

Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud

Señor Presidente, honorables ministros, excelencias, distinguidos delegados, doctor Mahler, señoras y señores:

La salud pública nunca debe dejar de aprender de sus éxitos, y de sus fracasos.

Hace 30 años, la Organización Mundial de la Salud declaró: «el mundo y todos sus habitantes se han liberado de la viruela». Este certificado de defunción oficial de un antiguo azote de la humanidad constituyó un logro sin precedentes en la historia de la salud pública y representó una demostración extraordinaria del poder de la actuación colectiva para mejorar la situación de la humanidad de manera permanente.

Vale la pena recordar este logro en un momento en que la comunidad internacional ha emprendido el ataque más ambicioso contra la miseria de toda la historia, cuando sólo quedan cinco años para el año 2015.

La erradicación de la viruela fue una iniciativa dirigida contra una sola enfermedad. Nunca hubo una cura para esa enfermedad mortífera, causante de ceguera y desfiguración. La piedra angular de la campaña contra la viruela fue la prevención, en una época en que la mayor parte de los sistemas de salud del mundo estaban concebidos para prestar atención curativa.

Esta iniciativa, que destruyó todos y cada uno de los eslabones de la transmisión del virus en cada rincón del planeta, representó el ejemplo más acabado de cobertura universal. Esto nos dice lo que puede lograr la actuación colectiva cuando se une para luchar por una causa común.

Una parte del legado que nos dejó la campaña de erradicación fue el Programa Ampliado de Inmunización en una época en que menos del 20% de los niños del mundo en desarrollo estaban cubiertos por los programas de vacunación.

A lo largo de los años 80 del siglo pasado, la llamada «década perdida del desarrollo», la expansión de la vacunación infantil representó un logro firme e inspirador en medio de una crisis petrolera, una recesión, una brutal crisis de la deuda y programas de ajuste estructural que recortaron drásticamente el gasto nacional en servicios sociales, en particular la salud. Éste es un recordatorio de lo mucho que puede sufrir la salud como consecuencia de políticas implantadas en otros sectores.

Adonde quiero llegar es que al entrar en el segundo decenio del siglo XXI, y por tanto la recta final para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, necesitamos aprovechar toda enseñanza, todo enfoque, instrumento y forma innovadora de recaudar fondos o trabajar juntos, todos, desde los

jefes de Estado hasta la sociedad civil. Nos queda muy poco tiempo y poco margen para debates infructuosos. Tenemos que avanzar de prisa.

Nos hacen falta enfoques horizontales y enfoques verticales. Tenemos que ampliar el suministro de productos necesarios y fortalecer la capacidad fundamental para lograrlo. Necesitamos coherencia en las políticas, tanto en el sector sanitario como fuera de él, y también esfuerzos complementarios.

El cumplimiento de los Objetivos relacionados con la salud no se limita a mejorar los promedios nacionales, sino que consiste fundamentalmente en llegar a los pobres, a los que casi siempre resulta más difícil alcanzar. Éste es el desafío, y sólo tendremos éxito en la medida en que sepamos resolverlo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio promueven la salud como una estrategia general para reducir la pobreza. Para decirlo con crudeza, si no entendemos que hemos de llegar a los pobres no habremos entendido nada.

Nos queda mucho camino por recorrer, especialmente por lo que hace a la mortalidad materna y del recién nacido, y apreciamos los esfuerzos que se están desplegando en muchos frentes para acelerar el progreso en esta esfera. Pero cobremos ánimo mencionando lo que ya se ha logrado.

El éxito en la salud pública casi siempre salva vidas, pero también tiene un valor simbólico. Los adelantos recientes indican que cuando la comunidad internacional se compromete por entero en la consecución de una meta, es posible hallar soluciones creativas y salvar obstáculos, incluso los de carácter económico.

Desde el comienzo de este siglo, el número anual de defunciones de niños menores de cinco años descendió por debajo de la marca de 10 millones por vez primera en casi seis décadas, y luego volvió a bajar a menos de nueve millones.

