

ALOCUCIONES DEL
DR. HIROSHI NAKAJIMA
DIRECTOR GENERAL
EN EL CONSEJO EJECUTIVO
Y LA ASAMBLEA
MUNDIAL DE LA SALUD



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1995

**ALOCUCIONES DEL
DR. HIROSHI NAKAJIMA
DIRECTOR GENERAL
EN EL CONSEJO EJECUTIVO Y
LA ASAMBLEA MUNDIAL
DE LA SALUD**



**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1995**

INDICE

1

ALOCUCION
DEL DIRECTOR GENERAL
EN LA 95ª REUNION DEL
CONSEJO EJECUTIVO
Ginebra, 16 de enero de 1995

11

ALOCUCION
DEL DIRECTOR GENERAL
EN LA 48ª ASAMBLEA MUNDIAL
DE LA SALUD
Ginebra, 2 de mayo de 1995

ALOCUCION DEL DIRECTOR GENERAL EN LA 95ª REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO

Ginebra, 16 de enero de 1995

Señor Presidente, distinguidos miembros del Consejo Ejecutivo, señoras y señores:

Hoy día, en los países desarrollados, las dos terceras partes de las defunciones se producen pasados los 65 años de edad. En los países en desarrollo, dos tercios de ellas ocurren antes de los 65 años, y casi un tercio antes de los cinco años de edad. Estos datos nos permiten vislumbrar las desigualdades que presenta en el mundo el acceso a la atención de salud. En 1995, el peso de la muerte y la enfermedad sigue siendo una carga especialmente abrumadora para los pobres.

El tercer informe sobre la vigilancia de los progresos realizados en la aplicación de la estrategia de salud para todos arroja un mejoramiento general de indicadores sanitarios mundiales como la esperanza de vida, las tasas de mortalidad infantil, los niveles de educación y el estado nutricional. Sin embargo, una vez desagregadas, las estadísticas revelan que en materia de salud la brecha entre ricos y menesterosos se está ahondando, tanto entre los países como entre grandes grupos de población en el seno de éstos.

Como puso de relieve una vasta mayoría de las delegaciones presentes en la Asamblea de la Salud de 1994, esta brecha cada vez más honda plantea la cuestión ética fundamental del acceso equitativo no sólo a la supervivencia, sino también a la salud y a la calidad de la vida, y pone en tela de juicio la sostenibilidad de nuestros logros sanitarios, tanto a nivel mundial como en cada país. Las enfermedades infecciosas aún se cobran muchas víctimas en los países en desarrollo, y no tardan en resurgir cada vez que la infraestructura-económica, sanitaria y social se quebranta a causa de un reajuste económico, un proceso de transición o situaciones de emergencia complejas. Dondequiera que aparezcan, estas enfermedades representan un peligro para todos, ya que no bastan, para contenerlas, las barreras geográficas, administrativas o sociales.

Los elevados niveles de morbilidad y mortalidad que dan al traste con una parte tan importante del potencial humano y económico de los países en desarrollo constituyen una pérdida para todos, también para los países desarrollados, pues reducen drásticamente las oportunidades de un mayor desarrollo y crecimiento económico mundial.

Como ya he señalado ante el Consejo y los comités regionales en otras ocasiones, la salud se está convirtiendo en un asunto político, social y económico central en todos los países. Los profesionales de la salud y la opinión pública en general reconocen que la meta de la salud para todos, basada en la equidad y la justicia social, debe mantenerse, y que ha de alcanzarse la equidad no sólo en el acceso a los servicios de salud, sino también en su utilización. Fuera del sector sanitario, sin embargo, entre los economistas del desarrollo, las instituciones de financiación y los políticos, ha surgido una tendencia diferente que propugna como meta «mitigar la pobreza». Esta tendencia toma cuerpo en muchas de las actuales políticas de ayuda al desarrollo, y la OMS misma ha sufrido una fuerte presión política para que se adecue a esa corriente y ajuste a ella su acción y sus prioridades sanitarias.

