de otros recursos sanitarios. Aún así, el sistema de pago por servicios sigue prevaleciendo en la mayoría de los países. El papel cada vez mayor del sector privado en los países en desarrollo, la reglamentación insuficiente y el creciente uso irracional de los medicamentos en dicho sector constituyen los problemas más importantes; además, en la mayoría de los países, el sector privado no se atiene a la lista nacional de medicamentos esenciales a menos que las compañías aseguradoras los reembolsen. Es necesario prestar especial atención a ese sector y adoptar medidas concretas. La promoción del uso racional de los medicamentos exige una reforma importante de la política y de los sistemas sanitarios. No debería subestimarse el poder de los grupos con intereses creados, en particular la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios. La industria farmacéutica invierte más en comercialización que en investigación y desarrollo, y cuenta con gran número de cabilderos parlamentarios. El uso irracional de los medicamentos no puede corregirse únicamente impartiendo educación o a través del sistema de salud; si quiere incrementarse la transparencia y la responsabilidad social, es esencial que se entable una colaboración estrecha entre los grupos de consumidores y la industria local y multinacional. El orador propone, y presentará por escrito, 14 enmiendas al proyecto de resolución. Habida cuenta del gran número de otras enmiendas, sugiere que se constituya un grupo de redacción.

El Dr. TANGI (Tonga) se muestra sorprendido de que, tras 20 años y muchas resoluciones aprobadas, se haya conseguido tan poco. Le ha llamado la atención la referencia del miembro representante de China a los estudiantes de medicina; en el marco de la OMS se adoptan muchas resolucio-

nes, pero muchos miles de estudiantes las desconocen, y lo que es más, las escuelas de medicina y de farmacia ignoran los detalles. Los sólidos principios relativos al uso racional de los medicamentos deben incluirse en el sistema educativo de los profesionales sanitarios, de otro modo, el problema seguirá ahí dentro de 15 años.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) subraya la necesidad de que los médicos y pacientes tengan información independiente sobre los medicamentos. Preocupa al orador el enunciado del párrafo 7 del informe según el cual el uso irracional de los medicamentos es considerablemente peor en el sector privado. En el Brasil es irracional tanto en el sector público como en el privado. El orador no está de acuerdo con la propuesta, que figura en el mismo párrafo, de incrementar el acceso a los medicamentos esenciales relacionados con determinadas enfermedades desatendidas; el problema más importante no es su uso inadecuado sino la dificultad de acceso a los mismos. El párrafo se debería volver a redactar. Con respecto al proyecto de resolución, el orador propone la sustitución del undécimo párrafo del preámbulo, que empieza con las siguientes palabras: «Consciente de que muchas de las principales iniciativas mundiales» por el siguiente párrafo nuevo «Haciendo hincapié en que las iniciativas mundiales para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales también deberían abordar el problema fundamental y generalizado del uso irracional de los medicamentos;».

El Dr. ÁLVAREZ LUCAS (suplente del Dr. Bailón, México) dice que las instituciones sanitarias de México han aprendido a cooperar de manera activa y transparente con el sector privado, como en el caso de la tuberculosis, el costo de cuyo tratamiento se ha reducido en alrededor del 40%. El orador apoya el proyecto de resolución y propone la inserción de un texto adicional al párrafo 2, en que se mencione la necesidad de establecer alianzas transparentes y equitativas con los fabricantes de fármacos, así como de impulsar políticas de sensibilización sobre el costo de los medicamentos, el acceso a los mismos y la promoción de su uso racional, en particular de los medicamentos relacionados con programas prioritarios de salud pública internacional.

El Dr. ZUCKER (Subdirector General) dice que ha tomado nota de la inquietud de los miembros por lo siguiente: la colaboración entre los organismos nacionales y los asociados internacionales; la formulación correcta de los medicamentos, la utilización adecuada de éstos y la puesta a disposición de los mismos para todas aquellas personas que los necesiten; el gran potencial de mejora de los tratamientos; la observancia de los regímenes de tratamiento; la contención de la resistencia a los medicamentos, y el establecimiento y la aplicación de normas comúnmente aceptadas, que son aspectos cruciales para garantizar el uso racional de los medicamentos. La experiencia de algunos países muestra que los programas de promoción del uso racional de los medicamentos tienen un gran potencial económico y pueden propiciar un ahorro de hasta el triple del costo del programa.

La Secretaría está trabajando en la educación y las alianzas publicoprivadas, esferas cruciales ambas. Algunas de las inquietudes que provocan el VIH/SIDA y la tuberculosis son similares a las relacionadas con otras enfermedades y, una vez más, la educación se revela esencial. Los profesionales sanitarios del sector privado suscitan preocupación en todos los niveles, y ello debería examinarse. Con respecto a la propuesta de Portugal de promocionar los debates a nivel internacional, la OMS ha organizado reuniones sobre la cuestión que quizás deberían darse a conocer más ampliamente. También le preocupa la información que reciben los estudiantes de medicina y el papel de los médicos en el uso de los medicamentos. Es necesario que se eduque a los pacientes, sus familiares y los prescriptores sobre los efectos del uso irracional en los resultados sanitarios, la resistencia a los fármacos y los costos.

Con la celebración del trigésimo aniversario de la Lista de Medicamentos Esenciales en octubre de 2007, la adopción del proyecto de resolución daría fe del compromiso de todos los Estados Miembros para garantizar la eliminación del uso irracional de los medicamentos como factor determinante de enfermedades.

El Sr. REED (Acción de las Iglesias por la Salud), hablando por invitación del PRESIDENTE, elogia los esfuerzos de la OMS para facilitar el acceso a los medicamentos esenciales y garantizar que

los medicamentos sean seguros, eficaces y de buena calidad. El reciente llamamiento de la Asamblea de la Salud en pro de una reorientación de la investigación y desarrollo hacia las enfermedades desatendidas de los pobres del mundo promovería sin duda dicho acceso. El acceso a los medicamentos esenciales seguirá siendo limitado si éstos no se utilizan racionalmente. Los medicamentos se deben prescribir de forma adecuada y rentable desde el punto de vista terapéutico, y hay que supervisar el cumplimiento de los regímenes de tratamiento. Señala que, considerando los datos que apuntan a dichas limitaciones como se describen en el documento EB118/6, el Consejo debería recomendar que en la próxima Asamblea de la Salud se estudie la posibilidad de instar a los Estados Miembros a promover e implantar el uso racional de los medicamentos, mejorar la formación y limitar la actividad promocional que pueda distorsionar los hábitos prescriptivos de los médicos o el cumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes. Se debería fortalecer la función promotora y el liderazgo de la OMS en el fomento del uso racional de los medicamentos, así como el apoyo técnico que presta para supervisar su uso. Asimismo, deberían llevarse a cabo actividades de investigación sobre las intervenciones sostenibles.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) propone que, dado el gran número de enmiendas presentadas al proyecto de resolución, se convoque un grupo de redacción tras la sesión de tarde para examinar un proyecto de texto nuevo que preparará la Secretaría, y que incluirá todas las enmiendas.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo está de acuerdo con la convocatoria de un grupo de redacción de composición abierta. Señala a la atención de los presentes las repercusiones financieras del proyecto de resolución contenido en el documento EB118/6 Add.1.

Así queda acordado.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) pide que las enmiendas propuestas al proyecto de resolución se distribuyan a los miembros del Consejo antes de la reunión del grupo de redacción.

El PRESIDENTE dice que se elaborará un texto enmendado para su examen.

(La continuación del debate figura en el acta resumida de la quinta sesión, sección 4.)

Mitigación de los efectos del arsénico presente en las aguas subterráneas: punto 5.4 del orden del día (documento EB118/14)

El Sr. IWABUCHI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón), reconociendo los perjuicios para la salud causados por la exposición al arsénico en el agua de bebida, dice que la prevención y el control exigen la coordinación entre áreas tales como la salud y el medio ambiente. Señala que es necesario contar con políticas eficaces: un abastecimiento de agua de bebida salubre procedente de fuentes de agua alternativas, exentas de arsénico; un sistema para determinar la concentración del arsénico presente en el agua; actividades de sensibilización relativas a la salud pública, y el tratamiento de los pacientes intoxicados por arsénico. La OMS debería liderar el fortalecimiento de la capacidad para poder ocuparse de la contaminación por arsénico y promover el intercambio de información.

La Dra. SOPIDA CHAVANICHKUL (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que en los 20 últimos años, Tailandia ha experimentado dos episodios de contaminación del agua de bebida, lo que les ha inducido a implantar un sistema de vigilancia de la salud a largo plazo para la población afectada. El primer caso, registrado en 1986, fue de contaminación por arsénico de fuentes de aguas superficiales causada por actividades en minas de estaño, y provocó casos de carcinoma basocelular. El segundo episodio, que data de 1998, fue de contaminación de agua procedente de arroyos naturales por actividades en minas de plomo. Por esa razón, Tailandia acoge con agrado la noción

de preparación para problemas similares y recomienda que se recurra a instrumentos sencillos de evaluación rápida y detección. Asimismo, el registro, la detección y el diagnóstico precoz del cáncer son necesarios para el tratamiento a largo plazo de una población expuesta crónicamente a concentraciones elevadas de arsénico en el agua de bebida. Con objeto de hacer frente a esos riesgos sanitarios predecibles, se necesitan recursos y un abastecimiento de agua no contaminada.

La Sra. PATTERSON (suplente de la Sra. Halton, Australia) dice que su país está ayudando a países de Asia meridional y del área del Mekong a hacer frente al riesgo que suponen para la salud las aguas subterráneas contaminadas por arsénico. Una estrategia clave es enfocar la cuestión de la calidad del agua basándose en la gestión de riesgos. Se ha publicado una guía de agua salubre que está siendo utilizada en programas de la región de Asia y el Pacífico. Insta a todas las partes interesadas a adoptar ese enfoque con objeto de identificar y mitigar los riesgos de cada etapa del abastecimiento de agua de las zonas de captación al consumidor.

El Dr. AL-SHAMMARI (Iraq), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que el abastecimiento de agua potable es decisivo para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones. Aunque el riesgo más notorio es la propagación de enfermedades transmitidas por el agua, el ejemplo de la presencia de arsénico en aguas subterráneas utilizadas para la bebida en Bangladesh y otros lugares demuestra que el riesgo químico también requiere atención minuciosa. Como los registros de los problemas de salud relacionados con las altas concentraciones de arsénico en el agua de bebida en la Región, si los hay, son pocos, se ha planteado la cuestión de si el problema reviste de hecho poca o ninguna importancia o si la vigilancia y el monitoreo de la calidad del agua potable no están lo suficientemente desarrollados para poder identificar el problema. El flúoruro es otra sustancia química cuya presencia en el agua tiene reconocidos efectos adversos en la salud; es probable que se encuentre en concentraciones elevadas en aguas subterráneas de algunas zonas de la Región. La Secretaría debería recomendar que los Estados Miembros, en sus programas de monitoreo de la calidad del agua, se ocupen prioritariamente de la presencia de arsénico y de otras sustancias químicas de riesgo. Debería alentarse la utilización de métodos analíticos sencillos y baratos para asegurar una cobertura lo más amplia posible de estos programas en todos los países.

El Dr. REN Minghui (China) dice que en su país la contaminación por arsénico es un problema grave que afecta a 500 000 personas en más de la mitad del territorio nacional, y que amenaza la salubridad del agua de bebida y el desarrollo económico de las zonas contaminadas. Los estudios llevados a cabo con la colaboración del UNICEF sobre la contaminación de las aguas subterráneas y el patrón de intoxicación por arsénico han propiciado las inversiones en medidas para mitigar los efectos del arsénico y mejorar la calidad de las aguas subterráneas. Se han realizado actividades de vigilancia e investigación para mejorar la calidad del agua, y su aplicación en todas las áreas afectadas debería completarse para 2010. China acoge con agrado el informe y se ofrece a continuar su cooperación con la OMS y con otras organizaciones internacionales.

La Sra. WEBER-MOSDORF (Subdirectora General) responde que la lucha contra la contaminación por arsénico confirma el valor de la cooperación de la OMS con otras organizaciones y asociados. En Bangladesh, especialistas en medio ambiente y en salud han colaborado estrechamente con asesores de las regiones y la sede de la OMS. Igualmente ejemplar es el programa de colaboración de la OMS, que en asociación con Australia en la región de Asia y el Pacífico vela por la calidad del agua de bebida, incluida la contaminada por arsénico. Esa cooperación debe considerarse conjuntamente con la función normativa de la Organización, que ha dado lugar a las *Normas internacionales para el agua potable* y las *Guías para la calidad del agua potable*. El enfoque basado en la gestión de riesgos está consagrado en las guías. La calidad del agua potable es un ámbito en el que la OMS ejerce liderazgo e influencia, que también se asocia con una importante y prevenible carga de morbilidad: la diarrea por sí sola causa 1,6 millones de muertes cada año. Una de las actividades básicas de la OMS consiste en supervisar el logro del 50% de la meta 10 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible a agua potable y saneamiento.

Dado que no existe cura para el arsenicismo, la prevención es fundamental. La clave está en reducir las enfermedades relacionadas con el agua a través de la sensibilización, formulando y poniendo a disposición métodos analíticos para detectar las concentraciones de arsénico en el agua de bebida y, cuando proceda, extrayéndolo. La Secretaría está dispuesta a proporcionar apoyo técnico a todo Estado Miembro que lo necesite.

El Consejo toma nota del informe.

2. CONSIDERACIÓN DE OPCIONES PARA ACELERAR EL PROCESO DE ELECCIÓN DEL PRÓXIMO DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: punto 9 del orden del día (documentos EB118/20 y EB118/20 Add.1) (continuación de la segunda sesión, sección 1)

El PRESIDENTE señala a la atención de los presentes la nota de la Secretaría (documento EB118/20 Add.1) en la que figura el Calendario 1A plus, correspondiente a la opción propuesta por algunos miembros para el proceso de presentación de candidaturas y nombramiento de un nuevo Director General en noviembre de 2006, junto a sus repercusiones financieras y a un proyecto de resolución.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), hablando en nombre de la Unión Europea y sus Estados miembros, dice que se ha solicitado un aplazamiento de la fecha límite para la recepción de las candidaturas al puesto de Director General del 22 de agosto a principios de septiembre de 2006, dado que la actividad relativamente escasa del mes de agosto dificultará el establecimiento de contactos y la realización de los trámites necesarios.

El Dr. SHANGULA (Namibia), interviniendo en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, dice que los países de su Región también desean que se prorrogue el plazo para la recepción de candidaturas, a fin de poder cumplir con los trámites nacionales y regionales necesarios dentro del plazo establecido. Preferirían que la nueva fecha se fijara a principios de octubre, aunque estarían de acuerdo con que el plazo se extendiese hasta finales de septiembre.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) propone ampliar el plazo de presentación de las candidaturas hasta después de la reunión del Comité Regional para África, que se prevé celebrar entre finales de agosto y principios de septiembre.

El PRESIDENTE dice que todas las reuniones regionales se celebran en septiembre, lo que puede exigir algún sacrificio por parte de algunos Estados Miembros, pero considera que las decisiones pertinentes para el caso corresponden más al nivel estatal que al regional.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que está dispuesto a llegar a un compromiso en relación con el plazo para la presentación de candidaturas, pero advierte que debe preverse tiempo suficiente para examinarlas antes de la reunión del Consejo, inclusive tiempo para la posible concertación de entrevistas con los miembros del Consejo. Considera que será difícil si la fecha límite es en octubre y el Consejo tiene que reunirse a principios de noviembre. Asimismo, propone enmendar el proyecto de resolución insertando un párrafo 5 nuevo que diga: «PIDE al Director General interino que conceda a los miembros del personal que sean candidatos una licencia del puesto que ocupan en la actualidad, con efecto a partir de la fecha límite para la presentación de las candidaturas y hasta la fecha en que la Asamblea Mundial de la Salud nombre al nuevo Director General».

El Dr. REN Minghui (China) dice que podría considerarse cierto margen de flexibilidad en relación con el Calendario 1A plus, pero también insiste en que debe preverse tiempo suficiente entre el

plazo para la presentación de candidaturas y la reunión del Consejo. Apoya la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América, pero se pregunta si el Director General interino tiene atribuciones para conceder a los Directores Regionales que sean candidatos una licencia de los puestos que estén ocupando.

La Sra. PATTERSON (suplente de la Sra. Halton, Australia) apoya el calendario propuesto por la Secretaría con un margen de flexibilidad en relación con el plazo. Acoge con agrado la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América, que contribuiría al funcionamiento estable de la Organización durante ese periodo. Propone enmendar el párrafo 2 del proyecto de resolución insertando «a los Estados Miembros» después de «información complementaria», para garantizar la coherencia con el resto del documento.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) considera que el Calendario 1A plus ofrece un compromiso satisfactorio. Está de acuerdo con el enfoque flexible, pero coincide con el miembro representante de China en que debe preverse tiempo suficiente entre el plazo de presentación de las candidaturas y la reunión del Consejo. A su juicio, la reunión no debería aplazarse y el margen de flexibilidad debería aplicarse al plazo de presentación de las candidaturas y despacho del material. Antes de examinar la propuesta del miembro representante de los Estados Unidos de América, y dada la cuestión planteada por el miembro representante de China, pide que se aclare la definición de la expresión «miembro del personal», y si incluye al Director General interino, aunque entiende que este último no postulará al cargo. Pregunta asimismo si la licencia se aplicará a partir de la fecha límite de presentación de las candidaturas o a partir de la fecha de presentación de la candidatura del funcionario de que se trate.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) señala a la atención de los presentes la naturaleza extraordinaria del proceso, que normalmente se desarrolla a un ritmo más lento. Está de acuerdo con la solicitud del miembro representante de Namibia, siempre que no se cambie la fecha de celebración de la reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud, prevista para el 9 de noviembre. Apoya las enmiendas propuestas por los miembros representantes de los Estados Unidos de América y de Australia.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) apoya firmemente que la fecha límite para la recepción de las candidaturas se aplase hasta principios de septiembre de 2006, como muy pronto. Con respecto a la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América, pregunta si la licencia para los miembros del personal afectados sería obligatoria u opcional, y si en el caso hipotético de que el Director General se presentase a la reelección, cabría esperar que se tomase licencia durante el periodo electoral.