En los países de ingresos bajos y medianos, el número de personas que recibieron tratamiento contra el sida con antirretrovíricos pasó de menos de 200 000 a finales de 2002 a tres millones y luego a más de cuatro millones, un logro impensable hace 10 años.

La tasa de incidencia de la tuberculosis alcanzó su punto más alto y luego empezó un descenso lento pero sostenido. Asimismo, por vez primera en décadas, estamos observando signos de que la situación del paludismo, que se había venido deteriorando continuamente, empieza a mejorar.

Se siguen logrando adelantos impresionantes en el control de las enfermedades tropicales desatendidas. A fines de 2008, unos 670 millones de personas habían recibido quimioterapia preventiva contra al menos una de estas enfermedades. El número de casos de dracunculosis ha alcanzado un mínimo histórico y actualmente esta enfermedad se halla confinada en sólo cuatro países.

Creo que podemos concluir que el aumento de las inversiones en el desarrollo sanitario está dando resultados.

Al igual que la campaña de erradicación de la viruela, los esfuerzos desplegados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio ya han dejado un legado beneficioso para la salud pública en general; permítanme dar algunos ejemplos.

En primer lugar, la Declaración del Milenio y sus Objetivos cambiaron por completo las ideas con respecto al desarrollo. Durante mucho tiempo, factores como el acceso a agua salubre y saneamiento, las tasas de alfabetización, la mortalidad de niños menores de un año y de niños menores de cinco años, así como la mortalidad materna, se consideraron indicadores del nivel de desarrollo socioeconómico de un país.

Según los criterios de esa época, las condiciones de vida y la situación sanitaria mejorarían gradualmente a medida que las economías se desarrollaran y se difundiera la prosperidad. Esto sucedió, desde luego, pero a menudo no benefició a los más pobres y marginados de la sociedad. Con demasiada frecuencia, el crecimiento económico ha significado la creación de riqueza para algunos y el aumento de la pobreza para otros.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio cambiaron este modo de pensar. En vez de esperar a que las condiciones de vida y la situación sanitaria mejorasen gradualmente, los Objetivos propugnaron un ataque directo contra las situaciones y enfermedades que anclaban a la gente en la pobreza. Esto se planteó como el mejor, y probablemente el más rápido, camino hacia un progreso más equilibrado.

Los indicadores del desarrollo se transformaron en sus impulsores. La búsqueda del desarrollo económico se convirtió en la búsqueda del desarrollo social. El informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud promovió este enfoque.

En segundo lugar, los ODM cambiaron el concepto de la eficacia de la ayuda, como se refleja en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y en el Programa de Acción de Accra. Un escepticismo que casi se puso de moda sobre el valor de la ayuda, según el cual se culpaba a las deficiencias en la capacidad y la gobernanza de los países receptores, fue sustituido por el reconocimiento de que también podrían estar fallando las políticas y el comportamiento de los donantes. La responsabilización con respecto a los resultados debe ser mutua.

La ayuda bien entendida toma en consideración las prioridades y la capacidad de los gobiernos receptores, así como las responsabilidades de éstos para con sus ciudadanos. Se propone además suprimir la necesidad misma de recibir ayuda y lo consigue invirtiendo en la creación de capacidad y la infraestructura necesarias para alcanzar la autosuficiencia.

Si la ayuda no se propone explícitamente alcanzar la autosuficiencia, su necesidad jamás cesará. Por razones que saltan a la vista, romper el ciclo de dependencia de la ayuda contribuye de una manera fundamental a lograr la equidad entre las naciones.

En tercer lugar, los esfuerzos desplegados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio liberaron lo mejor de la creatividad humana y generaron una multitud de innovaciones para mejorar la salud, especialmente entre los más pobres.