No cabe duda de que la pobreza es el principal escollo con que tropieza el desarrollo sanitario; y, a la inversa, la mala salud con frecuencia provoca o perpetúa la pobreza. Esta opinión ha inspirado, desde hace años ya, mi constante llamamiento, no sólo a los ministros de salud sino también a los jefes de Estado y de gobierno, para que los asuntos sanitarios se traten en el más alto nivel político y reciban la atención que merecen en todas las políticas públicas.

Conviene aclarar, sin embargo, que mitigar la pobreza es un objetivo que difiere bastante, por su alcance y su contenido, del de la salud para todos. El peligro, que ya ha comenzado a materializarse, radica en que una política que esté encaminada a mitigar la pobreza dedicará una cantidad mínima de recursos a la salud y se limitará a tender una red de seguridad social que sólo cubra las necesidades sanitarias más elementales. A la vez que apunta a aliviar las consecuencias más duras de la pobreza, esa política aceptará tácitamente que un cierto número de personas, e incluso comunidades enteras, queden marginadas y excluidas de la corriente principal del desarrollo humano y económico. De esta manera tal vez se alivie la pobreza, pero también se la institucionaliza.

Personalmente, creo que la OMS — sus Estados Miembros y su Secretaría — no debe renunciar a la intención original y al significado auténtico de «la salud para todos» — una concepción que se basa en la equidad, la

solidaridad y el respeto y que está en armonía tanto con la letra como con el espíritu de la Constitución de la OMS.

En épocas de dificultades económicas y de transición política, social y estructural en todo el mundo tal vez tengamos que aceptar la necesidad temporal de medidas para mitigar la pobreza. Pero las soluciones provisionales no aportan objetivos y estrategias valederos a largo plazo, y ciertamente no contribuyen a una visión constructiva de la salud o de la cooperación internacional. No combaten de raíz las causas de la pobreza y de la enfermedad, las cuales, si se siguen enconando, a la larga se harán cada vez más difíciles de tratar. Además, el desarrollo de una sociedad en dos niveles, en los planos tanto nacional como internacional, es una verdadera bomba de relojería. Es la senda más segura hacia el amargor y la violencia, la quiebra del consenso social y las fisuras y la confrontación cultural.

Juntos debemos elaborar las medidas prácticas y las políticas que nos ayuden a conciliar lo que sea factible con lo que sería deseable. Ser pragmáticos no significa someterse a las circunstancias; significa aceptarlas tal como son, trabajar con ellas y transformarlas gradualmente a fin de configurar un futuro que nos acerque más a nuestra concepción de la salud y a una satisfacción más equitativa de las necesidades y aspiraciones de las personas.

¿Qué clase de OMS se necesita, pues, para el futuro? ¿Cuáles deberían ser sus funciones? Las expectativas varían según los Estados Miembros. Algunos opinan que la OMS debería centrarse en la promoción de la salud y en el acopio, la validación y la difusión de información sanitaria. Este grupo desea asimismo que se ponga el acento en la función normativa de la OMS, en el papel que desempeña en el establecimiento de normas técnicas y éticas y en la promoción de investigaciones para resolver problemas concretos. Otros consideran que la OMS debería intervenir a nivel nacional y en la cooperación técnica únicamente, y además limitan esta última al apoyo para la formulación de políticas y la ejecución de programas. Hay también un tercer grupo, que favorece el statu quo y respalda el actual mandato y campo de actividades de la OMS, haciendo hincapié en la colaboración a nivel de país.

En el marco del proceso de reforma que hemos iniciado en la OMS, el examen de la meta y las estrategias de salud para todos y de la misión general de la OMS para después del año 2000 es un elemento clave. Así lo reconoció el Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales, que recomendó un examen a fondo de la cuestión y amplias consultas entre los miembros de la OMS y sus numerosos asociados en el desarrollo sanitario.

La OMS necesita de sus Estados Miembros una declaración de política para el futuro, que exprese claramente qué esperan de la Organización y cómo ven su papel y su misión en los años venideros. Sólo entonces estará la Organización plenamente en condiciones de planificar sus actividades, establecer prioridades, evaluar los resultados y ajustar en consecuencia sus estructuras y mecanismos. Los propios Estados Miembros de la OMS deben saber con claridad qué esperan de su cooperación mutua y cómo piensan obtenerlo, con arreglo a cuáles normas y principios y a través de cuáles cauces. Sin prejuzgar respuestas, el documento EB95/15 se propone facilitar al Consejo el examen de este asunto crucial.