El Profesor PAUNESCU (Rumania) considera que la opción más conveniente es fijar la fecha límite para la presentación de las candidaturas a principios de septiembre.

El Dr. WINT (Jamaica) suscribe el Calendario 1A plus, y solicita que se confirmen las dos últimas fechas que figuran en el mismo, aunque considera que para las fechas precedentes podría aplicarse cierto grado de flexibilidad. Apoya la enmienda propuesta por el miembro representante de Australia, y queda a la espera de la aclaración en relación con la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América.

El Sr. MIGUIL (Djibouti) dice que apoyaría un consenso entre los miembros del Consejo, pero preferiría que la reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud no se aplazase hasta más allá del 9 de noviembre, fecha que establece el Calendario 1A plus. Con respecto a la cuestión de la licencia de los miembros del personal que sean candidatos, dice que éstos deberían liberarse voluntariamente de todas sus funciones en la OMS, pero no puede imponérselos la licencia. Pide aclaraciones al respecto. Considera oportuno que la declaración del Director General interino en el sentido de que no

presentará su candidatura al puesto de Director General figure en el documento, y así quede clara la situación.

El Dr. KAKAR (Afganistán) dice que la fecha límite para la recepción de las candidaturas podría ser flexible, y sugiere el 1 de septiembre de 2006. En relación con la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América, pregunta si la Constitución de la OMS no contiene disposiciones que rijan la situación de los miembros del personal que sean candidatos a una elección.

El Dr. TANGI (Tonga) se pronuncia a favor del Calendario 1A plus. A tenor de lo dispuesto en el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, es necesario prever un periodo de seis meses antes de la fecha señalada para la apertura de la reunión en que el Consejo haya de proponer el nombramiento de un nuevo Director General, a saber cuatro meses entre la fecha de la notificación a los Estados Miembros de que pueden presentar candidatos y la fecha límite de recepción por la OMS de las candidaturas, seguidos de dos meses para la labor que debe llevar a cabo el Consejo. Pregunta si los Estados Miembros desean realmente mantener un periodo de cuatro meses para la presentación de las candidaturas y acortar el periodo de trabajo del Consejo, ejerciendo así una presión suplementaria sobre este último.

Está dispuesto a aceptar el calendario, a condición de que la documentación relativa a las candidaturas sea enviada rápidamente a los Estados Miembros y se prevea tiempo suficiente para su examen. Coincide con la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América de exigir a los miembros del personal que sean candidatos que se tomen una licencia.

El Dr. SADASIVAN (Singapur) está de acuerdo con el compromiso que supone la aceptación del Calendario 1A plus. Considera que se podría aplicar cierto grado de flexibilidad a la fecha límite de recepción de las candidaturas, pero las fechas que se indican para las reuniones extraordinarias del Consejo y de la Asamblea de la Salud deberían cumplirse.

El Dr. SHANGULA (Namibia), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, valora la flexibilidad de que dan muestra los miembros del Consejo en relación con la fecha límite para la recepción de las candidaturas. A juicio del orador, es necesaria, habida cuenta de las diferencias existentes entre los procesos correspondientes en cada región. Al solicitar una ampliación del plazo, los países de su Región pretenden asegurarse de que gozan de las mismas oportunidades que otras regiones a la hora de encontrar y presentar candidatos adecuados.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) pregunta si la licencia estaría remunerada.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) se pronuncia a favor de aplazar la fecha límite de recepción de las candidaturas hasta principios de septiembre de 2006 y apoya la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América. En cuanto a la cuestión planteada por el miembro representante de Bahrein, no ve por qué razón la licencia no debería ser remunerada.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que ha propuesto la enmienda porque las disposiciones del Reglamento de Personal de la OMS sobre licencias para miembros del personal que se presentan a un cargo político no son aplicables al caso que les ocupa, dado que se refieren a elecciones políticas en el país de origen del funcionario, y no a elecciones en el seno de la Organización. Si bien cuenta con que cualquier miembro del personal de la OMS que presente su candidatura, ya sea para una oficina regional o para la Sede, se tome licencia, y señala que su Gobierno no apoyará a ningún candidato que no lo haga, la enmienda, tal y como está formulada, deja la aplicación de la resolución a criterio del Director General interino. Considera que la licencia debería ser remunerada. Teniendo en cuenta que sería difícil establecer la fecha exacta en que el funcionario pasa a ser candidato, y por consiguiente tiene la obligación de tomarse una licencia, sería

conveniente que la licencia entrase en vigor a partir de la fecha límite de presentación de las candidaturas que, en vista del debate actual, sería probablemente a principios de septiembre.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico), en respuesta a las cuestiones planteadas, dice que la posibilidad de conceder una licencia especial con goce de sueldo a los miembros del personal ya está prevista en el artículo 650 del Reglamento de Personal de la OMS, que establece que el Director General puede, por iniciativa propia, conceder dicha licencia si considera que redunda en beneficio de la Organización. Por consiguiente, es oportuno que el Consejo haga dicha solicitud. No obstante, duda de la idoneidad de la formulación de la propuesta, que obliga al Director General interino a conceder una licencia especial. Por ello, sugiere sustituir «PIDE al Director General interino que conceda a los miembros del personal» por «PIDE al Director General interino que estudie la posibilidad de conceder a los miembros del personal». También propone que el Director General interino pueda considerar la posibilidad de conceder al funcionario interesado la oportunidad de asistir, durante su licencia, a eventos especiales, como una conferencia importante, si considera que ello redunda en beneficio de la Organización. Coincide con el miembro representante de los Estados Unidos de América en la fecha de entrada en vigor de la licencia, ya que los sobres que contienen las candidaturas se abrirán sólo en la fecha límite de presentación de las mismas. Los Artículos 30 y 35 de la Constitución de la OMS se refieren a la definición amplia de «miembro del personal», a saber, toda persona al servicio de la Organización que haya sido nombrada por el Director General y trabaje para la Organización, de acuerdo con las disposiciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal.

El Dr. REN Minghui (China) dice que el requisito de la licencia especial crearía una vacante temporal en el caso de una oficina regional cuyo director fuese candidato al puesto de Director General. Por consiguiente, pregunta si el Director General interino estaría capacitado para designar a un sustituto durante la licencia. En la actualidad, la propuesta de nombramiento de los Directores Regionales compete a los comités regionales.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) pide que se aclare si el Director General interino estaría facultado para conceder una licencia con goce de sueldo a los cargos elegidos.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) pregunta si el Director General tendría que tomarse una licencia durante el proceso de reelección.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia), tras hacerse eco de las cuestiones planteadas por los miembros representantes de China y Bahrein, pregunta por qué los nombres de los candidatos no pueden darse a conocer antes de que venza el plazo para la presentación de las candidaturas y se abran oficialmente los sobres.

El Dr. GWENIGALE (Liberia) propone que la fecha límite para la recepción de las candidaturas sea el 5 de septiembre, a fin de dar a los Estados Miembros de la Región de África tiempo suficiente para transmitir cualquier candidatura que el Comité Regional decida presentar en su reunión del 2 de septiembre. El orador se hace eco de la cuestión planteada por el miembro representante de Dinamarca.

El Dr. STEIGER (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) aclara que con la enmienda propuesta no tiene la intención de sentar un precedente en relación con la reelección de Director General, sino más bien abordar la situación específica del momento. En caso de que el Director General decida presentarse a la reelección, el Consejo podría adoptar otra decisión al respecto, al igual que sobre su licencia. El orador dice que la enmienda tiene por objeto abarcar a toda persona contratada por la OMS, y pregunta si la definición de «miembro del personal» de la OMS, y en consecuencia el requisito de tomarse una licencia, podrían hacerse extensivos al personal sujeto a acuerdos sobre servicios administrativos.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que, si la fecha límite para la recepción de las candidaturas se fija en el 5 de septiembre, la fecha para el envío a los Estados Miembros de la documentación correspondiente debería ser el 5 de octubre, pues la experiencia ha demostrado que la Secretaría necesita un mes para efectuar los considerables trabajos conexos. En respuesta a la cuestión planteada por el miembro representante de China, afirma que el Director General podría pedir a los Directores Regionales que se tomaran una licencia, en cuyo caso probablemente ellos mismos designarían a sus sustitutos. Para aclarar que el proyecto de resolución se aplica sólo al proceso actual de elección, propone enmendar el nuevo párrafo propuesto por el miembro representante de los Estados Unidos de América para incluir una referencia a la «elección actual».

El DIRECTOR GENERAL INTERINO dice que no presentará su candidatura al puesto de Director General, pero que será responsable de velar por un proceso de elección claro y transparente. Confirma que, debido a los considerables trámites que conlleva dicho proceso, la Secretaría necesitará un mes entre la recepción de las candidaturas y el envío de la documentación a los Estados Miembros, pero es posible cambiar las fechas. Con respecto a la condición de los miembros del personal de la OMS sujetos a acuerdos sobre servicios administrativos, señala que dicho personal puede no tener acceso a las mismas oportunidades de trabajo que otros miembros del personal de la Organización.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico), en respuesta a la cuestión planteada por el miembro representante de Tailandia, dice que aguardar a que se hayan recibido todas las candidaturas para dar a conocer los nombres es un requisito que establece el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, que redundaría en interés de una mayor transparencia y legitimidad.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) dice que, si lo ha entendido correctamente, la expresión «miembro del personal» se aplica de la categoría más elevada, la de Director General, pasando por las de Subdirector General y Director Regional, a la de conserje. Está de acuerdo con las fechas propuestas para la recepción de candidaturas y el envío de la documentación. Si, de conformidad con el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo, la enmienda propuesta por el miembro representante de los Estados Unidos de América se aplicara a partir de la fecha de cierre de la recepción de las candidaturas, el orador estaría de acuerdo con dicha enmienda. Señala a la atención de los presentes la necesidad de establecer sistemas de vigilancia en relación con la utilización de los recursos de la OMS con fines electorales, y señala que quizás el Consejo desee instaurar un mecanismo para abordar la cuestión.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) dice que la Secretaría está extremadamente alerta a ese respecto, y que volverá a distribuir un memorando hecho público antes de la elección del Dr. Lee, en el cual se establece que la utilización de recursos de la OMS con fines electorales constituye un delito grave.

Pasando al proyecto de resolución, en su forma enmendada, el orador dice que el párrafo 2(b) diría: «fecha límite para la recepción por la OMS de las candidaturas: 5 de septiembre de 2006». El párrafo 2(c) diría «fecha de envío de las candidaturas, los currículos y la información complementaria a los Estados Miembros: 5 de octubre de 2006». El texto del nuevo párrafo propuesto por el miembro representante de los Estados Unidos de América, en su versión enmendada, que se insertaría después del párrafo 4, rezaría: «PIDE al Director General interino que estudie la posibilidad de conceder a los miembros del personal que sean candidatos para la elección a la que se hace referencia en la presente resolución una licencia con goce de sueldo del puesto que ocupan en la actualidad, con efecto a partir del 5 de septiembre de 2006 y hasta la fecha en que la Asamblea Mundial de la Salud nombre al próximo Director General;».

El Dr. KHALFAN (Bahrein) propone insertar las palabras «funcionarios y» antes de «miembros del personal».

El Dr. SHANGULA (Namibia) apoya el proyecto de resolución en su forma enmendada, y dice que las fechas que figuran en el párrafo 3 del documento EB118/20 Add.1 deberían cambiarse en consecuencia.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) pide al Asesor Jurídico que conteste a la pregunta del miembro representante de los Estados Unidos de América acerca de si las disposiciones relativas a la licencia especial son aplicables a los miembros del personal sujetos a acuerdos sobre servicios administrativos.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) responde que los miembros del personal de la OMS sujetos a acuerdos sobre servicios administrativos, como los que trabajan para el ONUSIDA y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, están condicionados por ciertas restricciones no aplicables a otros miembros del personal, como ha explicado el Director General interino. Al mismo tiempo, siguen siendo miembros del personal de la OMS, y las disposiciones relativas a la licencia de los candidatos podrían, en principio, serles aplicables. Ésta es su respuesta provisional, a reserva de consideraciones posteriores.

El Sr. MIGUIL (Djibouti) dice que el Consejo debería debatir la importante cuestión de la rotación regional en relación con el nombramiento del Director General antes de estudiar la adopción del proyecto de resolución. Solicita que se fije una fecha para dicho debate.

El PRESIDENTE recuerda la decisión de constituir un grupo de trabajo con el cometido de examinar los cambios que sea necesario introducir en el Reglamento Interior en relación con la elección de Director General. Afirma que se constituirá en breve y estudiará la cuestión de la rotación regional. Su labor estará orientada al futuro y no guardará relación con la elección actual.

El Dr. AL-SHAMMARI (Iraq) apoya la opinión del miembro representante de Djibouti.

La Sra. PATTERSON (suplente de la Sra. Halton, Australia) entiende que los cambios que se proponga introducir en el Reglamento Interior se remitirán al Comité de Programa, Presupuesto y Administración. Solicita que, de ser así, se aclare cuáles serían el mandato y el calendario del grupo de trabajo.

El PRESIDENTE destaca que el proyecto de resolución no está vinculado necesariamente a la cuestión de la introducción de cambios en los textos básicos, sino que tiene por objeto examinar una situación de carácter excepcional.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) recuerda que el Presidente consideraba que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración sería el órgano más adecuado para examinar las propuestas relacionadas con la rotación regional y otras cuestiones similares. El Consejo podría decidir el día siguiente cuándo debería reunirse el Comité. Seguidamente, el Comité podría dar cuenta al Consejo en enero de 2007, sobre la base de un informe elaborado por la Secretaría.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) dice que, aunque apoya el principio de rotación regional, el Consejo debería ser pragmático y adoptar el proyecto de resolución. El grupo de trabajo examinaría la cuestión de la rotación regional, una cuestión ajena al proyecto de resolución.

El Dr. SHANGULA (Namibia) suscribe la opinión del orador precedente de que se trata de dos asuntos diferentes. La cuestión de la rotación regional no requiere un grupo de trabajo, puesto que se trata de una práctica ya existente en el sistema de las Naciones Unidas. El Consejo podría simplemente decidir si adopta el principio como propio y, en caso de no hacerlo, podría aplicarlo cuando procediese.

El Dr. TANGI (Tonga) coincide en que no existe relación entre el proyecto de resolución y la cuestión de la rotación regional. Pone en duda la compatibilidad del principio de rotación regional con el artículo 52 del Reglamento Interior. A su juicio, el criterio principal que debe tomarse en consideración en la elección de Director General es la elección del mejor candidato posible.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

El Dr. KHALFAN (Bahrein) propone que la cuestión de la rotación se aplase hasta la reunión del Consejo Ejecutivo, que se celebrará del 6 al 8 de noviembre de 2006.

Se levanta la sesión a las 12.35 horas.

¹ Resolución EB118.R2.

CUARTA SESIÓN

Martes 30 de mayo de 2006, a las 14.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. **CONSIDERACIÓN DE OPCIONES PARA ACELERAR EL PROCESO DE ELECCIÓN DEL PRÓXIMO DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:** punto 9 del orden del día (documentos EB118/20 y EB118/20 Add.1) (continuación)

El Sr. MIGUIL (Djibouti) recuerda que la cuestión de la rotación geográfica del puesto de Director General va a ser examinada por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración. Dada la importancia y el carácter político de dicha cuestión, el Consejo debería examinarla también en su reunión de enero de 2007.

El PRESIDENTE no duda de que el Consejo estará dispuesto a ello.

Así queda acordado.

2. **ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS** (continuación)

Control de la leishmaniasis: punto 5.1 del orden del día (documentos EB118/4 y EB118/4 Add.1) (continuación de la segunda sesión, sección 3)

El PRESIDENTE señala a la atención de los presentes el siguiente proyecto de resolución revisado, que no tiene repercusiones financieras adicionales para la Organización:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre el control de la leishmaniasis,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,
Habiendo examinado el informe sobre el control de la leishmaniasis;
Reconociendo que la leishmaniasis es una de las enfermedades tropicales más desatendidas, que en el mundo hay actualmente 12 millones de personas infectadas y que cada año se registran dos millones de casos nuevos;

Observando con preocupación que se considera que 350 millones de personas están en situación de riesgo y que el número de casos nuevos (Namibia) va en aumento;

Reconociendo la falta de información epidemiológica precisa sobre esta enfermedad para que mejore su conocimiento y su control (Tailandia);

Observando con preocupación que esta enfermedad afecta a la población más pobre de 88 países e impone una pesada carga económica a las familias, las comunidades y los países, en particular los países en desarrollo;

¹ Documento EB118/4.