La lista es larga: la Alianza GAVI; el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID); las nuevas alianzas para la obtención de vacunas y medicamentos contra las enfermedades de los pobres; un mecanismo de financiación de las vacunas y otro para reducir los costos de los medicamentos antipalúdicos; y la Alianza Sanitaria Internacional como una nueva forma de trabajar en los países. Todos hemos contribuido de un modo u otro a lograr estas innovaciones en favor de la cooperación sanitaria internacional.

Y la tendencia no se ha detenido. A comienzos de este año, la Fundación Bill y Melinda Gates anunció el inicio de la Década de las Vacunas y se comprometió a aportar US\$ 10 000 millones en los próximos 10 años para ayudar a distribuir vacunas ya existentes y a obtener otras nuevas.

Los compromisos de esta naturaleza son bienvenidos. Las vacunas son una de las mejores inversiones para salvar vidas, pues evitan entre dos millones y tres millones de muertes cada año. La OMS y el UNICEF, en estrecha colaboración con la Fundación Bill y Melinda Gates, así como con diversos países y asociados, están iniciando un proceso para definir las ambiciones y el alcance de la Década de las Vacunas.

El impulso que ha venido creciendo desde el principio de este siglo debe continuar. El mes pasado, la OMS emprendió semanas de vacunación simultáneas en más de 100 países. Se trata de actividades que crean conciencia entre el público y los profesionales acerca del valor de la vacunación y que también salvan vidas.

Ustedes conocen bien los retrocesos que pueden producirse cuando las personas deciden que las vacunas son peligrosas o innecesarias, o, incluso, que forman parte de una conspiración. Es lo que sucedió en el caso de las vacunas contra el sarampión, contra las pandemias y, sobre todo, contra la poliomielitis.

Varios puntos del orden del día guardan relación con las vacunas. Ustedes examinarán medios para acelerar la aplicación de medidas encaminadas a reducir las muertes por neumonía, así como la viabilidad de la erradicación del sarampión, y la prevención de la infección por el virus de la hepatitis B mediante la inmunización de los niños menores de un año.

En respuesta a una petición de la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud, ustedes también considerarán un nuevo plan estratégico ambicioso destinado a completar la erradicación de la poliomielitis. Este plan abarca varias nuevas estrategias que responden a diferentes dinámicas de transmisión en distintos entornos, utilizan una nueva vacuna bivalente y abordan sin ambages el problema de la propagación internacional, que ha impedido que se consolidaran los progresos realizados.

Es importante señalar que en dicho plan se plasma un mayor compromiso sistemático de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis en el marco más amplio de las actividades encaminadas a reforzar los sistemas de inmunización. Resulta muy oportuno que se haga hincapié en este aspecto.

La Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis dispone de medios para realizar intervenciones entre las poblaciones de difícil acceso. Se trata de una capacidad particularmente útil en la recta final hasta 2015, cuando el mayor desafío consiste en llegar a las poblaciones subatendidas.

El brote de poliomielitis registrado el mes pasado en Tayikistán, en una región declarada libre de poliomielitis desde 2002, es un importante recordatorio de que la única opción viable para luchar contra esta enfermedad es completar la erradicación. Si no perseveramos en esa lucha asistiremos a un resurgimiento de la poliomielitis, con su secuela de muertos y de casos de parálisis infantil. Nuestro deber moral colectivo, como países y asociados, consiste en concluir la labor iniciada.

Señoras y señores:

En salud pública, las buenas noticias suelen ser el resultado de diversos factores, como el compromiso político, la disponibilidad de recursos suficientes, la firmeza de las intervenciones y la capa-

cidad de ejecución, así como la prestación equitativa de servicios y la alineación con las prioridades y capacidades nacionales. Pero a veces también incide el factor suerte.

Eso es lo que ha sucedido en el caso de la pandemia de gripe por H1N1. El virus no mutó a una forma más letal. Los casos de resistencia al oseltamivir fueron pocos y aislados. La vacuna resultó muy eficaz contra los virus circulantes y tuvo unos excelentes niveles de seguridad.