Mi opinión personal es que el compromiso de la OMS, en respuesta a las peticiones de cooperación de los Estados Miembros, debería regirse por los siguientes elementos: en primer lugar, la identificación de una necesidad sanitaria específica, que corresponda al mandato constitucional y a la competencia técnica de la OMS; en segundo lugar, la pertinencia de la intervención propuesta para la estrategia mundial de salud para todos, el Programa General de Trabajo y las prioridades definidas por la Asamblea de la Salud y por otros órganos deliberantes; y, por último, el hecho de que, merced a su ventaja comparativa, la intervención de la OMS pueda dar y dé efectivamente frutos apreciables.

No creo, sin embargo, que la OMS pueda limitarse a una sola función o a un modelo estándar para llevar a cabo sus actividades de cooperación y sus programas. Estos han de variar según los problemas sanitarios, el entorno y las partes interesadas. Citaré aquí tres ejemplos de funciones diferentes pero decisivas que la OMS desempeña en la acción sanitaria internacional.

- 1) Enfrentado al formidable desafío que plantea el VIH/SIDA, el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA ha realizado, desde sus comienzos, una ingente labor. El GPA ha desempeñado un papel crucial en el desarrollo de planes y estructuras nacionales para combatir el SIDA. Además, se encargó de elaborar una estrategia mundial que ha permitido enfocar de manera acertada y coherente la labor de prevención, educación, investigación, asistencia y apoyo en todo el mundo.

En vista de la creciente extensión y complejidad de la pandemia, la OMS ha hecho un llamamiento a favor de una movilización general de recursos en todas las disciplinas y organismos, por encima de fronteras culturales y políticas. Ha propiciado el establecimiento de un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, como una oportunidad de lograr una sinergia y complementariedad de acción con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y con

los gobiernos y organizaciones no gubernamentales. La OMS, con su combinación sin paralelo de conocimientos técnicos, experiencia práctica y lazos de colaboración con instituciones sanitarias, especialistas científicos, organizaciones comunitarias y personas que viven con el SIDA, hará una aportación inestimable al nuevo programa conjunto y a sus asociados.

Esta tendencia hacia una mayor coordinación e integración de las actividades dentro del sistema de las Naciones Unidas queda de manifiesto también con la reciente creación del Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química, con sede en la OMS, y en esferas tales como la lucha contra el paludismo, las vacunas y la inmunización, en las que la OMS es reconocidamente el principal organismo coordinador.

- 2) Mi segundo ejemplo se refiere a la integración funcional de las actividades en el sector de la salud reproductiva. La OMS ha definido y promovido la salud reproductiva como un aspecto prioritario de la salud y el desarrollo. Un grupo especial de trabajo seguirá identificando prioridades y actividades a nivel mundial y nacional. La salud reproductiva y la salud de la familia son esferas que se complementan y que aúnan los esfuerzos de varios servicios y programas de la OMS, entre los que se ha logrado un alto grado de integración funcional. Juntos coordinan las investigaciones biomédicas, operativas, sociales y comportamentales sobre salud reproductiva. Juntos promueven y coordinan la prestación de una atención integral y de buena calidad en materia de salud reproductiva, para todas las personas a lo largo de toda su vida y en el marco de los servicios de atención primaria de salud. La acción se refuerza a través del entorno familiar, estrategia que es bien aceptada y puede resultar eficiente en todas las culturas y sociedades. En pro de la salud de la familia se promueve la información, la educación y la participación — es decir, se habilita a todos los miembros de la familia para que sean responsables de su propia salud.

En la Conferencia de El Cairo sobre la Población y el Desarrollo, la OMS contribuyó mucho a que se llegara a un consenso y se superaran las diferencias políticas y religiosas. Eso pudimos hacerlo gracias a nuestro enfoque global de la salud, que no tiene paralelo en el sistema de las Naciones Unidas, ni en el mundo en general. Mientras que otros programas y organismos parecían circunscribir su interés a determinados aspectos, productos o intervenciones, las propuestas de la OMS se ganaron una alta credibilidad médica y ética debido a nuestra imparcialidad y nuestra preocupación prioritaria por la salud y el bienestar generales de todas las personas, sea cual sea la sociedad a la que pertenezcan.

