



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO

116^a REUNIÓN

GINEBRA, 26-27 DE MAYO DE 2005

DECISIONES

ACTAS RESUMIDAS

**GINEBRA
2005**

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

La 116ª reunión del Consejo Ejecutivo se celebró en la sede de la OMS, Ginebra, del 26 al 27 de mayo de 2005.

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud eligió 10 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
Australia	2 años	Lesotho	2 años
Azerbaiyán	3 años	Liberia	3 años
Bahrein	2 años	Luxemburgo	2 años
Bhután	3 años	Madagascar	3 años
Bolivia	2 años	México	3 años
Brasil	2 años	Namibia	3 años
Canadá	1 año	Nepal	1 año
Ecuador	1 año	Pakistán	1 año
Francia	1 año	Portugal	3 años
Guinea-Bissau	1 año	República Checa	1 año
Irak	3 años	Rumania	2 años
Islandia	1 año	Rwanda	3 años
Jamahiriyá Árabe Libia	2 años	Sudán	1 año
Jamaica	2 años	Tailandia	2 años
Japón	3 años	Tonga	2 años
Kenya	2 años	Viet Nam	1 año

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 WHA58(8). Los miembros salientes habían sido designados por China, España, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Kuwait y Maldivas.

² En la fecha de clausura de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud.

ÍNDICE

	Página
Introducción	iii
Orden del día	vii
Lista de documentos	ix

PARTE I

DECISIONES

Decisiones

EB116(1)	Composición del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales del Consejo Ejecutivo	3
EB116(2)	Composición del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo	3
EB116(3)	Designación de los representantes del Consejo Ejecutivo en la 59 ^a Asamblea Mundial de la Salud	3
EB116(4)	Fecha, lugar y duración de la 117 ^a reunión del Consejo Ejecutivo	4
EB116(5)	Lugar, fecha y duración de la 59 ^a Asamblea Mundial de la Salud	4

PARTE II

ACTAS RESUMIDAS

Lista de miembros y otros participantes	7
Comités y grupos de trabajo	25

Primera sesión

1.	Apertura de la reunión y adopción del orden del día	27
2.	Elección de Presidente, Vicepresidentes y Relator	27
3.	Resultados de la 58 ^a Asamblea Mundial de la Salud	28
4.	Asuntos técnicos y sanitarios Control de las enfermedades genéticas	32

Segunda sesión

Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Control de las enfermedades genéticas (continuación)	38
Comercio internacional y salud	41
Nutrición y VIH/SIDA	47
Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS	52

Tercera sesión

1. Asuntos administrativos y financieros	
Principios rectores para la asignación estratégica de recursos	57
Oficinas de la OMS en los países y atención centrada en los países	63
2. Asuntos técnicos y sanitarios (continuación)	
Comercio internacional y salud (continuación)	67

Cuarta sesión

1. Asuntos administrativos y financieros (continuación)	
Comités del Consejo Ejecutivo: composición	71
Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud	72
2. Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS	73
3. Asuntos para información	
Aplicación de la resolución WHA55.16 sobre respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud	74
Comisión OMS de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud	
Pública: informe sobre los progresos realizados	75
Comités de expertos y grupos de estudio	76
4. Clausura de la reunión	76

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 58ª Asamblea Mundial de la Salud
4. Asuntos técnicos y sanitarios
 - 4.1 Control de las enfermedades genéticas
 - 4.2 Comercio internacional y salud
 - 4.3 Nutrición y VIH/SIDA
 - 4.4 Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS
5. Asuntos administrativos y financieros
 - 5.1 Principios rectores para la asignación estratégica de recursos
 - 5.2 Oficinas de la OMS en los países y atención centrada en los países
 - 5.3 Comités del Consejo Ejecutivo: composición
 - 5.4 Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud
6. Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
7. Asuntos para información
 - 7.1 Aplicación de la resolución WHA55.16 sobre respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud
 - 7.2 Comisión OMS de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública: informe sobre los progresos realizados
 - 7.3 Comités de expertos y grupos de estudio
8. Clausura de la reunión

¹ Adoptado por el Consejo en su primera sesión.

LISTA DE DOCUMENTOS

EB116/1 Rev.1	Orden del día ¹
EB116/1(anotado)	Orden del día provisional (anotado)
EB116/2	Resultados de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
EB116/3	Control de las enfermedades genéticas
EB116/4	Comercio internacional y salud
EB116/5	Principios rectores para la asignación estratégica de recursos
EB116/6	Oficinas de la OMS en los países y atención centrada en los países
EB116/7 y EB116/7 Add.1	Comités del Consejo Ejecutivo: composición
EB116/8	Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud
EB116/9	Aplicación de la resolución WHA55.16 sobre respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud
EB116/10	Comisión OMS de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública: informe sobre los progresos realizados
EB116/11	Comités de expertos y grupos de estudio
EB116/12	Nutrición y VIH/SIDA
EB116/13	Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS
EB116/14	Principios rectores para la asignación estratégica de recursos. Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración al Consejo Ejecutivo en su 116ª reunión

Documentos de información

EB116/INF.DOC./1	Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
------------------	---

¹ Véase p. vii.

PARTE I
DECISIONES

DECISIONES

EB116(1) Composición del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales del Consejo Ejecutivo

El Consejo Ejecutivo nombró al Dr. A. B. Insanov (Azerbaiyán) y al Dr. H. N. Acharya (Nepal) miembros de su Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por el tiempo que durasen sus funciones en el Consejo Ejecutivo, además del Dr. F. Huerta Montalvo (Ecuador), del Dr. A. B. Osman (Sudán) y de la Sra. Le Thi Thu Ha (Viet Nam), que ya formaban 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, 27 de mayo de 2005)

EB116(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. Jigmi Singay (Bhután), al Dr. A. M. Ali Mohammed (Iraq), al Sr. J. Junor (Jamaica), al Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), al Dr. J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda) y al Dr. V. Tangi (Tonga), 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, y al Dr. I. Shugart (Canadá), por un periodo de un año, además de la Sra. J. Halton (Australia), la Dra. N. A. Haffadh (Bahrein), el Profesor D. Houssin (Francia), el Dr. M. Phooko (Lesotho) y el Profesor Suchai Charoenratanakul (Tailandia), que ya formaban parte del Comité, y del Sr. M. N. Khan (Pakistán), Presidente del Consejo, miembro *ex officio*, y la Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo), Vicepresidenta 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, 27 de mayo de 2005)

EB116(3) Designación de los representantes del Consejo Ejecutivo en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud

El Consejo Ejecutivo, de conformidad con el párrafo 1 de la resolución EB59.R7, nombró a su Presidente, Sr. M. N. Khan (Pakistán), miembro *ex officio*, y a sus tres primeros Vicepresidentes, Dr. H. N. Acharya (Nepal), Dr. K. Shangula (Namibia) y Sra. J. Halton (Australia), para que representasen al Consejo en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiera asistir a la Asamblea de la Salud, se podría pedir que representara al Consejo al Vicepresidente restante, Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo), y al Relator, Sr. M. Bailón González (México).

(Cuarta sesión, 27 de mayo de 2005)

EB116(4) Fecha, lugar y duración de la 117ª reunión del Consejo Ejecutivo

El Consejo Ejecutivo decidió que su 117ª reunión se celebrara en la sede de la OMS, Ginebra, a partir del lunes 23 de enero de 2006, y que se clausurara a más tardar el sábado 28 de enero de 2006.

(Cuarta sesión, 27 de mayo de 2005)

EB116(5) Lugar, fecha y duración de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud

El Consejo Ejecutivo decidió que la 59ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrara en el Palais des Nations, Ginebra; la sesión de apertura tendría lugar el lunes 22 de mayo de 2006, y la reunión se clausuraría a más tardar el sábado 27 de mayo de 2006.

(Cuarta sesión, 27 de mayo de 2005)

PARTE II
ACTAS RESUMIDAS

LISTA DE MIEMBROS Y OTROS PARTICIPANTES

MIEMBROS, SUPLENTE Y ASESORES

PAKISTÁN

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

Suplentes

Ms T. JANJUA, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva

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

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

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

AUSTRALIA

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

Suplentes

Ms C. HALBERT, Assistant Secretary, Policy and International Branch, Department of Health and Ageing, Canberra

Ms L. PODESTA, Assistant Secretary, Biosecurity and Disease Control Branch, Department of Health and Ageing, Canberra

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

Mr B. ECKHARDT, Director, International Policy and Communications Section, Department of Health and Ageing, Canberra

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

Asesores

Ms A. GORELY, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Mr M. PALU, Director, Coherence and Strategic Issues Group, AusAID

Ms L. OATES-MERCIER, Programme Officer (AusAID), Permanent Mission, Geneva

AZERBAIYÁN

Dr A.B. INSANOV, Minister of Health, Baku

Suplentes

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr A. UMNAYASHKIN, Head, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr E. MAMMADOV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

Dr A.W.M. ABDUL WAHAB, Assistant Under-Secretary for Primary Care and Public Health, Ministry of Health, Manama (**suplente de la Dra. N. A. Haffadh**)

BHUTÁN

Dr Jigmi SINGAY, Minister of Health, Thimphu

Suplentes

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

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

Asesor

Mr C. TENZIN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOLIVIA

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Ministro de Salud y Deportes, La Paz

BRASIL

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Director-General, National Cancer Institute of Brazil, Rio de Janeiro
(suplente del Dr. P. M. Buss)

Suplente

Mr A.C. DO NASCIMENTO PEDRO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Asesores

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

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

Mr D. LINS MENUCCI, Technical Expert, National Agency of Health Surveillance, Ministry
of Health, Brasília

CANADÁ

Ms C. GILDERS, Director-General, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa
(suplente del Sr. I. Shugart)

Suplentes

Mr G. WIERINGA, Senior Program Officer, United Nations and Commonwealth Program,
Canadian International Development Agency, Ottawa

Mr D. STRAWCZYNSKI, Adviser, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Mr D. MACPHEE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr T. FETZ, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ECUADOR

Dr. F. HUERTA MONTALVO, Secretario Ejecutivo, Convenio «Andrés Bello»

Suplentes

Sr. H. ESCUDERO MARTÍNEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Srta. L. BAQUERIZO GUZMÁN, Tercer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

FRANCIA

Professeur D. HOUSSIN, Directeur général de la Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris

Suplentes

M. B. KESSEDJIAN, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève,

Dr. J.-B. BRUNET, Direction générale de la Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris

Mme F. AUER, Conseiller, Mission permanente, Genève

Mme I. VIREM, Direction générale de la Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris

Mme A. LE GUEVEL, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

M. J.-F. CONNAN, Mission permanente, Genève

Asesores

Mme N. MATHIEU, Mission permanente, Genève

M. J.-F. TROGRIC

GUINEA-BISSAU

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

IRAQ

Dr A.M. ALI MOHAMMED, Minister of Health, Baghdad

Suplentes

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

Mr N.S. ABID, General Director, Ministry of Health, Baghdad

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

Mr A.R. KHRNOB, Ministry of Health, Baghdad

Mr A.H. SALMAN, Ministry of Health, Baghdad

ISLANDIA

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

Suplentes

Mr S.H. JÓHANNESSON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

Mrs V. INGÓLFSDÓTTIR, Chief Nursing Officer, Directorate of Health, Reykjavik

Mrs A. KNÚTSDÓTTIR, Attaché, Permanent Mission, Geneva

JAMAHIRIYA ÁRABE LIBIA

Dr S. AWENAT, General People's Committee of Health, Tripoli (**suplente del Dr. F. Al-Keeb**)

Suplentes

Mr A. BENOMRAN, Minister Plenipotentiary, Permanent Mission, Geneva

Dr M. NUAJE, Head of Health, Canton of Caltuna Batnan

JAMAICA

Dr B. WINT, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston (**suplente del Sr. J. Junor**)

Suplente

Ms S. BETTON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAPÓN

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Tokyo

Suplentes

Dr Y. IWASAKI, Director, International Cooperation Office, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

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

Dr Y. EGAMI, Deputy Director, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr Y. NISHIJIMA, Section Chief, International Affairs Division, Minister's Secretariat, 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

Suplentes

Ms A.C. MOHAMED, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr P.R.O. OWADE, Ambassador, Deputy Permanent Representative, Geneva

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

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

Dr N. LETSIE, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mrs K. MAFIKE, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Miss T. TSEKOA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr P.S. COLEMAN, Minister of Health and Social Welfare, Monrovia

LUXEMBURGO

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg
(**Vicepresidenta**)

Suplentes

M. A. BERNES, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Dr C. KAPP-JOEL, Chargé de Mission, Mission permanente, Genève
Mme D. GREGR, Chargé de Mission, Mission permanente, Genève
Mme E. FISCHER, Mission permanente, Genève
M. J. NILLIEHOOEK, Secrétariat général du Conseil de l'Union européenne, Genève

MADAGASCAR

Dr P. RAHANTANIRINA, Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du Planning familial, Antananarivo (**suplente del Dr. R. R. Jean Louis**)

Suplente

M. J.M. RASOLONJATOVO, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

MÉXICO

Dr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF (**Relator**)

Suplentes

Sra. D. M. VALLE, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. S. HERNÁNDEZ, Directora de Asuntos Multilaterales, Dirección General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF
Sra. A. L. CALDERON, Jefe de Departamento de enlace con la OMS, Dirección General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF

NAMIBIA

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek (**Vicepresidente**)

NEPAL

Dr H.N. ACHARYA, Chief, Policy Planning and International Cooperation Division, Ministry of Health, Kathmandu (**Vicepresidente**)

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne

Suplentes

M. J.C. DA COSTA PEREIRA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. F. GEORGE, Sous-directeur général de la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne
M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

REPÚBLICA CHECA

Professor B. FIŠER, Head, Physiology Institute of the Masaryk University, Brno

Suplente

Mr M. BOUČEK, Deputy Permanent Representative, Geneva

RUMANIA

Professor M. CINTEZA, Minister of Health, Bucharest

Suplentes

Mrs D. IORDACHE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mrs C. ANGHELUTĂ, Deputy Director General, Directorate for European Integration and Foreign Affairs, Ministry of Health, Bucharest

Mr F. POPOVICI, Deputy Director General, Public Health Directorate, Ministry of Health, Bucharest

RWANDA

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

Suplentes

Mme V. RUGWABIZA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. G. KAVARUGANDA, Deuxième Conseiller, Mission permanente, Genève

SUDÁN

Dr I.E.M. ABDULLA, Director, Department of International Cooperation, Federal Ministry of Health, Khartoum (**suplente del Dr. A. B. Osman**)

Suplentes

Dr E.A. ELSAYID, Director, Immunization Programme, Federal Ministry of Health, Khartoum

Dr S. MANDIL, Consultant, Federal Ministry of Health, Khartoum

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

TAILANDIA

Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK, Deputy Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**suplente del Profesor Suchai Charoenratanakul**)

Suplente

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

Asesores

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

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

Dr PREECHA PREMPREE, Medical Officer, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr CHURNRURTAI KANCHANACHITRA, Director, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Bangkok

Dr YOT TEERAWATTANANON, Medical Officer, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms PORNPIT SILKAVUTE, Research Manager, Health Systems Research Institute, Bangkok

Mrs AREEKUL PUANGSUWAN, Program and International Affairs Officer, Thai Health Promotion Foundation, Bangkok

Mrs WALAIORN PATCHARANARUMOL, Pharmacist, International Health Policy Program, 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

Suplente

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Mr K. METSCHER, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr T. HOFMANN, Councillor, Ministry of Health and Social Security, Berlin

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

Mr S. PREUSS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

ANGOLA

Dr E. NETO SANGUEVE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

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

ARGELIA

Mlle D. SOLTANI, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

ARGENTINA

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

AUSTRIA

Mrs C. KOKKINAKIS, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr C. LASSMANN, Minister, Federal Ministry of Foreign Affairs, Vienna

Mrs E. STROHMAYER, Deputy Director, International Health Relations Department, Federal Ministry of Health and Women, Vienna

Dr J.-P. KLEIN, Expert for Infectious Diseases and Immunization, Federal Ministry of Health and Women, Vienna

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

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

BANGLADESH

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

BÉLGICA

Mme F. GUSTIN, Représentant permanent adjoint, Genève

BELICE

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

BENIN

M. Y. AMOUSSOU, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

BOSNIA Y HERZEGOVINA

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms D. KREMENOVIC-KUSMUK, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOTSWANA

Mr C.T. NTWAAGAE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr G. PITSO, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

CAMBOYA

M. CHHEANG VUN, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. KEO PHEAK KDEY, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
M. PHAN PEUV, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

CHILE

Dr. P. GARCÍA, Ministro de Salud, Santiago de Chile
Sr. J. MARTABIT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J. E. EGUIGUREN, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Dr. R. TAPIA, Jefe, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud, Santiago de Chile
Dra. X. AGUILERA, Jefa, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Santiago de Chile
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Dra. P. FRENZ, Asesora, Ministerio de Salud, Santiago de Chile

CHINA

Dr QI Qingdong, Assistant Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Ms DENG Hongmei, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms HU Meiqi, Consultant, Division of International Organizations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Mr YANG Xiaokun, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr XU Jian, Programme Officer, Division of International Organizations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Dr DING Baoguo, Programme Officer, Division of International Organizations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Mr ZHANG Ze, Attaché, Permanent Mission, Geneva

COSTA RICA

Sr. L. VARELA QUIRÓS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. A. SOLANO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

DINAMARCA

Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen
Ms J. MICHELSEN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms M. HESSEL, Secretary of Embassy, Permanent Mission, Geneva
Ms L. JOHANNSEN, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

EL SALVADOR

Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ESLOVAQUIA

Ms N. ŠEPTÁKOVÁ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ESPAÑA

Sr. J. A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sr. O. GONZÁLEZ GUTIÉRREZ SOLANA, Consejero Técnico, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid
Sra. I. SAIZ MARTÍNEZ ACITORES, Jefe de Sección, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Affairs, Office of the Secretary, 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 D. GIBB, Senior Technical Adviser, Bureau for Global Health, United States Agency for International Development, Washington, DC
Mr D. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Ms K. KRUGLIKOVA, International Resource Management Officer, Permanent Mission, Geneva
Mr J. SANTAMAURO, Trade Attaché, Office of the United States Trade Representative, Permanent Mission, Geneva
Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

ESTONIA

Ms H. LEHT, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERACIÓN DE RUSIA

Mr A.E. GRANOVSKIY, Director, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow
Mr V.M. ZIMJANIN, Principal Counsellor, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

FINLANDIA

Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr R. POMOELL, Ministerial Counsellor, Head of Medical Affairs, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

GABÓN

Mme M. ANGONE ABENA, Conseiller, Mission permanente, Genève

GHANA

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

GUATEMALA

Dr. L. PIRA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. S. HOCHSTETTER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Srta. S. URRUELA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HUNGRÍA

Mr T. TÓTH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B. RÁTKAI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

INDIA

Mr D. SAHA, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr A.K. CHATTERJEE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRLANDA

Mr B. PHELAN, Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children, Dublin
Ms G. COYLE, Higher Executive Officer, International Unit, Department of Health and Children,
Dublin

ISRAEL

Mr I. LEVANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr Y. SEVER, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Jerusalem
Mrs N. FURMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mrs E. ZARKA, Adviser, Permanent Mission, Geneva

JORDANIA

Dr M. BURAYZAT, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr S. AL MAWAJDEH, Director-General, Food and Drug Corporation of Jordan
Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

KAZAJSTÁN

Mr A. AKHMETOV, Counsellor Minister, Permanent Mission, Geneva
Mr M. ZHAGIPAROV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

LETONIA

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

MARRUECOS

Mme S. BOUASSA, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève

MYANMAR

Mr NYUNT MAUNG SHEIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs AYE AYE MU, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr THA AUNG NYUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr KYAW THU NYEIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mrs KHIN OO HLAING, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

NORUEGA

Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NUEVA ZELANDIA

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

PAÍSES BAJOS

Mr H. VAN DER HOEVEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

PERÚ

Sra. E. ASTETE RODRÍGUEZ, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra
Srta. E. BERAUN ESCUDERO, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

POLONIA

Ms R. LEMIESZEWSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London
Mr T. KINGHAM, Head of Global Health, Department of Health, London
Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms H. NELLTHORP, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms L. REID, Programme Officer, Department for International Development, East Kilbride
Ms S. BALDWIN, Acting Head of Specialized Agencies, Department for International Development,
East Kilbride
Mr B. GREEN, Team Leader (WHO), United Nations and Commonwealth Department, Department
for International Development, East Kilbride
Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

REPÚBLICA DE COREA

Mr AHN Hyo-hwan, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Suk-kyu, Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Mr CHO Choong-hyun, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and
Welfare, Seoul

REPÚBLICA DOMINICANA

Dra. M. BELLO DE KEMPER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

SENEGAL

M. D.M. SÈNE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève

M. A. BASSE, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

SERBIA Y MONTENEGRO

Ms V. RADONJIĆ RAKIĆ, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUDÁFRICA

Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

SUECIA

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 des organisations internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. J. MARTIN, Conseiller (Développement/Santé), Mission permanente, Genève

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

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

M. F. DEL PONTE, Conseiller médical à l'aide humanitaire, Direction du Développement et de la Coopération, Département fédéral des Affaires étrangères, Berne

TURQUÍA

Mr H. KIVANÇ, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr H. ERGANI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Sr. B. CARRERO CUBEROS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sra. R. POITEVIEN CABRAL, Embajadora, Representante Permanente Alternativa, Ginebra

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

ZIMBABWE

Mr R. CHIBUWE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

REPRESENTANTES DE LAS NACIONES UNIDAS Y DE ORGANIZACIONES AFINES

Naciones Unidas

Mr A. SMITH SERRANO, External Relations and Inter-Agency Affairs Officer, Office of the Director-General, Geneva

Mr D. BERTRAND, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva

Mr E. FONTAINE ORTIZ, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva

Mr T. INOMATA, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva

Mr W. MUNCH, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

Ms A. SUNDEN-BYLEHN, Senior Scientific Officer, UNEP Chemicals, Geneva

Mr S. MILAD, Scientific Affairs Officer, UNEP Chemicals, Geneva

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Dr V. FAUVEAU, Senior Maternal Health Adviser, UNFPA Office, Geneva

Mr E. PALSTRA, Officer-in-Charge, UNFPA Office, Geneva

Ms K. NILSEN, UNFPA Office, Geneva

Ms M. ALI, UNFPA Office, Geneva

Programa Mundial de Alimentos

Ms A. WALDVOGEL, World Food Programme, Geneva Office

Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente

Dr F. MOUSA, Director of Health

Mr M. BURCHARD, Chief, UNRWA Liaison Office, Geneva

ONUSIDA

Ms P. MANE, Director, Social Mobilization and Information Department

Mr M. SIDIBE, Director, Country and Regional Support Department

Mr B. PLUMLEY, Chief, Executive Office

Mr E. MURPHY, Associate Director, Governance and United Nations Relations

Mr E. HAARMAN, Chief, Finance and Administration

Ms J. GIRARD, Chief, Human Resources Management

Mr J. FLEET, Senior Adviser, Social Mobilization and Information Department

Mr J. TYSZKO, External Relations Officer, Governance and United Nations Relations

Mr E. SAPIENZA, External Relations Officer, Governance and United Nations Relations

ORGANISMOS ESPECIALIZADOS

Organización Internacional del Trabajo

Dr A. KHALEF, Bureau for Workers' Activities

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

Mr T.N. MASUKU, Director, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva

Mr P. PAREDES-PORTELLA, Liaison Officer, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva

Banco Mundial

Ms C. TULLY, Consultant

Unión Internacional de Telecomunicaciones

M. M.-H. CADET, Chef des Affaires extérieures

Organización Meteorológica Mundial

Mr NING Ying, Seconded Expert, World Climate Programme Department

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual

Mr P. PETIT, Deputy Director General
Mrs K. LEE RATA, Senior Counsellor,
External Relations and Cooperation with
Certain Countries in Europe and Asia

Organismo Internacional de Energía Atómica

Ms J. RISSANEN, External Relations Officer,
IAEA Geneva Office

Organización Mundial del Comercio

Mme J. WATAL, Conseillère, Division de la
Propriété intellectuelle
Mme XIAOPING Wu, Juriste, Division de la
Propriété intellectuelle
M. M. ROBERTS, Economiste, Division de
l'Agriculture et des Produits de base

REPRESENTANTES DE OTRAS ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**Comisión Europea**

Dr B. MERKEL, Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Dr M. RAJALA, Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Dr T. PIHA, Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mr N. FAHY, Deputy Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mrs C. THOMPSON, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mrs G.G. KJAESERUD, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Dr K. SALUVERE, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mr K. McCARTHY, Directorate-General for Research, Brussels
Mrs A. KARAOGLOU, Directorate-General for Research, Brussels
Mr C. DUFOUR, Permanent Delegation, Geneva

Liga de los Estados Árabes

Mr S. ALFARARGI Ambassador, Permanent Observer, Geneva
Dr H. HAMOUDA, Director, Department of Health and Environment, League of Arab States Secretariat, Cairo
Dr O. EL-HAJJE, Permanent Delegation, Geneva
Mr S. AEID, Permanent Delegation, Geneva
Mr H. EL-ROUBI, League of Arab States Secretariat, Cairo

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

Unión Africana

Mrs K. MASRI, Permanent Observer, Geneva
Mr V. WEGE NZOMWITA, Counsellor, Permanent Delegation, Geneva