En muchos casos los servicios de urgencia y las unidades de cuidados intensivos debieron soportar fuertes presiones, pero pocos sistemas de salud resultaron desbordados, e incluso así las deficiencias, por lo general, no tardaron mucho en subsanarse. Se cerraron escuelas pero no fue necesario cerrar fronteras y las perturbaciones en los viajes y en el comercio fueron mucho menos graves que lo previsto.

Si las cosas hubiesen salido mal en cualquiera de estos aspectos nuestro orden del día sería muy diferente.

Ésta ha sido la pandemia más vigilada y analizada de la historia. Es natural que toda decisión o medida adoptada, en especial por la OMS, también se someta a un análisis minucioso y a una evaluación crítica. Nos parece muy bien que sea así.

La pandemia también ha sido la primera prueba importante del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional revisado, que entró en vigor en 2007. Durante la reunión que el Consejo Ejecutivo celebró en enero propuse que el examen previsto del funcionamiento del Reglamento se aprovechara para evaluar también la respuesta internacional a la pandemia de gripe. El Consejo aprobó esta propuesta. Ustedes tienen ante sí un informe de la primera reunión del Comité de Examen.

Al inaugurar esa reunión hice hincapié en la necesidad de que se realizara una evaluación franca y crítica del desempeño, incluido el de la OMS, mediante un procedimiento que fuera independiente, creíble y transparente. Queremos saber qué funcionó bien, qué funcionó mal y, en la medida de lo posible, por qué razones. Queremos saber qué podría mejorarse y, en la medida de lo posible, de qué manera.

Nos interesa extraer enseñanzas tanto acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional como acerca de la manera en que la OMS y la comunidad internacional respondieron a la pandemia, a fin de contribuir a mejorar en el futuro la gestión de posibles emergencias de salud pública de interés internacional. Y puedo asegurarles que las habrá.

En el informe de la primera reunión del Comité de Examen se resumen problemas y cuestiones que se han planteado en reiteradas ocasiones y que, probablemente servirán de guía en la realización del examen. El Comité también acordó, examinar las críticas que se habían planteado con respecto a la gestión de la pandemia por la OMS. Como ya he dicho, acogemos con beneplácito la decisión de examinarlas.

Señoras y señores:

Tenemos algunas pruebas firmes de que la ayuda para el desarrollo sanitario está resultando eficaz. Pero aún debe mejorar mucho más. Los esfuerzos encaminados a la consecución de los ODM relacionados con la salud nos han aportado una enseñanza importante: una enseñanza acerca de lo que no supimos conseguir.

Durante décadas no hemos conseguido, colectivamente, invertir lo suficiente en sistemas de salud básicos, infraestructuras, formación del personal, sistemas de información, capacidad de reglamentación y sistemas de protección social. Se trata de un obstáculo absoluto que no podrá resolverse eludiéndolo mediante la implantación de sistemas fragmentarios y unilaterales.

Los donantes internacionales, los asociados y los propios gobiernos no han logrado aunar esfuerzos en torno a las políticas, estrategias y prioridades sanitarias nacionales. Esto contribuye a la fragmentación, la duplicación y el incremento de la demanda y de los costos, y va en detrimento de la implicación nacional. Tal es la enseñanza que hemos extraído.

Ahora me pregunto: ¿cómo podemos expandir las intervenciones o propugnar la cobertura universal si en tantos países los sistemas de salud están al borde del colapso? ¿Cómo podemos hacerlo si en el mundo hay un déficit de cuatro millones de médicos, enfermeras y otros tipos de personal sanitario?

Los sistemas de salud deficientes impiden que las iniciativas sanitarias mundiales puedan alcanzar sus objetivos. Los sistemas sanitarios deficientes suponen un despilfarro de fondos y diluyen el rendimiento de las inversiones. Hay despilfarro de fondos cuando los sistemas de reglamentación no consiguen controlar los precios y la calidad de los medicamentos o los costos de la atención en el sector privado.