Observando con preocupación que el tratamiento no es asequible, puede ser tóxico, causar una resistencia que disminuye la eficacia del tratamiento o bien representa una pesada carga económica, con inclusión de pérdidas sustanciales de salarios, en razón de lo cual las familias se ven sumidas en un círculo vicioso de enfermedad-pobreza-malnutrición-enfermedad (Tailandia);

O BIEN

~~Observando con preocupación que el tratamiento no es asequible o bien representa una pesada la carga que el tratamiento puede representar para las económica, con inclusión de pérdidas sustanciales de salarios, en razón de lo cual las familias se ven sumidas en un círculo vicioso de enfermedad-pobreza-malnutrición-enfermedad (EE.UU.);~~

~~Observando con preocupación que la coinfección por *Leishmania* y VIH es un cuadro patológico emergente en los países en desarrollo, que ha de abordarse con urgencia; (Namibia)~~

Teniendo presente que la malnutrición y la inseguridad alimentaria suelen indicarse como causas importantes de la predisposición a la leishmaniasis y la gravedad de su incidencia;

Reconociendo el apoyo considerable que prestan los Estados Miembros y otros (Tailandia) asociados, y expresando reconocimiento por su continua cooperación,

1. INSTA a los Estados Miembros para los que la leishmaniasis constituye un importante problema de salud pública (Dinamarca):

- 1) a que intensifiquen los esfuerzos encaminados a crear programas nacionales de control que prevean la elaboración de directrices y el establecimiento de sistemas de vigilancia y (Tailandia) de reunión y análisis de datos;
- 2) a que refuercen la prevención, la detección activa y el tratamiento de los (Tailandia) casos de leishmaniasis cutánea y de leishmaniasis visceral a fin de reducir la carga de morbilidad;
- 3) a que refuercen la capacidad de los centros de salud periféricos para proporcionar diagnóstico y tratamiento apropiados y asequibles (Tailandia) y actuar como centros de vigilancia «centinela»;
- 4) a que realicen evaluaciones epidemiológicas para cartografiar y calcular la incidencia real de la leishmaniasis mediante estudios de prevalencia e incidencia, la repercusión socioeconómica y el acceso a la prevención y el tratamiento (Tailandia) ~~teniendo presente las situaciones de referencia en lo que se refiere a la malnutrición y el VIH (Namibia);~~
- 5) a que establezcan una estructura descentralizada en zonas donde existen focos importantes de la enfermedad, fortaleciendo la colaboración entre los países con focos compartidos, aumentando el número de centros colaboradores de la OMS que se ocupan de la leishmaniasis y asignándoles un papel más importante, apoyándose asimismo en iniciativas adoptadas por los diferentes actores;

2. INSTA ADEMÁS a los Estados Miembros (Dinamarca):

- 16) a que promuevan una reducción de los precios de los fármacos los medicamentos de calidad y asequibles (EE.UU), así como políticas farmacéuticas nacionales apropiadas;
- 27) a que alienten las investigaciones sobre el control de la leishmaniasis a fin de:
 - a) encontrar métodos apropiados y eficaces de lucha antivectorial (Namibia);
 - b) encontrar medicamentos alternativos seguros, eficaces (EE.UU) y asequibles baratos (EE.UU. y Namibia) para administración oral, parenteral o tópi-

ca con ciclos terapéuticos más breves y menos tóxicos (Tailandia) así como nuevas combinaciones medicamentosas, y definir las dosis y la duración apropiadas de las pautas terapéuticas para esos medicamentos (Brasil);

c) determinar mecanismos para facilitar el acceso a las medidas de control existentes, con inclusión de la realización de estudios socioeconómicos y de reformas del sector sanitario en algunos países en desarrollo; ;

d) evaluar y mejorar la sensibilidad y la especificidad de los métodos de diagnóstico serológicos de la leishmaniasis visceral canina y humana, incluida la evaluación de la estandarización y la eficacia (Brasil);

e) evaluar la eficacia de medidas de control alternativas tales como el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración (Brasil);

32. EXHORTA a los organismos asociados a que mantengan y amplíen su apoyo a los programas nacionales de prevención y control de la leishmaniasis, y aceleren las investigaciones sobre vacunas contra la leishmaniasis, y su desarrollo (Tailandia);

43. PIDE al Director General:

1) que fomente la sensibilización sobre la carga mundial de morbilidad por leishmaniasis y promueva el acceso equitativo a los servicios de salud para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad;

2) que elabore directrices sobre prevención y tratamiento de la leishmaniasis, con especial hincapié en la actualización del informe del Comité de Expertos de la OMS en Leishmaniasis¹ con miras a elaborar planes y promover el establecimiento de grupos de expertos regionales;

3) que refuerce las actividades de colaboración entre partes interesadas multisectoriales, organizaciones interesadas y otros organismos para apoyar la formulación y aplicación de programas de control de la leishmaniasis;

4) ~~que establezca un grupo de trabajo mundial encargado de determinar prioridades y definir~~ defina (EE.UU.) una política para el control de la leishmaniasis, con el apoyo técnico del Cuadro de Expertos sobre la Leishmaniasis;

5) ~~que promueva un mejor acceso a los resultados de las investigaciones relacionadas con el control de la leishmaniasis y la difusión de los resultados de esas investigaciones (EE.UU.);~~

6) que siga de cerca los progresos realizados en el control de la leishmaniasis en colaboración con los asociados internacionales; ;

7) que informe a la 63ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados, los problemas surgidos y las medidas complementarias propuestas en la aplicación de los programas de lucha contra la leishmaniasis (Tailandia).

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) propone añadir la siguiente frase al final del párrafo 1(4): «y la difusión de la malnutrición y el VIH entre los afectados por esta enfermedad», u otra análoga a dicho efecto. La coinfección por leishmaniasis y VIH es un problema importante en algunas zonas.

El Dr. SHANGULA (Namibia) acepta la enmienda propuesta. Había propuesto suprimir la oración original relativa al VIH porque podría dar la impresión de que la leishmaniasis y el VIH están asociados. No hay ninguna prueba científica de que así sea.

¹ *Lucha contra la leishmaniasis. Informe de un Comité de Expertos de la OMS.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 793).

La Sra. VALDEZ (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) se remite a la nueva versión del párrafo 6 del preámbulo, que ella misma ha propuesto y que tiene mayor alcance, ya que se refiere únicamente a la «carga» que el tratamiento puede representar para las familias, sin especificar problemas como los gastos, la toxicidad o la resistencia, que podrían ser sólo una parte de dicha carga. En el párrafo 3 de la versión inglesa, sería preferible decir «expand their support» en lugar de «extend their support», y dado que no siempre es posible acelerar la investigación, la oradora propone la siguiente expresión: «y, cuando proceda, aceleren las investigaciones».

El PRESIDENTE invita al Consejo a que considere el proyecto de resolución con las enmiendas presentadas por los miembros representantes de Portugal y los Estados Unidos de América.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

Tecnologías sanitarias esenciales: punto 5.5 del orden del día (documentos EB118/15 y Corr.1)

El PRESIDENTE dice que este punto del orden del día será examinado conjuntamente con el punto 8.3, sobre sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También podría guardar relación con el punto 5.3, sobre uso racional de los medicamentos, debatido el día anterior. Invita al Consejo a que examine el siguiente proyecto de resolución, presentado por México, y sus repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre tecnologías sanitarias esenciales,²

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre tecnologías sanitarias esenciales;

Definiendo las tecnologías sanitarias como todas aquellas aplicaciones de conocimientos que se utilizan para atender las necesidades de salud de personas sanas y enfermas, individual o colectivamente, incluidos los medicamentos, los equipos y dispositivos médicos, los procedimientos médicos, y los modelos organizativos y sistemas de apoyo;

Definiendo asimismo las tecnologías sanitarias esenciales como las tecnologías que contribuyen al logro de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio; las que, en un proceso dinámico, se adaptan a las necesidades y al contexto epidemiológico, demográfico, cultural, ético, jurídico y económico de los Estados Miembros, considerando que sean seguras, costoeficaces, basadas en datos científicos y se ajusten a los patrones internacionales;

Observando que las tecnologías sanitarias esenciales se aplican en todos los niveles de los sistemas de salud para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación con el fin de mejorar la equidad, la accesibilidad y la calidad de vida, especialmente de los grupos vulnerables, contribuyendo a fortalecer la solidaridad y los derechos humanos fundamentales;

Reconociendo que la evaluación, la incorporación, el acceso y la operación, mantenimiento y reposición de los equipos y dispositivos médicos suponen un problema para muchos de los sistemas de salud de los Estados Miembros, debido a la insuficiencia de los mecanis-

¹ Resolución EB118.R3.

² Documentos EB118/15 y Corr.1.

mos para gestionar, evaluar, racionalizar, distribuir y realizar la planificación de esas tecnologías sanitarias, para su mejor aprovechamiento y un uso que asegure la calidad, la eficiencia y la seguridad, de acuerdo con los procedimientos clínicos necesarios y la infraestructura disponible;

Reconociendo además que las tecnologías sanitarias tienen que ser apropiadas y pertinentes, acordes con las necesidades locales y regionales de cada sistema de salud y vinculadas a la capacitación para su mejor aprovechamiento con calidad, eficiencia y seguridad;

Consciente de que las tecnologías se evalúan para orientar la adopción de decisiones sobre la base del análisis de los riesgos y los beneficios, y las repercusiones clínicas, éticas y sociales de su uso, y que esas evaluaciones son importantes cuando los recursos humanos, tecnológicos y financieros son limitados, para procurar que se haga un uso óptimo de ellos,

1. INVITA a los Estados Miembros:
 - 1) a que establezcan o adapten agencias nacionales interdisciplinarias, vinculadas a los ministerios de salud, cuyo objetivo sea dictar políticas y directrices para la planificación racional, la gestión y el uso seguro de las tecnologías sanitarias, incluidos los equipos y dispositivos médicos, la aplicación de sistemas de ciber salud interoperables y protocolos médicos apropiados a sus necesidades, así como los correspondientes modelos organizativos;
 - 2) a que evalúen y adopten tecnologías sanitarias esenciales para fortalecer la equidad, la accesibilidad y la calidad de vida, haciendo hincapié en la atención a las necesidades de los grupos vulnerables;
 - 3) a que reconozcan la importancia de las tecnologías sanitarias esenciales y los límites de su aplicación en los diferentes niveles de atención, definiendo y adecuando las tecnologías de acuerdo con las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación específicas de cada nivel y región;
 - 4) a que elaboren estrategias locales para que las tecnologías sanitarias cuenten con la regulación y vigilancia pertinentes;
 - 5) a que apliquen, adapten o diseñen metodologías para la evaluación de las tecnologías sanitarias, llevando a cabo evaluaciones clínicas, económicas, éticas y sociales que faciliten la adopción de decisiones con el fin de dar prioridad a las tecnologías sanitarias esenciales que sean seguras, proporcionen la mejor solución disponible, mejoren el acceso, la equidad y la calidad de vida y fortalezcan la resolutivez, la eficiencia y la continuidad de la atención a la salud;
 - 6) a que determinen criterios y convenios que faciliten el aprovechamiento de las tecnologías sanitarias esenciales y fortalezcan la conciencia nacional sobre sus beneficios;
 - 7) a que faciliten el intercambio de información sobre tecnologías sanitarias esenciales en materia de seguridad, eficacia, normas, políticas de salud pública e indicadores, centrándose en los dispositivos y equipos médicos, ciber salud/telemedicina y directrices de práctica clínica;
2. PIDE al Director General:
 - 1) que aliente la creación y el ordenamiento de redes de información a nivel local, regional y mundial sobre tecnologías sanitarias para la adopción de decisiones a todos los niveles;
 - 2) que establezca un comité de expertos con centros colaboradores para asesorar sobre la elaboración de patrones y normas en materia de tecnologías sanitarias esenciales, en particular para los dispositivos médicos, las directrices sobre práctica clínica y los sistemas de ciber salud;

- 3) que trabaje de consuno con otros órganos del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales para consolidar los proyectos de tecnologías sanitarias esenciales de los Estados Miembros;
- 4) que informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud.

1. Resolución Tecnologías sanitarias esenciales

2. Relación con el presupuesto por programas

Área de trabajo

Tecnologías sanitarias esenciales

Resultados previstos

1. Se habrán promovido estrategias apropiadas y se habrá prestado apoyo en pro de la seguridad y disponibilidad de la sangre, la seguridad de las inyecciones y la prevención de las enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y las hepatitis B y C, en el ámbito de la atención sanitaria.
2. Se habrá fortalecido la capacidad y mejorado la calidad y la seguridad de medios de diagnóstico apropiados, dispositivos médicos, servicios de laboratorio (con inclusión de pruebas básicas de laboratorio y detección de la presencia de VIH y virus de las hepatitis B y C) y servicios de trasplante de células, órganos y tejidos, y habrá mejorado el acceso a todos ellos.
3. Se habrá facilitado orientación y apoyo para que la atención de urgencia y quirúrgica esencial sea segura, eficaz y apropiada en los servicios de salud del primer nivel de derivación de casos.
4. Se habrá prestado apoyo para la creación de capacidad y el desarrollo de procedimientos normalizados, y se habrán utilizado listas modelo de dispositivos médicos esenciales.
5. Se habrá promovido y apoyado efectivamente el establecimiento de elementos apropiados de información electrónica para utilizar en los sistemas de atención sanitaria.

(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)

La resolución es plenamente coherente con los resultados previstos que se indican más arriba y está relacionada con todos los indicadores del presupuesto por programas 2006-2007 correspondientes a esta área de trabajo. También está vinculada con los indicadores relacionados con la tecnología en las demás áreas de trabajo; además, en la resolución se pide un programa de tecnología con una base cada vez más amplia, que abarque las tecnologías de la salud en su conjunto y concentre la atención en las necesidades a nivel de país.

3. Repercusiones financieras

- a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** Se necesitan US\$ 5 200 000 por bienio (US\$ 4 100 000 para cubrir gastos de personal y US\$ 1 100 000 para cubrir gastos operacionales, incluidos los de prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros).
- b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** El costo total estimado es de US\$ 3 900 000.
- c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?** US\$ 1 700 000 se pueden absorber con cargo a fondos existentes en la Sede para recursos humanos y actividades.

4. Repercusiones administrativas

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)**
- Las actividades se desplegarán a nivel mundial, regional y de país; se prestará atención a las regiones y los países que no tengan recursos para apoyar un programa eficaz de tecnologías sanitarias.
- b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal)**
- En toda la Organización se necesitarán seis funcionarios profesionales más a tiempo completo y seis funcionarios de servicios generales a medio tiempo. En la Sede se necesitarán un funcionario profesional y uno de servicios generales para apoyar el desarrollo de normas y patrones aplicables a las tecnologías sanitarias, y en las oficinas regionales se necesitarán cinco asesores regionales y los cinco funcionarios de apoyo restantes para facilitar las actividades regionales y de país.
- c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación)**
- La aplicación de la resolución formará parte de las actividades y servicios programáticos continuos de esta área de trabajo. Por consiguiente, el seguimiento se someterá a la evaluación periódica de las actividades de la OMS en materia de tecnologías sanitarias esenciales.

La Sra. VELÁZQUEZ BERÚMEN (suplente del Dr. Bailón, México) dice, al presentar el proyecto de resolución, que su país siente una gran preocupación por el problema que supone evaluar y gestionar las tecnologías sanitarias, especialmente los equipos y dispositivos médicos, los sistemas de ciber salud y de telemedicina, los procedimientos médicos y los sistemas de apoyo. El proyecto de resolución no trata de productos farmacéuticos.

La atención sanitaria debe ser segura, eficaz y de gran calidad, y además utilizar tecnologías adecuadas, costoeficaces y lo menos invasivas posible. Las redes de telemedicina y ciber salud deben dar acceso a diagnóstico y tratamiento. Desafortunadamente, ello no es posible porque los equipos están con frecuencia anticuados o no se mantienen adecuadamente, el personal médico y técnico no está formado para utilizarlos, y los equipos se explotan en exceso, se infrautilizan, o son inaccesibles para los usuarios. Se producen muchos incidentes o amenazas a la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios, y falta información sobre los nuevos procedimientos médicos. En ocasiones no se encuentran los expedientes de los pacientes por haber sido enviados a departamentos que no corresponde.

El proyecto de resolución exhorta a los Estados Miembros a que dicten políticas y directrices para la gestión de las tecnologías sanitarias. Los ingenieros biomédicos que trabajan en los establecimientos sanitarios deben gestionar las tecnologías sanitarias, lo que incluye tareas de planificación, adquisición, mantenimiento y formación del personal para un uso seguro y eficaz de los equipos médicos. El proyecto invita asimismo a los Estados Miembros a que evalúen las tecnologías sanitarias teniendo en cuenta los aspectos éticos, sociales, económicos y relativos a los costos, de cara a la toma de decisiones y la concepción de políticas.

Deben considerarse tecnologías sanitarias esenciales las que sean indispensables para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Otras tecnologías serán necesarias para el establecimiento de protocolos y el logro de objetivos de atención sanitaria en regiones específicas.

El Sr. MIGUIL (Djibouti), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, dice que a pesar de los miles de millones de dólares que se invierten cada año en tecnologías sanitarias, muchos Estados Miembros siguen sin reconocer que su gestión debe ser parte integrante de la política de salud pública. En su Región, faltan políticas y reglamentaciones nacionales, y hay ejemplos de acceso no equitativo, tecnologías médicas no disponibles, uso no supervisado ni seguro, y pruebas de mala gestión y mantenimiento defectuoso. Se ha adquirido cierta experiencia en la selección, compra, instalación, utilización, mantenimiento y reparación de tecnología médica, particularmente durante el periodo de las sanciones internacionales contra el Iraq.