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

Alianza Internacional de Mujeres

Mrs H. SACKSTEIN
Mrs M. PAL

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

Dr R. KULIER

**Asociación Mundial de Sociedades de
Patología y Medicina de Laboratorio**

Dr U. MERTEN
Dr R. BACCHUS

**Centro Internacional de Información sobre
Sistemas de Vigilancia de los Defectos de
Nacimiento**

Dr P. MASTROIACOVO

Colegio Internacional de Cirujanos

Professor P. HAHNLOSER

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

Mrs B. RAS-WORK

**Comité Internacional Católico de
Enfermeras y de Asistentes Medicosociales**

Mrs I. WILSON

**Consejo de Investigaciones Sanitarias para
el Desarrollo**

Professor C. IJSSELMUIDEN
Ms S. DE HAAN
Mr A. KENNEDY

Consejo Internacional de Enfermeras

Dr T. GHEBREHIWET
Ms B. WIENKAMP-WEBER

Consejo Internacional de Mujeres

Mrs A. TAN
Mrs C. SHENK MONFRINI

Corporate Accountability International

Ms L. WYKLE-ROSENBERG

Cystic Fibrosis Worldwide

Mrs C. NOKE
Mrs G. STEENKAMER

**Federación Internacional de Asociaciones
de Estudiantes de Medicina**

Mr A. RUDKJØBING
Mrs J. MYNDIUKOVA

Federación Internacional de Hospitales

Professor P.-G. SVENSSON
Miss S. ANAZONWU

**Federación Internacional de la Industria del
Medicamento**

Dr E. NOEHRENBERG
Ms A.-L. BOFFI

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

Ms M. GERBER
Ms G. GONZENBACH

Federación Internacional de Sociedades de Otorrinolaringología

Professor J.J. GROTE

Federación Internacional de Talasemia

Mrs C. NOKE

Federación Mundial de Educación Médica

Dr H. KARLE

Professor L. CHRISTENSEN

Federación Mundial de Hemofilia

Dr P. GIANGRANDE

Federación Mundial de Salud Mental

Mrs M. LACHENAL

Dr S. FLACHE

Federación Mundial del Corazón

Ms C. ADLER

Global Forum for Health Research

Professor S. MATLIN

Dr A. GHAFAR

Ms M.A. BURKE

Industria Mundial de la Automedicación Responsable

Dr D. WEBBER

Dr H. CRANZ

Ms. S. DURAND-STAMATIADIS

International Stroke Society

Dr S. AYBEK

Visión Mundial Internacional

Dr M. AMAYUN

COMITÉS Y GRUPOS DE TRABAJO¹

1. Comité de Programa, Presupuesto y Administración

Sr. D. Á. Gunnarsson (Islandia), Presidente del Consejo (miembro *ex officio*), Dr. A. A. Yoosuf (Maldivas), Vicepresidente del Consejo (miembro *ex officio*), Sra. J. Halton (Australia), Dr. N. A. Haffadh (Bahrein), Sr. I. Shugart (Canadá), Dr. Yin Li (China), Dr. W. R. Steiger (Estados Unidos de América), Profesor D. Houssin (Francia), Dr. M. Camara (Guinea), Dr. M. Phooko (Lesotho), Dr. H. N. Acharya (Nepal), Sr. M. N. Khan (Pakistán), Profesor B. Fišer (República Checa), Profesor Suchai Charoenratanakul (Tailandia)

Segunda reunión, 14 de mayo de 2005: Dr. A. A. Yoosuf (Maldivas, Presidente), Sra. J. Halton (Australia, Vicepresidenta), Dr. A. W. M. Abdul Wahab (Bahrein, suplente del Dr. N. A. Haffadh), Sr. D. MacPhee (Canadá, suplente del Sr. I. Shugart), Dr. Yin Li (China), Sra. A. Blackwood (Estados Unidos de América, suplente del Dr. W. R. Steiger), Dr. J.-B. Brunet (Francia, suplente del Profesor D. Houssin), Dr. M. Camara (Guinea), Sr. D. Á. Gunnarsson (Islandia, miembro *ex officio*), Dr. M. Phooko (Lesotho), Dr. H. N. Acharya (Nepal), Profesor B. Fišer (República Checa), Dr. Suwit Wibulpolprasert (Tailandia, suplente del Profesor Suchai Charoenratanakul)

2. Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

Dr. A. B. Insanov (Azerbaiyán), Dr. F. Huerta Montalvo (Ecuador), Dr. H. N. Acharya (Nepal), Dr. A. B. Osman (Sudán), Sra. Le Thi Thu Ha (Viet Nam)

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.

ACTAS RESUMIDAS

PRIMERA SESIÓN

Jueves 26 de mayo de 2005, a las 9.40 horas

Presidente: Dr. D. Á. GUNNARSSON (Islandia)
después: Sr. M. N. KHAN (Pakistán)

1. **APERTURA DE LA REUNIÓN Y ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA:** punto 1 del orden del día provisional (documento EB116/1)

El PRESIDENTE declara abierta la 116ª reunión del Consejo Ejecutivo e invita a los miembros a examinar el orden del día provisional.

Se adopta el orden del día.¹

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. ABDULLA (Sudán) propone al Sr. Khan (Pakistán). Apoyan la propuesta el Dr. ALI MOHAMMED (Iraq) y el Dr. ABDUL WAHAB (Bahrein).

El Sr. M. N. Khan es elegido Presidente.

El DIRECTOR GENERAL da las gracias al Sr. Gunnarsson, Presidente saliente, por la excelente gestión al frente del Consejo Ejecutivo durante el año transcurrido y la gran entrega demostrada para promover los objetivos de la Organización en su conjunto.

El Director General obsequia al Sr. Gunnarsson con un mazo.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) agradece al Consejo su apoyo y aliento a lo largo del año transcurrido y dice que su ejercicio como Presidente ha sido para él un honor y una experiencia enriquecedora. Asimismo, ha sido un privilegio colaborar con el Director General y su equipo en la difícil tarea de impulsar la labor de la Organización.

El Sr. Khan asume la presidencia.

El PRESIDENTE rinde homenaje al Sr. Gunnarsson por su ardua labor y dedicación a lo largo del año transcurrido, agradece al Consejo la confianza que ha depositado en su persona al elegirlo como Presidente en un momento en el que la Organización se enfrenta a enormes retos mundiales, e invita a que se propongan candidatos para los cuatro cargos de Vicepresidente.

¹ Véase p. vii.

El Dr. NYIKAL (Kenya) propone al Dr. Shangula (Namibia).

El Profesor FIŠER (República Checa) propone a la Dra. Hansen-Koenig (Luxemburgo).

El Dr. SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Tailandia) propone al Dr. Acharya (Nepal).

La Sra. LE THI THU HA (Viet Nam) propone a la Sra. Halton (Australia).

El Dr. SÁ NOGUEIRA (Guinea-Bissau), la Sra. IORDACHE (suplente del Profesor Cinteza, Rumania), el Dr. SHINOZAKI (Japón) y el Dr. SINGAY (Bhután) apoyan las cuatro propuestas.

El Dr. K. Shangula (Namibia), la Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo), el Dr. H. N. Acharya (Nepal) y la Sra. J. Halton (Australia) son elegidos Vicepresidentes.

El PRESIDENTE explica que, en virtud del artículo 15 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, si el Presidente no pudiera ejercer sus funciones en el intervalo entre dos reuniones, las asumirá en su lugar uno de los Vicepresidentes, y que el orden que haya de seguirse para el desempeño de la presidencia por los Vicepresidentes se establecerá por sorteo en la reunión en la que la elección tenga lugar.

Se establece por sorteo que los Vicepresidentes desempeñarán la presidencia en el siguiente orden: Dr. Acharya (Nepal), Dr. Shangula (Namibia), Sra. Halton (Australia) y Dra. Hansen-Koenig (Luxemburgo).

El PRESIDENTE invita a proponer candidatos para el cargo de Relator.

La Sra. GILDERS (Canadá) propone al Dr. BAILÓN (México); el Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) y el Dr. HUERTA MONTALVO (Ecuador) apoyan la propuesta.

El Dr. Bailón es elegido Relator.

3. RESULTADOS DE LA 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: punto 3 del orden del día (documento EB116/2)

El PRESIDENTE recuerda a los miembros que el Consejo estuvo representado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud por el Sr. Gunnarsson (Islandia), el Dr. Osman (Sudán), el Dr. Yin Li (China) y el Dr. Yoosuf (Maldivas), e invita al Sr. Gunnarsson a presentar un informe.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia), en su presentación del documento EB116/2, dice que la Asamblea de la Salud ha trabajado de forma excepcionalmente cooperativa, como demuestran sus fructíferos resultados. Además del importante logro que representa la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005), la Asamblea de la Salud ha adoptado otras 33 resoluciones y 11 decisiones. Aunque el programa de trabajo era denso, la decisión de derivar algunos puntos del orden del día a grupos de trabajo o a reuniones consultivas más informales permitió alcanzar un consenso.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) coincide en que la Asamblea de la Salud ha sido muy productiva. En particular, destaca la trascendencia de la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) tras siete años de grandes esfuerzos por parte de muchas personas. Sin querer restar importancia a otros temas que han sido objeto de resoluciones, el orador dice que este Reglamento será un instrumento fundamental para responder de forma eficaz a las nuevas amenazas contra la salud mundial que están surgiendo, y que reafirmará el liderazgo de la OMS en la esfera de la salud pública.

El Dr. NYIKAL (Kenya) señala a la atención la resolución sobre la financiación sanitaria, que es especialmente importante para la Región de África y, en general, para los países en desarrollo. El asunto se había debatido en dos reuniones anteriores del Consejo, que había recomendado a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud un proyecto de resolución. Al orador le complace observar que el tema de la financiación sanitaria está adquiriendo importancia y que, tal como se declara en la resolución WHA58.33, el Consejo seguirá debatiendo los asuntos pendientes.

Las reuniones complementarias organizadas en conexión con la Asamblea de la Salud han sido demasiado numerosas, especialmente para las delegaciones pequeñas, y han distraído la atención de los delegados de los trabajos de la Asamblea.

La Sra. LE THI THU HA (Viet Nam) coincide en que la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) representa un importante hito para la salud pública. Los países en desarrollo esperan de la OMS el apoyo necesario para crear las capacidades que les permitan aplicar el Reglamento en un plazo fijado. Otra medida importante fue la adopción de la resolución WHA58.5 sobre el fortalecimiento de la preparación y respuesta frente a una pandemia de gripe, que permitirá que los países afectados por la gripe aviar tomen las medidas necesarias. La Secretaría tendrá que asumir el liderazgo en esta cuestión y prestar apoyo técnico a los Estados Miembros.

El Dr. ABDULLA (Sudán) dice que la Asamblea de la Salud ha sido una de las más fructíferas en su experiencia. Elogia el informe y la resolución WHA58.28 sobre ciberseguridad, pero considera que los países deben ser consultados más detenidamente durante la preparación de asuntos como éste.

El Dr. ACHARYA (Nepal) dice que las resoluciones sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional y la nutrición del lactante y del niño pequeño son especialmente importantes.

La Sra. GILDERS (Canadá) observa que la Asamblea de la Salud ha examinado una amplia variedad de temas sanitarios mundiales problemáticos, algunos de ellos por vez primera, como la bioseguridad en el laboratorio o la financiación de los sistemas de salud. La principal prioridad para su país ha sido la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005), pero la oradora también acoge con agrado la adopción de la resolución de asignación de fondos para el ejercicio financiero 2006-2007. La Asamblea de la Salud ha demostrado que se pueden conseguir grandes progresos, incluso en poco tiempo.

El Dr. SHANGULA (Namibia) comparte la opinión general de que la Asamblea de la Salud ha sido fructífera. No obstante, quiere dejar constancia de su preocupación por el hecho de que, en los últimos años, la Asamblea de la Salud comienza siempre con una nota agria debido a la propuesta de inclusión de un punto suplementario del orden del día acerca de un asunto que ha tenido reiteradamente el mismo resultado. Se trata de un ritual que supone una pérdida de tiempo y es perjudicial para el espíritu de la Asamblea de la Salud, a la que asisten más de 190 delegaciones. El orador pide al Consejo Ejecutivo o al Director General que encuentren la forma de conseguir que ese asunto no se vuelva a someter a debate en la Asamblea de la Salud.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) agradece la adopción de 34 importantes resoluciones, dice que los Estados Miembros esperan de la Secretaría apoyo para ponerlas en práctica de acuerdo con sus prioridades, y reconoce la importancia histórica de la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La oradora, que asistió a todas las reuniones de negociación, reconoce el enorme esfuerzo hecho por los Estados Miembros y la Secretaría con el fin de lograr un consenso. Otra importante resolución es la relativa a la preparación y respuesta frente a una pandemia de gripe. Todos los países necesitarán la ayuda de la Secretaría para adoptar medidas eficaces y oportunas.

El Dr. WINT (Jamaica) dice que el abundante contenido del orden del día de la Asamblea de la Salud subraya la importancia de la salud para la seguridad y el desarrollo humano. Asimismo, se felicita por la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Como la movilidad internacional posee

una importancia crítica en la economía de países como Jamaica, hay que prepararse para amenazas como el síndrome respiratorio agudo severo o la gripe pandémica. También destaca el obstáculo que para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio supone la migración del personal sanitario. Los países en desarrollo tienen que retener a su personal sanitario y proteger su infraestructura de atención primaria, y el orador espera que se encuentren soluciones válidas para este problema. Acoge con agrado los progresos en la aplicación de la resolución WHA56.24 sobre violencia y salud, pues la violencia constituye un importante problema en su país, así como los progresos realizados en la promoción de la salud y el fomento de los modos de vida sanos.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) dice que la aplicación de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud favorecerá el desarrollo y la consecución de los objetivos sanitarios. En países como el suyo, los obstáculos a la plena realización de los programas nacionales de salud son principalmente de carácter financiero, estructural y gerencial. La aplicación de las resoluciones sobre el proyecto de estrategia mundial de inmunización, la cobertura universal de las intervenciones en materia de salud materna, del lactante y del niño y la nutrición del lactante y del niño pequeño contribuirán a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Dr. PHOOKO (Lesotho) destaca la importancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya consecución seguirá ocupando a los países en desarrollo durante algún tiempo. Muchos de estos países están encontrando dificultades para alcanzar las metas debido, sobre todo, a la carencia de recursos humanos.

El Dr. BAILÓN (México) dice que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud será recordada por la adopción de algunas importantes resoluciones, como las relativas a la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, la financiación sanitaria sostenible, las investigaciones sanitarias y las discapacidades.

El Dr. TANGI (Tonga) coincide en que la Asamblea de la Salud ha sido un éxito y reitera la observación que hizo durante la Asamblea con respecto al presupuesto por programas 2006-2007: que pocas organizaciones, ministerios o países se han beneficiado de un aumento del presupuesto tan importante como el acordado por la Asamblea de la Salud (17%). La Secretaría debe de haberse sentido aliviada por la rapidez con que se aprobó el presupuesto. En sus próximas reuniones, los órganos deliberantes deberían examinar detalladamente el rendimiento y el empleo de este abultado aumento de la financiación.

El Dr. ABDUL WAHAB (Bahrein) dice que la adopción de la resolución sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional constituye un gran logro. Para su país tienen especial importancia dos resoluciones: la relativa a los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y la referente a la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado. Las resoluciones y decisiones de la Asamblea de la Salud se verán reflejadas en una mejora de la salud mundial.

El Dr. AWENAT (Jamahiriya Árabe Libia) dice que la Asamblea de la Salud ha sido fructífera. Todas sus resoluciones y decisiones se ajustan a los enormes retos que tiene por delante la salud pública internacional.

El Dr. COLEMAN (Liberia) observa que, a pesar de que la Asamblea de la Salud ha adoptado muchas resoluciones, su aplicación en los países a menudo se ha visto retrasada, y pide al Director General que acelere ese proceso. Elogia a la OMS por su presencia en los conflictos y crisis de todo el mundo. En su país, la OMS ha estado presente a lo largo del reciente periodo de conflicto, ayudando a la población y coordinando muchas actividades, entre ellas la labor de las organizaciones no gubernamentales. La Organización ha demostrado que puede intervenir rápidamente en crisis como las causadas por el maremoto de Asia meridional en diciembre de 2004, la situación en Darfur (Sudán) o el brote de fiebre hemorrágica de Marburgo en Angola; hace algunos años, la OMS fue criticada por ser la

última en llegar, pero desde entonces ha pasado a ser una de las primeras. El orador destaca la importancia del tema planteado por el miembro representante de Jamaica - la emigración del personal sanitario de los países en desarrollo -, que supone una seria amenaza para los sistemas de salud de esos países, y hace un llamamiento al Director General y al Consejo Ejecutivo para que adopten medidas destinadas a invertir esa tendencia.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) manifiesta su preocupación por el hecho de que resoluciones adoptadas anteriormente por el Consejo Ejecutivo tras largas deliberaciones hayan sido modificadas de forma sustancial en la Asamblea de la Salud, a veces por Estados Miembros representados en el Consejo y que tan sólo algunos meses antes habían estado de acuerdo con la redacción inicial. La Secretaría y el Consejo deberían tratar de encontrar la manera de evitar estas situaciones.

La Sra. HALTON (Australia) dice que se ha hablado mucho del éxito de la Asamblea de la Salud. Los asuntos que más le preocupaban han sido abordados adecuadamente, y el considerable número de resoluciones adoptadas es prueba de la buena voluntad existente y de la ardua labor realizada. La oradora comparte la preocupación por las dificultades que tienen las delegaciones pequeñas para intentar asistir a las numerosas reuniones.

La labor de la Secretaría en materia de asuntos presupuestarios ha tenido gran impacto y ha conducido a la adopción de un considerable aumento del presupuesto. Así pues, la OMS tiene la obligación de seguir con su excelente labor, y la oradora espera colaborar con la Secretaría en ese contexto. Asimismo, comparte la opinión del miembro representante de Islandia respecto a la necesidad de garantizar que las decisiones del Consejo sean llevadas a término.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) acoge con agrado que la Asamblea de la Salud haya adoptado la resolución WHA58.22 sobre prevención y control del cáncer, que proporciona una excelente orientación sobre cómo hacer frente a un problema universal de salud pública.

El Dr. QI Qingdong (China)¹ coincide en que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, con su programa bien definido y su apretado cronograma, ha concluido con valiosos resultados. La adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) ha sido un hito. Además, en las diversas sesiones informativas y demás eventos se ha aportado mucha información que facilitará la comprensión de los futuros trabajos. Las 34 resoluciones adoptadas abarcan una gran diversidad de temas, pero a menudo se concluyeron en el último momento. La Secretaría debe tratar de identificar las resoluciones que requieran reuniones consultivas, de modo que se puedan tomar las disposiciones apropiadas para evitar la presión sobre las delegaciones en las fases finales de la Asamblea de la Salud. Además, las resoluciones son demasiado largas, engorrosas y de difícil comprensión, cuando debieran ser inteligibles y concisas; además, deben aplicarse de acuerdo con su intención original.

El orador está plenamente de acuerdo con el miembro representante de Namibia en que las futuras reuniones de la Asamblea de la Salud deben centrarse en problemas técnicos sanitarios, en vez de debatir año tras año cuestiones políticas que no pueden resolver.

El PRESIDENTE, recapitulando los debates, coincide en que no se debe perder tiempo con asuntos que no son de la competencia de la Asamblea de la Salud. Además, las decisiones tomadas por el Consejo no deben alterarse, sino que hay que procurar aplicarlas. Con respecto al aumento del presupuesto, hay que poner mucha atención para asegurar que no se desperdicien los recursos. Por último, hay acuerdo general en que la clave radica en la aplicación.

El DIRECTOR GENERAL dice que la aplicación de las resoluciones tiene dos vertientes: la obligación que los Estados Miembros se imponen a sí mismos, y las actuaciones que los Estados

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

Miembros requieren del Director General y de la Secretaría. La primera se suele olvidar, pero en realidad suele ser más importante que la otra.

El PRESIDENTE resalta la importancia del trabajo de equipo entre los Estados Miembros y la Secretaría. En su opinión, recuerda, es necesario actuar moralmente, pues no es posible acertar políticamente si se yerra moralmente.

El Consejo toma nota del informe.

4. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día

Control de las enfermedades genéticas: punto 4.1 del orden del día (documento EB116/3)

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) destaca la importancia de los beneficios que el conocimiento y el tratamiento de las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas pueden aportar a la salud pública, pero observa que quedan varios asuntos por resolver. En primer lugar, la atención primaria de salud todavía no está disponible para un gran número de personas, especialmente entre las poblaciones más pobres de los países en desarrollo (y la expresión «países en desarrollo» abarca una variedad de países en diferentes fases de desarrollo, en algunos de los cuales hay buen acceso a la atención primaria de salud, mientras que en otros no). En segundo lugar, es necesario identificar mecanismos educativos, informativos y financieros que garanticen un acceso equitativo a los servicios genéticos. En tercer lugar, el orador se pregunta hasta qué punto está la OMS en condiciones de facilitar el acceso. Una cosa es tratar el asunto en abstracto, y otra tomar medidas concretas para hacer realidad los beneficios potenciales. Por último, está la cuestión de cómo abordar los problemas éticos que plantean las tecnologías y procedimientos de control de las enfermedades genéticas.

El Profesor FIŠER (República Checa) recuerda el énfasis que ha puesto la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en la disponibilidad de información completa, especialmente para las madres, y propone que la Secretaría prepare un informe en el que se comparen diversos enfoques de las enfermedades genéticas y se evalúe su impacto en la incidencia de dichas enfermedades y la calidad de vida de los niños afectados. Es imprescindible que ese informe se entienda fácilmente.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) elogia la actuación de la OMS en materia de control de las enfermedades genéticas y se felicita por los progresos de las investigaciones, que han supuesto una importante contribución a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esas enfermedades. Asimismo reconoce la importancia de la confidencialidad y de los problemas éticos relacionados con la información genética. El Japón está fomentando la aplicación de las investigaciones sobre el genoma, la proteómica y la nanotecnología en la práctica clínica, y está dispuesto a proporcionar cooperación técnica en una red internacional de investigación.

La Sra. LE THI THU HA (Viet Nam) dice que el control de las enfermedades genéticas no se ha examinado adecuadamente en los países en desarrollo y de bajos ingresos debido a la carencia de infraestructuras y recursos humanos. En Viet Nam, el tratamiento de las enfermedades genéticas sólo está disponible en las grandes ciudades. En los últimos años, gracias a la ayuda de muchos asociados, se ha tratado a miles de niños con labio leporino y hendidura palatina, pero la demanda sigue siendo enorme. Se han creado algunos centros piloto de asesoramiento genético para pacientes hemofílicos, y los resultados obtenidos son alentadores.

Los Estados Miembros deben elaborar una estrategia integral de control de las enfermedades genéticas que abarque todos los aspectos de la prevención, el tratamiento, la formación y la investigación, así como los problemas éticos, jurídicos y sociales, y que esté integrada en la estrategia nacional de salud. La prestación de servicios genéticos debe incorporarse a todos los niveles de la asistencia sanitaria. Con el fin de mejorar los conocimientos genéticos y el interés por el tema, los países en desarrollo deberían publicar en sus sitios web relacionados con la salud las preguntas más frecuentes sobre

este tema y sus respuestas. Viet Nam también apoya la ampliación de la colaboración internacional y está dispuesto a colaborar con la OMS y otros asociados en el control de las enfermedades genéticas.

El Dr. ALI MOHAMMED (Iraq) opina que el título del informe debería haber sido «Control de las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas», o bien, como está centrado en las enfermedades genéticas, se debería haber suprimido la expresión «y las malformaciones congénitas» en la última frase del párrafo 2. Además, señala que el párrafo 8 debería haber concluido afirmando que es indispensable el apoyo a los programas de detección. La OMS debe adoptar una posición clara sobre los aspectos éticos y científicos de la investigación genética, y se debe prestar atención a la contaminación química y radiactiva del medio ambiente y a su relación con las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas.

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar) dice que, aunque las enfermedades genéticas son raras en su país, las hemoglobinopatías congénitas, y en particular la drepanocitosis, suponen un problema de salud pública en determinadas zonas. Las prioridades sanitarias nacionales sitúan a estos trastornos entre las enfermedades desatendidas, que no reciben recursos especiales. Por consiguiente, se felicita por la inclusión de este punto en el orden del día, pues constituye una oportunidad para aumentar la concienciación sobre la importancia que tiene la aplicación de políticas y estrategias destinadas a reducir el riesgo de las enfermedades genéticas, así como para incluir en la atención primaria de salud medidas como la educación de la población en materia de genética y una formación que permita mejorar la detección de los riesgos genéticos en la comunidad. Con este fin, es importante hacer hincapié en el uso de tecnologías simples y asequibles que faciliten la integración en los servicios de atención primaria y optimicen la utilización de los recursos existentes. Las enfermedades genéticas repercuten en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente porque constituyen una importante causa de muerte de las embarazadas. Los dilemas éticos relacionados con el control de las enfermedades genéticas también son muy pertinentes; la dimensión ética es uno de los motivos por los que en Madagascar se ha prestado escasa atención a este tema.

El Profesor CINTEZA (Rumania) dice que la prevención y el control de las enfermedades genéticas deben integrarse en la estrategia más amplia para hacer frente a las enfermedades no transmisibles, en la que se incluyen medidas para aumentar la concienciación y la educación tanto entre la población como entre los profesionales sanitarios. También son necesarios programas de formación e inversiones en tecnología para introducir pruebas diagnósticas genéticas a nivel de la atención primaria de salud. Esos esfuerzos deben corresponderse con la carga de enfermedades genéticas particular de cada país y tener en cuenta los conocimientos especializados de otros países. Rumania espera aprender de la experiencia internacional.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) destaca la importancia de la lucha contra la drepanocitosis, que causa la muerte de muchos lactantes en el Brasil. Son necesarias medidas urgentes, y la Comunidad de Países Lusófonos ha adoptado ya una decisión política en ese sentido, formalizada en la Declaración de Santo Tomé de julio de 2004. El apoyo de la OMS en este aspecto sería muy apreciado.