Esos sistemas de salud deficientes suponen un despilfarro de recursos al formar personal que acaba siendo atraído por mejores condiciones de trabajo o de remuneración. También suponen una pérdida de eficiencia cuando imponen la realización de procedimientos innecesarios o bien cuando no permiten realizar procedimientos esenciales debido a las interrupciones en la cadena de suministros.

Asimismo, entrañan un desperdicio de oportunidades de reducir la pobreza cuando la situación de los pobres se ve agravada por los costos de la atención o la falta de servicios de prevención. Y sobre todo la deficiencia de los sistemas de salud provoca pérdidas de vidas.

Actualmente, tanto los países como los donantes reconocen este problema y lo abordan mediante una variedad de iniciativas nuevas o ya existentes, incluidas varias iniciativas sanitarias mundiales. Si bien estas iniciativas se concibieron para obtener determinados resultados sanitarios, actualmente reconocen que el logro de sus objetivos depende del buen funcionamiento de los sistemas sanitarios. Considero que estamos ante un cambio de enfoque revolucionario.

La equidad y la justicia social desempeñan en la Declaración del Milenio y en sus Objetivos, el papel central que siempre han tenido en el enfoque de atención primaria de salud. Como se señaló en la resolución sobre atención primaria adoptada el año pasado, principios como los de acceso universal a los servicios, acción multisectorial y participación comunitaria forman una base sólida para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Los esfuerzos encaminados a reducir la mortalidad de la madre y del recién nacido han sido los que menos progresos han hecho en el contexto de la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en todas las regiones. Y no deberíamos sorprendernos de que sea así, porque esa reducción de la mortalidad depende absolutamente del buen funcionamiento de los sistemas sanitarios.

Como preparativo de la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se celebra en septiembre, la Oficina del Secretario General está ultimando un plan de acción conjunto para acelerar los progresos en el logro de los ODM relacionados con la salud, con especial hincapié en la salud de la madre y del niño. Los aliento a que participen en las sesiones de infor-

mación técnica sobre los ODM, porque sus puntos de vista serán decisivos para configurar los contenidos de este plan.

Hay otros puntos del orden del día que también guardan relación con los sistemas de salud. Las formas de tuberculosis farmacorresistentes surgen debido a deficiencias en los servicios de salud generales, con inclusión de años de dejadez respecto a los servicios de laboratorio, la insuficiente capacidad de reglamentación para garantizar el suministro y la calidad de los medicamentos, y la grave escasez del personal sanitario.

En el llamado «cinturón de importación del virus» en el África subsahariana, la propagación de la poliomielitis se puede predecir, ya que el virus se propaga aprovechando las deficiencias de los sistemas de salud.

Una sólida capacidad de reglamentación respalda los esfuerzos encaminados a reducir el uso nocivo del alcohol, controlar el tabaco, proteger a los niños de las prácticas de comercialización nocivas y garantizar la seguridad y la calidad de los productos médicos y sanguíneos.

Unos 85 países, que representan el 65% de la población mundial, no cuentan con estadísticas fiables sobre las causas de defunción. Esto significa que, al no conocerse ni consignarse esas causas, los programas de salud deben basar sus estrategias en estimaciones brutas e imprecisas.

En cuanto a los aspectos positivos, la labor encaminada a mejorar la atención de salud en centros sanitarios, que es fundamental para reducir la mortalidad de la madre y del recién nacido, aumentará la capacidad de responder a la variedad de nuevos desafíos derivados del incremento de las enfermedades no transmisibles crónicas.

Éstas son algunas de las cuestiones que ustedes debatirán en el curso de esta semana. La mejora de las capacidades fundamentales ayuda a cumplir los compromisos internacionales, aumenta la eficiencia y la equidad, mejora de manera sustancial los resultados sanitarios y promueve la autosuficiencia de los países.

En el pasado no hemos logrado realizar satisfactoriamente esta tarea. Ahora que entramos en la recta final debemos retomar el camino correcto.

Muchas gracias.

= = =