El orador recuerda la resolución WHA55.18, sobre «Calidad de atención: seguridad del paciente», en la que se insta a los Estados Miembros a establecer reglamentaciones nacionales, sistemas que garanticen la seguridad y procedimientos para la evaluación de las adquisiciones y de los riesgos. Han de proporcionarse a todos los países de la Región estrategias contra el aumento de los costos y la ineficacia en la gestión de la tecnología médica. Se necesitan asimismo instrumentos para: actualizar y perfeccionar las bases de datos regionales; crear centros nacionales y regionales de excelencia; elaborar directrices nacionales y difundir información dentro de las regiones y entre ellas. En septiembre de 2006 el Comité Regional tratará la cuestión de los dispositivos y equipos médicos en los actuales sistemas de atención sanitaria.

El Dr. VOLJČ (Eslovenia) confiesa su alarma al leer en el informe que cerca del 95% de la tecnología médica importada por los países en desarrollo no se ajusta a las necesidades de los sistemas nacionales de salud.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que muchos Estados Miembros de la Región de Europa creen que el examen de las tecnologías sanitarias esenciales debe aplazarse hasta la reunión del Consejo de enero de 2007. Ello permitiría examinar con mayor detalle asuntos como el que acaba de plantear el miembro representante de Eslovenia.

El Dr. PHUSIT PRAKONGSAI (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) dice que los países en desarrollo son más consumidores que productores de tecnologías médicas y están expuestos a la explotación. En ocasiones se produce una concentración excesiva de tecnología en las zonas urbanas. Algunas de estas tecnologías, como la tomografía informatizada, la resonancia magnética y los rayos X, se infrautilizan o se utilizan indebidamente, en particular en los establecimientos privados, en los cuales es difícil para los gobiernos regular su uso. Tales tecnologías deberían estar registradas a efectos de supervisión de la seguridad. La OMS ha de estudiar la cuestión de las donaciones de equipos de segunda mano o renovados y de medicamentos no deseados por los países desarrollados, sobre todo porque algunos de ellos carecen de la capacidad de laboratorio necesaria para verificar su seguridad y eficacia. Los organismos que utilizan tecnología sanitaria deberían elaborar un informe anual en el que proporcionen su número de casos y otra información. Entre los implicados en la gestión de las tecnologías sanitarias figuran los organismos nacionales de reglamentación, que velan por que las tecnologías sean seguras, eficaces y adaptadas a las necesidades sanitarias de la población. Estos organismos tendrían que consultar a los laboratorios nacionales acerca de la seguridad y eficacia de cada tecnología antes de autorizarla. Los organismos de reglamentación y los laboratorios son responsables de la vigilancia posventa, de registrar los incidentes y de la seguridad, y entablan acciones judiciales inmediatas si es necesario. Los ministerios de salud dictan normas por las que se rige el conjunto de los servicios, se establecen las necesidades de recursos humanos y se regulan las tecnologías sanitarias a nivel primario, secundario y terciario. En su caso, emiten «certificados de necesidad» de una tecnología determinada basándose en los datos sobre la carga de morbilidad y en la distribución de la tecnología médica existente.

El suministro excesivo de tecnología médica debe contrarrestarse incrementando la capacidad reguladora. En países con suficiente capacidad institucional, ha de establecerse un sistema nacional de evaluación de tecnología sanitaria, con el fin de comparar la costoeficacia de la tecnología nueva con la de la ya existente. Los datos obtenidos deben proporcionarse a los establecimientos de salud compradores, públicos y privados.

El informe no abarca todos los aspectos que debería y no trata adecuadamente el tema de los certificados de necesidad y del fortalecimiento de la capacidad institucional para la evaluación de la tecnología. La gestión de las tecnologías sanitarias requiere un enfoque múltiple, que incluya el marco legislativo y su aplicación; exige capacidad institucional suficiente para producir datos científicos sobre la costoeficacia y la carga de morbilidad, certificados de necesidad, vigilancia posventa y retirada inmediata del mercado de los productos peligrosos.

En el párrafo 2(4) del proyecto de resolución, debería pedirse al Director General que informe sobre la aplicación de la resolución a la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, y no a la 61ª Asamblea. Con dicho cambio, el orador está a favor del proyecto de resolución.

El Dr. REN Minghui (China) dice que el asunto de las tecnologías sanitarias esenciales plantea cuestiones de atención básica de salud y accesibilidad. El concepto no está claro: los diferentes países lo entienden de forma diferente. El orador ve con buenos ojos las actividades de la OMS en este ámbito, con miras a la preparación de directrices. Dado que no se dispone de mucho tiempo para examinar el asunto en la presente reunión, el Consejo debería aplazarlo hasta su reunión de enero de 2007.

La Sra. VALDEZ (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) está de acuerdo en que el asunto debería aplazarse hasta la sesión que celebrará el Consejo en enero, con el fin de que se pueda revisar el informe y los miembros puedan consultar a los organismos pertinentes de sus respectivos países. El proyecto de resolución acaba de presentarse y requiere más análisis. La Secretaría debería aportar pruebas que justifiquen algunas afirmaciones del informe, como la que figura en el párrafo 7, de que cerca del 95% de la tecnología médica de los países en desarrollo no se ajusta a las necesidades de los sistemas nacionales de salud, y la del párrafo 14, de que la adquisición y el uso de tecnologías sanitarias esenciales debe realizarse en función de las necesidades de los pacientes y de las mejores pruebas científicas disponibles.

El Sr. IWABUCHI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) dice que la tecnología sanitaria segura, eficaz y asequible en todo el mundo es esencial para el logro de las metas de desarrollo relacionadas con la salud como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ve con buenos ojos el proyecto de resolución, pero como éste acaba de ser presentado, se requiere más tiempo para examinarlo.

El Dr. MBOYA (suplente del Dr. Gakuruh, Kenya) señala que en los países en desarrollo la mayor parte de las tecnologías de salud, y en particular los equipos médicos, se importan o se reciben en donación, y exigen conocimientos diversos para su uso y mantenimiento, lo cual se traduce en altos costos. Debería elaborarse con urgencia una lista de tecnologías sanitarias esenciales que cada país pudiera adaptar a sus propias necesidades. Kenya tiene un elenco sanitario esencial en el que se especifican intervenciones a los distintos niveles de atención sanitaria, empezando por el plano comunitario, y se enumeran las tecnologías esenciales para cada nivel. Un examen internacional de la cuestión incluidas las tecnologías de ciber salud y el modo en que puede prestarse asistencia a los Estados Miembros para su instalación y utilización, proporcionaría una buena orientación y propiciaría la armonización.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho) apoya a quienes piden más tiempo para examinar el punto. Sin embargo, en caso de que el Consejo tenga que tomar una decisión en la presente reunión, el orador propondrá algunas enmiendas al proyecto de resolución.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) piensa asimismo que hay que tomar más tiempo para el examen de un punto de tal importancia, y propone que se incluya en el orden del día de la reunión de enero de 2007.

El Dr. JAKSONS (Letonia) está de acuerdo con el orador precedente. Con el fin de facilitar debates posteriores, deben definirse claramente los términos «tecnologías sanitarias». Si dichos términos incluyen también procesos, como los protocolos de tratamiento, además de equipos y personal, el proyecto de resolución requeriría un análisis mucho más profundo.

El Dr. SHANGULA (Namibia) conviene asimismo en que se necesita más tiempo. Debe pedirse a la Secretaría que revise el informe, clarifique la definición de tecnologías sanitarias y examine los párrafos 6 y 7 con el fin de que ese asunto y el proyecto de resolución se puedan examinar en la reunión del Consejo de enero de 2007.

El Sr. MIGUIL (Djibouti) está, en principio, a favor del proyecto de resolución, pero conviene en que sería mejor aplazar su examen ulterior hasta la reunión de enero de 2007 del Consejo.

El Dr. ZUCKER (Subdirector General) observa que ningún programa de prevención y control de la morbilidad sería efectivo sin servicios de diagnóstico y sin dispositivos y equipos médicos seguros; por ejemplo el socorro de emergencia proporcionado a Indonesia tras el reciente terremoto dependió en gran medida de las tecnologías sanitarias en aspectos como el tratamiento de las heridas o las transfusiones, las pruebas de diagnóstico y de laboratorio, así como los dispositivos radiológicos o quirúrgicos. Tecnologías similares son necesarias para la prevención y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. La Secretaría trata de velar por una transferencia adecuada de tecnología a todos los países. Está asimismo elaborando definiciones de tecnologías sanitarias y una lista de 100 tecnologías sanitarias esenciales a las que todas las comunidades deberían tener acceso, restringiendo quizás los equipos más sofisticados, como el escáner para tomografía informatizada o los dispositivos de resonancia magnética, al nivel terciario.

El Profesor NAGEL (Federación Internacional de Ingeniería Médica y Biológica) toma la palabra por invitación del PRESIDENTE y dice que su organización no gubernamental lleva más de 20 años colaborando con la OMS en cuestiones de política y planificación, calidad, seguridad, normativa, gestión de tecnologías y creación de capacidad, principalmente en relación con los dispositivos médicos. La seguridad de los dispositivos y equipos médicos se aborda en el Módulo de tecnología de atención de salud esencial de la OMS, un conjunto de directrices para mejorar la gestión de recursos materiales en la atención sanitaria, entre los que se incluyen programas informáticos para la planificación y gestión de recursos. La Federación cuenta con los conocimientos, recursos, capacidad de investigación y potencial de acción necesarios para proporcionar apoyo destinado al mantenimiento y la gestión de los aspectos científicos, tecnológicos y de ingeniería de las tecnologías sanitarias esenciales, así como para facilitar la transferencia de dichas tecnologías a los países en desarrollo. Puede asimismo impartir formación sobre el uso adecuado y eficaz de las tecnologías sanitarias, incluidas las aplicaciones electrónicas más recientes, y contribuir al desarrollo de políticas de mantenimiento, y se ofrece a seguir cooperando con la OMS en esos ámbitos. Colabora con la industria, con el grupo *World Standards Cooperation* (Cooperación en Normas Mundiales) y con las autoridades de reglamentación en los Estados Miembros para fomentar una manufactura de calidad y unas buenas prácticas reglamentadoras, incluida la vigilancia pre y posventa, así como medidas para controlar el uso incorrecto de las tecnologías sanitarias. El informe debería proporcionar más directrices para la concepción y planificación de futuras actividades, y para la vinculación con otras iniciativas de la OMS como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario. La Federación ofrece su colaboración para la concepción de una estrategia completa de seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias y para la gestión de las mismas, y propone que dicha estrategia cubra dichas tecnologías en su conjunto, sin el calificativo de «esenciales». Lamentablemente, el proyecto de resolución se ha recibido demasiado tarde como para comentarlo en detalle, pero la Federación está a favor, en principio, y desea contribuir al avance de la propuesta y a las tareas para lo-

gar los objetivos estipulados. Sugiere al Consejo que examine la posibilidad de incluir disposiciones que regulen la profesión de ingeniero clínico.

El PRESIDENTE dice que parece haber consenso en que se necesita más tiempo para el examen de un tema tan complejo y que cualquier decisión en la presente reunión sería prematura. Por consiguiente, se ha de pedir a la Secretaría que revise y amplíe el informe reflejando las preocupaciones expresadas por los miembros del Consejo y teniendo en cuenta cualquier otro material adicional pertinente. Este punto, junto con el proyecto de resolución, se ha de incluir en el orden del día de la reunión de enero de 2007 del Consejo.

Así queda acordado.

3. ASUNTOS PARA INFORMACIÓN: punto 8 del orden del día

Sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: punto 8.3 del orden del día (documento EB118/16)

El PRESIDENTE señala a la atención de los presentes el siguiente proyecto de resolución propuesto por las delegaciones del Afganistán, Bhután, Kenya, Madagascar, México, Sri Lanka y Tailandia, así como un informe sobre sus repercusiones administrativas y financieras para la Secretaría:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre los sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,¹

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA58.30 sobre la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Observando la resolución WHA58.28 sobre ciberseguridad y teniendo presente la resolución WHA58.34 relativa a la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud;

Reconociendo que la información adecuada es decisiva para formular políticas sanitarias basadas en pruebas científicas y adoptar decisiones, y es fundamental para seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Reconociendo que en la mayoría de los países en desarrollo los sistemas de información sanitaria son deficientes y fragmentarios y no cuentan con personal y recursos adecuados;

Convencida de la importancia de la información sanitaria, en especial la relativa a la falta de equidad, para la adopción de decisiones fundamentadas sobre la ejecución de intervenciones destinadas a quienes más las necesitan;

Reconociendo que la información sanitaria y la investigación se complementan como fundamentos para el fortalecimiento de los sistemas de salud y las políticas sanitarias;

¹ Documento EB118/16.

Consciente del papel fundamental que desempeñan las oficinas nacionales de estadística para elaborar y aplicar estrategias nacionales en materia de estadística y contribuir a la información sanitaria de la población;

Teniendo presentes los mandatos normativos constitucionales de la OMS en materia de información sanitaria y notificación epidemiológica, y reafirmando la función de la Organización como asociado fundador y sede de la secretaría de la Red de Sanimetría que ha establecido normas básicas para los sistemas de información sanitaria,

1. INSTA a los Estados Miembros a que movilicen los recursos científicos, técnicos, sociales, políticos, humanos y financieros necesarios para:
 - 1) elaborar, aplicar, reforzar y evaluar planes encaminados a fortalecer sus sistemas de información sanitaria mediante la colaboración con los sectores sanitario y estadístico y con otros asociados;
 - 2) reunir asociados técnicos y asociados para el desarrollo en torno a una estrategia y plan coherentes, coordinados y dirigidos por los países, que refuercen los sistemas de información sanitaria y estén plenamente integrados en los programas y planes nacionales de salud;
 - 3) reforzar la capacidad de los planificadores y administradores en los planos nacional y local para sintetizar, realizar, difundir y utilizar datos nacionales a fin de fundamentar la adopción de decisiones y fomentar la concienciación del público;
 - 4) vincular el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria con políticas y programas encaminados a la creación de capacidad estadística en general;

2. EXHORTA a la comunidad de la información sanitaria y a los especialistas en estadística, a otras organizaciones internacionales, incluidas las iniciativas y los fondos mundiales en pro de la salud, el sector privado, la sociedad civil y otras partes interesadas, a que presten apoyo firme y sostenido para reforzar los sistemas de información utilizando las normas y los principios rectores establecidos en el marco de la Red de Sanimetría, para abarcar todo el espectro de las estadísticas sanitarias, incluidos los determinantes de la salud; los recursos, los gastos y el funcionamiento de los sistemas sanitarios; el acceso a los servicios y su cobertura y calidad; los resultados sanitarios y la situación de la salud, y para prestar especial atención a la información sobre la pobreza y la falta de equidad en materia de salud;

3. PIDE al Director General:
 - 1) que refuerce la cultura de la Organización basada en la información y las pruebas científicas, y vele por la utilización de estadísticas sanitarias precisas y oportunas para producir pruebas científicas con miras a la adopción de decisiones y recomendaciones normativas en la OMS;
 - 2) que refuerce aún más las actividades de la OMS en materia de estadísticas sanitarias en los planos mundial, regional y nacional, y preste apoyo a los Estados Miembros en la creación de capacidad para elaborar sistemas de información sanitaria y producir, analizar, difundir y utilizar los datos;
 - 3) que promueva un mejor acceso a las estadísticas sanitarias, aliente la difusión de información entre todas las partes interesadas utilizando formatos apropiados y accesibles, y fomente la transparencia en el análisis, la síntesis y la evaluación de los datos, incluso mediante exámenes colegiados;
 - 4) que promueva una mejor alineación, armonización y coordinación de las actividades en materia de información sanitaria teniendo presente la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo: apropiación, armonización, alineación,

resultados y mutua responsabilidad (2005) y los principios de las prácticas óptimas de las alianzas mundiales en pro de la salud en el plano nacional;¹

5) que lleve a cabo exámenes periódicos de las experiencias en los países, preste apoyo para la actualización del marco de la Red de Sanimetría en consonancia con las enseñanzas extraídas y la evolución de las metodologías, y que a partir de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud presente informes sobre los progresos realizados.

1. Resolución Sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	
2. Relación con el presupuesto por programas	
Área de trabajo	Resultado previsto
Información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación	1. Se habrán fortalecido y reformado los sistemas nacionales de información sanitaria, que proporcionarán y utilizarán información oportuna y de calidad para los problemas y programas de salud locales y para la vigilancia de los principales objetivos internacionales
(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)	
La resolución es plenamente coherente con el resultado previsto pues se centra en el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria en los países de acuerdo con las normas internacionales definidas en la Red de Sanimetría, unido a la prioridad otorgada a la adopción de decisiones basada en la evidencia. La resolución está en consonancia con los indicadores y metas en lo referente tanto a una base de datos de la OMS que contenga indicadores básicos de salud, con metadatos, y centrada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, como al desarrollo y aplicación, por parte de los países, de normas y patrones, como la <i>Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud</i> y la <i>Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud</i> , y análisis de la situación sanitaria y los métodos de medición de los sistemas de salud.	
3. Repercusiones financieras	
a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 40 millones (no incluye el presupuesto de la Red de Sanimetría)	
b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 11 millones (no incluye el presupuesto de la Red de Sanimetría)	
c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? Aproximadamente US\$ 7 millones de los gastos propuestos para el bienio en curso pueden absorberse en las actuales actividades programadas. Se necesitan US\$ 4 millones adicionales para que la OMS pueda tener un papel dirigente a nivel mundial, regional y de país, y seguir siendo un protagonista fundamental de la Red de Sanimetría.	

¹ Best Practice Principles for Global Health Partnership Activities at Country Level. Informe del Grupo de Trabajo sobre alianzas mundiales en pro de la salud. París, Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la salud, 14 y 15 de noviembre de 2005.