Las diferentes sensibilidades con respecto a las enfermedades genéticas han sido tratadas cuidadosamente en el informe, pero la alusión hecha en el párrafo 9 al «asesoramiento genético prematrimonial, y el fomento de la reproducción a edades maternas óptimas» parece contradecir no sólo el párrafo 10, que menciona que el asesoramiento genético «debe hacerse teniendo en cuenta los valores culturales, religiosos y éticos del individuo o la pareja», sino también varias resoluciones de las Naciones Unidas y de la OMS. El concepto de «edades maternas óptimas» es controvertido, sobre todo si se tiene en cuenta que hay otros factores implicados, además de los puramente biológicos, y hubiera sido preferible omitir cualquier referencia a él.

El Dr. INSANOV (Azerbaiyán) acoge el informe con agrado y observa que la investigación genómica está poniendo de manifiesto la existencia de un número cada vez mayor de determinantes genéticos de la salud, y que las técnicas genéticas se están utilizando cada vez más en el tratamiento no

sólo de las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas, sino también de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. El informe destaca la importancia de los factores genéticos en la salud pública y hace hincapié en el hecho de que los futuros desarrollos tecnológicos en este campo originarán serios dilemas éticos y sociales. Esos aspectos deben ser examinados a nivel mundial, y la OMS debe desempeñar un papel destacado. No obstante, el tema clave es la aplicación exitosa de las tecnologías genéticas en la práctica clínica, para lo cual la Secretaría debe seguir apoyando a los Estados Miembros en el desarrollo de los servicios de medicina genética y en la formación de los médicos y la educación de las comunidades. El orador propone que el Consejo adopte una resolución sobre el control de las enfermedades genéticas.

El Dr. ACHARYA (Nepal) destaca el contraste entre la relativa novedad de la genómica, sobre todo en los países en desarrollo, y la ancestralidad del problema de las malformaciones congénitas y las enfermedades genéticas, que antiguamente y, en algunos casos, todavía hoy se consideran una maldición caída sobre la persona afectada. La adquisición de los conocimientos científicos que han permitido prevenir y tratar las enfermedades genéticas es relativamente reciente. Como la prevalencia de las enfermedades transmisibles sigue siendo elevada en los países en desarrollo, las enfermedades genéticas se encuentran hacia el final de su lista de prioridades. El aumento de los conocimientos y la concienciación sobre los factores causales de las enfermedades genéticas es muy importante porque la población de algunos países en desarrollo, entre ellos Nepal, mantiene la tradición del matrimonio consanguíneo. La educación de la población acerca de los temas relacionados con la genética, el asesoramiento genético prematrimonial y el fomento del embarazo a edades maternas óptimas son medidas que podrían ser eficaces en el ámbito de los servicios de atención primaria de salud, incluso en los países en desarrollo. La OMS debe tomar la iniciativa y formular una estrategia de promoción de los servicios genéticos que preste especial atención a los países en desarrollo.

El Dr. SÁ NOGUEIRA (Guinea-Bissau) dice que las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas constituyen un importante problema de salud que tiene efectos económicos y sociales en todos los países. Los países en desarrollo carecen de información y servicios diagnósticos, y los esfuerzos de la OMS para definir orientaciones estratégicas en materia de enfermedades genéticas e incorporar los servicios genéticos a todos los niveles del sistema de salud, y de la atención primaria en particular, son muy apreciados. La OMS debe seguir prestando apoyo técnico a la preparación y aplicación de programas nacionales.

El Dr. BRUNET (suplente del Profesor Houssin, Francia) acoge con agrado el énfasis que se ha puesto en la carga que suponen las enfermedades genéticas en los países pobres, en el asesoramiento genético y en las enfermedades raras. Francia ha creado recientemente un organismo biomédico nacional que se ocupa de los temas médicos, sociales, legales y éticos, especialmente en relación con el diagnóstico genético. Dado el ritmo con que progresan la clonación y tecnologías recientes como la proteómica, es imprescindible que estos temas de vital importancia social se debatan abiertamente, con el fin de mantener a los ciudadanos plenamente informados. También es esencial garantizar la calidad del asesoramiento genético, a fin de que las madres potenciales reciban una información exacta. Para ello, en Francia los asesores genéticos están regulados por el Gobierno.

El informe quizás debería haber prestado más atención a la cooperación internacional en los aspectos éticos de la genética. Francia está especialmente interesada en los trabajos del Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa, y sería de interés para la OMS colaborar con ese organismo. El último protocolo adicional a la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina podría servir como modelo fuera de las fronteras de Europa.¹ Francia también sigue con interés los trabajos de las Naciones Unidas y de la UNESCO, y en particular la Declaración Universal sobre el Genoma Humano

¹ Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina: Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, Oviedo, España, 4 de abril de 1997.

y los Derechos Humanos, de 1997, y la Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos, de 2003. El Comité Consultivo Nacional sobre Bioética de Francia ha manifestado recientemente su preocupación por el hecho de que se puedan comprar y utilizar pruebas para enfermedades genéticas sin contar con un asesoramiento genético.

El libre acceso a las bases de datos genómicas y de secuenciación de genes es una novedad prometedora. La OMS debe seguir apoyando a los Estados Miembros en la preparación de respuestas apropiadas a los nuevos progresos y difundiendo las experiencias de los países con el fin de facilitar los avances en una materia tan importante como ésta.

El Dr. ABDULLA (Sudán) dice que el control de las enfermedades genéticas es especialmente importante en los países en desarrollo, donde la prevalencia de las enfermedades genéticas hereditarias está aumentando y donde sin duda se subestima la magnitud del problema debido a la insuficiencia de los sistemas de vigilancia. La OMS debe aumentar los esfuerzos para fortalecer los sistemas de vigilancia de las enfermedades genéticas y alentar a las instancias normativas nacionales para que pongan este tema entre sus prioridades. Asimismo, la Organización debe fomentar el uso de medidas rentables de control de las enfermedades genéticas a través de la integración de las estrategias sobre estas enfermedades en el sistema de atención primaria de salud, la estimulación de las mejores prácticas y el intercambio de las experiencias de los diferentes países.

El elevado costo de muchas intervenciones de control de las enfermedades genéticas sigue constituyendo un obstáculo al acceso de los países en desarrollo. La OMS debe llevar a cabo investigaciones sobre los tratamientos asequibles y rentables, y alentar a los países propietarios de las tecnologías para que las pongan a disposición del mundo en desarrollo. El orador acoge con agrado el hecho de que la Secretaría no haya entrado en el debate sobre el uso de la genética en la reproducción, dado que se trata de un tema sensible desde el punto de vista cultural y religioso.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) dice que las aplicaciones beneficiosas de la genómica no cesan de evolucionar y que en el futuro podrían tener un gran impacto en la salud pública. Durante los últimos 20 años, Portugal ha tenido en funcionamiento un programa de control de las hemoglobinopatías, creado bajo la orientación de la OMS, y ha hecho importantes avances en la investigación. Su prioridad actual es una mayor integración de esas medidas de control en los centros de salud. Para ello, las instancias normativas y los gestores sanitarios deben tomar conciencia de la necesidad urgente de seguir trabajando en el campo de la genética médica, que puede reportar importantes beneficios sanitarios globales. Los objetivos estratégicos consisten, entre otros, en mejorar la calidad de los servicios genéticos, crear condiciones para la certificación de los laboratorios de genética, en particular de los destinados al diagnóstico prenatal, y elaborar protocolos para los tratamientos rentables de eficacia demostrada.

El orador apoya el planteamiento de la OMS respecto al control de las enfermedades genéticas, que toma la atención primaria de salud como base de todas las actividades genéticas y hace hincapié en programas de amplio alcance con tecnologías simples y asequibles. Es imprescindible desarrollar la formación teórica y práctica de los profesionales de la salud en materia de genética, la investigación genética y las medidas de regulación destinadas a proteger la intimidad y la confidencialidad. Igualmente indispensable es la disponibilidad de medicamentos asequibles. El asesoramiento genético básico, educativo, voluntario y no prescriptivo, debe integrarse en la atención primaria de salud en todos los países.

La Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) coincide con oradores anteriores en lo que se refiere a la importancia de no ampliar las desigualdades entre los países ricos y pobres. En este contexto resulta especialmente útil el enfoque adoptado por la Secretaría, sobre todo con respecto a la integración de los servicios genéticos (incluida la formación, la prevención y el asesoramiento) en la atención primaria de salud. La vinculación entre la prevención y el tratamiento también es de suma importancia para que sólo se realicen pruebas de detección de las enfermedades genéticas tratables. La orientación de la OMS bajo la forma de información basada en pruebas contribuiría a resaltar la necesidad de formación e investigación sobre este tema, haciendo especial hincapié en los aspectos éticos que están en juego.

El Dr. SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Tailandia) dice que la OMS debe abordar la cuestión de la prevención primaria y secundaria de las enfermedades genéticas, posible gracias a los avances de los conocimientos médicos. La talasemia es el trastorno genético más frecuente en Tailandia, pero, pese a numerosas investigaciones, todavía no existe una intervención eficaz. Otros inconvenientes son la falta de conocimientos de la población sobre las enfermedades genéticas y la inexistencia de una formación adecuada de los profesionales sanitarios debido a la idea errónea de que los servicios genéticos son complejos y caros y de que, por consiguiente, no son prioritarios para los países en desarrollo. El asesoramiento prematrimonial es un punto de acceso importante para la prevención de las enfermedades genéticas frecuentes. El Gobierno de Tailandia ha instaurado un programa integral de asesoramiento sobre el VIH/SIDA y las enfermedades genéticas, y estimula el análisis de los árboles genealógicos para predecir y evitar determinadas enfermedades genéticas.

Teniendo en cuenta los serios problemas éticos que plantean el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades genéticas, el orador pide a la OMS que siga analizando los aspectos sociales, éticos y jurídicos del tema, y orientando a los Estados Miembros.

El Dr. SINGAY (Bhután) aprueba las observaciones hechas por el miembro representante de Bolivia y destaca la fragilidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo y sus escasos recursos y capacidades. ¿Se encuentra la tecnología necesaria tan al alcance como para que los países puedan permitirse prestar esos servicios genéticos en el marco de la atención primaria? ¿Se ha investigado su rentabilidad y su impacto en las principales causas de mortalidad? ¿Disponen los servicios de información y asesoramiento genético de apoyo suficiente? En resumen, ¿es realista y sostenible la prestación de servicios genéticos?

El Dr. HUERTA MONTALVO (Ecuador) señala que «control» es un término demasiado fuerte para el título del documento, y que puede despertar expectativas imposibles de materializar. El informe deja claro que la distinción entre medicina y salud pública es cada vez más difusa, y que es necesario reconsiderar la formación de los médicos y de los trabajadores de la salud pública. Asimismo, es importante garantizar que no aumenten las desigualdades entre los servicios disponibles en los países ricos, que tienen recursos para emprender investigaciones genéticas y aplicar sus resultados, y los disponibles en los países pobres, que en gran medida no son más que espectadores; la OMS puede desempeñar un papel útil de coordinación en este aspecto. La cuestión de la genética y el comercio está relacionada con la del comercio internacional y la salud, que también debatirá el Consejo, y habrá que reflexionar sobre el papel de los países y de la OMS al respecto.

La Sra. GILDERS (Canadá) dice que, aunque es importante que la OMS examine la posible contribución de la información genética al mejoramiento de la salud mundial, los aspectos éticos, jurídicos y sociales deben abordarse con tacto. La oradora coincide con el miembro representante del Brasil en lo que se refiere a las «edades maternas óptimas», y manifiesta su preocupación por las posibles repercusiones negativas que puede tener el hecho de presionar a las mujeres para que tengan hijos a una determinada edad, especialmente cuando no existen los sistemas necesarios de apoyo social y financiero, así como por la posible incompatibilidad de ese concepto con la autonomía reproductiva. Asimismo comparte la preocupación expresada por el miembro representante del Ecuador con respecto al empleo de la palabra «control» en el contexto de las enfermedades genéticas.

Para tratar de lograr los objetivos de la salud pública teniendo debidamente en cuenta las normas bioéticas y los derechos humanos, las enfermedades genéticas deben abordarse de forma holística; la labor de la UNESCO es valiosa en este aspecto. En particular, la oradora apoya el papel de la OMS como garante de que los beneficios de los nuevos conocimientos genómicos sean ampliamente compartidos. No obstante, su labor debe estar tan focalizada como sea posible, y contextualizada en las numerosas prioridades de la Organización.

El Dr. BAILÓN (México) apoya la distinción que se hace en el párrafo 2 del informe entre las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas, así como la sugerencia hecha por el miembro representante del Iraq para que en el título se incluya la expresión «malformaciones congénitas»,

con el fin de dar más énfasis a este aspecto de la cuestión y, por consiguiente, a las medidas preventivas eficaces, como la administración de suplementos de ácido fólico a las mujeres en edad fecunda con el fin de reducir la incidencia de malformaciones congénitas.

El Dr. ABDUL WAHAB (Bahrein) dice que el problema de las enfermedades genéticas supone una gran responsabilidad para la OMS, sobre todo teniendo en cuenta la inexistencia de suficiente información y experiencia diagnóstica. Además, en general las soluciones están fuera del alcance de los países en desarrollo, en los que esas enfermedades tienen mayor prevalencia. Bahrein, por ejemplo, tiene una alta incidencia de talasemia y de otras hemoglobinopatías, debido sobre todo a los matrimonios consanguíneos, y está poniendo en práctica una estrategia para aumentar la concienciación de la población acerca del problema, a través de la educación, la información y la introducción de pruebas prematrimoniales obligatorias. El orador insta a la OMS a que asegure que el tema reciba la atención que merece, concediéndole rápidamente una alta prioridad, asignando las partidas presupuestarias necesarias e instaurando una estrategia mundial que tenga en cuenta las diferentes sensibilidades religiosas, culturales y sociales. La enorme cantidad de conocimientos genómicos existente en los países desarrollados podría utilizarse en beneficio de toda la humanidad para mejorar la salud y crear estabilidad. Todo abuso de ese conocimiento con fines comerciales o inmorales estará reñido con las creencias religiosas y sociales, y tendrá consecuencias desastrosas.

El Dr. WINT (Jamaica) dice que el intento de integrar una materia tan científica y especializada en la esfera de la salud pública constituye un reto para los países pequeños, entre ellos Jamaica, donde el 10% de los recién nacidos son portadores del gen de la drepanocitosis, con la elevada morbilidad y mortalidad prematura que ello conlleva. Hasta ahora, las medidas adoptadas en Jamaica en este campo se han limitado a los centros de investigación universitarios. Por consiguiente, un enfoque sostenible desde el ámbito de la atención primaria de salud sería de gran interés. La disponibilidad de una «plataforma sólida para aplicar las técnicas genéticas a una mayor variedad de problemas de salud pública» mencionada en el informe sería especialmente oportuna teniendo en cuenta los progresos mundiales en el campo de la genómica y las esperanzas y aspiraciones de los pacientes. En Jamaica, la formación de grupos de apoyo por y para quienes padecen enfermedades genéticas ha demostrado su utilidad y eficacia desde el punto de vista tanto de la promoción como de la autoayuda.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) dice que los conocimientos sobre las enfermedades genéticas, y en particular sobre las técnicas diagnósticas, han aumentado enormemente durante las dos últimas décadas. La prevalencia de esas enfermedades plantea complejos problemas éticos, jurídicos, sociales y de derechos humanos para los que todavía no se ha encontrado solución. En su país, por ejemplo, sigue abierto el amplio debate generado por la fundación, hace unos 10 años, de una empresa de investigación genética. El principal reto consiste en proporcionar servicios especializados de atención de salud a tantas personas como sea posible, y al mismo tiempo proteger la confidencialidad y la libertad de elección individual, además de reducir al mínimo la incompreensión y la estigmatización que a menudo rodean a las enfermedades genéticas. El principal objetivo del control de las enfermedades genéticas consiste en aumentar al máximo las opciones disponibles para las personas en riesgo, más que en reducir la incidencia de esas enfermedades. La OMS tiene un importante papel que desempeñar en el desarrollo de un enfoque de salud pública de las enfermedades genéticas. En este sentido, coincide con el miembro representante de Francia en que la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa puede servir como referencia útil.

Se levanta la sesión a las 12.40 horas.

SEGUNDA SESIÓN

Jueves 26 de mayo de 2005, a las 14.05 horas

Presidente: Sr. M. N. KHAN (Pakistán)

ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Control de las enfermedades genéticas: punto 4.1 del orden del día (documento EB116/3) (continuación)

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que este tema es muy importante para su país, donde la falta de medios de detección y diagnóstico limita el asesoramiento y la orientación disponibles para los pacientes, sus familias y el público en general. Esto ocurre incluso con enfermedades como la drepanocitosis, o enfermedad de células falciformes, cuyo cribado, diagnóstico y tratamiento son asequibles. Si se aplican los protocolos, directrices y sistemas de envío de casos adecuados, será posible incorporar el tratamiento de los trastornos genéticos en la atención primaria de salud. Centrando su atención en esta cuestión, la OMS alentará a los países a hacer lo mismo y asignar más recursos a los trastornos genéticos. Esto debe hacerse lo antes posible, antes de que el desfase entre los países desarrollados y los países en desarrollo aumente conforme se desarrollen métodos de cribado y diagnóstico cada vez más complejos. La OMS debe adoptar una estrategia que abarque el establecimiento de protocolos y directrices para la realización de pruebas y el diagnóstico, haciendo hincapié en los trastornos genéticos cuyo tratamiento sea sencillo y asequible; la promoción de la capacitación de los agentes de salud en materia de cribado, diagnóstico, atención y asesoramiento; información pública y educación, y creación de centros de derivación y diagnóstico en el marco de los sistemas de atención primaria de salud.

El Sr. POMOELL (Finlandia)¹ manifiesta su sorpresa por el hecho de que las enfermedades raras sólo se mencionen una vez a lo largo del informe, ya que hasta un 80% de las cerca de 6000 enfermedades raras que hay en el mundo son, en mayor o menor medida, de naturaleza genética, y en algunos lugares del mundo estas enfermedades son la causa de entre el 10% y el 15% de la mortalidad.

La Sra. NOKE (Cystic Fibrosis Worldwide), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que su organización sin fines lucrativos es el resultado de la fusión, en 2003, de dos asociaciones. Integrada por más de 56 países miembros y miembros asociados, la organización mantiene relaciones oficiales con la OMS. Antes de la fusión, se elaboró junto con la OMS un manual para la aplicación de servicios relacionados con la fibrosis quística en los países en desarrollo y unas directrices para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. A partir de esos documentos de trabajo, su organización ha desarrollado un programa que ofrece apoyo a las organizaciones de pacientes, educa a los profesionales médicos sobre el tratamiento y el diagnóstico de la enfermedad y abre el acceso a la medicación necesaria, los centros de cuidados especializados y la comunidad internacional relacionada con la fibrosis quística. La organización está trabajando con otros asociados en Georgia y la India a fin de mejorar las aptitudes de gestión, financieras y de sensibilización de las asociaciones locales vinculadas a la fibrosis quística, desarrollar contactos con redes de organizaciones no gubernamentales de lucha contra las enfermedades crónicas hereditarias, y ampliar los vínculos entre estas organizaciones no gubernamentales locales y los sectores público y privado. A partir de las evaluaciones de proyectos, se elaborará un manual de creación de capacidad para el tratamiento de las enfermedades crónicas hereditarias en los países desfavorecidos, para que la OMS pueda distribuirlo.

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

La evaluación del tratamiento de la fibrosis quística contribuirá al desarrollo de un modelo para la creación de capacidad que permita a otras organizaciones no gubernamentales poner en práctica programas similares.

La falta de tratamiento y cuidados adecuados se traduce en que la mediana de la esperanza de vida aproximada de los niños que padecen fibrosis quística en los países en desarrollo es mucho menor que en los países desarrollados. Atender todas las necesidades de tratamiento que implica esta enfermedad crónica supone una pesada carga para la familia, los sistemas de atención de salud, los gobiernos, las comunidades y los recursos internacionales. Las evaluaciones de programas que han obtenido buenos resultados en los países en desarrollo pueden ayudar a las organizaciones de base comunitaria, las fundaciones establecidas y las asociaciones mundiales a trabajar más eficazmente en la lucha contra las enfermedades crónicas y en la ayuda a los enfermos. La colaboración permanente con la OMS y otras organizaciones no gubernamentales internacionales garantizaría que los logros actuales se conviertan en una guía para los programas futuros, aumentando así la calidad de vida y la esperanza de vida de los pacientes en todo el mundo.

El Dr. MASTROIACOVO (Centro Internacional de Información sobre Sistemas de Vigilancia de los Defectos de Nacimiento), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, señala que el Centro aglutina a más de 40 programas de vigilancia de los defectos congénitos. Su objetivo es, mediante la vigilancia y la investigación, prevenir los defectos de nacimiento y promover una atención óptima para los niños afectados y sus familias. Desde 1978 ha organizado reuniones científicas y publicado dos ediciones del *World Atlas of Birth Defects*, y está coordinando una base de datos internacional sobre anomalías craneofaciales, con la colaboración de más de 50 registros.

La prevención mundial de los defectos congénitos y la atención a las personas afectadas avanza por etapas. Dado que la mayoría de esos defectos son malformaciones estructurales, con una prevalencia de uno por cada 33 nacimientos, y acarrear un alto coste y una elevada mortalidad infantil, la primera etapa contempla dos prioridades fundamentales: desarrollar una vigilancia eficaz de las malformaciones congénitas y fomentar la prevención primaria. Esta última requiere intervenciones integradas de salud pública, como el enriquecimiento con ácido fólico, la sensibilización sobre los peligros del tabaco durante el embarazo, la vacunación contra la rubéola, el uso seguro de medicamentos durante el embarazo, e intervenciones centradas en la familia, como el consejo antes del embarazo, los servicios de salud materno-infantil y los servicios de genética clínica. Se ha confirmado mediante pruebas científicas que fomentar el enriquecimiento de los alimentos básicos con ácido fólico es la intervención más barata, sencilla y eficaz, y reporta importantes beneficios. El Centro está dispuesto a colaborar con personas y organizaciones a nivel mundial a fin de fomentar la prevención primaria y la vigilancia efectiva de los defectos congénitos.

El Dr. GIANGRANDE (Federación Mundial de Hemofilia), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que la Federación calcula que en el mundo hay unas 400 000 personas que padecen hemofilia (con una incidencia de uno por cada 5000 varones nacidos vivos), de las cuales sólo un 25%, aproximadamente, reciben un tratamiento adecuado. Con un tratamiento apropiado, las personas hemofílicas pueden llevar una vida normal, pero sin tratamiento la mayoría de los niños con hemofilia grave mueren antes de alcanzar la edad adulta. No tratar la hemofilia es costoso en términos de sufrimiento humano, tratamiento de las complicaciones médicas y pérdida de ingresos para las personas que no pueden trabajar.

Desde hace más de 40 años, la Federación viene mejorando la atención a los hemofílicos en todo el mundo, y su experiencia ha demostrado que esas mejoras sólo son sostenibles cuando dicha atención es parte esencial de un sistema nacional de salud en el que todas las partes interesadas trabajen conjuntamente. La Federación ha creado un modelo muy eficaz de atención sostenible de las personas con trastornos hemorrágicos en los países en desarrollo; en 2003 lanzó su alianza mundial para el progreso en la hemofilia, una iniciativa para el desarrollo de la atención de salud de 10 años de duración, en asociación con la OMS en unos 30 países. Ha catalizado la creación de un grupo básico de activistas locales entre las comunidades de médicos y pacientes, que se dirigió al Ministerio de Salud

con un plan inicial para establecer un programa de atención de la hemofilia en el sistema nacional de salud. La Federación proporciona datos para mostrar las ventajas económicas de un programa nacional de atención para la hemofilia. El diagnóstico es el primer paso para mejorar la asistencia y un elemento fundamental de esta iniciativa. La Federación dirige junto con la OMS un plan internacional de evaluación externa de la calidad destinado a vigilar y mejorar el diagnóstico de laboratorio en 65 centros de tratamiento de la hemofilia de todo el mundo. La formación teórica y práctica de los profesionales sanitarios y de los pacientes son otros elementos fundamentales del programa. Desde 2003 se han iniciado proyectos en nueve países.

La colaboración con la OMS ha tenido una enorme repercusión en los sistemas de salud pública para las personas en cuyas familias hay enfermos de hemofilia y en la mejora de la infraestructura sanitaria general. El orador insta a la OMS a que amplíe sus actividades en materia de genética y enfermedades genéticas adaptando el modelo utilizado con éxito por la Federación para aplicarlo a otras enfermedades genéticas.

La Sra. NOKE (Federación Internacional de Talasemia), haciendo uso de la palabra por invitación del PRESIDENTE, dice que la Federación ha comenzado a recopilar información epidemiológica sobre la talasemia, establecer asociaciones nacionales de talasemia en numerosos países miembros e intensificar sus actividades preventivas, y proporcionar un mejor tratamiento clínico. La falta de estrategias de prevención eficaces en muchos países significa que siguen naciendo niños afectados por la enfermedad y genera un aumento continuo de la demanda de sangre adecuada y segura, y de quelación del hierro y tratamientos para otras complicaciones. Esto supone una carga adicional para unos recursos nacionales que ya están sujetos a fuertes presiones, especialmente en los países en desarrollo, y conlleva una atención médica de baja calidad, unos índices de supervivencia bajos y una mala calidad de vida.