Si bien el actual proceso de agilización y coordinación se aplica a todas las actividades de la OMS, este tipo de integración funcional es particularmente conveniente en algunos sectores, como el Programa Mundial de Vacunas e Inmunización, la higiene del medio y la nutrición.

- 3) Mi tercer ejemplo es el programa OMS de prevención de la ceguera, que afronta otro tipo de desafío. En el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas ciegas o con una pérdida de visión discapacitante. El 90% de ellas vive en países en desarrollo. El logrado Programa de Lucha contra la Oncocercosis en Africa Occidental ha documentado el ingente costo económico que la ceguera entraña para la comunidad en términos de vulnerabilidad, necesidad de apoyo social y, finalmente, aumento de la mortalidad.

Mediante una intensa labor de creación de redes, el programa OMS de prevención de la ceguera ha conseguido, en particular, movilizar y coordinar fondos y apoyo de organizaciones no gubernamentales para afrontar las necesidades de los países en desarrollo. Este esfuerzo deberá continuar mientras la infraestructura de atención primaria siga siendo débil en esos países. Además, el envejecimiento general de la población elevará rápidamente el número de personas afectadas por discapacidad visual grave, con consecuencias humanas y económicas considerables en todas las sociedades, tanto desarrolladas como en desarrollo. Con su liderazgo gestorial y técnico y con dinero para la puesta en marcha y un núcleo pequeño de personal, este programa de la OMS ejerce una acción catalítica fundamental para estrechar los lazos de asociación entre las ONG y los Estados Miembros.

El Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, el programa de salud bucodental y los programas sobre la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, con sus actividades de fomento de la salud relacionadas con la nutrición y los modos de vida, son también buenos ejemplos de la colaboración activa y eficiente de la OMS con las ONG. Teniendo en cuenta la necesidad y la importancia crecientes de la cooperación técnica para las comunidades, estamos investigando asimismo las formas de establecer nuevos tipos de asociación para el desarrollo sanitario con las autoridades locales de zonas urbanas y rurales.

Estas opciones no se excluyen mutuamente. La OMS las utiliza en variadas combinaciones para promover nuevos modelos de asociación en materia de salud. Los ejemplos que he descrito ilustran la capacidad de la OMS para acrecentar su propia eficiencia y adaptarse a los cambios, así como la necesidad de conservar su flexibilidad para responder a los distintos

desafíos sanitarios con criterios y estructuras diferentes. Asimismo, confirman que la credibilidad de la OMS, su pertinencia y su influencia en la promoción y en el establecimiento de normas son fruto directo de sus conocimientos técnicos y de su experiencia de primera mano en los asuntos y entornos de salud pública.

La OMS tiene la competencia técnica y el vasto acervo de 50 años de experiencia; cuenta con la ventaja incomparable de su estructura regional y de su red mundial; goza de la confianza de los gobiernos y de los profesionales de la salud de todo el mundo. Sabemos qué es lo que se necesita; sabemos qué queremos hacer y cómo hacerlo. Ustedes deben proporcionarnos los medios para lograrlo.

En el marco del proceso de reforma y bajo la dirección de sus órganos deliberantes, la Secretaría viene trabajando en el mejoramiento de los instrumentos gestoriales y presupuestarios. Se han fortalecido la consulta y la coordinación interregionales. El Consejo de Políticas Mundiales y el Comité para el Desarrollo de la Gestión están ya bien afianzados. Nuestros seis equipos de desarrollo se están ocupando de la aplicación de las reformas y su labor avanza a buen ritmo. El informe sobre la política de comunicaciones y de relaciones públicas de la OMS está terminado y obra en poder de ustedes. La planificación de un sistema mundial de información para la gestión que satisfaga nuestras necesidades está muy adelantada. La mayor parte de las reformas presupuestarias que era necesario hacer ya están en marcha y se reflejan en los documentos y procedimientos que estamos utilizando. Nuestra política de personal está siendo objeto de examen y en enero del próximo año recibirán ustedes un informe al respecto.

Más concretamente, en la reunión que hoy empieza los Directores Regionales les relatarán cómo han respondido a los cambios mundiales las seis regiones de la OMS y cómo sus órganos deliberantes, los Comités Regionales, conciben la reforma a nivel regional y nacional.