4. Repercusiones administrativas

a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)

La sede, en colaboración con las oficinas regionales, seguirá desarrollando y ensayando instrumentos y métodos y ofreciendo orientación normativa. A nivel mundial, la OMS seguirá teniendo una función de depósito de estadísticas sanitarias y pruebas científicas sólidas. La adaptación de las indicaciones normativas y la aplicación de los planes de refuerzo de los sistemas de información sanitaria tendrán lugar a nivel de país, con un fuerte apoyo de la oficina regional.

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal)

Se necesita en total el equivalente a siete profesionales a tiempo completo para que las oficinas regionales puedan apoyar enérgicamente la aplicación en los países (uno en cada región, dos en la Oficina Regional para África). El personal en cuestión debe tener conocimientos de estadística, epidemiología, planificación, y vigilancia y evaluación.

Se requiere algo más de personal en la sede (equivalente a dos profesionales a tiempo completo) para poder llevar a cabo un trabajo técnico de calidad sobre las estadísticas sanitarias a nivel mundial y el cumplimiento de las normas acordadas. El personal en cuestión debe tener conocimientos de estadística, epidemiología, bioestadística, demografía y economía sanitaria.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación)

La aplicación del trabajo normativo y el apoyo a las regiones y los países comenzarán de inmediato, en colaboración con las actividades de la Red de Sanimetría. El apoyo a la implementación en los países comenzará durante el bienio en curso y se acelerará posteriormente conforme aumente la capacidad y en función de las necesidades a nivel de país. A intervalos regulares se realizarán evaluaciones de los progresos realizados en el contexto de los exámenes bienales del presupuesto por programas.

El Dr. KAKAR (Afganistán), hablando como patrocinador del proyecto de resolución, dice que todo buen sistema de salud está asociado a un buen sistema de información. Para mejorar los ejercicios de medición se requiere información consistente. El orador insta al Consejo a que apoye el proyecto de resolución.

La Sra. WARANYA TEOKUL (asesora del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) hablando también en calidad de patrocinadora, subraya la importancia de los datos científicos para la toma de decisiones. Dichos datos también pueden utilizarse para labores de promoción en los parlamentos, la sociedad civil y la comunidad internacional, y además ayudan a establecer prioridades y objetivos programáticos, orientan la atribución de recursos y sirven como herramienta de supervisión y evaluación. El informe hace hincapié en que la información recopilada en el sector sanitario y por las oficinas estadísticas nacionales debe combinarse. Los sistemas de información sanitaria necesitan mejorarse en la mayoría de los países en desarrollo para que puedan proporcionar datos básicos sobre la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud, así como sobre la distribución de estos servicios entre todos los grupos de población.

El Dr. ABEYKOON (suplente del Sr. de Silva, Sri Lanka) dice que los sistemas de información sanitaria han sido objeto de exámenes reiterados a lo largo de los años, pero se necesita seguir trabajando. Con el apoyo de la OMS y de otros asociados, Sri Lanka ha lanzado iniciativas con el fin de obtener datos desglosados fiables con mayor rapidez, mejorar su sistema público de información sanitaria, mejorar el sistema de información sobre hospitales con sus dos componentes (expedientes e información administrativa), e incrementar el uso de tecnología de la información para consulta electrónica con zonas periféricas y para la formación continua del personal. Dichas actividades exigen grandes esfuerzos. El informe podría haber proporcionado más orientación sobre el procesamiento y la difusión de información sanitaria, y el proyecto de resolución debería enmendarse con el fin de destacar los aspectos citados, en particular, el mayor uso de la tecnología de la información.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) está a favor del proyecto de resolución.

La Sra. PATTERSON (suplente de la Sra. Halton, Australia) dice que Australia ha considerado el fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos los sistemas de información sanitaria, como factor esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y como elemento clave de su contribución ampliada a la región de Asia y el Pacífico en materia de salud en los próximos cuatro años. La oradora propone que, en el quinto párrafo del preámbulo de la resolución recomendada en el proyecto de resolución, se sustituyan las palabras «en especial la relativa a la falta de equidad» por «desglosada por género, edad y factores socioeconómicos neurálgicos». Debería redactarse un nuevo párrafo 1(4) del siguiente tenor literal: «reforzar la capacidad del personal de salud para acopiar información sanitaria exacta y pertinente».

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que los Estados miembros de la Unión Europea, reconociendo la importancia del tema, desean disponer de más tiempo para examinar el proyecto de resolución.

El Dr. SINGAY (Bhután) se suma a los oradores que han destacado la importancia de los sistemas de información sanitaria y apoya el proyecto de resolución.

El Dr. WINT (Jamaica) dice que los sistemas de información sanitaria son cruciales para el desarrollo de los sistemas de salud, y especialmente para una toma de decisiones basada en datos científicos. Estos sistemas forman parte de todo el trabajo que se realiza en el ámbito sanitario, y no sólo de las actividades destinadas al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El orador está a favor del proyecto de resolución con la enmienda propuesta por la delegada de Australia, y propone que se sustituya «refuerce aún más» por «aumente» en el párrafo 3(2).

El Dr. MBOYA (suplente del Dr. Gakuruh, Kenya) dice que Kenya patrocina el proyecto de resolución porque la escasez de inversiones en los sistemas de información sanitaria está comprometiendo la capacidad de los países para prevenir las enfermedades. Para formular las políticas y dirigir la ejecución de programas se necesita información de gran calidad.

La Sra. VALDEZ (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que su país está plenamente a favor del uso de tecnología de información sanitaria para mejorar la calidad y la eficacia de la atención sanitaria, y obtener estadísticas y datos epidemiológicos de vital importancia. El informe pone de manifiesto los muchos problemas a los que se enfrentan los países a la hora de recopilar y analizar datos útiles para las políticas y la toma de decisiones a nivel nacional. Estados Unidos apoya a la OMS y a sus oficinas regionales en su búsqueda de medios que permitan utilizar la tecnología y los sistemas de información sanitaria de cara a la mejora de los servicios primarios de salud, especialmente en entornos con escasez de recursos. La oradora ve con buenos ojos el proyecto de resolución, con las enmiendas introducidas por los miembros representantes de Australia y Jamaica. Dado que existen normas y principios rectores diferentes de los establecidos en el marco de la Red de Sanimetría mencionados en el párrafo 2, la oradora propone que se inserte la palabra «incluso» después de «sistemas de información».

El Sr. MIGUIL (Djibouti) está a favor del proyecto de resolución. La información fiable, puntual y pertinente es esencial para una toma de decisiones bien fundada, sobre todo teniendo en cuenta que la OMS acaba de adoptar un método de gestión basada en los resultados para planificar sus actividades. Sin embargo, el título de la resolución es demasiado restrictivo: el tema de los sistemas de información sanitaria va mucho más allá de los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud. Debería elaborarse una lista de indicadores con el fin de garantizar un mejor seguimiento de las actividades de la OMS en todos los niveles. Por lo que respecta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la OMS debe-

ría redactar un informe anual dirigido a las Naciones Unidas sobre los avances en la consecución de los tres objetivos relacionados con la salud.

El Dr. KAKAR (Afganistán) acepta las enmiendas propuestas. Respecto del párrafo 1(3), dice que los planificadores y administradores se encuentran en ocasiones a nivel provincial, así como a nivel nacional y local; el subpárrafo debe, pues, decir lo siguiente: «reforzar la capacidad de los planificadores y administradores de los diversos planos del sistema de salud para utilizar la información sanitaria para una adopción de decisiones basada en datos científicos y fomentar la concienciación del público».

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que con las enmiendas propuestas el proyecto de resolución resulta aceptable.

El Dr. REN Minghui (China) está a favor del proyecto de resolución y destaca la importancia de crear sistemas de información sanitaria, en particular para obtener datos en los que basar las decisiones. Pide que se clarifique la función de la Red de Sanimetría.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca), apoyado por el Sr. PIRONEA (suplente del Profesor Paunescu, Rumania), está a favor del proyecto de resolución con las enmiendas propuestas. Señala, no obstante, que la práctica de presentar proyectos de resolución al Consejo con muy poca antelación, como es el caso presente, no debe continuar en el futuro.

El PRESIDENTE, hablando en calidad de miembro representante de Bolivia, se muestra de acuerdo con el miembro representante de Djibouti. Sin embargo, los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio principales están relacionados con la salud, así como los relativos a la instrucción, ya que sin una nutrición adecuada, la instrucción es de poca utilidad. Está a favor de las enmiendas propuestas por los miembros representantes de Australia y Jamaica. Existe una relación directa entre los asuntos de salud internacional y la legislación relativa, en particular, a las enfermedades endémicas. Unos sistemas nacionales de información sanitaria precisos y consistentes son indispensables para el desarrollo de políticas internacionales. El orador está a favor del proyecto de resolución, con las enmiendas propuestas.

Hablando en calidad de Presidente, el orador conviene con el miembro representante de Dinamarca en que la aparición tardía de documentos y proyectos de resolución no da tiempo suficiente a los miembros del Consejo, y menos aún a los expertos de los países, para formarse una opinión y el Consejo no debe presentar a la Asamblea de la Salud resoluciones a cuyo estudio no haya dedicado tiempo suficiente. Lo que cuenta es que las decisiones sean acertadas, no su número, por lo que es preferible contar con menos resoluciones, pero más representativas y realistas.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) lee en voz alta las enmiendas propuestas. En el quinto párrafo del preámbulo deben sustituirse las palabras «en especial la relativa a la falta de equidad» por «desglosada por género, edad y factores socioeconómicos neurálgicos». El párrafo 1(3) ha de decir: «reforzar la capacidad de los planificadores y administradores de los diversos planos del sistema de salud para utilizar la información sanitaria para una adopción de decisiones basada en datos científicos y fomentar la concienciación del público». Se añade un subpárrafo (4) al párrafo 1 del siguiente tenor literal: «reforzar la capacidad del personal de salud para acopiar información sanitaria exacta y pertinente». El actual párrafo 1(4) pasa a ser el párrafo 1(5). En el párrafo 2, se insertará la palabra «incluso» después de «sistemas de información». En el párrafo 3(2) se sustituirán las palabras «refuerce aún más» por «aumente». El título de la resolución se enmendará de la siguiente forma: «Reforzamiento de los sistemas de información sanitaria».

El Dr. WINT (Jamaica) menciona la importancia de analizar la información. Preferiría mantener en el párrafo 1(3) la referencia al análisis de datos.

El Dr. KAKAR (Afganistán) dice que según su experiencia, es difícil encontrar a nivel local profesionales capaces de analizar estadísticas.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) propone la siguiente redacción para el párrafo 1(3): «reforzar la capacidad de los planificadores y administradores de los diversos planos del sistema de salud para sintetizar, analizar, difundir y utilizar la información sanitaria para una adopción de decisiones basada en datos científicos y fomentar la concienciación del público».

El PRESIDENTE dice que entiende que el Consejo desea adoptar el proyecto de resolución en su forma enmendada.

Se adopta la resolución, en su forma enmendada.¹

El Dr. EVANS (Subdirector General) cita al último Director General, quien, hablando del valor fundamental y de la ética subyacentes al fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, dijo que si se quería que la gente contara, había que empezar por contar a la gente. La orientación actual hacia los resultados brinda una oportunidad para fortalecer los sistemas de información sanitaria. Todo lo que se haga para seguir el curso de cada intervención puede mejorar los sistemas de información sanitaria.

La Secretaría utiliza tecnología de la información para difundir información sanitaria, en particular sobre gestión del conocimiento y ciber salud, con el fin de facilitar el acceso a la información. Estas actividades son plenamente compatibles con el marco de gestión basada en los resultados. Los avances en la aplicación del Programa General de Trabajo y el Plan Estratégico a Plazo Medio están siendo objeto de una intensa supervisión.

Con respecto a la notificación sobre los avances en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la Secretaría ya contribuye significativamente a los informes de las Naciones Unidas sobre el tema. Otros organismos, como el UNICEF y el FNUAP, han colaborado con la OMS con tipos específicos de datos, pertinentes para los indicadores relativos a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. No obstante, la Secretaría buscará la oportunidad de ofrecer un informe más específico.

La Red de Sanimetría tiene por objeto el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información sanitaria. Se ha desarrollado un conjunto de herramientas y la Red funciona en unos 50 ó 60 países promoviendo una mayor inversión en sistemas de información sanitaria.

4. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS, PRESUPUESTARIOS Y FINANCIEROS:
punto 6 del orden del día

Asignación estratégica de recursos: punto 6.1 del orden del día (documento EB118/7)

El Dr. JAKSONS (Letonia) hace hincapié en la evaluación de las necesidades de los países, la identificación de resultados, la preparación de programas y la verificación de resultados mencionada en el párrafo 19 del informe. El Consejo puede examinar los resultados de dicho cotejo dentro del presupuesto por programas propuesto. Un mecanismo de validación que no guarde relación con la asignación de recursos es positivo. Si hubiera discrepancias significativas entre los resultados de dicha asignación de recursos y la validación, podría decidirse cuál de los dos conjuntos de indicadores ha de modificarse en el futuro. Todo proceso se pone a prueba en la práctica.

¹ Resolución EB118.R4.

El Sr. IWABUCHI (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) pregunta cómo van a funcionar los principios rectores. El Principio 3 parece querer decir que tanto las contribuciones señaladas como las contribuciones extrapresupuestarias se asignarán según los principios rectores y serán, por consiguiente, sometidas al mecanismo de validación. Sin embargo, según el Undécimo Programa General de Trabajo, la Secretaría tiene intención de celebrar consultas con los donantes para que adecuen sus contribuciones extrapresupuestarias a las prioridades de la Organización. No corresponde a los donantes adaptarse al mecanismo de validación. Tampoco está claro cómo va a pasarse de un método de gestión basado en los recursos a otro basado en los resultados. En cualquier organización, incluida la OMS, la planificación tiene que atenerse a las limitaciones de los recursos.

El Sr. SHUAAIB (suplente del Dr. Al-Shammari, Iraq), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental, encomia la labor del recientemente fallecido Director General para descentralizar la Organización y desarrollar la presupuestación basada en los resultados. La Secretaría debe trabajar en colaboración en todos los niveles para mejorar el rendimiento. Se espera más de las oficinas regionales y nacionales de la Organización, y los recursos transferidos de la Sede a las regiones deben distribuirse equitativamente.

La decisión WHA57(10) hace hincapié en prestar apoyo a los países más necesitados, al igual que el mecanismo de validación. El orador está de acuerdo en que las emergencias y la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis no deben considerarse dentro del mecanismo de validación. Las necesidades sanitarias no contempladas adecuadamente por los indicadores utilizados en el mecanismo de validación deben tratarse como entidades independientes. El orador está a favor del mecanismo de validación, a condición de que: la distribución de recursos entre la Sede y las regiones sea proporcionada y tenga plenamente en cuenta los cambios derivados de la descentralización; las regiones con mayores necesidades reciban la proporción justa de recursos y no se vean privadas de nuevos recursos extraídos del presupuesto ordinario y de las contribuciones voluntarias; los recursos asignados a las emergencias y a la erradicación de la poliomielitis, y no contemplados en los modelos de evaluación de las necesidades, sean tratados como componentes independientes a la hora de asignar recursos; el Índice de Desarrollo Humano se utilice para evaluar las necesidades sanitarias de los países; y los países de gran población no reciban un trato injusto.

El Dr. KHALFAN (Bahrein) no está de acuerdo con la afirmación del párrafo 19 del anexo del informe, según la cual la instrucción es sólo uno de los numerosos factores sociales determinantes de la salud. La instrucción es en ocasiones incluso más importante que la situación socioeconómica.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) recuerda las intensas negociaciones sobre la fórmula para la asignación de recursos a nivel regional que se desarrollaron en la 52ª Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Casi acaban con la Organización. El nuevo mecanismo de validación y de asignación de recursos no muestra ninguna redistribución de recursos entre las regiones de la OMS. Ninguna región verá su presupuesto reducido, pues cerca del 5% del presupuesto de la Sede será asignado a las regiones, pero el orador no está convencido de las ventajas que ello conlleva. A nivel nacional, la financiación proveniente del presupuesto ordinario de la OMS es insignificante en comparación con la recibida de otras fuentes. Además, la función principal de la Organización consiste en generar, administrar, compartir y promover el conocimiento, y para ello necesita una Secretaría preparada tanto técnica como académicamente. Sin embargo, la Sede sufre la erosión continua de las reducciones a su presupuesto, lo cual se contradice con las expectativas de los países respecto de la Organización.

La OMS se financia cada vez más con cargo a fuentes extrapresupuestarias. En 1998, dos tercios de los recursos de la Organización provinieron de contribuciones señaladas, en comparación con el 25% en 2006. La práctica totalidad del 75% proveniente de otras contribuciones está destinada a áreas de programa específicas, y no a la Organización en su conjunto. Negociar con los donantes supone para la Secretaría un esfuerzo, simplemente para que la Organización pueda seguir funcionando. Ello no es saludable ya que las contribuciones de los Estados Miembros se utilizan cada vez más conforme a los deseos de

los donantes, mientras que el 25% de los recursos obtenidos de las contribuciones señaladas se destina principalmente a mantener la Secretaría, lo cual deja pocos fondos para las actividades programáticas. Para poder trabajar, la Organización tiene que negociar con los donantes a fin de obtener asistencia. Esta situación podría ser explotada en el futuro por los donantes para favorecer sus propios intereses. La Secretaría ha de encontrar medios estratégicos para resolver el problema a largo plazo, asesorar al Consejo en consecuencia, y garantizar que los ingresos fiscales proporcionados a la Secretaría se utilizan para responder a las necesidades de los Estados Miembros. Sólo así la OMS podrá mantener su credibilidad social.