La Federación ha trabajado en más de 60 países hasta el momento, y ha creado lazos de colaboración, o reforzado los existentes con la comunidad médica, los servicios nacionales de salud y las asociaciones nacionales de talasemia. Ha fomentado la investigación en el terreno del control de la talasemia, ha recopilado datos epidemiológicos y ha puesto a punto programas educativos con buenos resultados. A fin de aumentar la sensibilización entre el público, los pacientes, el personal médico y los servicios nacionales de salud pública, la Federación traduce y distribuye de manera gratuita material didáctico y otras publicaciones sobre la prevención y el tratamiento de la talasemia. La Federación ha contribuido al establecimiento y la promoción de asociaciones nacionales de talasemia en 52 países. Mediante la financiación de investigaciones, ha contribuido a la mejora de los protocolos terapéuticos y el control de la talasemia. También ha fomentado la aplicación de programas de prevención eficaces en 60 países de todo el mundo. Sin la ayuda y el apoyo de la OMS, ninguna de estas actividades y logros habrían sido posibles, y la oradora insta por ello a que continúe esa colaboración.

Cientos de miles de niños nacen cada año con talasemia, y varios miles mueren debido a la ineficacia del tratamiento o la imposibilidad de lograrlo, y la calidad de vida de otros se ve perjudicada por un tratamiento subóptimo. Los datos disponibles todavía no son exactos, y es fundamental recopilar datos epidemiológicos más precisos. La experiencia ha demostrado que la prevención y el tratamiento clínico eficaces de la talasemia son un excelente modelo para otras enfermedades genéticas. La talasemia merece una mayor atención.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra como miembro representante del Pakistán, dice que las enfermedades genéticas y malformaciones congénitas son motivo de gran preocupación. En los entornos con recursos limitados, esa carga adicional es muy gravosa para el sistema de salud. Algunas de las enfermedades genéticas más comunes pueden tratarse eficazmente, pero requieren importantes recursos, que en muchos países en desarrollo no están disponibles. Aunque las investigaciones genómicas suscitan un gran entusiasmo, pasará mucho tiempo hasta que se materialicen plenamente sus beneficios, pero la ingeniería genética es el camino a seguir. El orador insta a la Secretaría a que tenga en cuenta los aspectos morales, éticos, médicos, jurídicos, sociales, culturales y religiosos del

control de las enfermedades genéticas. Las estrategias nacionales y mundiales para la prevención, el control y la investigación de las enfermedades genéticas del ser humano son fundamentales.

La Dra. LE GALÈS-CAMUS (Subdirectora General) dice que ha tomado nota de las observaciones de los miembros del Consejo. El informe reconoce tanto la importancia para la salud de las posibles aplicaciones de los resultados de las investigaciones genómicas como la complejidad de las cuestiones éticas, jurídicas, sociales y económicas que plantean. La Secretaría está adoptando un enfoque integrado, intentando ante todo contribuir a mejorar los conocimientos sobre la prevalencia de las enfermedades genéticas y su repercusión en la vida de quienes las padecen y de sus familias, comunidades y países, y está trabajando para promover la información y la educación y proporcionar orientación sobre las enfermedades genéticas en el contexto de la atención primaria de salud. Debe reconocerse que poner en práctica esas actividades puede acarrear dificultades para los países de bajos ingresos. El cribado temprano está en consonancia con este enfoque, conlleva beneficios indudables para los enfermos y sus familias, y sólo debería llevarse a cabo a petición de éstos. La OMS centra también su atención en el acceso al tratamiento, allí donde esté disponible y sea de reconocida eficacia, y la asistencia a los enfermos y sus familias. En todos los casos, las medidas adoptadas deben basarse en el estricto respeto de los valores y los marcos jurídicos de los países interesados, y llevarse a cabo tras analizar minuciosamente los sistemas de salud, para evitar que los recursos no se desperdicien o sean desviados a otras prioridades de política sanitaria.

Una muestra de la participación de la OMS en la labor internacional en el ámbito de la bioética son sus aportaciones al Comité Director de Bioética del Consejo de Europa y su desempeño de las funciones de secretaría en la Cumbre mundial de comisiones nacionales de bioética.

El Consejo toma nota del informe.

Comercio internacional y salud: punto 4.2 del orden del día (documento EB116/4)

El PRESIDENTE señala que este punto se aplazó en la 115ª reunión del Consejo.

El Dr. SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Tailandia) acoge con satisfacción el informe y dice que, a pesar de que Tailandia es un país predominantemente agrícola, su cuota de comercio internacional de servicios ha crecido notablemente a lo largo de los últimos 10 años, mientras que los ingresos procedentes de la agricultura han disminuido. El comercio internacional ha aportado riqueza y, gracias a ello, Tailandia podrá cubrir su déficit presupuestario. Durante el mismo periodo, el presupuesto nacional para la salud ha aumentado del 5% al 10% del gasto público total. El orador elogia las actividades de la OMS que se describen en el párrafo 10 del informe, así como el establecimiento, en febrero de 2004, de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, de conformidad con la resolución WHA56.27.

Aunque ha habido una estrecha colaboración en el plano mundial entre la OMS y sus asociados en el sector del comercio, es necesario que en el plano de los países haya un mejor diálogo con los ministerios, principalmente los de salud, comercio y relaciones exteriores. Asimismo, es necesario fortalecer la capacidad de análisis para que la formulación de políticas pueda basarse en pruebas concluyentes, a fin de aumentar al máximo los efectos positivos de la liberalización del comercio y reducir al mínimo sus repercusiones negativas.

El orador desea proponer un proyecto de resolución sobre este tema, y solicita que se mantenga abierto el examen de este punto del orden del día para permitir que haya tiempo para elaborar el texto.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia), refiriéndose a la complejidad del tema del comercio internacional y la salud, señala que las decisiones adoptadas por diferentes organizaciones internacionales pueden ser en ocasiones contradictorias. Sin duda, esto es lo que ocurre con la OMC y la OMS: la OMC se esfuerza por mejorar el comercio internacional, a menudo sin tener en cuenta las consecuencias para la salud, mientras que la OMS intenta proteger al mundo de esas consecuencias.

El informe subraya cuestiones relativas a las políticas en estos dos ámbitos: sin duda, el propio título «comercio internacional y salud» es motivo de gran preocupación, ya que estos dos elementos no pueden examinarse del mismo modo. En el informe se hace referencia a la creación de capacidad, pero es evidente que ésta sólo es viable en los países donde el sector de la salud es capaz de mantener un diálogo con los dirigentes de la economía mundial para convencerles de que, cuanto más progresa la economía, más se deteriora la salud y se resiente el desarrollo. La cuestión está vinculada a la de los derechos de propiedad intelectual y la innovación; es necesario reconciliar el derecho a la innovación con el desafío de dar a los países que no tienen la suerte de contar con grandes posibilidades de diálogo el acceso a la tecnología y los productos sanitarios que pueden mejorar la salud.

Sigue habiendo riesgos, pero hay cierta esperanza. Los talleres, reuniones e iniciativas de otro tipo propuestos pueden ayudar a quienes más lo necesitan, pero sin la coordinación entre los países la cooperación entre las organizaciones no resultará eficaz. Los Estados Miembros deben asumir, por tanto, esta responsabilidad.

El orador agradece a la OMS la cooperación que ha ofrecido a los países de la Comunidad Andina y del MERCOSUR en relación con los medicamentos antirretrovirales.

El Dr. SHANGULA (Namibia) dice que, a pesar de que la Asamblea de la Salud ha debatido sobre el comercio internacional y la salud en diversas ocasiones, la cuestión se ha hecho más apremiante con la aparición de la epidemia de VIH/SIDA y los beneficios de los medicamentos antirretrovirales. Dado que estos productos que pueden salvar vidas son objeto, desafortunadamente, del mismo tipo de regulación que otros productos básicos, son de agradecer las flexibilidades que prevé el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Sin embargo, a los países en desarrollo les preocupa que la OMC no sepa dar con una solución permanente para que los países cuya capacidad de fabricación de medicamentos es escasa o nula tengan acceso a medicamentos asequibles. El orador insta a que haya una colaboración más estrecha entre los ministerios de comercio y de salud, así como entre la OMS y la OMC. Los medicamentos no deben regularse de la misma manera que otros productos básicos.

La Sra. GILDERS (Canadá) elogia la valiosa contribución de la OMS al fomento de la profundización en el análisis de la compleja interrelación del comercio internacional y la salud. Los ministros de salud deben ser capaces de proporcionar a los ministros de comercio y finanzas pruebas del posible impacto del comercio y las negociaciones comerciales en la salud. La OMS, por tanto, debe continuar su labor en ese sentido, a fin de que las negociaciones comerciales internacionales tengan más en cuenta las consideraciones de las políticas sanitarias. El Canadá formará parte de los patrocinadores del proyecto de resolución propuesto por el miembro representante de Tailandia.

La Sra. LE THI THU HA (Viet Nam) se congratula por los debates sobre esta cuestión, que es importante para su país ya que está negociando su adhesión a la OMC. A pesar de la colaboración interministerial y la cooperación técnica de la que Viet Nam se ha beneficiado en los últimos años, ha habido pocos intentos de abordar temas de salud y comercio o de enfocarlos desde la perspectiva de la salud pública. Se necesitará formación y creación de capacidad para que los ministerios correspondientes logren abordar las cuestiones relacionadas con el comercio y la salud de manera más concertada, comprendan mejor los acuerdos de la OMC y pongan en práctica mecanismos para identificar y vigilar las repercusiones de esos acuerdos para la salud.

El Ministerio de Salud de Viet Nam y la OMS han ideado un proyecto para mejorar la capacidad de los funcionarios para reconocer las repercusiones de los acuerdos comerciales multilaterales en la salud pública. Su aplicación debería permitir resolver problemas nacionales en materia de política comercial y sanitaria durante las negociaciones de adhesión a la OMC, y obtener pruebas sólidas en ámbitos determinados, como el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, el acceso a los medicamentos y los ADPIC, la seguridad alimentaria y el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias. La oradora apoyará el proyecto de resolución que presentará el miembro representante de Tailandia.

El Profesor CİNTEZA (Rumania) afirma que su país presenta actualmente graves problemas sanitarios y de seguridad derivados del movimiento de personas, medicamentos y alimentos. Para evitar cualquier peligro para la salud, los alimentos deben almacenarse y conservarse correctamente, y por ello es fundamental garantizar la inocuidad de los aditivos y los conservantes alimentarios. Habiendo cuenta de la expansión del comercio regional e internacional de alimentos, es fundamental una vigilancia minuciosa de los aditivos y los conservantes. Su país también tiene dificultades para garantizar la salud y la seguridad a nivel nacional, por lo que valora mucho este informe.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) recuerda que las negociaciones sobre cuestiones comerciales en el marco de la OMC han sido a menudo muy polémicas. El debate sobre la repercusión del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios acerca de, por ejemplo, su compatibilidad con los objetivos de política social y sanitaria, han llevado a algunos a acusarlo de menoscabar el derecho de los Estados Miembros a aplicar sus políticas sociales. La lentitud en la aplicación de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública es un claro ejemplo de la dificultad de estas negociaciones.

El informe propugna con razón una mayor interacción entre los encargados de la formulación de políticas y los profesionales sanitarios en los sectores del comercio y la salud, a fin de hacer más coherentes las políticas nacionales e internacionales. Mediante consultas amplias, los ministerios de salud deberían conocer mejor los aspectos comerciales y la interacción entre la aplicación de las políticas nacionales de salud y el cumplimiento de los acuerdos comerciales internacionales. Este proceso será un enorme desafío para los países menos adelantados, cuyas instituciones carecen de conocimientos técnicos especializados y por tanto tienen que recurrir a la cooperación internacional o a servicios de asesoramiento externos muy costosos. Aunque podría ser aconsejable reforzar las capacidades estableciendo en los ministerios de salud unidades especializadas con una responsabilidad general sobre las negociaciones comerciales internacionales, en muchos países en desarrollo ni siquiera los ministerios de comercio tienen este tipo de unidades. Por tanto, puede que sea recomendable intentar conseguir especialistas institucionales en todos los sectores, pero centrándose especialmente en la salud y en el comercio, ya que los diversos sectores presentan muchos puntos en común en lo referente al comercio.

El orador está a favor del enfoque descrito en el párrafo 12 del informe. Deberá haber coordinación entre los donantes a fin de evitar solapamientos y aprovechar al máximo la competencia técnica de los donantes bilaterales y las organizaciones internacionales. Le complace la propuesta de asociación entre la FAO, la OMC, el Banco Mundial, la UNCTAD y la OCDE.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) dice que la cuestión de la compatibilidad de la salud pública y el comercio de productos regulados internacionalmente, como los alimentos y los productos farmacéuticos, exige un enfoque basado en la evidencia. La protección de los derechos de propiedad intelectual puede de hecho fomentar la salud pública, ya que promueve la investigación de nuevos medicamentos. Debe favorecerse la colaboración entre la OMS y la OMC a fin de propiciar la sinergia entre ambas. Se debe continuar apoyando a los países en desarrollo en los ámbitos que se están debatiendo.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) dice que en la era de la mundialización es imposible separar las cuestiones del comercio internacional y la salud, y por tanto es partidario de aplicar un enfoque integrado y global. El mejor modo de fomentar el desarrollo, eliminar la pobreza y promover la salud pública mundial es adoptar medidas concertadas.

En las negociaciones mantenidas en el marco de la OMPI, la OMC y la UNCTAD, su Gobierno ha adoptado una actitud positiva a fin de incorporar la perspectiva de salud pública sin crear por ello obstáculos innecesarios al comercio. El párrafo 6 de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública ha sido un paso importante para ampliar el acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Aunque en algunas circunstancias puede repercutir negativamente en la salud, la liberalización del comercio puede tener también un efecto positivo, pues garantiza una mejor asignación de los recursos y un aumento de los ingresos en los países en desarrollo.

Los supuestos riesgos para la salud no deberían utilizarse para justificar subvenciones, obstáculos técnicos al comercio o medidas sanitarias arbitrarias o discriminatorias.

El orador solicita más información sobre los análisis jurídicos pormenorizados sobre los acuerdos mencionados en el párrafo 12 del informe, especialmente sobre el proceso de consulta, los expertos a los que se invitará a participar y el calendario.

El Brasil respalda las actividades de capacitación y creación de capacidad emprendidas a nivel nacional para elucidar las relaciones entre el comercio y la salud y advertir a las autoridades pertinentes sobre esas relaciones, pues ello es fundamental para poder evaluar la repercusión de los acuerdos comerciales en la salud a fin de garantizar la coherencia en los planos regional e internacional. Las flexibilidades que permiten el Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de Doha deben reflejarse plenamente en las negociaciones comerciales regionales y bilaterales. No se trata de que prevalezca el comercio o la salud; se trata de dos cuestiones paralelas que se influyen mutuamente. Por este motivo, es fundamental adoptar un enfoque transparente, global e integrado en el ámbito internacional. Por ello, el orador apoyará la resolución que presentará Tailandia.

El Dr. SINGAY (Bhután) señala que su país está negociando actualmente su adhesión a la OMC. Los ministerios de salud deben participar en la negociación de los asuntos comerciales y deben proporcionar a los ministerios de finanzas y de comercio información basada en pruebas concluyentes. Desafortunadamente, a menudo los países carecen de competencia y capacidad. Por este motivo, acoge con agrado el informe y apoyará el proyecto de resolución que presentará Tailandia.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) dice que debe haber más interacción y diálogo entre las instancias normativas y los profesionales de la salud en los sectores del comercio y la salud. En su pequeño país insular, todos los equipos y medicamentos del sector de la salud tienen que importarse, lo que deja a las autoridades sanitarias a merced de las grandes empresas multinacionales, que establecen los precios sin consultar a los gobiernos nacionales.

Es indudable que el sector de la salud necesita competencia técnica en materia de comercio, pero los ministerios de salud y la OMS no deberían inmiscuirse en la labor de otros órganos como la OMC. Sin embargo, convendría definir más claramente qué se entiende por «comercio internacional», y que la Secretaría llevara a cabo su labor en materia de comercio internacional y salud.

El Dr. TANGI (Tonga) también señala a la atención la vulnerabilidad de las pequeñas naciones insulares en las relaciones comerciales y la fragilidad de su posición en las negociaciones con la OMC y otros grandes organismos. Estos países, que se ven obligados a importar muchos productos relacionados con la salud y a gastar en ellos una proporción cada vez mayor de sus presupuestos, son quienes más se ven afectados por muchas decisiones comerciales en las que apenas pueden influir.

El Profesor FIŠER (República Checa) hace suyas las palabras del miembro representante de Portugal. Mencionando la referencia que se hace en el informe (párrafo 17) a la colaboración con otras organizaciones internacionales, el orador señala que el Ministerio de Salud de su país tuvo una experiencia negativa con el Banco Mundial cuando, sin siquiera consultar a las autoridades sanitarias nacionales, expertos del Banco presentaron al Ministerio de Finanzas varias propuestas para la reforma del sistema checo de atención sanitaria, propuestas que implicaban una reducción de los costos pero también una menor cobertura. El orador insta a la OMS a que, en sus alianzas con otras organizaciones internacionales, resalte con mayor firmeza su resolución de promover la salud y otros temas relacionados.

El Profesor HOUSSIN (Francia) elogia el apoyo técnico prestado por la OMS a los países para adaptar su legislación nacional a fin de beneficiarse plenamente de las disposiciones flexibles previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC. A Francia le interesa la labor analítica que está realizando la Secretaría para evaluar la repercusión de este Acuerdo en el acceso a los medicamentos, en especial en la India

desde el 1 de enero de 2005, ya que desea garantizar que las flexibilidades de los acuerdos de Doha se utilicen para atender las necesidades de salud pública, en particular para tratar el VIH/SIDA.

El Dr. NYIKAL (Kenya) hace hincapié en que la OMS debe ayudar a fortalecer los vínculos entre los ministerios de salud y de comercio y poner de relieve las cuestiones de salud que deben tenerse en cuenta en las negociaciones comerciales. A menudo los ministros de salud sólo participan en esas negociaciones cuando surge un asunto concreto relacionado con la salud que requiere su participación, como ha ocurrido recientemente en las negociaciones tendentes a armonizar los aranceles comerciales entre los países del África oriental. La necesidad del apoyo de la OMS para reforzar la cooperación interministerial en asuntos comerciales podría reflejarse en el proyecto de resolución propuesto.

El Dr. WINT (Jamaica) expresa su apoyo a la labor de la OMS en el campo del comercio internacional y la salud y afirma que la cuestión primordial no es el comercio o la salud, sino garantizar que el comercio incida positivamente en la salud. Apoyará el anteproyecto de resolución, pero desea que se insista más en la colaboración entre los sectores de la salud y la agricultura en lo relativo a la seguridad alimentaria y las implicaciones del comercio de productos agrícolas para la salud pública. En relación con la base de evidencia necesaria, señala que los ministros de comercio suelen fijarse en las repercusiones financieras a corto plazo, pero los funcionarios de salud deben hacer hincapié en los costos de las repercusiones sanitarias a largo plazo del comercio, que en ocasiones superan a sus beneficios a corto plazo.

El Dr. ALI MOHAMMED (Iraq) afirma que el informe debería haber abordado más resueltamente algunos aspectos delicados de la salud y el comercio, como por ejemplo los impuestos aplicados a los medicamentos. Expresa su apoyo al proyecto de resolución propuesto por el miembro representante de Tailandia.

El Sr. HOHMAN (Estados Unidos de América)¹ coincide en reconocer la importancia del comercio internacional y la salud, pero considera que el informe es superficial y no ha sabido hacer un análisis crítico. Le preocupa al orador el modo en que la Secretaría asesora a los Estados Miembros sobre las posibles implicaciones de las normas comerciales desde la perspectiva de la salud pública, y la información que proporciona sobre las prácticas óptimas en las negociaciones comerciales. Esas actividades no son la mejor manera de utilizar los recursos de la OMS, en particular porque, según el orador, cabe cuestionar la profundidad de los conocimientos que la Secretaría puede proporcionar a los Estados Miembros en este ámbito. Además, la Secretaría muestra a menudo prejuicios contra la industria, el libre comercio y los derechos de propiedad intelectual. Con respecto al proyecto de resolución propuesto, agradece las consultas previas, y transmitirá algunas sugerencias al miembro representante de Tailandia.

El Dr. MATHESON (Nueva Zelandia)¹ solicita aclaraciones sobre la naturaleza de la relación entre la OMS y el Banco Mundial, la OMPI, la OMC y otras organizaciones internacionales, y opina que podría ser útil que la Secretaría colaborase con esas organizaciones para ayudarles a articular de manera más clara sus objetivos de salud pública y a idear indicadores de los progresos logrados en pos de los objetivos de salud pública mundiales gracias a sus actividades. Posteriormente, la OMS podría hacer participar a esas organizaciones en debates regulares de alto nivel sobre sus contribuciones a la salud mundial. El orador pregunta si existe un programa de trabajo conjunto en el que haya objetivos compartidos o que coincidan, en particular con organismos, como el Banco Mundial, fuertemente implicados en la salud pública, a fin de maximizar el impacto de los esfuerzos internacionales en pro de

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

la salud. Además, sugiere que se examine el concepto de los bienes de salud pública mundiales, en sentido amplio, que requiere una respuesta cooperativa y no competitiva a importantes cuestiones comerciales y de salud, como ocurrió con la respuesta al brote de síndrome respiratorio agudo severo.

El Dr. QI Qingdong (China)¹ señala que muchos países en desarrollo siguen teniendo dificultades técnicas para utilizar las flexibilidades de las normas comerciales internacionales a fin de proteger sus intereses en materia de salud pública. Expresa su reconocimiento de la labor realizada por la OMS para proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros en la cuestión compleja del comercio y la salud, en especial formando a profesionales de la salud en los países en desarrollo para que se familiaricen con las normas de la OMC. A China le preocupa especialmente el modo en que las normas comerciales relativas a las patentes y a los derechos de propiedad intelectual elevan el costo de la transferencia de tecnología para la fabricación de nuevos medicamentos, por encima de lo que pueden permitirse los países en desarrollo. A China le complace el proyecto de resolución propuesto por Tailandia y desea ser patrocinadora de éste.

El Sr. PHELAN (Irlanda)¹ comenta que el breve informe considerado parece haber sido concebido únicamente como un panorama general de las cuestiones que más destacan en ese complejo ámbito. Habida cuenta de los debates mantenidos durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, el informe debería haber prestado más atención al movimiento internacional de los profesionales sanitarios, sobre todo en relación con la liberalización del comercio de servicios y el derecho de los profesionales de un país a establecerse en otro. La mayoría de los países han regulado los derechos de los profesionales médicos a ejercer su profesión por motivos de protección del consumidor y de salud pública, pero en las negociaciones comerciales internacionales hay una presión cada vez mayor para relajar esas restricciones. La cuestión de conceder automáticamente a los profesionales sanitarios el derecho a trabajar en otros países debe analizarse con detenimiento. La OMS podría estudiar la posibilidad de fomentar un consenso internacional sobre los aspectos sanitarios implicados, incluida la protección de los servicios de salud de los países en desarrollo, ya que los países desarrollados podrían intentar relajar sus requisitos para el ejercicio de las profesiones sanitarias por parte de extranjeros para solucionar sus propios problemas de recursos humanos. El informe defrauda también al no analizar los aspectos de salud pública y seguridad de los pacientes asociados a la cibermedicina y la telemedicina, así como cuestiones relativas a la responsabilidad y los seguros en el comercio de servicios de salud.

La Sra. KJAESERUD (Comisión Europea) dice que la Comisión considera el comercio internacional como un instrumento necesario para ayudar a garantizar el acceso a la atención de salud y mejorar la salud pública. Por ello, la oradora acoge con agrado la iniciativa de la OMS de examinar los aspectos más generales de la salud y el comercio, y espera que prosiga la colaboración en ese sentido.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra en su calidad de miembro representante del Pakistán, considera admirable que la OMS haya logrado congregarse a los interlocutores comerciales para debatir y lograr relajar las normas comerciales en beneficio de la salud. Cita la adopción de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública como una medida positiva en respuesta a las graves preocupaciones expresadas por los países en desarrollo. Del mismo modo, la aprobación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y el Reglamento Sanitario Internacional (2005) simbolizan un éxito que permite albergar esperanzas respecto de las futuras negociaciones sobre asuntos como las remesas y la migración internacional del personal sanitario. Por ello, le complace la atención que la OMS presta a las posibles repercusiones sanitarias de los cuatro principales acuerdos comerciales multilaterales de la OMC, y alienta a la Organización a proseguir su labor

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

de promoción y a examinar las opciones para impartir formación a fin de capacitar al personal sanitario para comprender las implicaciones de esos acuerdos.

La Dra. LEITNER (Subdirectora General) coincide en que la OMS debe seguir concentrándose en los aspectos del comercio relativos a la salud pública en su labor con la OMC. La Secretaría y los Estados Miembros en su conjunto tienen interés en garantizar que, paralelamente a la evolución del régimen comercial internacional, se logre a nivel de los países un equilibrio que maximice los aspectos positivos del comercio para la salud pública y reduzca al mínimo sus efectos negativos. Algunos de los desafíos a los que se enfrentan los países en desarrollo son peculiares; obviamente, la situación de un pequeño país insular es muy diferente de la de un país grande. Por ello, la Secretaría ha evitado dar consejos detallados sobre el modo en que los países deben llevar a cabo sus negociaciones comerciales, y es que su prioridad es garantizar que los funcionarios de salud tengan la información necesaria para interactuar idóneamente con sus homólogos del ámbito del comercio y la economía y determinar lo que más beneficie a la salud pública en su país. Con este objetivo, ha publicado libros, artículos, notas técnicas y otras indicaciones para ayudar a las autoridades sanitarias a entender la complejidad de estas cuestiones. Muchos de los asuntos que han mencionado los diversos oradores han sido tratados en esas publicaciones, la mayoría de las cuales están disponibles en el sitio web de la OMS. En el marco de la Secretaría, un departamento muy pequeño se ocupa de los asuntos generales relacionados con el comercio y la salud y de la coherencia entre el comercio internacional y las políticas de salud; los aspectos técnicos específicos se tratan en los grupos técnicos respectivos. A las oficinas regionales les corresponde tomar la iniciativa en las cuestiones relativas a los acuerdos comerciales regionales. Con respecto al fomento de la capacidad, la Secretaría ha elaborado módulos de formación, también disponibles en el sitio web de la OMS, destinados en particular a los países que han iniciado negociaciones de adhesión a la OMC, aunque, también en este caso, el objetivo es simplemente explicar las implicaciones de los diversos instrumentos comerciales, no proporcionar orientación específica a los países. Dado que cada vez recibe más solicitudes de asistencia en el ámbito del comercio y la salud, la OMS continuará trabajando en este sentido, procurando siempre regirse por la demanda. Así pues, al presentar el informe, la Secretaría espera recibir respuestas de los Estados Miembros e identificar sus preocupaciones a fin de lograr un equilibrio entre, por una parte, saber responder a necesidades específicas en los planos nacional y regional y, por otra, responder a la necesidad de un marco normativo mundial en el que la Secretaría continúe trabajando en el ámbito del comercio y la salud.