El Dr. SHANGULA (Namibia) recuerda que el contenido del informe ya se ha examinado en varias ocasiones y que se había llegado al consenso en ciertos puntos. Las consultas con las regiones se han tenido en cuenta. El Consejo no debe volver a abrir esos debates, sino concentrarse en temas que se le han remitido para mayor clarificación. El primero de todos es el mecanismo de validación, y el Consejo ha de decidir si se necesita seguir trabajando en el informe. Una vez que este complejo proceso esté funcionando, podrá ser supervisado y ajustado.

El Sr. RAMOTSOARI (Lesotho) propone que el Consejo tome nota del informe, que trata de problemas ya planteados anteriormente. La gestión basada en los resultados es importante y su aplicación debe ser supervisada y examinada si es necesario.

El Dr. TANGI (Tonga) está de acuerdo con los dos oradores precedentes.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) dice que la preparación del informe ha sido larga y compleja, especialmente la tarea de concebir el mecanismo de validación. El Comité de Programa, Presupuesto y Administración ha examinado los principios rectores en detalle, y ha llegado a una conclusión basada en el consenso. El orador desea que se acepte el informe tal como está.

El Dr. REN Minghui (China) dice que la preparación del informe ha sido un proceso transparente, en el que se han tenido en cuenta las opiniones de todas las partes. Apoya el informe y seguirá de cerca su aplicación.

El PRESIDENTE, hablando en calidad de miembro representante de Bolivia, dice que el informe es útil y representa la conclusión de la tarea asignada a la Secretaría. Debe recordarse que los recursos son algo más que dinero. Además de fondos presupuestarios y extrapresupuestarios, la Organización dispone de un gran caudal de conocimientos científicos, médicos y de salud pública. Cuenta asimismo con sus centros colaboradores y sus relaciones con instituciones académicas y científicas y con organizaciones no gubernamentales. Al ocuparse de las necesidades de los países en desarrollo y trabajar por el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Organización debe tener en cuenta todos estos recursos.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO señala la observación del miembro representante de Letonia acerca de la diferenciación entre el mecanismo de validación y la asignación de recursos. Se ha avanzado mucho en la comprensión de las implicaciones prácticas del método de gestión basada en los resultados y de la utilidad del mecanismo de validación como parte de dicho sistema. La preparación del proyecto de presupuesto por programas propuesto 2008-2009 implicará reconocer las necesidades técnicas y esenciales tanto de los Estados Miembros como de la Secretaría.

Respecto de las preocupaciones expresadas por el miembro representante del Japón, se ha avanzado en la gestión del presupuesto ordinario y de las contribuciones extrapresupuestarias dentro de un marco único, aunque todavía queda trabajo en este sentido. Ha habido que tener en cuenta todos los recursos financieros de la Organización, pues aun con un método de presupuestación basado en los resultados, era necesario saber de qué recursos se disponía con el fin de preparar un presupuesto realista. El proceso ha de estar guiado por los resultados deseados, y no partir de la asignación de recursos.

En respuesta a la intervención del miembro representante del Iraq sobre la gestión basada en los resultados, el orador dice que la labor de la OMS para la descentralización y la transferencia efectiva de recursos dentro de la Organización se ha hecho en su mayor parte a escala nacional, pero ello no implica que la Sede vaya a ser desmantelada. Los principios estratégicos acordados para regir la labor de la Organización exigen un equilibrio entre una sede sólida, unas estructuras globales competentes y una buena ejecución de los programas en los países. Los recursos deben transferirse a los países allá donde se necesiten.

El comentario sobre el nivel de instrucción, que figura en el anexo sobre los principios rectores, es inadecuado y se suprimirá.

La financiación global de la Organización, mencionada por el miembro representante de Tailandia, se ha examinado en el Comité de Programa, Presupuesto y Administración, tanto en términos generales como en relación con reformas específicas de gestión. En el orden del día de la próxima reunión de dicho Comité se ha incluido un punto sobre la eficacia de la financiación de la OMS, que incluirá la alineación de los recursos y los resultados y la carga administrativa que la gestión de las contribuciones voluntarias supondrá para la Organización.

Combinar las ciencias médicas con la gestión quizás haya producido una visión general bastante simplista de los avances, pero en lo que respecta a la alineación de los recursos con los resultados, la desviación estándar se ha reducido a la mitad. Sin embargo, la supervisión de las próximas etapas exigirá más tiempo, un nuevo informe y consultas de otra naturaleza. La financiación de la Organización podría debatirse en los comités regionales cuando éstos examinen el proyecto de presupuesto por programas, a lo cual seguirán las reuniones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración y del Consejo en enero de 2007.

Es importante supervisar el método de gestión basada en los resultados.

En respuesta a los comentarios del Presidente, dice que las prioridades de la Organización no se expresan únicamente en términos monetarios. Algunas áreas de trabajo revisten una importancia técnica y política considerable y no tienen asignados grandes presupuestos.

El PRESIDENTE dice que, si no hay objeciones, entenderá que el Consejo desea respaldar el contenido del informe.

Así queda acordado.

Comités del Consejo Ejecutivo: provisión de vacantes: punto 6.2 del orden del día (documentos EB118/9 y EB118/9 Add.1)

- **Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales**

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) se remite al párrafo 2 del documento EB118/9 Add.1, que contiene las propuestas del Presidente para cubrir las cuatro vacantes del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.

Decisión: El Consejo Ejecutivo nombra al Dr. P. M. Buss (Brasil), al Dr. Ren Minghui (China), al Dr. R. R. Jean Louis (Madagascar) y al Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia) miembros de su Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por el tiempo que duren sus funciones en el Consejo Ejecutivo, además del Sr. O. K. Shiraliyev (Azerbaiyán), que ya forma parte del Comité, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiese asistir a las sesiones del Comité participará en los trabajos de éste la persona que, de conformidad con el artículo 2 del Reglamento Interior, designe el gobierno correspondiente como sucesor o suplente suyo en el Consejo.¹

¹ Decisión EB118(1).

- **Comité de Programa, Presupuesto y Administración**

El Dr. KEAN (Director, Oficina del Director General) dice que las propuestas del Presidente para cubrir las seis vacantes del Comité de Programa, Presupuesto y Administración figuran en el párrafo 3 del documento EB118/9 Add.1.

Decisión: El Consejo Ejecutivo nombra miembros de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración al Dr. F. Kakar (Afganistán), a la Sra. J. Halton (Australia), al Dr. J. K. Gøtrik (Dinamarca), al Dr. J. Agwunobi (Estados Unidos de América), al Dr. W. T. Gwenigale (Liberia), y al Sr. N. S. de Silva (Sri Lanka), por un periodo de dos años o hasta que finalicen sus funciones en el Consejo, si éstas concluyen antes de que se complete el periodo, además del Dr. Jigmi Singay (Bhután), el Dr. A. H. I. Al-Shamari (Iraq), el Dr. B. Wint (Jamaica), el Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), el Dr. J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), y el Dr. V. Tangi (Tonga), que ya forman parte del Comité, así como al Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia), Presidente del Consejo, miembro *ex officio*, y al Dr. J. Nyikal (Kenya), Vicepresidente del Consejo, miembro *ex officio*, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiese asistir a las sesiones del Comité participará en los trabajos de éste la persona que, de conformidad con el artículo 2 del Reglamento Interior, designe el gobierno correspondiente como sucesor o suplente suyo en el Consejo.¹

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) dice que, dado que el mandato de Australia como miembro del Consejo Ejecutivo expira dentro de un año, la Región del Pacífico Occidental tendrá que designar dos miembros en 2007. En su opinión, el Dr. J. N. Nyikal (Kenya), en calidad de Vicepresidente del Consejo Ejecutivo, debe ser nombrado miembro *ex officio* del Consejo Ejecutivo, al igual que el Presidente del mismo.

Así queda decidido.

- **Comités de las Fundaciones**

El PRESIDENTE anuncia que no hay vacantes en ninguno de los Comités de las Fundaciones.

Representantes del Consejo Ejecutivo en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) se remite a las propuestas que figuran en el documento EB118/9 Add.1 para el nombramiento de representantes del Consejo Ejecutivo en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.

Decisión: El Consejo Ejecutivo, de conformidad con el párrafo 1 de la resolución EB59.R7, nombra a su Presidente, Dr. F. Antezana Aranibar (Bolivia), y a sus tres primeros Vicepresidentes, Sr. O. K. Shiraliyev (Azerbaiyán), Dr. B. Sadasivan (Singapur) y Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia) para que representen al Consejo en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiese asistir a la Asamblea de la Salud, se podrá pedir que representen al Consejo al Vicepresidente restante, Dr. J. Nyikal (Kenya), y al Relator, Dr. A. H. Saheli (Jamahiriya Árabe Libia).²

¹ Decisión EB118(2).

² Decisión EB118(3).

Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud: punto 6.3 del orden del día (documento EB118/10)

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) dice que, a raíz de la decisión del Consejo de convocar su próxima 119ª reunión en noviembre de 2006, la primera de las decisiones que figuran en el párrafo 5 del informe debe enmendarse para que haga referencia a esa reunión y a la 120ª reunión, que se celebrará en 2007. La decisión relativa a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud no se modifica.

El Dr. SHANGULA (Namibia) pregunta por qué la 60ª Asamblea Mundial de la Salud durará 10 días, si la 59ª Asamblea sólo necesitó seis días para realizar su labor. Habría que tratar de administrar mejor el tiempo de la Asamblea, especialmente en la Comisión A.

El Dr. REN Minghui (China) pregunta por qué la reunión del Consejo se ha numerado como una reunión ordinaria.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) explica que se trata de una reunión ordinaria convocada en virtud del artículo 5 del Reglamento Interior.

El Dr. REN Minghui (China) dice que en la decisión del Consejo de acelerar el proceso para elegir al próximo Director General se menciona la reunión de noviembre de 2006 como una «reunión extraordinaria».¹

El PRESIDENTE señala que habrá que rectificar dicha discrepancia.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) pregunta por la numeración de la reunión especial del Consejo Ejecutivo celebrada el 23 de mayo de 2006 y de la Asamblea de la Salud que se celebrará en noviembre de 2006.

El Dr. KAKAR (Afganistán) dice, en relación con la intervención del miembro representante de Namibia, que habría preferido que en las dos últimas Asambleas de la Salud se hubiese contado con más tiempo, ya que algunas decisiones habían sido demasiado precipitadas debido a la falta de tiempo, y otras habían tenido que remitirse de nuevo al Consejo Ejecutivo.

El Sr. BURCI (Asesor Jurídico) explica que las reuniones extraordinarias del Consejo Ejecutivo se convocan en virtud del artículo 6, a saber, ya sea a petición conjunta de 10 miembros para ser celebradas en un plazo de 30 días, o por el Director General, en consulta con el Presidente, en caso de acontecimientos que exijan medidas inmediatas de conformidad con el Artículo 28(i) de la Constitución. La reunión extraordinaria celebrada el 23 de mayo de 2006 entra claramente dentro de esta categoría. La reunión de noviembre de 2006 de la Asamblea de la Salud se convoca en virtud del artículo 2 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, según el cual el Director General puede convocar una reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud a petición del Consejo Ejecutivo y en el momento y el lugar que éste determine. La reunión de noviembre será en realidad la primera reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) pide que se considere seriamente la cuestión de la duración de la Asamblea de la Salud. La gestión del tiempo es, en efecto, parte del problema. Felicita al Presidente por

¹ Decisión EBSS(2).

su excelente labor al respecto, que ha logrado gracias a una puntualidad estricta al comienzo de cada sesión; podría ahorrarse mucho tiempo en la Asamblea de la Salud si se hiciera lo mismo.

El Dr. KEAN (Director Ejecutivo, Oficina del Director General) señala que la duración de las reuniones del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud se ha ido reduciendo gradualmente en los últimos 10 años. Sin embargo, la 60ª Asamblea Mundial de la Salud será más larga que la 59ª porque en ella se examinará el proyecto de presupuesto por programas.

El PRESIDENTE confirma que las reuniones en las que se examinan los presupuestos por programas son más largas porque numerosos Estados Miembros desean hacer declaraciones.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que acepta dicha explicación, pero que sigue creyendo que puede mejorarse la gestión del tiempo.

Decisión: El Consejo Ejecutivo decide que su 119ª reunión se celebre en la sede de la OMS, Ginebra, a partir del lunes 6 de noviembre de 2006, y que se clausure a más tardar el miércoles 8 de noviembre de 2006. Además, decide que su 120ª reunión se celebre en la sede de la OMS, Ginebra, a partir del lunes 22 de enero de 2007, y que se clausure a más tardar el martes 30 de enero de 2007.¹

Decisión: El Consejo Ejecutivo decide que la 60ª Asamblea Mundial de la Salud se celebre en el Palais des Nations, Ginebra; la sesión de apertura tendrá lugar el lunes 14 de mayo de 2007, y la reunión se clausurará a más tardar el miércoles 23 de mayo de 2007.²

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal), hablando en nombre de la Unión Europea y de sus Estados miembros, expresa su descontento a causa del retraso en la distribución de documentos para la reunión, sobre todo porque el problema es recurrente. En el párrafo 15 del documento EB118/2, sobre los resultados de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, se habla de modificar el artículo 14 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud a fin de que los documentos se pongan a disposición seis semanas antes de cada reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud. En el informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, que figura en el documento EB118/3, se menciona que hubo que remitir un punto del orden del día al Consejo para que éste lo examinara a causa de la distribución tardía de un documento. El artículo 5 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo establece que los documentos para cada reunión ordinaria del Consejo deben enviarse a más tardar seis semanas antes del inicio de la misma. En el futuro, deberán cumplirse mejor dichas normas, y los únicos documentos recibidos con menos antelación que el Consejo debe examinar son los relativos a la Asamblea de la Salud que se haya celebrado inmediatamente antes de su reunión.

El PRESIDENTE dice que la Secretaría tomará nota de esas observaciones. Los artículos mencionados han de ser respetados, pero el Consejo debe tener presente que preparar los documentos lleva tiempo, y que éstos han de estar lo más actualizados posible.

¹ Decisión EB118(4).

² Decisión EB118(5).

5. ASUNTOS PARA INFORMACIÓN: punto 8 del orden del día (reanudación)

Informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA58.23

(Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación): punto 8.1 del orden del día (documento EB118/12)

El Consejo toma nota del informe.

Comités de expertos y grupos de estudio: punto 8.2 del orden del día (documento EB118/13)

La Sra. VALDEZ (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) señala, respecto del informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios, que en los últimos años la OMS y la FAO han logrado aumentar la transparencia de las decisiones de este Comité y del proceso de selección de sus expertos. La oradora muestra su satisfacción al respecto y hace hincapié en que continúe la vigilancia con el fin de garantizar la integridad del programa del Comité. Los comités de expertos deben ser geográficamente equilibrados y aceptados internacionalmente. La Secretaría ha de reconciliar esos requisitos con la exigencia de lograr un alto nivel científico; ha de garantizar asimismo que el Comité cuente con los mejores científicos del mundo para elaborar normas sobre la seguridad de aditivos y contaminantes basándose en datos científicos. Mantener tal nivel de excelencia aumentará la confianza de los consumidores en el suministro mundial de alimentos. Por desgracia, la viabilidad financiera del Comité se ha puesto en duda recientemente. La oradora insta a la Secretaría y a los Estados Miembros a que den prioridad a la financiación del Comité, con el fin de que los Estados Miembros y la Comisión del Codex Alimentarius puedan contar con un buen asesoramiento científico en todo lo relativo a la inocuidad de los alimentos.

El PRESIDENTE está de acuerdo en que el grupo de expertos debe ser objeto de una constante renovación e insta a los Estados Miembros a que proporcionen nombres de científicos para el Comité, de forma que la Secretaría pueda lograr el equilibrio geográfico deseado y cumplir al mismo tiempo el requisito de máxima competencia científica. También han de tenerse en cuenta para el grupo los expertos de los países en desarrollo que carezcan de reputación internacional.

El Consejo toma nota del informe.

Se levanta la sesión a las 17.25 horas.

QUINTA SESIÓN

Miércoles 31 de mayo de 2006, a las 9.05 horas

Presidente: Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia)

1. HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR. LEE

El PRESIDENTE anuncia la proyección de una videograbación como homenaje a la memoria del difunto Director General de la OMS.

Se proyecta la grabación.

El PRESIDENTE resalta el vacío que deja el repentino fallecimiento del Dr. Lee. Aunque sólo ha ocupado el cargo de Director General durante tres años, deja una huella importante en el terreno de la salud pública. El mejor homenaje que se puede rendir a su memoria es continuar trabajando en pro de la salud para todos, en particular en beneficio de los más necesitados. El Consejo proseguirá sus esfuerzos en ese sentido, rindiendo así un tributo digno y permanente al Dr. Lee.

2. ASUNTOS DE PERSONAL: punto 7 del orden del día

Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS: punto 7.1 del orden del día (documento EB118/INF.DOC./1)

La Sra. LALIBERTÉ (representante de las asociaciones del personal de la OMS), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, manifiesta la tristeza que sienten todos los miembros del personal de la OMS por el inesperado fallecimiento del Director General.

Da las gracias al Presidente por posibilitar que el personal de la OMS ejerza su derecho fundamental a la libertad de expresión. Para el personal es una honra servir a la OMS, y la Asociación del Personal de la Sede desea promover una Organización eficiente, justa y respetuosa de las reglas que propicie un trabajo productivo, en un clima de confianza y respeto mutuo. Se están buscando soluciones a las cuestiones que preocupan al personal. Hay indicios que apuntan al mal uso de algunas normas y procedimientos y a la existencia de grandes desigualdades en el trato del personal en varios departamentos; además, las continuas medidas de reestructuración a menudo dificultan el desempeño de un trabajo productivo. La Asociación del Personal se opone firmemente a cualquier proceso de revisión que sea arbitrario, injusto y falto de transparencia, sobre todo si no incluye a los altos directivos. En el documento objeto de examen, se proponen cuatro medidas concretas para mejorar las relaciones entre el personal y la Administración.