El PRESIDENTE expresa su reconocimiento por las actividades emprendidas por la Secretaría en un terreno complejo. Los miembros del Consejo, sin embargo, desean que la Secretaría proporcione más apoyo a nivel de país en los temas comerciales. Reconocen que, si bien la economía y los beneficios tienen su importancia, lo que cuenta en la salud es un enfoque más humano, especialmente para cubrir las necesidades de los pobres y los oprimidos, a fin de que, en lugar de erradicar los males del tercer mundo, el comercio y la mundialización no se limiten a crear un cuarto mundo con los más pobres de entre los pobres.

Entiende que el Consejo desea mantener abierto el examen de este punto del orden del día, para poder examinar el proyecto de resolución propuesto por Tailandia al día siguiente.

Así queda acordado.

(La continuación del debate figura en el acta resumida de la tercera sesión, sección 2.)

Nutrición y VIH/SIDA: punto 4.3 del orden del día (documento EB116/12)

La Dra. RAHANTANIRINA (Madagascar), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, acoge con agrado la importancia que se ha concedido a los resultados de la consulta técnica sobre la nutrición y el VIH/SIDA en África (celebrada en Durban, Sudáfrica, del 10 al 13 de abril de 2005) y las preocupaciones expresadas con respecto al efecto agravan-

te de una nutrición inadecuada en la situación, ya de por sí precaria, de las personas que viven con el VIH/SIDA. La oradora se refiere brevemente a la gravedad de la epidemia de VIH/SIDA en el África subsahariana y afirma que en los países en cuestión, la OMS viene proporcionando asistencia técnica específica en función de las prioridades, además de apoyo general a las iniciativas internacionales destinadas a obtener una vacuna.

La oradora destaca tres problemas importantes, el primero de los cuales es la seguridad alimentaria. En el círculo vicioso de la malnutrición y el VIH/SIDA, la pandemia perjudica gravemente a la seguridad alimentaria, que es fundamental para el desarrollo económico y social, así como para garantizar una nutrición adecuada y, en definitiva, la capacidad de trabajar. Cuanto más se generaliza la pobreza, más difícil es atender las necesidades básicas de alimentos, especialmente porque las familias tienen que renunciar a parte de su actividad productiva para cuidar de los enfermos.

El segundo problema es la alimentación de los lactantes. A pesar de que no se conoce el mecanismo exacto de la transmisión del VIH de la madre al niño a través de la leche materna, se han detectado factores de riesgo relacionados con la salud materna, la infección durante el embarazo y la lactancia, y la duración de la lactancia materna. A menudo, la alimentación mixta aumenta el riesgo.

El tercer problema está relacionado con las complicaciones nutricionales de la infección por VIH y el SIDA. Investigaciones recientes realizadas en colaboración con la OMS y el ONUSIDA indican que en las fases iniciales, a veces asintomáticas, la infección por VIH altera el estado nutricional. El riesgo de malnutrición aumenta notablemente a medida que avanza la infección, debido al aumento del consumo de energía en reposo, al menor consumo de alimentos, a la mala absorción de los nutrientes por el sistema digestivo y a los efectos patológicos directos del VIH.

Aunque la infección no puede curarse con una nutrición adecuada, ésta es fundamental para proteger la función inmunitaria. Ya se han formulado varias propuestas, entre ellas las que figuran en la declaración emanada de la reunión de Durban y en el plan de trabajo de la OMS. Sin embargo, hay que tener en cuenta la atención nutricional a las personas infectadas por el VIH y la prevención de la malnutrición en los lactantes de madres infectadas por el VIH, así como la aplicación de una política de sustitución de la lactancia materna. La OMS viene proporcionando un excelente apoyo en las investigaciones destinadas a este fin.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) elogia la labor del grupo consultivo técnico de la OMS sobre nutrición y VIH/SIDA, así como la organización de una consulta técnica sobre la nutrición en relación con el VIH/SIDA en África. El orador está de acuerdo en utilizar las recomendaciones emanadas de esa reunión como base para establecer prioridades y un plan de trabajo para incorporar la nutrición en una respuesta integral al VIH/SIDA. Dado que existen intervenciones eficaces, la infección de los lactantes por el VIH resulta inadmisibles. En consecuencia, además del consenso mundial en cuanto a que el tratamiento antirretroviral debe llegar a todas aquellas personas que lo necesiten, los programas son fundamentales para garantizar sucedáneos de la leche materna para los hijos de las mujeres infectadas por el VIH, al menos hasta los seis meses de edad. Desde 2002, el programa nacional de enfermedades de transmisión sexual y SIDA viene aplicando una política de distribución de preparaciones para lactantes entre los niños de las mujeres infectadas por el VIH. Esa política, que forma parte de las medidas tendentes a reducir la transmisión vertical del VIH y ha demostrado tener un excelente efecto de reducción de la infección de los niños a través de la leche materna, fue presentada en el trigésimo segundo periodo de sesiones del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (Brasilia, 14-18 de marzo de 2005).

Su Gobierno está dispuesto a aportar su experiencia a la Secretaría para elaborar las prioridades y el plan de trabajo de la OMS sobre nutrición y VIH/SIDA.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) reconoce la importancia de esta cuestión y acoge con agrado los resultados y recomendaciones de la reunión de Durban. Sin embargo, todavía deben realizarse investigaciones sobre la relación entre los agentes antirretrovirales y la nutrición. El Japón desea contribuir a las investigaciones operacionales y clínicas y a la formulación y aplicación de una estrategia basada

en la evidencia, además de llevar a cabo un programa sobre el VIH/SIDA en los planos nacional y mundial.

El Dr. NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) afirma que la nutrición es especialmente importante para las personas afectadas por el VIH/SIDA sometidas a tratamiento, pues modula la eficacia de la terapia antirretroviral. Rwanda solicita que la OMS, en colaboración con otras organizaciones, continúe sus actividades para mejorar la situación nutricional de los enfermos de VIH/SIDA. Las medidas que ya está adoptando el país en este sentido se enmarcan en una política de nutrición que incluye estrategias para luchar contra la malnutrición y atender las necesidades nutricionales de las personas infectadas sometidas a tratamiento antirretroviral, aprovechar al máximo los fondos disponibles a fin de afrontar los problemas de salud de manera más general, y proporcionar microcréditos a los afectados por el VIH/SIDA para ayudarles a establecer proyectos a pequeña escala que les permitan obtener ingresos y, de este modo, fomentar su autoasistencia.

El Profesor CİNTEZA (Rumania) dice que durante los años ochenta Rumania tuvo una de las tasas más altas del mundo de infección pediátrica por el VIH; muchos de estos niños eran adolescentes, con necesidades especiales. Rumania trata a todos los enfermos de VIH/SIDA, y ese tratamiento incluye la distribución de alimentos, especialmente a las personas hospitalizadas. No obstante, el programa propuesto puede hacer mucho más. Para Rumania será una satisfacción poder compartir su experiencia en apoyo de las actividades descritas en el informe.

El Dr. ALI MOHAMMED (Iraq) señala que la OMS y el UNICEF recomiendan que las madres infectadas por el VIH eviten la lactancia materna cuando haya sucedáneos disponibles, asequibles, sostenibles y seguros. De lo contrario, las autoridades locales deben responsabilizarse, en cooperación con la OMS, el UNICEF y otras organizaciones de apoyo, de ofrecer alimentación sustitutiva para reducir o eliminar el riesgo de transmisión del VIH a partir de una madre infectada.

El Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) señala que las pruebas científicas más recientes han demostrado que una nutrición adecuada no puede curar la infección por el VIH, pero sí es fundamental para el fortalecimiento del sistema inmunitario, el mantenimiento de la salud y, en definitiva, la calidad de vida. En consecuencia, Portugal ha adoptado medidas en varios frentes, por ejemplo, mediante el suministro de asesoramiento científico destinado a cursos sobre nutrición y VIH/SIDA, la organización de actividades de formación sobre nutrición para los profesionales de la salud que trabajan con personas infectadas por el VIH, la adaptación del cuestionario de la OMS sobre calidad de vida, haciendo hincapié en la nutrición, y la elaboración de un manual para los enfermos de VIH/SIDA con respuestas a las preguntas más frecuentes, incluidas las relativas a la nutrición. El orador coincide plenamente con las recomendaciones para la adopción de medidas formuladas en la reunión consultiva de la OMS sobre nutrición y VIH/SIDA celebrada en África.

El Dr. SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Tailandia) elogia las actividades conjuntas realizadas por la OMS y otras partes para organizar la consulta sobre nutrición y VIH/SIDA en África. Estudios recientes del Ministerio de Salud Pública de su Gobierno han puesto de relieve la prevalencia de la inseguridad alimentaria en los hogares pobres. El programa del país para la prevención de la transmisión vertical a partir de embarazadas infectadas por el VIH incluye el suministro gratuito de sucedáneos de la leche materna, subvencionados por el Ministerio. Según un estudio reciente, el 94% de las mujeres embarazadas infectadas han utilizado sucedáneos de la leche materna en el marco de este programa, lo que constituye uno de los mayores logros alcanzados en los países en desarrollo. El Gobierno ha hecho grandes esfuerzos para que la atención dispensada a los afectados por el VIH/SIDA incluya un servicio de nutrición, con medidas de asesoramiento, tratamiento antirretroviral y servicios de salud comunitarios.

El orador apoya con firmeza las recomendaciones formuladas en la consulta, en las que se pide al Director General que continúe adoptando medidas, en colaboración con la FAO, el PMA,

el ONUSIDA y la sociedad civil, para velar por que la atención nutricional sea una parte esencial de las intervenciones integrales contra el VIH/SIDA en los planos nacional e internacional. Esta cuestión merece una resolución del Consejo Ejecutivo que pueda transmitirse a la Asamblea de la Salud en 2006.

El Dr. AWENAT (Jamahiriya Árabe Libia) dice que, a pesar de que no ha sufrido un problema importante de VIH/SIDA, Libia sí tiene experiencia en los problemas de nutrición de los niños infectados como consecuencia de la acción de enfermeras; se han visto afectados así unos 500 niños. Desde un principio, se adoptaron medidas para hacer frente al problema mejorando la nutrición. A lo largo del tiempo se ha acumulado una valiosa experiencia, que a su país le complacerá compartir.

El Dr. NYIKAL (Kenya) dice que el VIH/SIDA es la enfermedad que más claramente demuestra el efecto de la nutrición en su patología, reciba o no tratamiento el paciente. Todas las iniciativas mundiales encaminadas a combatir el VIH/SIDA han ignorado hasta ahora ese aspecto, o han dado por supuesta una nutrición adecuada. Por tanto, este tema debe incorporarse en todas las actividades pertinentes, como las del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, a fin de lograr los resultados esperados.

El orador apoya la recomendación del miembro representante de Tailandia de que el Consejo estudie la posibilidad de elaborar un proyecto de resolución en su 117ª reunión.

La Sra. MAFUBELU (Sudáfrica)¹ recuerda que su país ha acogido la primera reunión consultiva sobre nutrición y VIH/SIDA, y apoya las recomendaciones subsiguientes. En las declaraciones de las instituciones gubernamentales, los científicos y las organizaciones no gubernamentales se ha reafirmado la importancia de la seguridad alimentaria y la función de la nutrición en la promoción de la buena salud en general y como parte de una respuesta integral al VIH/SIDA. Sin embargo, dado que sigue habiendo lagunas en los conocimientos, Sudáfrica alienta a que se continúe investigando en los diversos ámbitos, en particular para obtener datos que sustenten la formulación de políticas de reducción del riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo y una dosificación adecuada de los suplementos. Aunque no hay respuestas para todo, Sudáfrica está convencida de que existen pruebas científicas e información suficientes para formular y aplicar políticas, especialmente para fortalecer la respuesta global al VIH/SIDA, y alienta a los diversos comités regionales a discutir el informe.

El Sr. MASUKU (FAO) dice que la FAO ha logrado grandes avances en el desarrollo de respuestas multisectoriales integrales contra la epidemia del VIH/SIDA. Está trabajando con organizaciones hermanas de las Naciones Unidas para atenuar el impacto de la epidemia, y la labor realizada en el ámbito del VIH/SIDA y la nutrición forma parte de ese esfuerzo. En este sentido, señala a la atención del Consejo un manual sobre cuidados y apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA,² y el cursillo asociado sobre ese tema, instándose a los gobiernos a darle la máxima difusión.

Es importante reconocer que el riesgo nutricional que conlleva el VIH no sólo amenaza a las personas infectadas; la inseguridad alimentaria y la malnutrición afectan con frecuencia a hogares enteros y comunidades duramente castigadas por el VIH/SIDA. Por lo tanto, la nutrición debe tener un peso destacado en las respuestas contra el VIH/SIDA. Si bien el sector de la salud desempeña una función primordial en ese sentido, el sector de la alimentación y la agricultura también tiene ahí un papel, y ambos sectores deben aunar fuerzas. La nutrición debe convertirse en un componente esencial y permanente de prácticamente todas las respuestas contra el VIH/SIDA.

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

² OMS, FAO. *Aprender a vivir con el VIH/SIDA – Manual sobre cuidados y apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA*. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2003.

La Sra. WALDVOGEL (PMA) se congratula de la convocación de la consulta de Durban. El PMA es el principal proveedor de alimentos y micronutrientes a las personas con VIH, y está colaborando con la OMS para lograr un consenso mundial sobre el modo de responder al problema del VIH y el hambre. La OMS ha hecho grandes progresos en la consolidación de las pruebas científicas disponibles sobre las necesidades nutricionales de los afectados por el VIH. Entre las cuestiones fundamentales emanadas de la reunión consultiva técnica figura la necesidad, basada en pruebas científicas, de adoptar medidas inmediatas para integrar los alimentos y la nutrición en la atención, el tratamiento y la prevención del VIH/SIDA. Para ello, los gobiernos y las organizaciones de ayuda deben concentrarse en garantizar que la terapia antirretroviral vaya acompañada de una nutrición adecuada y que los niños afectados por el VIH reciban alimentos y educación. La reunión consultiva ha confirmado que una ingesta adecuada de alimentos es fundamental para beneficiarse plenamente de la terapia antirretroviral. La mayoría de los 30 millones de personas infectadas por el VIH en África no tienen acceso a los nutrientes básicos necesarios para llevar una vida sana, y mucho menos para cubrir el aumento de sus necesidades energéticas para resistir a la tuberculosis y otras infecciones oportunistas. Ante el aumento del número de personas que entran a participar en los programas de tratamiento antirretroviral, la OMS y el PMA están elaborando directrices para determinar quién necesita apoyo nutricional y para velar por que lo reciba. El PMA está expandiendo sus propios proyectos para favorecer la iniciativa de la OMS «tres millones para 2005», y se ha comprometido a colaborar con la OMS para compartir su experiencia operacional en este ámbito.

A fin de atender las necesidades nutricionales de los niños infectados por el VIH y en situación vulnerable debido al VIH/SIDA, el PMA y otros organismos han asumido un papel directivo a través de la atención comunitaria, la salud maternoinfantil y los programas de alimentación escolar para huérfanos y niños vulnerables en las zonas carentes de seguridad alimentaria. Una asistencia alimentaria bien orientada puede ayudar a interrumpir el círculo vicioso en el que el SIDA obliga a los niños a abandonar la escuela para cuidar a un progenitor enfermo, o a ofrecer sexo a cambio de comida, con lo que corren el riesgo de resultar infectados por el VIH y hundirse más en la pobreza. También debe determinarse la mejor manera de alimentar a los lactantes y niños pequeños a los que se ha dejado de amamantar. La OMS, el UNICEF y el PMA colaborarán con universidades y otros asociados para estudiar los productos existentes para ello.

Se dispone de una capacidad de financiación sin precedentes para la lucha contra el VIH/SIDA y para la asistencia al desarrollo en general, pero la ampliación de las intervenciones nutricionales relacionadas con el VIH requerirá la movilización de nuevos recursos. El ONUSIDA ha comenzado a integrar los alimentos y la nutrición en sus actividades en curso de estimación de las necesidades mundiales de recursos, y el PMA está tomando la iniciativa para analizar qué intervenciones requieren financiación, y a qué precio. El PMA coincide con la OMS en que una promoción eficaz de la asignación de recursos adicionales para integrar la nutrición en la atención, el tratamiento y el apoyo contribuiría a garantizar que se cumplan los objetivos acordados internacionalmente y que se apliquen las recomendaciones de Durban.

En la reunión consultiva técnica también se hizo hincapié en la necesidad de que las políticas y los programas nacionales demuestren un mayor compromiso político respecto de las necesidades nutricionales de las personas con VIH. Aunque la principal responsabilidad recae en los gobiernos nacionales, el PMA y otros organismos, junto con numerosos grupos comunitarios, están dispuestos a velar por que sus actividades de prevención, tratamiento y atención no se vean comprometidas por el hecho de haber descuidado la nutrición.

El Dr. CHOW (Subdirector General) dice que la OMS considera la nutrición un aspecto fundamental de su cooperación con los organismos asociados y está adoptando un enfoque integrado del VIH/SIDA y la nutrición: desarrollo de políticas, suministro de ayuda técnica, participación en las investigaciones sobre la micronutrición y el VIH/SIDA, y seguimiento de las reuniones técnicas recientes.

Con respecto a la intervención del miembro representante del Japón, la OMS acogería con agrado un programa de investigaciones para evaluar las necesidades nutricionales y las posibles interven-

ciones en favor de las mujeres y los niños, e indicadores específicos para las personas seropositivas, así como la inclusión de otros micronutrientes en la evaluación de las propiedades nutracéuticas de importantes macronutrientes y micronutrientes.

En respuesta a la observación formulada por el miembro representante del Iraq, el orador dice que la OMS recomienda que, cuando no haya una alimentación de sustitución aceptable, viable, asequible, sostenible y segura, se practique la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses, hasta que se den las condiciones para una alimentación de sustitución segura. Sin duda alguna, la edad de interrupción del amamantamiento dependerá de la situación particular de cada madre e hijo.

La OMS está creando una cadena de acción concertada para vincular los recursos, los conocimientos técnicos y la aplicación. La OMS, la FAO y el PMA, conjuntamente con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Banco Mundial y donantes bilaterales, pueden colaborar para combinar la atención nutricional y médica en los planos nacional y comunitario.

El PRESIDENTE observa que África, en particular, necesita mucha asistencia, y se requiere un enorme esfuerzo de colaboración. El tema del VIH/SIDA se incluirá en el orden del día de la 117ª reunión del Consejo en enero de 2006, durante la cual los miembros podrán continuar debatiendo estas cuestiones.

El Consejo toma nota del informe.

Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS: punto 4.4 del orden del día (documento EB116/13)

El Dr. PHOOKO (Lesotho), haciendo uso de la palabra en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, recuerda que en 1997 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas formuló unas recomendaciones específicas para la incorporación de una perspectiva de género en las actividades del sistema de las Naciones Unidas. Desde entonces, la OMS ha adoptado a través de sus órganos deliberantes medidas encaminadas a lograr la igualdad de género, entre ellas la adopción de resoluciones en apoyo de la paridad entre hombres y mujeres en la Secretaría y en los órganos consultivos científicos y técnicos. Se han logrado algunos progresos, y en el informe se indican los desafíos que quedan pendientes para el sector de la salud y la OMS.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) acoge con agrado el informe, que es el primero de este tipo presentado al Consejo Ejecutivo. Aunque la cuestión no es nueva, reviste importancia y requiere atención, entre otras cosas para corregir la idea de que el «género» sólo atañe a las mujeres. El informe hace hincapié en la complementariedad entre hombres y mujeres. Hay dos aspectos que requieren una mayor atención: la necesidad de analizar los problemas sanitarios en los diferentes grupos de edad, y especialmente la salud de las mujeres en las etapas no reproductivas de su vida; y la participación de las mujeres en la labor de la Secretaría y de los Estados Miembros en materia de salud, sobre todo de salud pública y servicios de salud.

La Sra. HALTON (Australia) coincide con el miembro representante de Bolivia en que el género es un asunto de hombres y de mujeres. Su Gobierno está firmemente comprometido con la Plataforma de Acción de Beijing, y considera que con las mujeres se plantean cuestiones particulares en el terreno de la igualdad, por ejemplo en el sistema sanitario, pero reconoce que el género puede tener una influencia real en los riesgos para la salud, en términos de resultados y de experiencias en el sistema de salud, tanto en la mujer como en el hombre. Las cuestiones de género deben incluirse deliberadamente en las políticas y los programas de la OMS. El Gobierno de Australia atiende las necesidades de salud de hombres y mujeres por igual y considera que deben tenerse en cuenta sus diferentes experiencias en el ámbito de la salud.

La Sra. WALAIPORN PATCHARANARUMOL (asesora del Dr. Supachai Kunaratanapruk, Tailandia) elogia los progresos alcanzados por la OMS en este ámbito, en particular el establecimiento de un área de trabajo sobre el género, la mujer y la salud en el presupuesto por programas 2006-2007, el hecho de que en tres regiones de la OMS se han tenido en cuenta las cuestiones de género, y la inclusión de estadísticas de salud desglosadas por sexo en el *Informe sobre la salud en el mundo*. La oradora ve con satisfacción el trabajo que se está realizando para elaborar una estrategia y un plan de acción mundiales, en consulta con las regiones y los países. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se hace hincapié en la idea de la igualdad de género, por ejemplo en la igualdad de acceso a la educación para niños y niñas; la dimensión de género y otras dimensiones socioeconómicas deberían incorporarse en las metas sanitarias a través de las actividades de la OMS, en cooperación con el Banco Mundial, el PNUD y el UNICEF, publicando datos desglosados por sexo sobre las tasas de mortalidad infantil y en menores de cinco años, el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y la terapia antirretroviral para los hombres y mujeres que viven con el VIH/SIDA, y la cobertura de inmunización entre niños y niñas. En el plano de los países, es necesario fomentar la sensibilización pública y política a fin de reducir al mínimo las desigualdades de género.

En lo relativo a las posibilidades de carrera de los profesionales de la medicina, un estudio reciente muestra que el desarrollo profesional en Tailandia es mucho más fácil para los médicos de sexo masculino, aunque no hay prejuicios en las fases de contratación y promoción. Deben examinarse más a fondo las causas de esa asimetría de género. Del mismo modo, la oradora señala con preocupación que sólo el 20% de los expertos externos nombrados por el Director General son mujeres. ¿Por qué son tan bajas estas cifras?

La Sra. GILDERS (Canadá) dice que la inclusión de una perspectiva de género en la elaboración de políticas y programas permite entender mejor cómo afectan a la salud las diferencias biológicas y sociales entre ambos sexos. Reconoce los desafíos que esto implica, incluida la necesidad de mecanismos para garantizar la aplicación de las políticas y evaluar los avances obtenidos. Su Gobierno ha contribuido de forma muy destacada en el ámbito internacional al logro de un consenso sobre diversos aspectos de la igualdad de género, y compartirá gustosamente sus conocimientos sobre los mecanismos de rendimiento de cuentas para demostrar la manera de utilizar eficazmente los análisis basados en el género.

El Sr. GUNNARSSON (Islandia) acoge con agrado los esfuerzos encaminados a elaborar una estrategia y un plan de acción globales para integrar plenamente una perspectiva de género en la labor de la OMS. Con una Secretaría más atenta a las cuestiones de género y un marco conceptual claro podría proporcionarse una mejor orientación y liderazgo a los Estados Miembros en sus actividades destinadas a solucionar las desigualdades de género, y de este modo se contribuiría a aumentar la eficacia y la cobertura de las intervenciones, los programas y las políticas sanitarias.

La OMS debe esforzarse más por tener en cuenta las consideraciones de género en su planificación, asignación de recursos, elaboración del presupuesto y aplicación de programas, así como en sus principales publicaciones e iniciativas, como el *Informe sobre la salud en el mundo* y el Programa General de Trabajo. También debe tenerse en cuenta la experiencia de los Estados Miembros.

Una perspectiva de género no consiste simplemente en la salud de la mujer, la salud materno-infantil y la salud reproductiva, sino que requiere una mayor atención a las desigualdades de género, a las normas y comportamientos basados en el género, y al modo en que afectan a la salud de hombres y mujeres a lo largo de su vida. La función de los hombres y los muchachos es igualmente importante, y debe tenerse en cuenta. Una estrategia y plan de acción mundiales de la OMS constituyen un paso importante para la promoción activa de la igualdad de género en materia de salud en todo el mundo.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) hace hincapié en la importancia de incorporar una perspectiva de género, no sólo en la OMS sino en todos los foros internacionales. Esta postura es compatible con las medidas adoptadas por su propio Gobierno, en especial en el sector de la salud. En 2004 el Gobierno lanzó un pacto nacional para reducir la mortalidad materna y neonatal, y en marzo de 2005

comenzó a aplicar una política nacional sobre los derechos sexuales y reproductivos, que prevé medidas para garantizar a los hombres y las mujeres el ejercicio sano y responsable de su sexualidad y su reproducción, y que incluye el acceso a servicios de reproducción humana asistida con financiación pública. También está firmemente comprometido en solucionar el complejo problema de la violencia doméstica y sexual contra las mujeres, y ha ideado una política multidisciplinaria nacional que abarca los ámbitos de la salud, la seguridad, la justicia, la educación y la asistencia social y psicológica. El plan nacional brasileño para la mujer, lanzado en diciembre de 2004, tendrá gran repercusión en toda la sociedad. Este plan se basa en cuatro ejes estratégicos: autonomía, igualdad en el trabajo y ciudadanía; educación inclusiva y no sexista; derechos de la mujer en los planos sanitario, sexual y reproductivo; y lucha contra la violencia que sufren las mujeres. El Gobierno se ha comprometido a perseguir los objetivos de la Plataforma de Acción de Beijing, y apoya todas las medidas de la Secretaría en ese sentido, en especial el establecimiento de un área de trabajo sobre la salud de la mujer y el inicio de una política en materia de género. Deben intensificarse los esfuerzos por lograr el objetivo de la paridad entre los sexos entre los profesionales, de acuerdo con la resolución WHA56.17. El orador acoge con agrado la inclusión de una perspectiva de género en la elaboración del Undécimo Programa General de Trabajo y en los presupuestos por programas.

El orador sugiere que se incluyan diversos puntos en los debates futuros sobre la perspectiva de género: la carga de trabajo doméstica como factor determinante de la salud; la discriminación como un factor de exclusión de los servicios sociales, incluidos los servicios de salud; el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de manera segura para evitar la mortalidad materna; la mejora de la infraestructura social a fin de garantizar un entorno de trabajo adecuado para las mujeres y reducir los problemas de salud relacionados con el empleo; y la necesidad de alentar a los hombres a compartir con las mujeres de manera equitativa el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Para lograr progresos en la incorporación de una perspectiva de género en los principales programas y políticas de la OMS, se necesitan una estrategia y un plan de acción globales, incluidos mecanismos de aplicación y rendimiento de cuentas. Su Gobierno está dispuesto a contribuir de manera positiva y constructiva a dicho ejercicio.

El Dr. INOUE (suplente del Dr. Shinozaki, Japón) apoya la labor de la OMS respecto a la igualdad de género. Las desigualdades de género se han reducido en todo el mundo durante la década de 1990, pero las que afectan al ámbito de la salud se agravan debido a los conflictos armados, el VIH/SIDA, los desastres naturales y la violencia contra la mujer. La igualdad de género es necesaria para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y el orador insta a la OMS a seguir trabajando para reducir al mínimo las desigualdades en salud.

El Profesor FIŠER (República Checa) advierte que no será fácil lograr la igualdad de género. Las mujeres checas obtuvieron el derecho de voto en 1918, pero sigue habiendo problemas de género. El orador respalda las iniciativas tendentes a incorporar una perspectiva de género en el marco general de las políticas y programas de la OMS.

El Dr. COLEMAN (Liberia), interviniendo también en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, propone que el Consejo solicite al Director General la elaboración de una estrategia y un plan de acción para incorporar una perspectiva de género en el marco general de las políticas y los programas de la OMS, y que presente un documento al Consejo en su 117ª reunión, para que éste lo examine y eventualmente recomiende un proyecto de resolución para su adopción por la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Asimismo, propone que el Director General elabore los elementos de ese proyecto de resolución.

La Sra. MAFUBELU (Sudáfrica)¹ recuerda que han transcurrido 10 años desde que se celebró la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Procede hacer un balance de los progresos alcanzados en el fomento de la igualdad de género y en la aplicación de los objetivos estratégicos de la Plataforma de Acción de Beijing. La oradora señala los avances realizados en la integración de una perspectiva de género en el marco general de las políticas y los programas de la OMS, y acoge con agrado el establecimiento de un área de trabajo sobre la salud de la mujer, en respuesta a la Plataforma de Acción. Cabe esperar que el llamativo intervalo de 10 años transcurrido hasta la adopción de esta medida no sea un indicio de la prioridad relativa otorgada por la OMS a esta área de trabajo. La adopción por la 59ª Asamblea Mundial de la Salud de una resolución sobre una estrategia y plan de acción para la integración de una perspectiva de género daría visibilidad política a esta área de trabajo y representaría una directriz clara para el Director General.

El Sr. MARTIN (Suiza)¹ dice que, en la estrategia que está elaborando, la Secretaría debe hacer hincapié en que las mujeres no son solamente víctimas a las que debe protegerse, por ejemplo, de la violencia doméstica, sino también seres humanos con derechos que deben ejercer y defender. Además, la OMS, incluso en la fase preparatoria de su política, tiene el deber de trabajar en asociación con otras organizaciones y programas internacionales, como el FNUAP, el ONUSIDA y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, así como con la sociedad civil.

El Dr. MATHESON (Nueva Zelanda)¹ resalta la importancia de este informe. Las cuestiones de género son un importante determinante de la salud, y la incorporación de una perspectiva de género en los sistemas de salud tendrá un gran impacto en la salud pública.

El PRESIDENTE, haciendo uso de la palabra como miembro representante del Pakistán, afirma que el factor género afecta a la salud de hombres y mujeres por igual, pero es necesario subrayar las consecuencias sanitarias de la discriminación contra la mujer. En casi todas las culturas, las mujeres se enfrentan a obstáculos de pobreza, desigualdad en las relaciones con los hombres y analfabetismo, que impiden a millones de mujeres de todo el mundo tener acceso a la atención sanitaria y a un nivel de salud adecuado. Sin embargo, una mujer sana significa una familia sana, lo cual significa a su vez una nación sana y futuras generaciones sanas. Hay que centrar la atención en obtener pruebas concluyentes y ampliar los conocimientos sobre la repercusión de las desigualdades de género en problemas de salud específicos, y en buscar respuestas eficaces para éstos. Deben elaborarse programas que aborden sistemáticamente los problemas de género, incluida la violencia de género, en los planos mundial, regional y nacional. También deberían desarrollarse instrumentos y actividades de promoción para lograr que el público entienda mejor las cuestiones de género. Los Estados Miembros podrían recibir ayuda para fomentar políticas y estrategias de salud en que se tenga en cuenta el género. La potenciación del papel de las mujeres, en los ámbitos político y económico, debe ser una prioridad. En el Pakistán, el 20% de los escaños de las asambleas nacionales y provinciales están reservados a las mujeres. El Pakistán tiene ya más mujeres legisladoras que cualquier otro país del mundo, a lo que hay que añadir unas 40 000 mujeres consejeras en los distritos. El país tiene también un programa especial para la educación de las mujeres y las niñas. Muchas mujeres son víctimas de la violencia, tanto en sus hogares como en situaciones de conflicto, lo cual tiene graves repercusiones en la salud pública. La colaboración entre las mujeres puede ser una importante contribución a la paz en el mundo.

La Sra. PHUMAPHI (Subdirectora General) agradece a los miembros su apoyo, y se felicita por esta oportunidad de trabajar con los Estados Miembros en el terreno de la igualdad de género en la salud, en aras de la equidad y la justicia en la distribución de los beneficios y responsabilidades sanita-

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

rias entre hombres y mujeres. Esto no se limita a la igualdad de género, que es la ausencia de discriminación de las personas por razón de sexo. En respuesta al representante de Sudáfrica, la oradora señala que el departamento fue creado cinco años, no diez, después de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing. La labor de la Secretaría ha evolucionado, pasando de centrarse en la salud de la mujer a estudiar la manera en que las desigualdades de género y las normas y comportamientos basados en el género afectan a la salud de hombres y mujeres por igual a lo largo de su vida y, actualmente, las alternativas para integrar el género en la salud pública y el problema de la violencia de género. Un estudio realizado en 10 países ha llegado a la preocupante conclusión de que, en algunos países, el 60% de las mujeres sufren algún tipo de violencia durante su vida. Se han llevado a cabo muchos otros estudios, algunos junto con el ONUSIDA, en relación con el género y el VIH/SIDA; un motivo de preocupación especial es el hecho de que en la franja de edad de 15 a 24 años, el 75% de las personas infectadas son mujeres.

Reconoce que el trabajo en materia de género y salud no debe limitarse a las mujeres, sino que debe incluir las medidas necesarias para afrontar todo un espectro de desigualdades. La oradora acoge con agrado la adopción de la resolución WHA58.30 sobre la aceleración de la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, que incluyen el compromiso, asumido por los Estados Miembros de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, de velar por que las políticas de salud y desarrollo estén respaldadas por análisis de las cuestiones de género, y de luchar por la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. La Secretaría podría ayudar a los Estados Miembros a lograr ese objetivo. La estrategia de género que se está elaborando garantizará que los datos sobre la salud se desglosen por sexo, y que se centre la atención en la asignación de recursos a las cuestiones de salud pública más desatendidas; promoverá la implicación de hombres y muchachos en las cuestiones de género, y ayudará a los Estados Miembros a integrar una perspectiva de género en sus políticas. Con la ayuda de éstos, la Secretaría puede diseñar marcos e instrumentos con este fin, que puedan ser utilizados por los países. La integración sistemática de la dimensión de género en las políticas de la OMS y en las resoluciones de la Asamblea de la Salud ayudará a abordar algunas de las cuestiones específicas planteadas por los miembros. La representación de las mujeres en los comités de expertos es motivo de especial preocupación para el Director General; todos los Subdirectores Generales deben informarle de las medidas que estén adoptando. La oradora asegura a los miembros que durante la preparación de la estrategia de género se mantendrán amplias consultas con los Estados Miembros, los organismos asociados del sistema de las Naciones Unidas, colegas y expertos regionales, y todas las partes interesadas en la salud. Se presentará un borrador al Consejo en enero de 2006, con miras a presentar una versión definitiva, junto con un proyecto de resolución, a la Asamblea de la Salud en mayo de 2006.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo desea pedir al Director General que presente un proyecto de estrategia y plan de acción para someterlo al Consejo en su 117ª reunión.

Así queda acordado.

Se levanta la sesión a las 17.45 horas.

TERCERA SESIÓN

Viernes 27 de mayo de 2005, a las 9.10 horas

Presidente: Sr. M. N. KHAN (Pakistán)

1. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS: punto 5 del orden del día

Principios rectores para la asignación estratégica de recursos: punto 5.1 del orden del día (documentos EB116/5 y EB116/14)

El PRESIDENTE dice que, en respuesta a la decisión WHA57(10) y tras las deliberaciones habidas en la 115ª reunión del Consejo, se invita a éste a examinar el nuevo proyecto de principios rectores para la asignación estratégica de recursos en toda la Organización (documento EB116/5) y el informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración (documento EB116/14), que ha examinado el asunto en su segunda reunión.

La Sra. HALTON (Australia), hablando en su calidad de Vicepresidenta del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, encomia la gestión de los fondos de la OMS por la Secretaría. El considerable aumento del presupuesto por programas refleja en parte una confianza creciente en su capacidad de gestión. La gestión orientada a la consecución de resultados requiere claramente una nueva perspectiva de la correspondencia entre los recursos y los resultados. Se necesitan sistemas fiables para alimentar la confianza en que se lograrán los resultados deseados, en que los recursos se dirigirán hacia donde se necesitan y en que se tendrá en cuenta debidamente la equidad. Se debe elaborar un modelo avanzado de las necesidades de salud para respaldar el trabajo y para que no se pase por alto a las regiones y los países; el mecanismo de validación debe indicar esos resultados. La decisión de la OMS de integrar las necesidades de salud en todo el enfoque de planificación estratégica y gestión orientada a la consecución de resultados es encomiable. Aunque la gestión orientada a la consecución de resultados no es aún algo acabado, ha habido un mejoramiento cuantificable de la capacidad de gestión.

El Dr. PHOOKO (Lesotho), hablando en nombre de los Estados Miembros de la Región de África, expresa su satisfacción por las mejoras realizadas en el proyecto revisado de principios rectores para la asignación estratégica de recursos. No obstante, reitera la petición, formulada por el Grupo de África en la 115ª reunión del Consejo, de unos principios rectores que tengan en cuenta circunstancias especiales, en particular las necesidades de los países menos adelantados, el estado de los sistemas de salud, la carga de morbilidad y la situación de los países en conflicto. La equidad y el apoyo a los países más necesitados son principios que merecen ser mencionados entre los principios rectores. Por consiguiente, propone que las palabras «la distribución de las asignaciones entre las regiones esté firmemente basada en los principios de equidad y solidaridad en apoyo de los países más necesitados, en particular los menos adelantados» se transfieran del párrafo 29 al párrafo 12 del documento EB116/5.

El orador también señala contradicciones evidentes entre el compromiso del Director General con la atención centrada en los países y el enfoque contemplado en los principios. La idea de «hacer lo procedente de la manera apropiada en el nivel adecuado» sugiere que este último quizá no sea necesariamente el nivel de país. ¿Cómo puede esa idea respetarse descentralizando al mismo tiempo los recursos a nivel de país?

La referencia que se hace en el párrafo 31 a «la situación sanitaria y socioeconómica relativa» sin mencionar los indicadores acordados en relación con ese concepto es cuestionable, y debe sustituirse por «la situación de los países menos adelantados, países en desarrollo y países en transición»,

conforme a la terminología de las Naciones Unidas. Otro problema es la predecibilidad y la flexibilidad en el uso de las contribuciones voluntarias. El documento EB116/5 dice que las funciones básicas se asignarán a la fuente de financiamiento más fiable. De esa manera los programas de país serán vulnerables en comparación con la Sede, constituida totalmente por el componente central. El riesgo asociado a las contribuciones voluntarias debe compartirse por igual. La pregunta fundamental es si los arreglos propuestos son compatibles con el programa de descentralización del Director General.

La función de los Estados Miembros en el proceso no queda clara. La OMS debe participar en consultas exhaustivas con los Estados Miembros en reuniones regionales, en particular en los comités regionales, antes de ultimar los principios rectores. Con respecto a la forma, propone que los principios se adopten mediante una resolución de la Asamblea de la Salud, que le dará una legitimidad muy necesaria.

El Sr. EINARSSON (suplente del Sr. Gunnarsson, Islandia) subraya que la asignación de recursos debe basarse en criterios objetivos aplicables a los fondos de toda procedencia y que hay que tener en cuenta la equidad, la eficiencia y el desempeño. Ve con agrado la introducción de un mecanismo de validación y un índice basado en necesidades para asegurar que los recursos se asignen a los países más necesitados en función de indicadores nacionales objetivos.

El Dr. TANGI (Tonga) dice que el documento EB116/5 presenta una buena panorámica de la dirección que debe tomar la OMS, y hubiera debido presentarse años atrás. Sin embargo, el financiamiento a largo plazo y la combinación entre las contribuciones señaladas y las voluntarias son motivo de preocupación. Si prosiguiera la tendencia, los porcentajes actuales de un 30% y un 70% pasarían a ser de un 13% y un 87% en 10 años. ¿Cuáles son las implicaciones de ello para la OMS a la hora de determinar sus prioridades, y cuáles son las expectativas de quienes efectúan contribuciones voluntarias? La Organización existe para sus Estados Miembros y el asunto tendrá que pensarse seriamente en los próximos años.

El Dr. RAHANTANIRINA (Madagascar) dice que los principios 4, 5, 6 y 7 en particular reflejan la naturaleza dinámica del proceso, destacan la flexibilidad y dan a las regiones y países espacio para ajustar y actualizar los gastos a plazo medio y los planes operativos bienales. Como país en desarrollo, Madagascar está preocupado porque el enfoque orientado hacia el desempeño quizá coloque en desventaja a los países cuyos sistemas de salud no funcionan satisfactoriamente, agravando así los problemas existentes. Sin embargo, el enfoque quizá catalice la mejora del desempeño y de la eficacia de su sistema de salud y su capacidad de gestión. Madagascar apoya las enmiendas propuestas por el miembro representante de Lesotho.

El Dr. SINGAY (Bhután) dice que, desde el punto de vista de los países en desarrollo, el documento EB116/5 parece algo académico. ¿Tendrán éstos alguna vez la capacidad necesaria para aplicar los programas de la manera en que están presentados? En Bhután, los recursos de la OMS se utilizan como fondos iniciales y se distribuyen de forma dispersa. Como también intervienen otros organismos, el orador se pregunta si un enfoque orientado a la consecución de resultados es viable. Hace suya la declaración formulada por el miembro representante de Lesotho. La estrategia de asignación de recursos debe adoptar un enfoque basado en necesidades que tenga en cuenta la carga de morbilidad, la situación sanitaria, el nivel socioeconómico y las necesidades de los países más necesitados y los países menos adelantados.

La Sra. GILDERS (Canadá) dice que los esfuerzos para idear un método transparente y responsable de asignación estratégica de recursos son encomiables. El trabajo es un paso importante para determinar principios y una metodología que reconozcan la necesidad de respaldar el mandato central de la OMS, el costo de una presencia a nivel regional y de país y las necesidades específicas de diferentes poblaciones, como han señalado los miembros representantes de Lesotho y Bhután. Las cues-

tiones planteadas durante el debate serán abordadas en el enfoque de la presupuestación orientada a la consecución de resultados, y el Canadá seguirá trabajando en ello.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) está de acuerdo en que el documento EB116/5 es académico, y para los países en desarrollo quizá sea difícil aplicar los principios rectores. No obstante, debe procederse a un análisis encaminado a determinar cómo pueden aplicarse esos principios para mejorar la salud de quienes tienen mínimo acceso a una buena atención de salud. Esto guarda relación con el punto 5.2 del orden del día (oficinas de la OMS en los países y atención centrada en los países), es decir con la manera en que deben funcionar las oficinas de país y en que se deben administrar los recursos con la descentralización. Por consiguiente, es importante que sean comprensibles el proceso y la manera de trabajar en la práctica a nivel de país con la descentralización, teniendo presente la tendencia hacia la descentralización en los países mismos. La transparencia es importante, pero también lo son la justicia, la equidad, y la comprensión.

El Dr. WINT (Jamaica) dice que las virtudes del documento EB116/5 radican en su énfasis en los países, la aplicación de criterios objetivos, la definición de principios rectores que faciliten la transparencia, y el enfoque orientado a la consecución de resultados. El orador recalca la importancia de la equidad y de un enfoque basado en las necesidades a la hora de aplicar los conceptos a nivel de país. Entre los criterios debe tenerse en cuenta la vulnerabilidad de los pequeños estados insulares en desarrollo. En el párrafo 17, el cuarto punto referente a las necesidades de los Estados Miembros debe colocarse antes del referente a sus peticiones. El principio 5 es particularmente importante y también debe aplicarse a nivel de país, porque un buen desempeño puede poner a veces a un país en situación de desventaja debido a un desplazamiento de la atención hacia otros países cuyo desempeño es menos bueno. Apoya los principios rectores.

La Sra. NYAMBU (suplente del Dr. Nyikal, Kenya) dice que la asignación de recursos tiene una dimensión política, y por consiguiente propone que el Consejo aplaze la aprobación del proceso hasta su próxima reunión previas consultas exhaustivas con las regiones y, en particular, previo examen oficial en el Comité Regional para África en agosto y septiembre de 2005.

El Profesor HOUSSIN (Francia) dice que se han establecido principios claros para la asignación estratégica de recursos y se han sentado las bases para una gestión orientada a la consecución de resultados, teniendo en cuenta las observaciones formuladas en el Consejo Ejecutivo. Francia hace suyas las observaciones formuladas por el miembro representante de Lesotho sobre el principio de la equidad y expresa la esperanza de que se buscará la manera de aplicar los principios rectores.

El Dr. MANDIL (suplente del Dr. Abdulla, Sudán) ve con agrado los principios rectores para la asignación de recursos. Dado que los grandes éxitos de la OMS, como los de las campañas contra la viruela y la oncocercosis, se lograron después de haberse fijado metas claras para una extensa zona geográfica, la cuestión clave es la manera de incorporar los principios en los programas de la OMS. Los países deben establecer las metas para cuya consecución se puede aportar una contribución externa. Por consiguiente, se debe pedir a los países que presenten declaraciones mucho más específicas sobre sus necesidades; ello daría lugar a un nuevo tipo de programa de trabajo de la OMS.

El PRESIDENTE, refiriéndose a los párrafos 41 y 42 del documento EB116/5, dice que entiende que habrá consultas amplias sobre el tema.

El Dr. BAILÓN (México) manifiesta que es gratificante observar que tanto la OMS como la OPS han trabajado en pro de la transparencia y del establecimiento de principios rectores. En la OPS, en septiembre de 2004 se aprobó un método de distribución de recursos a los países de la Región de las Américas. Será interesante ver el grado de coincidencia con los principios que el Consejo está exami-

nando. Un problema encontrado por la OPS es la falta de disponibilidad de estadísticas relativamente fiables: no todos los países pueden proporcionar los indicadores necesarios para el análisis orientado a la consecución de resultados. Por consiguiente, la resolución de la OPS no ha tenido un alcance tan grande como el esperado. En el párrafo 36 del documento EB116/5 se hace referencia a ello en el contexto de la OMS. La Sede debe trabajar a través de las oficinas regionales para obtener esa información y de ese modo elegir los indicadores necesarios para la gestión orientada a la consecución de resultados.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (asesor del Dr. Supachai Kunaratanapruk, Tailandia) ve con buenos ojos el enfoque de la asignación de recursos orientada a la consecución de resultados y los principios y perspectivas presentados en el documento EB116/5. Sin embargo, la aplicación del principio 5 perjudicará a las oficinas y programas cuyo desempeño es deficiente, especialmente a nivel de país, y por lo tanto amenazarán el principio de la equidad. El principio 2 supone que los fondos extrapresupuestarios, un 95% de los cuales no se asignan para fines especificados, se utilizarán para aplicar el Undécimo Programa General de Trabajo y el plan estratégico a plazo medio. ¿Cómo asegurará la Secretaría un diálogo estrecho con los países donantes para que se pongan a disposición los fondos necesarios? Los recursos de la OMS son limitados en comparación con los de los países y donantes. Si la asignación de recursos está centrada a nivel de país, será difícil asegurar un buen desempeño de la OMS en la orientación de la puesta en práctica de programas a nivel de país. Las oficinas de cada país deben tratar de coordinar a los donantes en relación con los programas de trabajo a medio y largo plazo.

El orador pide aclaraciones sobre el significado del diagrama que aparece al final del párrafo 37 del documento, puesto que las proporciones del presupuesto asignadas a la Sede y las regiones no se conocerán hasta que se proponga el plan estratégico a plazo medio. Además, el lugar asignado al componente de participación en el diagrama no parece justificado. Debe estar integrado en el área de la Sede o las regiones, porque el costo de la vigilancia de ese componente diminuto sería desproporcionado. Con respecto a las «tres perspectivas» esbozadas en los párrafos 15-27, el orador respalda plenamente la perspectiva programática como elemento ascendente. A mitad del proceso, sin embargo, hay alguna superposición entre los componentes central, de participación y basado en necesidades; el último componente debe utilizarse para validar los aspectos ascendentes. Pregunta cómo se conciliarán los conflictos entre los procesos ascendentes y de mitad de camino. Las propuestas presupuestarias ascendentes pueden dar lugar a alguna distorsión que no refleje la fórmula basada en necesidades. En dirección descendente están los indicadores de desempeño, según el principio 5, que quizá sea difícil de aplicar.

Recibe con beneplácito la oportunidad de participar en el proceso consultivo en curso.

El Dr. SHANGULA (Namibia) participa de la opinión de los miembros que consideran que el documento EB116/5 no es aún algo acabado. El documento debe revisarse considerando las observaciones formuladas en la reunión en curso y examinadas en las reuniones de los comités regionales. El proyecto final debe presentarse al Consejo en su próxima reunión.

El Dr. HUERTA MONTALVO (Ecuador) dice que las numerosas observaciones formuladas indican la importancia del trabajo. Se necesitan principios rectores para eliminar toda falta de transparencia, aunque las normas sean imperfectas. Por ejemplo, la descentralización de las asignaciones debe ser un principio rector y no una medida temporal aplicada cuando se considere necesario. A veces se piensa que la OMS es sólo un proveedor de fondos, pero su función consiste en administrar los recursos en función de las necesidades, determinadas éstas conforme a una visión mundial coherente y coordinada, que puede ajustarse a la evolución de las circunstancias. Está de acuerdo en que el documento se debe revisar, pero considera que se debe distribuir cuanto antes a los miembros.

La Sra. MAFUBELU (Sudáfrica),¹ hablando también en nombre del Senegal, apoya plenamente las intervenciones de los miembros representantes de Bhután, Kenya, Lesotho, Madagascar y Namibia. El Consejo debe aplazar la aprobación del proceso de asignación estratégica de recursos hasta su próxima reunión. Los ministros de salud de los países deberían participar en el contexto de las reuniones de los comités regionales. La forma en la cual se adopten los principios rectores es fundamental, y la oradora está de acuerdo en que sea mediante una resolución de la Asamblea de la Salud.

El Dr. QI Qingdong (China)¹ acepta los siete principios presentados en el documento EB116/5 pero está preocupado por su aplicación. Habida cuenta de los tres niveles de la OMS, un principio rector es que la aplicación debe hacerse con la plena participación de cada región y país. Preocupa al orador la manera de descentralizar la asignación de recursos. Aprueba el principio de la asignación basada en necesidades; sin embargo, los indicadores de referencia deben ser comparables, fiables y aceptables para todas las partes. Debe evitarse el desacuerdo respecto de los indicadores o de su uso inapropiado, y los indicadores se deben actualizar regularmente. Como un 70% de los recursos de la OMS no proceden del presupuesto ordinario, debe utilizarse una combinación de financiamiento con cargo al presupuesto ordinario y a fuentes extrapresupuestarias, para que los programas puedan desarrollarse equitativamente. Los retrasos en la obtención de fondos extrapresupuestarios pueden obstaculizar la ejecución de las actividades del programa, particulares o regionales. El proceso de validación debe asegurar la equidad y la racionalidad en la asignación de recursos, y es de esperar que el proceso será vigilado por los expertos externos independientes.