La Asociación del Personal de la Sede, deseosa de inaugurar una nueva era de relaciones entre el personal y la Administración, dentro del contexto del proceso de reforma de las Naciones Unidas, pide al Consejo que establezca mecanismos para seguir de cerca los avances y promover una Organización respetuosa de las reglas. Invita al Presidente a mediar en los esfuerzos encaminados a mejorar las relaciones entre el personal y la Administración.

El PRESIDENTE dice que, realizadas las oportunas consultas, es evidente que no se ha hecho nada para impedir que la representante de las asociaciones del personal presente su intervención. El Consejo desea promover buenas relaciones entre el personal y la Administración y está dispuesto a adoptar las medidas que se precisen. Acoge con agrado las manifestaciones de cooperación y solidaridad del personal, no sólo durante este periodo de transición sino a lo largo de toda la existencia de la

Organización. Como decía el Dr. Lee, los progresos realizados por la OMS no se habrían logrado sin la dedicación, la competencia y el esfuerzo de todo el personal.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO confirma que la Administración celebra el firme compromiso del personal y de las asociaciones que lo representan. El Dr. Lee fue un impulsor de ese compromiso y un promotor de la representación del personal. No se ha intentado en ningún momento impedir que las asociaciones del personal intervengan ante el Consejo, aunque sí se ha manifestado preocupación por el hecho de que la intervención propuesta no contara con el pleno apoyo de las asociaciones del personal regionales. Es importante que los miembros del personal que representan a todas las asociaciones del personal, y no únicamente a la de la Sede, puedan dirigirse al Consejo. Con todo, éste debe ser informado de las preocupaciones del personal acerca de la situación imperante en Ginebra. La Administración se ha comprometido a mejorar el funcionamiento de la Organización y su enfoque de gestión basada en los resultados. La labor de la Secretaría viene impulsada por la necesidad de responder a las demandas de los Estados Miembros. Las competencias requeridas se han definido en la política de contratación y en el proceso de evaluación del desempeño. En los últimos 18 meses, se han realizado notables inversiones en capacitación en gestión y liderazgo y en desarrollo del personal. No obstante, persisten diversas deficiencias y desafíos. Se ha efectuado una revisión importante de las funciones de los diferentes departamentos en la Sede y del personal necesario, dentro de los límites presupuestarios. Existe un comité permanente encargado de asegurar una estrecha cooperación con la Asociación del Personal. Se han examinado los problemas existentes, aunque quizás no de forma exhaustiva, con la valiosa aportación de las asociaciones del personal.

Indica no tener ningún inconveniente en revisar el sistema de justicia interno. En cuanto a la cuestión de los nombramientos directos, señala que, poco antes de fallecer, el Dr. Lee celebró sobre este particular una reunión con la Asociación del Personal, en la que había manifestado su clara preferencia por un proceso de selección estándar, aunque observó que en ocasiones los nombramientos directos son más apropiados. En comparación con otras organizaciones internacionales, la OMS tiene un bajo nivel de nombramientos directos (7,8%), y el propio Dr. Lee nunca inició ningún procedimiento de nombramiento directo. Este tipo de nombramientos siempre se han basado en un proceso riguroso, acompañado de la documentación oportuna.

En una versión anterior de la intervención, se vertían contra la Organización acusaciones muy graves de corrupción. El Dr. Lee, que siempre se ha esforzado por promover la aplicación de criterios éticos, pidió al Auditor Interno que investigara esas denuncias e invitó al personal a expresarse libremente. En este caso en particular, se acordó que, excepcionalmente, los miembros del personal podían dirigirse al Auditor Externo. El Director General interino dice que se compromete a dar seguimiento a este asunto. Es imperativo investigar cualquier infracción de las normas. Aunque cabe la posibilidad de que haya habido algunas irregularidades, en términos generales, los encargados de la administración de la OMS desempeñan sus funciones de manera responsable.

La petición de la Asociación del Personal de la Sede de participar en el Comité de Programa, Presupuesto y Administración ha sido trasladada al Presidente de ese órgano. En última instancia, será el Consejo quien se encargue de decidir si procede anular la decisión anteriormente adoptada sobre este particular.

El PRESIDENTE observa que la intervención objeto de examen es muestra de la buena fe de la Administración y de su preocupación por mantener un diálogo con el personal.

El Dr. SHANGULA (Namibia) pide explicaciones sobre una aparente contradicción entre la expresión «en nombre de los funcionarios de la OMS de todo el mundo» y la nota que figura al pie de la primera página de la intervención, en la que se indica que ésta no refleja las opiniones de las asociaciones del personal de las oficinas regionales de la OMS.

El Dr. TANGI (Tonga) hace hincapié en el principio de que todos los funcionarios de la OMS, en todos los niveles, deben rendir cuentas a los Estados Miembros y, en consecuencia, a todos los contribuyentes del mundo. Por otra parte, la función del personal es dar cumplimiento a la misión de

la OMS. Cualquier intervención que se presente en su nombre ha de representar la opinión mayoritaria de todo el personal, incluidos los funcionarios que trabajan en las oficinas regionales; a estos efectos, se podría establecer una cuota de al menos un 70% de los miembros del personal. En cuanto a la propuesta de que el personal esté representado en el Comité de Programa, Presupuesto y Administración, opina que la decisión debe dejarse en manos del propio Comité. En lo tocante a la gestión de la actuación profesional, es importante que los miembros del Consejo sean informados de todos los aspectos, incluidas las opiniones de las instancias encargadas de evaluar el desempeño. Con respecto a los nombramientos, señala a la atención el Artículo 35 de la Constitución, que ofrece el marco normativo oportuno.

El Sr. MIGUIL (Djibouti) pregunta por qué se pretende que la auditoría independiente solicitada en el párrafo 6(b) de la intervención sólo se aplique a los funcionarios de categoría inferior a D1. De efectuarse una auditoría, ésta debería abarcar todos los niveles del personal.

El Dr. SUWIT WIBULPOLPRASERT (Tailandia) recuerda que el lema del Día Mundial de la Salud 2006 es «Colaboremos por la salud». Los Estados Miembros deben ocuparse debidamente del personal de la OMS, incluidas su contratación, retención y productividad. Concuera con el miembro representante de Tonga en que el personal de la OMS, al ser remunerado con el dinero de los contribuyentes, también es el personal de los Estados Miembros.

El orador hace suyas las cuatro recomendaciones propuestas e indica que le complace oír que el Dr. Lee nunca impidió al personal expresarse libremente. No obstante, señala que ha sido testigo de actuaciones improcedentes entre algunos altos funcionarios de la OMS, que, directa o indirectamente, han prohibido a los miembros del personal ejercer ese derecho. La rendición de cuentas y la transparencia son fundamentales para que la OMS pueda mantener su credibilidad. Todos los miembros del personal son funcionarios internacionales y han de mostrar lealtad a su Organización y a todos los Estados Miembros que la integran; éstos, a su vez, deben mantener una actitud vigilante en lo que respecta a las cuestiones del personal.

Comparte las inquietudes manifestadas por el orador anterior acerca del alcance de la auditoría independiente que se propone llevar a cabo. Los nombramientos de personal para puestos sin clasificar son mucho más importantes para la labor de la Organización. También desea saber por qué motivo las asociaciones del personal no deberían estar representadas en el Comité de Programa, Presupuesto y Administración. No existe ninguna razón aparente para no permitir que asistan a las reuniones de los comités del Consejo representantes de todas las asociaciones del personal, por ejemplo en calidad de observadores. El grave asunto de las denuncias de transacciones financieras poco transparentes, nepotismo, favoritismo y otras conductas contrarias a la ética ha sido planteado por el Auditor Interno y examinado por la Asamblea de la Salud. La Secretaría debe dar seguimiento a este asunto e informar al Consejo y a la Asamblea de la Salud sobre las medidas adoptadas. No ha de permitirse que se ponga en riesgo la credibilidad de la OMS debido a la actuación de ciertas personas o instancias de la Organización.

La Sra. LALIBERTÉ (representante de las asociaciones del personal de la OMS), respondiendo a las observaciones formuladas acerca del hecho de que no estén representadas las opiniones del personal de las oficinas regionales de la OMS, dice que la Asociación del Personal de la Sede ha seguido un proceso democrático de toma de decisiones. Se pidió en dos ocasiones a las demás asociaciones del personal que dieran a conocer sus opiniones para así poder elaborar una intervención más representativa, pero sólo se recibió una respuesta del CIIC.

Desea poner a disposición de los miembros del Consejo el documento escrito en el que la Administración, en nombre del Director General interino, deniega la petición presentada por la Asociación del Personal para poder dirigirse al Consejo. Asegura a los miembros representantes de Tonga y Tailandia que la Asociación otorga gran importancia al dinero de los contribuyentes, aunque le preocupan aún más los pobres del mundo que no pagan impuestos y padecen enfermedades; pide que haya más democracia en la Organización para así asegurar que también se escuchen las voces de estos últimos.

Durante la preparación de su intervención ante el Consejo, la Asociación del Personal ha tropezado con una serie de problemas relacionados con su libertad de expresión, situación ésta que es inaceptable. Las inquietudes planteadas acerca de la existencia de casos de corrupción, nepotismo y favoritismo no se trasladaron al Dr. Lee sino a otras instancias de la Organización. La Asociación no tiene inconveniente en aportar a los miembros del Consejo, si así se solicita, pruebas en apoyo de su intervención, siempre que se garantice la adecuada protección del personal.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO subraya que la Organización promueve y defiende la libertad de expresión, aunque existen determinados aspectos técnicos de la labor de los funcionarios internacionales que entrañan responsabilidades específicas. Se puede facilitar a todos los miembros una copia del mensaje enviado al personal en el que se indica que no se impide ni se impedirá a la Asociación del Personal presentar su intervención ante el Consejo. Las reservas por él expresadas tienen que ver con el hecho de que esa intervención no representa la opinión de todas las asociaciones del personal. La responsabilidad de decidir si procede presentar una intervención que sólo ofrece una visión parcial no es suya sino de los miembros electos de las asociaciones del personal de toda la Organización. Aclara que ha pedido la opinión del Presidente en cuanto a la presentación de esa intervención a la luz del derecho que le ha sido conferido por el Consejo Ejecutivo de presentar, por conducto del Director General, una intervención que refleje la opinión de las asociaciones del personal sobre estas cuestiones. El Presidente no ha puesto objeciones al respecto.

En su cargo anterior, tuvo la satisfacción de colaborar con los miembros del Consejo para mejorar las condiciones de trabajo de la Organización y su personal. Es muy positivo que se celebren debates sobre el modo de perfeccionar el sistema de justicia interno. Sin embargo, no considera apropiado efectuar una auditoría independiente centrada exclusivamente en los funcionarios de categoría inferior a D1, por los mismos motivos que los descritos la semana anterior por el Dr. Lee a la Asociación del Personal de la Sede. Ello no excluye la posibilidad de examinar casos individuales según sea necesario, para lo cual ya se cuenta con los oportunos procesos. Se han desplegado grandes esfuerzos para brindar a un número importante de miembros del personal contratados a corto plazo la oportunidad de presentar su candidatura para puestos de plazo fijo. En lo referente a la investigación de las denuncias de falta de conducta, también existen los mecanismos pertinentes - en particular, la posibilidad de dirigirse a la Oficina de Servicios de Supervisión Interna o al Auditor Interno -, aunque éstos se pueden robustecer aún más. Dado que la protección del personal es prioritaria, se compromete a ofrecer garantías adicionales a este respecto, sobre todo cuando haya sospechas de falta de conducta. La representación dentro del Comité de Programa, Presupuesto y Administración es un asunto que debe examinar el propio Consejo.

El PRESIDENTE, en respuesta a una pregunta planteada por el Sr. MIGUIL (Djibouti), explica que la propuesta de efectuar una auditoría se ha tenido en cuenta en la respuesta del Director General interino. Es evidente que cualquier auditoría de esa índole debe abarcar a todo el personal.

Se ha mantenido entre ambas partes un diálogo positivo y abierto que el Consejo podrá contribuir a promover, puesto que el bienestar del personal es fundamental para el funcionamiento de la Organización.

El Consejo toma nota de la intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS.

Confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal:
punto 7.2 del orden del día (documentos EB118/11 y EB118/11 Add.1)

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) observa que el informe contiene un gran número de modificaciones. En él también se indica (párrafo 2) que la Comisión de Administración Pública Internacional ha formulado numerosas recomendaciones sobre las que la Asamblea General de las Naciones Unidas aún debe adoptar decisiones. Dado que la fecha propuesta para la entrada en vigor de las modificaciones es el 1 de enero de 2007, opina que es prefe-

rible aplazar su aprobación hasta que se hayan tomado esas decisiones. Los costos adicionales, no previstos en el presupuesto por programas 2006-2007, estarán sujetos a la disponibilidad de fondos. En ese sentido, las modificaciones se podrían someter a la consideración del Consejo en su reunión de enero, y, en caso de ser aprobadas, aplicarse con carácter retroactivo, antes que prematuramente.

La Sra. PATTERSON (suplente de la Sra. Halton, Australia) pregunta cómo tiene previsto la Secretaría sufragar los costos adicionales, que ascienden a US\$ 22,8 millones en 2007, y si se aplicarán estrategias de promoción de la eficiencia y la productividad. En caso de aprobarse las modificaciones, sería útil recibir una puesta al día, quizás en la reunión del Consejo programada para el mes de enero, sobre la absorción de esos costos.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) desea saber si el asunto objeto de examen ha sido analizado en el Comité de Programa, Presupuesto y Administración y si éste debería haber hecho al Consejo una recomendación al respecto.

El Sr. HENNING (Servicios de Recursos Humanos), respondiendo a las observaciones formuladas por el miembro representante de los Estados Unidos de América, dice que la aprobación de las recomendaciones por la Asamblea General de las Naciones Unidas ha sido aplazada a una fecha posterior del año, a raíz de las propuestas de reforma presentadas recientemente por el Secretario General. Estas propuestas son totalmente independientes de las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional. Uno de los motivos por los que las recomendaciones se han presentado antes de la Asamblea General es que se pretendía que se aprobaran para surtir efecto a partir del 1 de enero de 2007. Sin embargo, la falta de sincronización ha impedido a la Secretaría programar los procedimientos de aplicación con la debida antelación. Una posible alternativa sería apoyar las recomendaciones con la condición de que la Asamblea General apruebe las recomendaciones de la Comisión. Esto brindaría la ocasión de preparar e introducir algunas medidas - por ejemplo la eliminación de la regla de los 44 meses, a la que están sujetos muchos miembros del personal en virtud de los arreglos contractuales vigentes -, siempre que se implante antes del 1 de enero de 2007 un marco para su aplicación.

En respuesta a las preguntas planteadas por el miembro representante de Australia, aclara que los costos a los que hace referencia no se contemplaron en su momento, debido a que la Comisión presentó las recomendaciones sobre la reforma de la contratación más tarde de lo previsto, de modo que los cálculos incluidos en el documento EB118/11 Add.1 reflejan un supuesto de gasto máximo. Algunos derechos no se aplicarán con efecto inmediato en 2007, ya que todo depende de la duración de los contratos. Si el Consejo no está preparado para recomendar un incremento del presupuesto de la Organización, habrá que recurrir a otras estrategias, en consulta con los asociados regionales. Pasando a la pregunta planteada por el miembro representante de Dinamarca, dice que debido a los retrasos antes mencionados, el Comité de Programa, Presupuesto y Administración no recibió el documento con la suficiente antelación para poder celebrar las oportunas consultas, por lo que optó por remitir el asunto al Consejo.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO dice confiar en que el Consejo dé su conformidad a las modificaciones del Reglamento de Personal, con sujeción a la aprobación de las recomendaciones de la Comisión por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Esas recomendaciones constituyen para el sistema de las Naciones Unidas una importante reforma de la gestión y pueden mejorar el funcionamiento de la Organización. El orador anterior ha descrito sucintamente el enfoque preferido en relación con los costos asociados. Una vez confirmadas por el Consejo, las modificaciones pueden aplicarse a partir del 1 de enero de 2007, previo examen de su viabilidad financiera.

El Dr. SHANGULA (Namibia) pregunta si los miembros del personal se verían perjudicados en caso de posponerse la decisión de confirmar las modificaciones y expresa reservas en cuanto a la propuesta de aprobarlas con sujeción a una serie de condiciones. Pregunta qué ocurrirá si éstas no se cumplen. Habida cuenta de que la fecha prevista para la aplicación de las modificaciones es el 1 de

enero de 2007, ¿no podría adoptar el Consejo una decisión en su reunión de enero de 2007 y aplicarla con carácter retroactivo? En caso de aplicarse las modificaciones a finales de enero, por ejemplo, ello seguramente no afectaría a ningún miembro del personal. En su opinión, hubiese sido preferible que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración examinara el asunto y sometiera una recomendación al Consejo.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) conviene en que no es deseable adoptar una decisión sujeta a condiciones, aunque al mismo tiempo entiende que es necesario poner en marcha determinados procesos entre esa decisión y el mes de enero de 2007. Si bien no tiene inconveniente en mostrarse flexible, pide que la Secretaría aclare en qué van a consistir esos procesos. Es importante que los costos asociados se sufraguen en la medida de lo posible.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en su calidad de miembro representante de Bolivia, concuerda con el miembro representante de Namibia en la importancia de conocer la opinión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, sobre todo en vista de las repercusiones en términos de costo, que no se han tenido en cuenta en el presupuesto actual. La opción antes mencionada de aplicar medidas de ahorro y eficiencia seguramente resulte útil, aunque en ese caso la aprobación de las modificaciones sea menos urgente. Pregunta asimismo qué procesos quedan por llevar a cabo. Ningún miembro del Consejo desea ralentizar la labor de la Organización, sobre todo en lo que respecta a la cooperación a nivel de país.

El Sr. HENNING (Servicios de Recursos Humanos) dice que un proceso concierne al sistema mundial de gestión, que se encuentra en la etapa final de elaboración. Los procedimientos que utilizará el sistema tienen que definirse antes del 30 de junio. Si para entonces no se aprueban las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas, el sistema reflejará las políticas y los procedimientos actuales y tendrá que reformularse ulteriormente, con grandes gastos. Es necesario implementar todos los cambios relativos a los contratos. Las conversiones directas en nombramientos continuos no supondrán costos adicionales. El examen de los nombramientos de plazo fijo quizá no tenga repercusiones financieras, pero requerirá de medidas prácticas. Los nombramientos temporales constituyen el problema principal a causa de la regla de los 44 meses y dada la conveniencia de iniciar el año 2007 con el nuevo tipo de contrato, que entrañará economías de escala y estará basado en las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas. Ello será en el mejor interés de la Organización y la ejecución de su programa, ya que se ha determinado, en algunas regiones, que la OMS está perdiendo personal altamente calificado en provecho de los competidores, incluidas las organizaciones no gubernamentales, que ofrecen sueldos y condiciones de servicio más atractivos. Las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional son de alcance mundial y se prevé que se apliquen a todas las organizaciones. Ahora bien, las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas sí tienen repercusiones financieras derivadas de la armonización de las condiciones de servicio del personal contratado a corto plazo con los del contratado a plazo fijo, incluidos los pagos de indemnizaciones, a fin de atraer y retener funcionarios lo más idóneos posible.

El Dr. TANGI (Tonga) se muestra sorprendido de que las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas se hayan presentado al Comité de Programa, Presupuesto y Administración a último momento, ya que, en el marco del proceso de reforma, se debían haber sometido a examen desde hace tiempo. En su opinión, el Consejo probablemente no tiene otra opción que hacer suyas las modificaciones, aunque el orador espera que en el futuro este tipo de decisiones transiten por los canales apropiados y se disponga del tiempo que su examen requiere.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) dice que, si ha entendido bien, no hay fondos suficientes en el presupuesto de 2007 para las medidas propuestas. Pregunta si al refrendar las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas, el Consejo está aprobando un aumento del presupuesto, o si el costo de esas medidas puede sufragarse con cargo al presupuesto existente.

El Sr. HENNING (Servicios de Recursos Humanos) dice que, de acuerdo con los procedimientos revisados, las repercusiones administrativas y financieras de las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas se han sometido al Consejo. Los miembros tienen que decidir si el Consejo desea aprobar un aumento presupuestario o si desea recomendar, como lo propuso el miembro representante de Australia, que las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas se sufragen con las economías de escala que hará la Organización.

El Sr. AITKEN (Asesor del Director General) confirma que los costos correspondientes al bienio en curso tendrán que ser absorbidos mediante economías y una mayor eficiencia en relación con el proceso de reforma en curso, ya que todo incremento presupuestario tiene que ser aprobado por la Asamblea de la Salud. Las repercusiones financieras relativas al bienio 2008-2009 se presentarán al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud el año próximo.

El Dr. SHANGULA (Namibia) pregunta si las medidas que, en opinión del Sr. Henning, es preciso adoptar entre ese momento y la entrada en vigor de las modificaciones en enero de 2007, no pueden adoptarse en previsión de la ulterior aprobación del Consejo en su reunión de enero de 2007.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) está de acuerdo en principio con la adopción de una decisión condicional, pero dice que la aplicación de las modificaciones del Reglamento de Personal sobre esa base no es posible. El asunto, acompañado del correspondiente presupuesto, debería someterse al Comité de Programa, Presupuesto y Administración, que podría informar al Consejo en enero de 2007. El Consejo podría entonces adoptar una decisión que se podría aplicar retroactivamente, como lo sugirió el miembro representante de Namibia.

El DIRECTOR GENERAL INTERINO pide disculpas por el retraso en la transmisión del documento objeto de debate al Comité de Programa, Presupuesto y Administración, y explica que se esperaba conocer el resultado de la Asamblea General de las Naciones Unidas antes de someter las propuestas. No hay nada que impida al Consejo refrendar la propuesta sin la aprobación de la Asamblea General; no es necesario que la decisión del Consejo sea condicional. No obstante, se desea que haya continuidad y coherencia en el proceso general de reforma de las Naciones Unidas, en el que la OMS ha participado activamente. Las repercusiones financieras son considerables, pero en realidad corresponden a un aumento a nivel de toda la Organización del 2% como máximo de los costos de personal. Ha habido una cooperación constructiva con las asociaciones del personal en cuanto al tema del mejoramiento de las condiciones del personal.

El Consejo puede hacer suyas las modificaciones del Reglamento de Personal y pedir al orador que informe al Comité de Programa, Presupuesto y Administración en enero de 2007 acerca de su aplicación. En su reunión de enero de 2007, el Consejo podría refrendar la aplicación *de facto* de esas modificaciones. Un factor importante que debe tenerse en cuenta es el sistema mundial de gestión así como la necesidad de evitar costos adicionales a ese respecto. Tendrá que absorberse el aumento máximo del 2%, preservando al mismo tiempo el funcionamiento de la Organización en la mayor medida posible.

La Sra. BLACKWOOD (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) dice que está dispuesta a confirmar las modificaciones del Reglamento de Personal a condición de que la Asamblea General de las Naciones Unidas apruebe las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional. Pide a la Secretaría que informe a este respecto al Comité de Programa, Presupuesto y Administración y al Consejo Ejecutivo en enero de 2007.

El Dr. SHANGULA (Namibia) observa que tendrán que completarse ciertos procesos que requieren la aprobación del Consejo antes de que las modificaciones del Reglamento de Personal puedan entrar en vigor en enero de 2007, y repite su pregunta anterior, a saber, si, para evitar más retrasos, no sería posible cumplir esos procesos basándose en la presunción de que serán aprobados.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) dice que, como Ministro de Salud, reconoce los problemas asociados con la pérdida de personal calificado. En consecuencia, está de acuerdo en que las modificaciones propuestas se aprueben en principio, en el entendimiento de que las repercusiones presupuestarias se presentarán al Consejo en su reunión de enero de 2007, junto con una indicación de los recortes que podrían hacerse.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en su calidad de miembro representante de Bolivia, está de acuerdo con el miembro representante de Tonga en que, si el Consejo no aprueba las modificaciones propuestas en la reunión en curso, la Organización sufrirá por ello. Las repercusiones financieras tendrán que examinarse, entonces, en la reunión que el Consejo celebrará en enero de 2007.

La Secretaría no podrá avanzar sin una indicación clara de que el Consejo no opone objeciones a la reforma propuesta. Así pues, el Consejo tiene tres opciones: dar su aprobación a reserva de las condiciones mencionadas por los miembros representantes de los Estados Unidos de América y de Namibia, dar su aprobación incondicionalmente, o trasladar el asunto a su reunión de enero de 2007.

El Sr. HENNING (Servicios de Recursos Humanos), en respuesta al miembro representante de Namibia, dice que, sin los necesarios cambios del Reglamento de Personal, ni siquiera pueden realizarse cambios en los procedimientos y los manuales oficiales. Tampoco será posible definir las normas para el sistema mundial de gestión, necesarias para establecer los parámetros del componente de tecnología de la información del programa de recursos humanos, u ofrecer nombramientos conforme al nuevo formato de contrato propuesto, pues todos estos cambios dependen de las modificaciones del Reglamento de Personal.

El Dr. SHANGULA (Namibia) aclara que ha preguntado si no sería posible realizar los cambios necesarios en previsión de la aprobación, de modo que pudieran completarse los procesos pertinentes y quedar listos para su entrada en vigor en la fecha señalada.

El Sr. HENNING (Servicios de Recursos Humanos) dice que las modificaciones del Reglamento de Personal tienen que ser aprobadas antes de que se puedan modificar los procedimientos. No es posible intentar cambiar los procedimientos de ninguna otra manera.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) expresa su apoyo, en principio, a las modificaciones propuestas. Sin embargo, su aplicación tendrá que esperar hasta que concluya la reunión del Consejo de enero de 2007, en la que quedarán claras las repercusiones presupuestarias. Si el Consejo no aprueba las modificaciones en su reunión en curso, su entrada en vigor se retrasará aún más. En consecuencia, propone al Consejo que dé su aprobación a reserva de las repercusiones presupuestarias que acuerde el Comité de Programa, Presupuesto y Administración y en espera de una decisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo desea aprobar las modificaciones del Reglamento de Personal propuestas a reserva de la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas y la aprobación de las repercusiones presupuestarias por la Asamblea de la Salud, tras su examen por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración.

Así queda acordado.

3. ASUNTOS PARA INFORMACIÓN: punto 8 del orden día (continuación)

Cibersalud: terminología normalizada: punto 8.4 del orden del día (documento EB118/8)

El PRESIDENTE dice que como es el Día Mundial sin Tabaco, desea aprovechar la oportunidad para rendir homenaje a todos quienes trabajan por reducir el consumo de tabaco en el mundo entero, en particular en beneficio de los fumadores pasivos, que demasiado a menudo son niños.

Invita a los miembros del Consejo a que formulen observaciones acerca del informe sobre la terminología normalizada en relación con la cibersalud.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) acoge con agrado la valiosa información sobre las novedades en materia de tecnología de la información relacionada con la salud y destaca el acceso a datos fiables para la adopción de decisiones. La OMS debería intervenir en la ulterior normalización de las terminologías y nomenclaturas participando en un grupo de trabajo de expertos o en una comisión independiente, como se expresa en los párrafos 13 y 14 del informe.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) hace suyas las observaciones del orador precedente y espera que el Consejo vuelva a examinar el tema de la cibersalud en su reunión de enero de 2007 y que la función de la OMS, como se señala en los párrafos 13 y 14, siga ampliándose.

La Sra. VALDEZ (suplente del Dr. Agwunobi, Estados Unidos de América) es partidaria de la opción propuesta en el párrafo 14, pero se necesitan más detalles sobre la función que se prevé para la OMS por lo que respecta a las exigencias técnicas y las repercusiones financieras.

El Profesor AYDIN (Turquía) está de acuerdo en que los sistemas de salud se beneficien de la digitalización, pero las mejoras sobre el terreno dependerán de la determinación de normas comunes. La competencia técnica de la OMS en sistemas de salud internacionales, sistemas de información sanitaria y en el establecimiento de clasificaciones internacionales facilitará esa empresa, que, a su vez, puede mejorar los sistemas y las actividades de información referentes a la cibersalud, como la vigilancia mundial y la seguridad del paciente. El liderazgo de la OMS asegurará la igualdad de acceso de todos los Estados Miembros a una terminología normalizada. Muchos países tienen planes de cibersalud y recibirán complacidos la orientación de la OMS. La elaboración de terminologías normalizadas requiere más debates en el Consejo. También se podría considerar la posibilidad de preparar un proyecto de resolución sobre la participación de la OMS conforme a las opciones expuestas en los párrafos 14 ó 15.

La Sra. PATTERSON (suplente de la Sra. Halton, Australia) dice que preconiza el uso más amplio de los instrumentos y servicios de cibersalud así como la elaboración y el mantenimiento de una terminología clínica internacional. Los progresos internacionales deben ser acordes con los avances nacionales. El enfoque de la OMS no debe dilatar las iniciativas internacionales ni tener repercusiones financieras sustanciales. Está de acuerdo con el pedido de más información sobre las repercusiones técnicas y financieras de las opciones presentadas en el informe.

El Dr. ABEYKOON (suplente del Sr. de Silva, Sri Lanka) dice que las tecnologías de cibersalud y la necesidad de una terminología coherente tienen cada vez más importancia. En consecuencia, apoya la participación de la OMS en esta área. Está a favor de las opciones presentadas en los párrafos 13 y 14 del informe y espera poder recibir más información.

La Sra. VELÁZQUEZ BERÚMEN (suplente del Dr. Bailón, México) apoya las propuestas contenidas en el informe y pregunta si no se podría establecer un grupo de trabajo encargado de definir aplicaciones concretas, a saber: los registros médicos electrónicos, los sistemas de información hospi-

talara e imaginología de diagnóstico, la confidencialidad, la seguridad del paciente y la seguridad de la información. Los países que están examinando la posibilidad de utilizar sistemas electrónicos de administración e información hospitalaria y, en particular, la telemedicina como parte de los sistemas de información clínica, podrían hacer uso de los programas y sistemas de ciber salud para mejorar la calidad del tratamiento que se dispensa a los pacientes, así como su acceso a la información.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) dice que la OMS debe hacer hincapié en la elaboración de nuevas tecnologías de ciber salud y que pronto debería adoptarse una decisión sobre las actividades futuras. Está a favor de las opciones presentadas en el párrafo 14 y pide más información con miras a un examen más detallado por el Consejo en su reunión de enero de 2007.

El Dr. SINGAY (Bhután) está de acuerdo en que las tecnologías de ciber salud tienen un gran potencial, especialmente para los países como el suyo, y en que la OMS debe desempeñar una función directriz en esta esfera. Es partidario de las opciones presentadas en los párrafos 13 y 14, y se suma a los pedidos de que se presente más información al Consejo en su reunión de enero de 2007.

El Sr. FAHY (Comisión Europea) dice que la Unión Europea está comenzando a trabajar en el área de la normalización de la terminología, y acoge con satisfacción la referencia que se hace en el informe al Comité Europeo de Normalización. A la Comisión Europea le agradecería colaborar con la OMS para evitar la duplicación de tareas. Es partidario de que el Consejo siga examinando el punto y ofrece su apoyo para el trabajo preparatorio.

El Dr. EVANS (Subdirector General) observa la preferencia manifestada por las opciones presentadas en los párrafos 13 y 14 del informe. Proseguirá el trabajo sobre la función futura de la OMS. Se proporcionará al Consejo en su reunión de enero de 2007 más información al respecto así como sobre las exigencias técnicas y las repercusiones financieras de las opciones, la reciente encuesta realizada por el Observatorio Mundial de Ciber salud de la OMS y los demás asuntos planteados durante el debate. Se valora enormemente el ofrecimiento de apoyo de la Comisión Europea.

El Consejo toma nota del informe.

4. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 5 del orden del día (continuación)

Uso racional de los medicamentos: progresos en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS: punto 5.3 del orden del día (documentos EB118/6 y EB118/6 Add.1) (continuación de la tercera sesión, sección 1)

El PRESIDENTE dice que se ha reunido un grupo de redacción para examinar las enmiendas presentadas al proyecto de resolución. El grupo no ha finalizado su labor y ha propuesto que se aplace el examen del asunto hasta la reunión del Consejo de enero de 2007. El uso racional de los medicamentos es un tema de gran alcance y la resolución debería girar en torno a un propósito concreto en vez de repetir aspectos ya señalados en textos anteriores.

El Dr. GØTRIK (Dinamarca) dice que los Estados miembros de la Unión Europea también están dispuestos a que se aplace el examen ulterior.

La Dra. SOPIDA CHAVANICHKUL (suplente del Dr. Suwit Wibulpolprasert, Tailandia) expresa una preferencia flexible por el aplazamiento del examen hasta la reunión de enero de 2007 del Consejo.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que si se aplaza el examen, los miembros del Consejo deberán recibir más información sobre el meollo del proyecto de resolución.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo desea aplazar el examen del asunto hasta su reunión de enero de 2007, y pide a la Secretaría que mientras tanto facilite a los miembros del Consejo un texto del proyecto de resolución en el que se incorporen las enmiendas, así como la información adicional solicitada.

Así queda acordado.

5. CLAUSURA DE LA REUNIÓN

El DIRECTOR GENERAL INTERINO recuerda que una de las últimas medidas del Dr. Lee fue invitar al nuevo Grupo de Alto Nivel sobre la coherencia en todo el sistema de las Naciones Unidas en las áreas de desarrollo, asistencia humanitaria y medio ambiente a una reunión con las organizaciones con sede en Ginebra. La OMS albergará esa reunión el 2 de junio de 2006.

Después de examinar el trabajo realizado durante la reunión, incluido el examen del proceso de elección de un nuevo Director General, dice que ya se ha debatido cómo la Secretaría podrá avanzar tras las decisiones adoptadas en la Asamblea de la Salud, por ejemplo respecto del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La Secretaría también ha adoptado medidas rápidas y efectivas ante el reciente terremoto ocurrido en Indonesia, con la participación de la oficina en el país, la Oficina Regional para Asia Sudoriental y la Sede.

El PRESIDENTE dice que el Consejo ha cumplido satisfactoriamente su cometido en la presente reunión aclarando los procedimientos y debe asumir ahora la gran responsabilidad de elegir a un nuevo Director General. Sin dejar de recordar el espíritu en que el fallecido Director General ha influido en la Organización, el Consejo debe avanzar en forma constructiva para hacer frente a los importantes desafíos de las próximas reuniones.

Tras el habitual intercambio de expresiones de cortesía, el PRESIDENTE declara clausurada la reunión.

Se levanta la sesión a las 12.00 horas.