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General), respondiendo a observaciones formuladas, subraya el compromiso de hacer que la Organización sea más eficaz y eficiente. En cuanto al proceso de consultas, los proyectos de Undécimo Programa General de Trabajo (2006-2015) y de plan estratégico a plazo medio (2008-2013) se someterán a los comités regionales. El plan estratégico a plazo medio traducirá la estrategia general en objetivos específicos, y los informes sobre los progresos realizados se presentarán al Comité de Programa, Presupuesto y Administración en enero de 2006. Por primera vez, también se preparará un plan financiero a más largo plazo que mostrará los costos previstos de la aplicación de la estrategia. El orador dice que no ve ninguna contradicción entre un enfoque orientado a la consecución de resultados y las necesidades de los Estados Miembros. Los países más necesitados de mejor salud son, en general, países pobres o en desarrollo, que por consiguiente no resultarán desfavorecidos por un enfoque orientado a la consecución de resultados. La propuesta es que los recursos se asignen en función de las necesidades, no de la geografía. Se requerirán debates de política que determinen los resultados deseados de las actividades de la OMS, y los recursos podrán luego canalizarse para obtener esos resultados. Si el plan estratégico se formula para que refleje las necesidades y los deseos de los Estados Miembros, no debe haber ningún riesgo de que los países en desarrollo salgan perdiendo. La OMS es pionera en la aplicación de un enfoque orientado a la consecución de resultados, y como debe gran parte de su credibilidad a ese aspecto de su trabajo, debe procurar demostrar que el logro de resultados y la satisfacción de las necesidades no son incompatibles. El «mecanismo de validación» permitirá garantizar que los recursos lleguen a los más necesitados, y la Secretaría informará a ese respecto.

El documento EB116/5 refleja las observaciones recibidas en la 115ª reunión del Consejo, con un mayor hincapié en las estrategias de país en el principio 3. El principio 6 se ha modificado para destacar la importancia de concentrarse en los países más necesitados, y el párrafo 17 se refiere en términos más fuertes a las estrategias de país y las necesidades de los Estados Miembros. Un rendimiento deficiente no guarda relación con la cantidad de recursos financieros a disposición de un país; la Secretaría está decidida a que el desempeño sea óptimo allí donde el trabajo de la OMS sea más necesario, y lo es con frecuencia en los países pobres. La Organización no puede, sin embargo, aceptar

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

un mal desempeño, y eso se debe decir con claridad, junto con la afirmación del compromiso de la Secretaría con la mejora del desempeño en todas las partes de la Organización.

El diagrama que figura al final del párrafo 37 no representa la proporción de los fondos del presupuesto ordinario que se prevé asignar a cada área. Como han observado varios miembros, será conveniente examinar una estrategia de financiación de la Organización y sus actividades, que comprenda la distribución del presupuesto ordinario y de los fondos extrapresupuestarios, por ejemplo en el contexto de la elaboración del plan estratégico a plazo medio. El componente de participación se ha incluido teniendo en cuenta la experiencia de diversas regiones, pero se puede reexaminarse la cuestión.

Es importante que el documento EB116/5 sea accesible e inteligible, sin detalles académicos excesivos ni jerga de gestión; sin embargo, deberá dar explicaciones suficientes sobre la manera de aplicar la estrategia. Ni la Secretaría ni el Consejo están todavía preparados para hacer suyo el mecanismo de validación y todos sus aspectos; sin embargo, el Consejo puede pedir a la Secretaría que pro siga esos trabajos e informe al respecto al Consejo Ejecutivo en enero de 2006.

El DIRECTOR GENERAL, en respuesta a la observación formulada por el miembro representante de Tailandia con respecto al destino de los recursos, dice que la mayor parte tanto del presupuesto ordinario como de los fondos extrapresupuestarios provienen de un número pequeño de Estados Miembros; por consiguiente, es relativamente fácil dialogar con ellos y pedirles que menos fondos extrapresupuestarios se donen para fines especificados. Por ejemplo, varios países europeos han acordado aumentar la proporción de donaciones no asignadas previamente para fines determinados, y prosigue el diálogo con otros donantes. Aunque los recursos extrapresupuestarios no están garantizados, desde hace tiempo la mayor parte de los prometidos realmente se entregan, y no hay razón alguna para suponer que la tendencia cambiará. La cuantía de los fondos extrapresupuestarios recaudados ha aumentado sistemáticamente con el transcurso del tiempo. La situación financiera de la Organización ha mejorado de forma inconmensurable durante los 60 últimos años, en particular en cuanto a la transparencia con respecto a los fondos extrapresupuestarios. Un mejor intercambio de información conlleva indudablemente algunos retos, por ejemplo la necesidad de una mayor responsabilización, pero eso no es una excusa para restablecer prácticas del pasado.

En definitiva, se trata esencialmente de la función y la misión de la OMS. La Organización es un organismo técnico, no un organismo de financiación. Si la OMS se considerara sólo como una fuente de financiación, su trabajo y el proceso de presupuestación se verían seriamente comprometidos. El financiamiento proporcionado a los Estados Miembros es de hecho mínimo en comparación con los fondos disponibles de otras fuentes y con el presupuesto de cada Estado Miembro. Su ambicioso ideal es que los países acepten los fondos sólo si realmente los necesitan, o pidan que se reasignen a países más necesitados, como ha hecho Tailandia después del desastre del maremoto de diciembre de 2004.

El orador está examinando el proceso de asignación de fondos para ver si es posible mejorarlo. Desea que la OMS sea considerada como una de las organizaciones más eficientes, transparentes, eficaces y respetadas del sistema de las Naciones Unidas. Es esencial que la atención se dirija al conjunto de la OMS, y no sólo a la Sede, para encontrar una solución aceptable al problema de la asignación de recursos. El hecho de que los Estados Miembros hayan votado a favor de un aumento del presupuesto de la OMS en un momento de convulsión del sistema de las Naciones Unidas equivale a un voto de confianza a la OMS y su trabajo, y la Secretaría proseguirá sus esfuerzos en todas las áreas.

El PRESIDENTE dice que no cabe duda de que ha aumentado la transparencia en la OMS. El Director General es un buen líder, tanto en la Secretaría como a nivel mundial; aunque existen algunos problemas, el Consejo tiene el cometido de abordarlos. Es comprensible que los países en desarrollo abriguen inquietudes con respecto a la cuestión del desempeño, y la Secretaría debe responder a ellas.

El DIRECTOR GENERAL dice que el enfoque orientado a la consecución de resultados no tiene por objeto castigar ni premiar a los Estados Miembros por su desempeño. No obstante, si no se

logran los resultados previstos de las actividades, tendrá que analizar la situación y adoptar medidas para mejorar el desempeño a nivel de país.

El PRESIDENTE confirma que parece haber sido esa la inquietud principal de los países en desarrollo, especialmente aquellos cuyo desempeño es insuficiente debido a factores que están fuera de su control. Las observaciones del Director General y sus colaboradores han sido muy aclaradoras, pero el orador coincide en que el Consejo no está aún en condiciones de hacer suyo el mecanismo de validación.

El Dr. VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (asesor del Dr. Supachai Kunaratanapruk, Tailandia), señalando a la atención el párrafo 36 del documento EB116/5, pregunta si los países con ingresos superiores a cierto nivel seguirán satisfaciendo los requisitos para recibir recursos de la OMS, especialmente para la cooperación técnica.

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General) asegura a los miembros que las observaciones realizadas tanto por ellos como por los Estados Miembros durante el proceso de consultas serán tenidas en cuenta antes de presentar un nuevo proyecto al Consejo Ejecutivo en enero de 2006.

El PRESIDENTE entiende que el Consejo desea tomar nota del informe y seguir la recomendación del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, es decir aprobar el proceso de asignación estratégica de recursos, y volver a examinar el asunto en enero de 2006.

Así queda acordado.

Oficinas de la OMS en los países y atención centrada en los países: punto 5.2 del orden del día (documento EB116/6)

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) dice que su experiencia como Representante de la OMS y Ministro de Salud lo ha familiarizado con ambas funciones. El orador recalca la importancia de la presencia de la OMS en los países. Durante las deliberaciones sobre la asignación estratégica de recursos en el marco del punto anterior del orden del día, los miembros del Consejo han recalcado la función de aquélla en la transformación de las políticas y estrategias en actividades específicas acordes con las prioridades, los recursos disponibles y las circunstancias económicas, sociales y culturales reinantes en cada país. Cada país es único, y una organización como la OMS debe respetar sus características especiales y su soberanía.

El informe, una valiosa aportación, muestra áreas en las que se ha avanzado y otras en las cuales queda trabajo por hacer y acerca de las cuales se deben adoptar decisiones sobre la asignación de recursos de la OMS. La OMS no es un organismo de financiamiento. Su apoyo técnico es mucho más importante, pero si ese apoyo técnico es algo que los países mismos pueden hacer, evidentemente no se está haciendo el uso más apropiado de los recursos. La asistencia científica, técnica y profesional tiene por objeto subsanar deficiencias, fortalecer los puntos débiles y mejorar el desempeño de los que reciben esa asistencia.

La reestructuración de los equipos de país mencionados en el informe (párrafo 6) es por consiguiente el aspecto más notable de las actividades encaminadas a mejorar la presencia de la OMS a nivel de país. Un segundo aspecto importante es el de la descentralización y hasta qué punto es ésta una realidad. La mera administración de los escasos recursos de la Organización a nivel de país no equivale a una descentralización; ésta requiere un análisis de la situación técnica y científica de cada país y de sus necesidades de apoyo, pero no sólo procedente de la Secretaría, sino también de los centros colaboradores, los comités de expertos y todos los demás recursos técnicos a disposición de la Organización.

La OMS desde hace varios años hace un trabajo valioso a nivel de país. El informe propone una manera de modificar el perfil y reestructurar las oficinas de país para responder a la situación y las

prioridades de cada país. La descentralización por consiguiente debe ser compatible con las necesidades del país y no limitarse a los asuntos administrativos.

El Dr. SÁ NOGUEIRA (Guinea-Bissau), hablando en nombre del Grupo de África, recuerda que la Asamblea de la Salud acaba de adoptar la resolución WHA58.25, en la que se pide al Director General que la presencia de la OMS en los países sea más eficaz y que sus actividades se coordinen con las de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas a nivel de país. El orador formula tres recomendaciones para aumentar la eficacia y la eficiencia de los programas de país. Primero, las prioridades deben ser definidas por el país pertinente a fin de satisfacer sus necesidades más urgentes, de acuerdo con las resoluciones de la OMS. La oficina de país puede contribuir a ese proceso estratégico facilitando orientación acerca de la interpretación de las decisiones de los órganos deliberantes. Segundo, la flexibilidad es esencial en tres niveles: en el personal de país, para que éste se pueda adaptar a cualquier entorno, incluso a la inestabilidad institucional y las situaciones de conflicto; en la programación, para otorgar al jefe del equipo de país libertad para adaptarse a los cambios de prioridad resultantes de los cambios de política del gobierno; y en la asignación de recursos, para que los fondos se puedan transferir de un epígrafe del presupuesto a otro cuando sea necesario. La flexibilidad financiera también dará más responsabilidad a los países en sus elecciones de política. Tercero, la armonización con otros organismos debe ser un principio básico para optimizar los puntos fuertes de la OMS y evitar duplicaciones y despilfarro de fondos. Permitirá que las actividades de la OMS a nivel de país sean visibles, manteniéndose al mismo tiempo eficaces y eficientes.

El Dr. ACHARYA (Nepal) dice que una oficina de país eficaz mejora la imagen de la OMS, mientras que una oficina débil y mal administrada menoscaba la credibilidad de la Organización ante los Estados Miembros y los asociados nacionales e internacionales para el desarrollo. La OMS debe dar más autoridad a las oficinas de país en asuntos programáticos y administrativos para que puedan proporcionar a los Estados Miembros un apoyo técnico y normativo eficaz.

Las oficinas de país reciben un 5,7% del presupuesto de la Secretaría y crecientes niveles de recursos de contribuciones voluntarias. Por consiguiente, su desempeño se debe evaluar regularmente para determinar hasta dónde han aplicado sus estrategias, logrado los resultados previstos y prestado un apoyo de alta calidad y oportuno a los Estados Miembros y otros asociados. La Secretaría debe elaborar un marco para evaluar el desempeño de las oficinas de país, proceder a la evaluación de algunas de ellas e informar al respecto al Consejo Ejecutivo en enero de 2007. La iniciativa de atención centrada en los países debe tener máxima prioridad, haciéndose hincapié en los resultados y las necesidades.

El Sr. EINARSSON (suplente del Sr. Gunnarsson, Islandia) dice que las recomendaciones enunciadas en la resolución WHA58.25 deben añadirse a las medidas prioritarias enumeradas en el informe.

El Dr. MANDIL (suplente del Dr. Abdulla, Sudán) toma nota con satisfacción de los progresos descritos en el informe. Pide más detalles sobre las actividades relacionadas con la «información y gestión de los conocimientos hacia y desde los países», mencionadas en el párrafo 2 según el cual, en 2004, 36 oficinas administraron ellas mismas sus sitios web de país. ¿Significa eso que no hay ningún sitio web nacional sobre el mismo tema? El párrafo dice además que el acceso a los sistemas de gestión de los conocimientos es todavía irregular; el orador se pregunta en consecuencia por qué la mejora de ese acceso no es una de las prioridades enumeradas en el párrafo 8.

La Sra. LE THI THU HA (Viet Nam), aplaudiendo la política de atención centrada en los países, dice que los costos administrativos deben reducirse para poder aumentar los gastos operacionales a nivel de país. El punto fuerte de la OMS es la asistencia técnica, pero ésta se debe complementar con la financiación. Se requiere una mejor coordinación con otros asociados en la movilización de recursos y el fortalecimiento del perfil de la dotación de personal del país. Los recursos humanos y

financieros pueden administrarse mejor. Ya que los procedimientos de reclutamiento son lentos, debe darse más autoridad y flexibilidad a las oficinas de país para que puedan encontrarse consultores más rápidamente.

La OMS debe formular criterios para decidir acerca del establecimiento de una oficina en un país determinado. Además, deben definirse más claramente las funciones respectivas de la Sede, las oficinas regionales y las oficinas de país.

El Dr. SINGAY (Bhután) celebra los esfuerzos desplegados para fortalecer las oficinas de país. En la Oficina Regional para Asia Sudoriental ha habido una descentralización considerable de la autoridad, y el 75% del presupuesto ordinario se ha asignado a los países. Sin embargo, si las oficinas de país tuvieran más autoridad y más financiamiento, también necesitarían capacidad y aptitudes para aplicar sus programas. Se debe prestar mucha atención al equilibrio entre el apoyo técnico proporcionado a nivel de país y el proporcionado por la Sede o las oficinas regionales, en particular para evitar situaciones en las cuales un exceso de personal de las oficinas de país agote los fondos para financiar actividades.

El Sr. PALU (asesor de la Sra. Halton, Australia) se felicita de que se haga hincapié en fortalecer la competencia y la capacidad básicas de los equipos de país. La Secretaría debe redoblar sus esfuerzos para mejorar la eficacia y la eficiencia de las oficinas de país, incluso para reestructurar los equipos de país. Se debe contratar a personal para satisfacer las necesidades acordadas de determinadas aptitudes, y se requieren estrategias para el reclutamiento oportuno y eficaz de una plantilla básica de personal nacional e internacional y poner remedio al desempeño insatisfactorio. Apoya las medidas prioritarias enumeradas en el informe, y pide que en la próxima reunión del Consejo, en enero de 2006, se presente un informe sobre los progresos realizados.

El Dr. ALI MOHAMMED (Iraq) lamenta que la OMS no tenga ninguna oficina de país en el Iraq. Sugiere que las actividades que se desempeñen en el país se encarguen a contratistas, supervisados por de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, como se ha hecho en otros países de África y las Américas con problemas de seguridad.

La Sra. SOLTANI (Argelia)¹ dice que su país apoya firmemente la política de descentralización de la OMS. El fortalecimiento de sus oficinas de país es esencial para alcanzar las metas estratégicas y las políticas de la Organización y los objetivos nacionales de salud y desarrollo.

En los últimos años, Argelia ha reformado su sistema hospitalario con la asistencia de la Oficina de Enlace de la OMS en el país. Sin embargo, lamentablemente, muchos proyectos se han retardado por escasez de crédito y exceso de papeleo. El estado actual y la capacidad de la oficina de enlace le impiden responder cabalmente a las necesidades e inquietudes del ministerio de salud. Es de esperar que la acción de la OMS encaminada a fortalecer sus oficinas de país también llevará a aumentar la capacidad de la Oficina de Enlace en Argelia.

El Sr. MARTIN (Suiza)¹ recuerda que su delegación ha actuado como facilitadora en el proceso que condujo a la adopción de la resolución WHA58.25. Hablando en nombre de los patrocinadores de esa resolución, el orador recalca que la OMS debe mejorar aún más la coordinación de sus actividades a nivel local con las actividades relacionadas con la salud de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y donantes bilaterales y multilaterales en el marco de las prioridades fijadas por las autoridades de los países. La enumeración de las acciones prioritarias que aparece en el informe se puede complementar con una referencia a la resolución, que en algún sentido es complementaria de la resolución 59/250 de la Asamblea General de las Naciones Unidas porque insta a los países donantes a

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

actuar de acuerdo con los compromisos asumidos y con la orientación establecida en la Declaración de Roma sobre la armonización (2003), reafirmada en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda: apropiación, armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad (2005). En la resolución WHA58.25 también se pide al Director General que, teniendo en cuenta la revisión trienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales para el desarrollo del sistema de las Naciones Unidas, presente un informe detallado. Sin duda alguna ésa sería una contribución útil al seguimiento de las actividades a nivel de país.

La Dra. LEITNER (Subdirectora General) responde que el perfeccionamiento de la capacidad técnica y científica a nivel de país exige un delicado equilibrio entre las necesidades del país, la capacidad existente y las prioridades nacionales fijadas para los programas técnicos a nivel mundial. En ese sentido, las estrategias de cooperación en los países son un elemento de cohesión; deben indicar si es más conveniente suministrar capacidad técnica y científica en el país o a nivel regional o desde la sede de la OMS. Sin embargo, ningún modelo se aplica por igual a todas las áreas de trabajo técnicas.

Para satisfacer la necesidad de una mayor flexibilidad, las oficinas regionales han delegado su autoridad programática y parte de su autoridad administrativa a las oficinas de país. El desafío estriba en lograr una descentralización técnica y administrativa y mantenerse informados de las actividades a nivel de país y regional, para lo cual la evaluación del desempeño es una herramienta imprescindible. El seguimiento y la evaluación previstos actualmente en el presupuesto por programas y el plan estratégico a plazo medio también deben ser un componente de las estrategias de cooperación en los países, y se deben establecer conexiones para evitar repeticiones en el tiempo y duplicación de esfuerzos entre las oficinas de país y las autoridades nacionales.

La gestión de los conocimientos es en efecto un área prioritaria a nivel de país. Toda la información sobre los países que aparece en los sitios web de las oficinas de la OMS en éstos siempre estará armonizada con la de las fuentes de datos nacionales, y en general se proporcionarán enlaces a esas fuentes si están disponibles.

La oradora ha tomado nota de las sugerencias relativas a los informes sobre el desempeño, para los cuales se formularán planes apropiados, y ha tomado nota de las opiniones acerca del valor agregado de la presencia de la OMS en los países. La OMS debe en efecto coordinar y armonizar sus actividades con los esfuerzos nacionales y los de otros asociados externos, incluida la comunidad de donantes, para mejorar la eficacia de los programas de desarrollo sanitario.

El DIRECTOR GENERAL dice que ha adquirido experiencia directa en algunas cuestiones relacionadas con la flexibilidad, el reclutamiento y la armonización del trabajo durante los años en que ha trabajado a nivel de país y regional. Por consiguiente, es consciente de que quizá surjan a nivel de país inquietudes que no se expresen abiertamente: por ejemplo, el hecho de que las asignaciones para los países abarquen los gastos de personal y administrativos quizá suscite en el país pertinente el sentimiento de que una forma más directa de apoyo financiero sería más fructífera. Sin embargo, en aras de un diálogo verdadero, insta a que haya menos formalidades y mayor franqueza durante los debates sobre esos temas. Como bien sabe, los consultores de la OMS reciben lecciones de humildad cuando van a un país a reunirse con expertos más versados que ellos mismos acerca del tema en cuestión. Es importante que el personal reciba el adiestramiento adecuado y, para mantener la flexibilidad, que no permanezca demasiado tiempo en el mismo puesto. Es verdad que el proceso de reclutamiento es largo, pero la razón es que está diseñado para garantizar que se nombre a los mejores aspirantes, teniendo al mismo tiempo en cuenta la necesidad de una representación geográfica equilibrada.

Reconoce la creciente demanda de una mejor armonización del trabajo de la OMS con el de otras organizaciones a nivel de país, en particular teniendo presente la proximidad de algunas áreas de trabajo con las de otros organismos técnicos como el UNICEF y el FNUAP. A pesar del temor de que la OMS quizá pierda parte de su «territorio» en el proceso de armonización, para la Organización el reto radica en determinar los servicios que puede proporcionar no sólo a los Estados Miembros, sino también a otros organismos. Recibe con beneplácito la resolución WHA58.25 como un desarrollo positivo.

El PRESIDENTE agradece al Director General sus observaciones sinceras y directas sobre las preguntas planteadas.

El Consejo toma nota del informe.

2. ASUNTOS TÉCNICOS Y SANITARIOS: punto 4 del orden del día (continuación)

Comercio internacional y salud: punto 4.2 del orden del día (documento EB116/4) (continuación de la segunda sesión)

El PRESIDENTE invita al Consejo Ejecutivo a examinar el proyecto de resolución propuesto por Benin, Bhután, Bolivia, el Brasil, el Canadá, China, el Iraq, Jamaica, Kenya, Nepal, el Sudán, Tailandia, Tonga y Viet Nam, que dice lo siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el informe sobre Comercio internacional y salud,¹

RECOMIENDA a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 59ª Asamblea Mundial de la Salud,
Recordando las resoluciones WHA52.19, WHA53.14, WHA56.23, WHA56.27, WHA57.14 y WHA57.19;

Reconociendo la demanda de información sobre las posibles repercusiones del comercio internacional y los acuerdos comerciales para la salud a nivel nacional, regional y mundial;

Consciente de la necesidad de que los ministros de salud y sus colegas de los ministerios de comercio y finanzas colaboren constructivamente para asegurar un equilibrio adecuado entre los intereses del comercio y los de la salud,

1. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que promuevan el diálogo a nivel nacional para analizar las interacciones entre el comercio internacional y la salud;
 - 2) a que adopten políticas, leyes y reglamentos que aborden las cuestiones identificadas mediante ese diálogo y aprovechen las oportunidades, y mitiguen los riesgos potenciales, que el comercio y los acuerdos comerciales pueden presentar para la salud;
 - 3) a que creen relaciones constructivas e interactivas en los sectores público y privado para asegurar la coherencia de sus políticas comerciales y sanitarias;
 - 4) a que sigan desarrollando capacidad a nivel nacional para seguir de cerca y analizar las oportunidades y los riesgos potenciales del comercio y de los acuerdos comerciales para el desempeño del sector de la salud y los resultados sanitarios;
2. PIDE al Director General:
 - 1) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten, en colaboración con las organizaciones internacionales competentes, para articular políticas coherentes de comercio y salud;

¹ Documento EB116/4.

- 2) que responda a las peticiones de apoyo de los Estados Miembros en refuerzo de sus actividades de desarrollo de la capacidad necesaria para comprender las repercusiones del comercio internacional y los acuerdos comerciales en la salud y para abordar los problemas pertinentes mediante políticas y legislación que aprovechen las oportunidades y mitiguen los riesgos potenciales, que el comercio y los acuerdos comerciales pueden presentar para la salud;
- 3) que siga colaborando con las organizaciones internacionales competentes a fin de respaldar la coherencia normativa entre los sectores del comercio y de la salud a nivel regional y mundial, así como de fomentar el desarrollo de una base mundial de datos sólidos sobre los efectos del comercio internacional y los acuerdos comerciales en la salud;
- 4) que informe a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

El Dr. HUERTA MONTALVO (Ecuador) expresa pleno apoyo al proyecto de resolución. Propone que en el párrafo 1(1) la palabra «INSTA» se sustituya por «INVITA». Sin embargo, en los párrafos 1(2), 1(3) y 1(4) debe mantenerse la fórmula «INSTA a los Estados Miembros».

La Sra. NYAMBU (suplente del Dr. Nyikal, Kenya) propone que el párrafo 1(1) vaya seguido de un subpárrafo adicional que diga lo siguiente: «a que establezcan mecanismos nacionales de coordinación en los que participen los ministerios de finanzas, salud y comercio, así como otras instancias pertinentes, para abordar los aspectos del comercio internacional relacionados con la salud pública». Además, propone que en el párrafo 2(1) las palabras «políticas coherentes de comercio y salud» se sustituyan por «políticas sanitarias relacionadas con el comercio que sean coherentes».

La Dra. LEITNER (Subdirectora General) recuerda que la Asamblea de la Salud ha pedido información sobre las repercusiones financieras de las resoluciones. La Secretaría no prevé que el proyecto de resolución tal como está dé lugar a cambios administrativos adicionales a los propuestos en el presupuesto por programas 2006-2007. Además, la Secretaría tiene una unidad de globalización, comercio y salud en cuyo trabajo participan las oficinas regionales, de manera que no habrá costos adicionales. (La unidad emplea a dos profesionales con nombramiento de plazo fijo y otros dos a corto plazo y un miembro del personal de servicios generales con nombramiento de plazo fijo.) En cuanto al apoyo a los países, el costo de preparar, realizar y seguir de cerca las dos misiones a países emprendidas durante el bienio en curso por la OMS junto con la OMC fue de US\$ 25 000 por misión. En total, siguen pendientes 15 solicitudes de misiones similares cuyo presupuesto se preverá en el contexto de las estrategias de cooperación en los países, pero no en la misma escala que las dos primeras. Se han gastado en total US\$ 270 000 durante el bienio en curso en el desarrollo de instrumentos y capacitación para la creación de capacidad, y se prevé un aumento a US\$ 380 000. En cuanto al desarrollo y la difusión de conocimientos, los gastos durante el bienio en curso ascienden a US\$ 190 000 y se prevé un aumento a US\$ 330 000. Sin embargo, esos aumentos están previstos en el presupuesto por programas.

La Sra. HALTON (Australia) propone las siguientes enmiendas: en el segundo párrafo del preámbulo, la inserción de «y la política sanitaria» entre «salud» y «a nivel nacional»; en el párrafo 1(2), la inserción de «consideren» después que «a que» al comienzo del subpárrafo, y la sustitución de «adopten» por «la posibilidad de adoptar» y «los riesgos» por «las repercusiones»; en el párrafo 1(4), la sustitución de «oportunidades y los riesgos potenciales» por «repercusiones»; la fusión de los párrafos 2(1) y 2(2) mediante la adición de «y» al final del párrafo 2(1), y al comienzo del párrafo 2(2) la sustitución de «que responda a las peticiones de apoyo de los Estados Miembros», por «apoye». Además, propone suprimir en el párrafo 2(2) las palabras «en refuerzo de» entre «apoye» y «sus», insertar «plenamente» entre «aprovechen» y «las oportunidades» y sustituir «mitiguen» por «aborden» y

«los riesgos potenciales» por «las repercusiones»; sustituir «así como de fomentar» por «incluido»; sustituir «una base mundial de datos sólidos» por «criterios mundiales basados en datos probatorios» y añadir «y la política sanitaria» después de «la salud».

El Dr. WINT (Jamaica) propone que en el tercer párrafo del preámbulo se inserte «y relaciones exteriores» entre «finanzas» y «colaboren».

El Sr. AITKEN (Director, Oficina del Director General) lee en voz alta las enmiendas propuestas por el miembro representante de Australia, que conllevan cambios menores en el segundo párrafo del preámbulo, así como en los párrafos 1(2), 1(4), 2(2), 2(3), y la fusión de los párrafos 2(1) y 2(2); por Jamaica en el tercer párrafo del preámbulo; por el Ecuador en el párrafo 1; y por Kenya en el sentido de que se añada un nuevo párrafo 1(1bis) y se sustituyan palabras en el párrafo 2(1).

El Dr. HUERTA MONTALVO (Ecuador) explica que ha propuesto que en el párrafo 1(1) se sustituya «INSTA» por «INVITA» porque esta última palabra quizá sea más aceptable para los Estados Miembros que consideren que la anterior afecta a su soberanía. Sin embargo, se opone firmemente a la sustitución propuesta en el párrafo 1(2) de «a que adopten» por «a que consideren la posibilidad de adoptar» porque debilitaría el texto. El cometido del Consejo es promover los intereses de la salud por encima de los intereses comerciales, de manera que la finalidad principal de la resolución debe ser alentar a los Estados Miembros a que apliquen políticas sobre la salud y el comercio internacional, en particular en los países donde no existan esas políticas. Hay negociaciones en marcha en las cuales muchos países, incluido el Ecuador, necesitan tener amplios conocimientos y competencia sobre una amplia variedad de campos. Por ejemplo, el Ministro de Salud ha colaborado con los ministros de comercio e industria para llegar a un acuerdo sobre los derechos de propiedad intelectual en relación con los medicamentos.

Dada la importancia del proyecto de resolución, es fundamental evitar un texto tan anodino que simplemente permita el consenso pero no ofrezca posibilidad alguna de obtener resultados concretos. Es decisivo que se vele por que las cuestiones de salud no se vean amenazadas por los resultados de los acuerdos comerciales internacionales. Si no se llega a un acuerdo, el Ecuador tendrá que retirar su apoyo al proyecto de resolución.

La Sra. GILDERS (Canadá) dice que la enmienda del párrafo 2(1) propuesta por el miembro representante de Kenya modificará el sentido del párrafo, redactado con la intención de ayudar a que los Estados Miembros colaboren para conseguir que las políticas comerciales y sanitarias sean coherentes.

El Dr. SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Tailandia), respaldado por el Dr. MANDIL (suplente del Dr. Abdulla, Sudán), dice que si en el párrafo 1(4) se sustituyera la palabra «riesgos» por «repercusiones» se debilitaría el proyecto de resolución. Hace suyas las observaciones formuladas por el miembro representante del Canadá con respecto al párrafo 2(1).

El PRESIDENTE, hablando como miembro representante del Pakistán, sugiere que en vista de la importancia del proyecto de resolución, se suspenda el debate hasta la 117ª reunión del Consejo.

El Dr. SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Tailandia) dice que, como el Consejo está por llegar a un acuerdo, sería posible adoptar el proyecto de resolución antes de la clausura de la presente reunión.

El Dr. HUERTA MONTALVO (Ecuador) comparte esa opinión. Sugiere que se establezca un grupo de redacción encargado de producir un texto revisado que se pueda adoptar en la presente reunión.

El Profesor FIŠER (República Checa) señala que, como el proyecto de resolución se debe presentar a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo tendrá tiempo para proseguir el debate en su 117ª reunión. Por consiguiente, se puede aplazar la adopción.

El Dr. COLEMAN (Liberia), el Profesor PEREIRA MIGUEL (Portugal) y la Dra. HANSEN-KOENIG (Luxemburgo) hacen suya esa posición.

El Dr. ALI MOHAMMED (Iraq) pregunta si el aplazamiento de la adopción del proyecto de resolución podría tener consecuencias negativas para la Secretaría y los Estados Miembros.

El Dr. PHOOKO (Lesotho) dice que, teniendo en cuenta las repercusiones del proyecto de resolución para los acuerdos comerciales internacionales, es sensato que se aplaze la adopción de una decisión.

El Dr. SHANGULA (Namibia) también está de acuerdo con la postergación. Propone que el tercer párrafo del preámbulo diga: «Consciente de la necesidad de que los ministros de salud, comercio, finanzas y relaciones exteriores...».

El Dr. SINGAY (Bhután) señala que, independientemente de que el proyecto de resolución se adopte en la presente reunión o de que se suspenda el debate hasta la 117ª reunión, indudablemente se introducirán más enmiendas cuando se presente a la Asamblea de la Salud.

El Profesor HOUSSIN (Francia) dice que quedan por aclarar determinadas cuestiones técnicas referentes a la función de las organizaciones internacionales y los acuerdos que deberá concertar la Unión Europea. Debe darse más tiempo al debate del proyecto de resolución con miras a su adopción por el Consejo en enero de 2006.

El PRESIDENTE dice que entiende que el Consejo desea aplazar el examen del proyecto de resolución hasta su 117ª reunión.

Así queda acordado.

Se levanta la sesión a las 12.40 horas.

CUARTA SESIÓN

Viernes 27 de mayo de 2005, a las 14.00 horas

Presidente: Sr. M. N. KHAN (Pakistán)

ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS: punto 5 del orden del día (continuación)

Comités del Consejo Ejecutivo: composición: punto 5.3 del orden del día (documentos EB116/7 y EB116/7 Add.1)

El PRESIDENTE señala a la atención del Consejo el informe sobre la composición de los comités del Consejo, presentado en el documento EB116/7, y las propuestas presentadas en el documento EB116/7 Add.1 para cubrir vacantes.

Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

Decisión: El Consejo Ejecutivo nombra al Dr. A. B. Insanov (Azerbaián) y al Dr. H. N. Acharya (Nepal) miembros de su Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por el tiempo que duren sus funciones en el Consejo Ejecutivo, además del Dr. F. Huerta Montalvo (Ecuador), del Dr. A. B. Osman (Sudán) y de la Sra. Le Thi Thu Ha (Viet Nam), que ya formaban parte del Comité, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiere 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

Comité de Programa, Presupuesto y Administración

Decisión: El Consejo Ejecutivo nombra miembros de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración al Dr. Jigmi Singay (Bhután), al Dr. A. M. Ali Mohammed (Iraq), al Sr. J. Junor (Jamaica), al Profesor J. Pereira Miguel (Portugal), al Dr. J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda) y al Dr. V. Tangi (Tonga), 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, y al Sr. I. Shugart (Canadá), por un periodo de un año, además de la Sra. J. Halton (Australia), la Dra. N. A. Haffadh (Bahrein), el Profesor D. Houssin (Francia), el Dr. M. Phooko (Lesotho) y el Profesor Suchai Charoenratanakul (Tailandia), que ya formaban parte del Comité, y del Sr. M. N. Khan (Pakistán), Presidente del Consejo, miembro *ex officio*, y la Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo), Vicepresidenta del Consejo, miembro *ex officio*, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiere 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.²

Comités de las fundaciones

El PRESIDENTE observa que, como los miembros del Consejo que forman parte de los comités de las fundaciones permanecerán en el Consejo durante al menos un año más, en la presente reu-

¹ Decisión EB116(1).

² Decisión EB116(2).

nión no hay vacantes por cubrir en los comités encargados de lo siguiente: Premio de la Fundación Darling, Premio de la Fundación Léon Bernard, Beca de la Fundación Jacques Parisot, Beca y Premio de la Fundación Ihsan Dogramaci para la Salud de la Familia, Premio del Estado de Kuwait para Investigaciones sobre Promoción de la Salud, Premio Sasakawa para la Salud y Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud.

Representantes del Consejo Ejecutivo en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud

Decisión: El Consejo Ejecutivo, de conformidad con el párrafo 1 de la resolución EB59.R7, nombra a su Presidente, Sr. M. N. Khan (Pakistán), miembro *ex officio*, y a sus tres primeros Vicepresidentes, Dr. H. N. Acharya (Nepal), Dr. K. Shangula (Namibia) y Sra. J. Halton (Australia), para que representen al Consejo en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, se entiende que, si alguno de esos miembros no pudiera asistir a la Asamblea de la Salud, se podría pedir al otro Vicepresidente, Dra. D. Hansen-Koenig (Luxemburgo), o al Relator, Dr. M. Bailón (México), que representen al Consejo.¹

Reuniones futuras del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud: punto 5.4 del orden del día (documento EB116/8)

El PRESIDENTE señala que la última frase del último párrafo del informe debe terminar como sigue: «y se clausure a más tardar el sábado, 27 de mayo de 2006».

El Dr. SHANGULA (Namibia) expresa satisfacción porque la 59ª Asamblea Mundial de la Salud durará sólo seis días. Sin embargo, hay dos maneras más de mejorar la gestión del tiempo en la Asamblea de la Salud. La cuestión de Taiwán y su representación debe evitarse a todo trance en las futuras sesiones plenarias. Los Estados Miembros gastan dinero y tiempo para asistir a la Asamblea de la Salud. Esos recursos deben utilizarse con sensatez y mesura. El tema de Taiwán es altamente divisivo y perturba el comienzo de la Asamblea de la Salud.

En el debate sobre el informe del Director General los oradores no consiguieron limitar sus intervenciones a cinco minutos. Si traspasan el límite de tiempo, se les debe exigir que dejen de hablar. Los dos primeros días de la Asamblea de la Salud no se están aprovechando de manera óptima; es hora de remediar esa situación.

El PRESIDENTE está de acuerdo. Aunque quizá sea difícil interrumpir a un ministro de salud, todos deben respetar los límites de tiempo.

El DIRECTOR GENERAL observa que la gestión del tiempo en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud ha mejorado sustancialmente en comparación con la Asamblea de la Salud anterior. Al amparo de un Memorando de Entendimiento entre la República Popular China y la OMS, se ha establecido un mecanismo para que expertos de Taiwán puedan participar en las actividades técnicas de la Organización y se pueda enviar allí a funcionarios de ésta en caso de emergencia de salud pública. El orador está decidido a utilizar ese mecanismo para promover el intercambio y la cooperación técnica con Taiwán y demostrar que, contrariamente a lo que sostienen algunos Estados Miembros, no hay brechas en el trabajo de la Organización. Desde luego, el problema político debe resolverse en Nueva York y Beijing. Indudablemente se ahorrará tiempo si ese problema no se debate en la Asamblea de la Salud.

¹ Decisión EB116(3).

Fecha, lugar y duración de la 117ª reunión del Consejo Ejecutivo

Decisión: El Consejo Ejecutivo decide que su 117ª reunión se celebre en la sede de la OMS, Ginebra, a partir del lunes 23 de enero de 2006, y que se clausure a más tardar el sábado 28 de enero de 2006.¹

Lugar, fecha y duración de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud

Decisión: El Consejo Ejecutivo decide que la 59ª Asamblea Mundial de la Salud se celebre en el Palais des Nations, Ginebra; la sesión de apertura tendrá lugar el lunes 22 de mayo de 2006, y la reunión se clausurará a más tardar el sábado 27 de mayo de 2006.²

2. INTERVENCIÓN DEL REPRESENTANTE DE LAS ASOCIACIONES DEL PERSONAL DE LA OMS: punto 6 del orden del día (documento EB116/INF.DOC./1)

La Sra. LALIBERTÉ (representante de las asociaciones del personal de la OMS) reitera la petición de que se autorice a las asociaciones del personal a participar en el Comité de Programa, Presupuesto y Administración cuando se examinen asuntos relacionados con la política de personal. Las decisiones del Comité sobre las políticas presupuestarias y de recursos humanos se han adoptado sin tener en cuenta el parecer de las asociaciones del personal, cuya aportación llegó demasiado tarde. No obstante, una parte muy importante de las contribuciones de los Estados Miembros se gasta en el personal, y el Comité saldrá beneficiado si lo escucha. Las condiciones de empleo de gran parte del personal serían inadmisibles o ilegales en los países representados por los miembros del Consejo y en el país anfitrión, Suiza. Los contratos de la OMS no dan suficiente seguridad laboral. Los de corto plazo, hasta de 11 meses, impiden que personas altamente calificadas se desempeñen óptimamente. La participación de las asociaciones del personal de la OMS en el trabajo del Comité ayudará a los miembros de éste en sus decisiones sobre asuntos de personal. Deben existir mecanismos básicos de recursos humanos como el Grupo de Examen de Reclamaciones y los comités de clasificación y reasignaciones; esos mecanismos deben funcionar y estar facultados para cumplir sus mandatos. El personal necesita una red de seguridad adecuada, una red que califique a la OMS como empleador socialmente responsable.

El Dr. NORDSTRÖM (Subdirector General) dice que se aprecian mucho el compromiso de las asociaciones del personal y su dedicación a velar por que se escuche al personal a la hora de adoptar decisiones. Se están haciendo adelantos para establecer mecanismos apropiados y eficaces. El Consejo Mundial Personal/Administración se ha convertido en un foro eficaz para la interacción entre la dirección y el personal; tanto la Sede como las oficinas regionales están trabajando con ahínco para mejorar esa interacción. El Comité de Programa, Presupuesto y Administración no es un comité que adopte decisiones, sino que asesora al Consejo. La resolución EB57.R8 permite que las asociaciones del personal expresen su parecer al Consejo. Las otras cuestiones planteadas se están evaluando y se ha asumido el compromiso firme de seguir avanzando.

El PRESIDENTE expresa el reconocimiento del Consejo por el arduo trabajo realizado por el personal de la OMS. Entiende que el Consejo desea tomar nota de la intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS.

Se toma nota de la intervención.

¹ Decisión EB116(4).

² Decisión EB116(5).

3. ASUNTOS PARA INFORMACIÓN: punto 7 del orden del día

Aplicación de la resolución WHA55.16 sobre respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud: punto 7.1 del orden del día (documento EB116/9)

La Sra. GILDERS (Canadá) dice que se han hecho muchos adelantos desde la adopción de la resolución WHA55.16. La OMS ha fortalecido la capacidad internacional para responder a incidentes químicos, biológicos y radionucleares, sea cual fuere su origen. Además, la OMS ha asumido un papel protagónico en la Iniciativa de Seguridad Sanitaria Mundial, en la cual participa su país. Y la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) ha contribuido mucho a que se aborden esos temas. Su Gobierno cree firmemente en los principios esbozados en el informe y está a favor de que la Secretaría prosiga el trabajo. La mayor colaboración entre las instituciones, organizaciones y sectores que antes no cooperaban tan estrechamente es un resultado bienvenido de la participación de la OMS.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) dice que durante las arduas negociaciones que condujeron a la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud se plantearon varios temas abordados en la resolución WHA55.16. La posición brasileña se explicó detalladamente en los documentos de consenso de Montevideo y Buenos Aires, distribuidos en la segunda reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. El orador resalta que al aplicar la resolución WHA55.16, la Secretaría no debe tomar medidas que la hagan transgredir los límites del mandato de la Organización, sino que debe concentrarse en las consecuencias de salud pública de los incidentes, independientemente de su origen. Es más, las iniciativas de la OMS encaminadas a fortalecer la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos siempre deben coordinarse estrechamente con los Estados Miembros.

El Sr. HOHMAN (Estados Unidos de América)¹ encomia los esfuerzos desplegados en los últimos años para coordinar la detección y la verificación de los numerosos brotes de morbilidad de posible importancia internacional y responder a ellos; esa coordinación es una función básica de la Organización. La resolución WHA55.16 es especialmente importante porque se refiere a preparativos nacionales e internacionales ante amenazas para la salud pública, sean naturales o deliberadas. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) subraya la importancia de esos preparativos, y el desafío actual estriba en asegurar su aplicación eficaz. En ese sentido, las actividades esbozadas en el informe son fundamentales. La Secretaría debe poder ayudar a los Estados Miembros a cumplir su mandato de vigilancia eficaz, notificación y gestión responsable de las emergencias de salud pública. Un evento de esa naturaleza puede sobrecargar los sistemas de comunicación, y se deben haber establecido planes para responder a los aumentos repentinos de la demanda de información y capacidad de respuesta. El informe podría haberse extendido más en la descripción de las aportaciones y la función de la OMS como coordinadora central en dichas situaciones; esa función, junto con la colaboración con otras organizaciones internacionales, está prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Los Estados Unidos están mejorando la infraestructura de salud pública y las capacidades conexas; también están examinando las posibilidades de ayudar a otros países a desarrollar esas capacidades. Esperan contar con futuros informes de la OMS en esas áreas.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) recibe con beneplácito la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005); éste hará posible el establecimiento de un marco para controlar las enfermedades que podrían amenazar la salud pública internacional. Es vital que todos los Estados Miembros respondan con prontitud a esas amenazas, de conformidad con el Reglamento. El Japón se esforzará por aplicar el Reglamento y cooperará a nivel internacional proporcionando recursos humanos y tecnología.

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

También cuenta con las iniciativas de la OMS para promover los adelantos técnicos y la observancia debida del Reglamento por los Estados Miembros, en particular en relación con la vigilancia y el seguimiento. El Japón está colaborando con otros miembros del Grupo Mundial de Acción Sanitaria y de Seguridad para mejorar la seguridad sanitaria mundial y la preparación y respuesta frente al terrorismo; como presidente del grupo de trabajo sobre terrorismo químico, está recabando información sobre los efectos perjudiciales del terrorismo químico sobre la salud y tecnologías pertinentes.

El Dr. ASAMOA-BAAH (Subdirector General) agradece a los miembros del Consejo sus observaciones y orientación. Respondiendo al miembro representante del Brasil, dice que la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) confiere poder, pero al mismo tiempo la Secretaría reconoce el reto que conlleva su aplicación y entiende que los Estados Miembros quieren que la Organización se mantenga dentro de los límites de su mandato y su esfera de competencia.

El DIRECTOR GENERAL señala que la cuestión de la respuesta a la liberación de agentes biológicos, químicos o radionucleares ha sido una de las más delicadas durante las negociaciones sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. La OMS no tiene intenciones de transgredir los límites de su mandato ni de participar en actividades que son competencia de organizaciones como el OIEA. No obstante, los antecedentes históricos indican claramente que el sector de la salud tiene un papel clave que desempeñar en la respuesta a los incidentes que constituyen emergencias de salud pública, independientemente de su origen o agente causal. Sesenta años atrás en el Japón, por ejemplo, la primera respuesta a los incidentes de Hiroshima y Nagasaki provino del sector de la salud. A nivel práctico, por consiguiente, es pertinente que la OMS participe en la respuesta a incidentes biológicos, químicos o radionucleares.

El Consejo toma nota del informe.

Comisión OMS de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública: informe sobre los progresos realizados: punto 7.2 del orden del día (documento EB116/10)

El Dr. MANDIL (suplente del Dr. Abdulla, Sudán), refiriéndose a la sección del informe sobre las cuestiones fundamentales, señala que una empresa de tecnología de la información ha abierto recientemente el acceso a más de 500 de sus patentes de software; ello fortalecerá el mercado de la informática y la tecnología de las comunicaciones, en beneficio de los consumidores. Se podría entablar un diálogo con los titulares de derechos de propiedad intelectual en el campo de la salud con miras a persuadirlos de que tengan un gesto similar, para ampliar así el acceso a ciertos productos, procedimientos y protocolos relacionados con la salud.

El Dr. GOMES TEMPORÃO (Brasil) reconoce que los temas abarcados por la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública están incluidos implícitamente en el informe sobre los progresos realizados; sin embargo, la importancia de utilizar las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en la formulación y aplicación de las políticas de salud pública debe mencionarse expresamente en el informe final de la Comisión, en particular con relación a las enfermedades que afectan a los países en desarrollo. El informe final también debe incluir una referencia a los debates habidos en la reunión de la Comisión celebrada en el Brasil en febrero de 2005. El orador está a favor de que el enfoque del proceso que culminará en el informe final de la Comisión sea transparente, coherente, completo e integrado. Se espera que el informe satisfaga las expectativas creadas con el establecimiento de la Comisión y se inspire en el principio de la promoción del acceso a los medicamentos para todos.

El Dr. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivia) hace suyas las observaciones formuladas por el orador anterior. El concepto de propiedad intelectual debe ampliarse para incluir no sólo medicamentos sino también procedimientos clínicos, usos secundarios de productos patentados y la protección de la información y los datos. La Comisión debe examinar esos temas. También debe considerar hasta qué punto los mecanismos vigentes relacionados con la propiedad intelectual pueden utilizarse para prote-

ger los medicamentos naturales derivados de plantas medicinales y los conocimientos médicos y prácticas tradicionales. Espera con interés el informe final de la Comisión.

El Dr. SHINOZAKI (Japón) dice que la Comisión debe seguir velando por la neutralidad y la transparencia que han caracterizado hasta ahora su trabajo. La protección apropiada de los derechos de propiedad intelectual es un incentivo importante para la innovación y para el desarrollo de medicamentos nuevos. El tamaño del mercado potencial debe tenerse en cuenta a la hora de utilizar fondos públicos para promover la investigación y desarrollo de medicamentos. En los mercados pequeños, el financiamiento público tiene un papel importante que desempeñar en el desarrollo de medicamentos; donde existe un mercado considerable, el sector privado debe movilizar los recursos necesarios. Las deliberaciones de la Comisión se están concentrando en las repercusiones del sistema de patentes en el acceso a los medicamentos nuevos; sin embargo, para mejorar el acceso, también es importante el fortalecimiento de la infraestructura social, incluidas las instituciones médicas, el personal médico y el transporte.

La Dra. TÜRMEŒEN (representante del Director General) asegura al Consejo que la Comisión está trabajando con ahínco para producir un buen informe final, manteniendo la neutralidad y la objetividad y asegurando la transparencia de sus métodos de trabajo. El informe contendrá en efecto información sobre las conclusiones de la reunión celebrada en el Brasil y las implicaciones de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. También se abarcará la cuestión de los conocimientos y prácticas tradicionales. La documentación completa sobre las actividades de la Comisión está disponible en el sitio web de la OMS. La oradora ha tomado nota de las observaciones formuladas y las transmitirá a la Comisión.

El PRESIDENTE agradece la sugerencia del miembro representante del Sudán, e invita al Consejo a tomar nota del informe.

El Consejo toma nota del informe.

Comités de expertos y grupos de estudio: punto 7.3 del orden del día (documento EB116/11)

El PRESIDENTE invita al Consejo a examinar el documento EB116/11, que contiene los informes de dos comités de expertos.

El Consejo toma nota del informe.

4. CLAUSURA DE LA REUNIÓN: punto 8 del orden del día

El DIRECTOR GENERAL dice que, para que en los intervalos entre las reuniones del Consejo haya mayor continuidad en el trabajo de éste, prevé comunicarse electrónicamente con los miembros todos los meses y enviarles una actualización sobre las actividades de la OMS y sobre la salud pública en general. Los miembros no deben vacilar en formular preguntas o solicitar mayor información si así lo desean.

El orador quizás haya sido excepcionalmente sincero durante la presente reunión, pero ha querido marcar pautas para promover un diálogo significativo en el Consejo. Esa discusión franca y honesta ayudará a orientar a la Secretaría en su trabajo y posibilitará que ésta preste un mejor servicio a los Estados Miembros.

Tras el habitual intercambio de fórmulas de cortesía, el PRESIDENTE declara clausurada la reunión.

Se levanta la sesión a las 15:05 horas.