Por segundo año consecutivo, el Consejo llevará a cabo un examen y una evaluación a fondo de determinados programas. La semana pasada se reunieron por primera vez los dos comités recientemente creados, el Comité de Desarrollo del Programa y el Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas. La distribución de tareas entre estos dos comités debería facilitar la participación del Consejo en la planificación, la vigilancia y la evaluación de los componentes programáticos y presupuestarios de las actividades de la OMS. La Secretaría se congratula de esta colaboración más estrecha con el Consejo.

Quisiera sugerir al Consejo que examine los mecanismos de coordinación entre nuestros diversos órganos deliberantes, incluidos los comités que se han creado como parte del proceso de reforma, la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo, los comités regionales y los órganos deliberantes de los programas que se financian principalmente con contribuciones extrapresupuestarias.

Un punto importante de nuestro orden del día es el examen del proyecto de presupuesto por programas para 1996-1997. Este es el primer proyecto de presupuesto que se basa en el Noveno Programa General de Trabajo, en sus cuatro orientaciones de política y en la reagrupación de los antiguos 59 programas bajo 19 epígrafes. Los asuntos presupuestarios se examinarán en un punto separado del orden del día. Una vez más, como verán, la Secretaría se enfrenta con un dilema que no puede resolver sola: unas expectativas cada vez mayores, un creciente número de peticiones de los Estados Miembros y un presupuesto de crecimiento cero en términos reales, a lo que se suman graves problemas de absorción de costos y unas fluctuaciones extremas del tipo de cambio del dólar estadounidense.

En años pasados, el crecimiento relativo de los recursos extrapresupuestarios ha ayudado a compensar en cierta medida el déficit de los fondos ordinarios, pero los recursos extrapresupuestarios no pueden seguir aumentando indefinidamente. La utilización de fondos extrapresupuestarios plantea también el problema de la continuidad y la independencia en la política y en el establecimiento de prioridades, y eleva los gastos de apoyo a sufragar con un presupuesto ordinario que ya no da mucho más de sí. Además, la aplicación de las reformas no entraña necesariamente ahorros; por ejemplo, el establecimiento del nuevo sistema de información para la gestión exigirá recursos adicionales.

Sin embargo, estoy convencido de que el proceso de reforma está abriendo nuevos horizontes al diálogo y a la cooperación. Con este nuevo proyecto de presupuesto por programas, la OMS se embarca en lo que espero llegará a ser un proceso plenamente interactivo. Como el formato del nuevo documento pone de relieve, contamos con las observaciones y sugerencias de ustedes para trabajar juntos en la mejora de este proyecto. Los cambios que recomiende el Consejo se presentarán debidamente a la Asamblea de la Salud junto con el proyecto presupuestario. Yo prometo al Consejo mi dedicación personal a este proceso, que nos ayudará a todos a satisfacer mejor las necesidades y esperanzas de nuestros Estados Miembros.

Los medios financieros puestos a disposición de la Organización no pueden dissociarse de la cuestión de los recursos humanos. Las tasas de

ejecución de programas y la calidad de los resultados dependerán de la cuantía de los recursos humanos y presupuestarios que autoricen y realmente asignen nuestros órganos deliberantes y nuestros Estados Miembros. Estoy orgulloso de la respuesta de mis colaboradores al reto de la reforma y de su capacidad para adaptarse a los cambios con ánimo innovador. Sin ningún aumento de los recursos, han debido soportar un mayor volumen de trabajo para mantener la ejecución de los programas y asegurar la prestación de servicios a los países. Deseo reconocer su contribución y agradecerles su dedicación a la Organización y al objetivo de la salud para todos los pueblos del mundo.

Dondequiera me lleven mis viajes, dondequiera esté trabajando la OMS, ya sea Camboya, Bosnia, Rwanda o Ginebra, todo me recuerda constantemente que la OMS no se reduce a sólo presupuestos y estructuras. La OMS se ocupa ante todo de las personas y de su salud y bienestar. El proceso de reforma aspira finalmente, mediante una mayor coordinación, transparencia y responsabilización, a mejorar la actuación y la capacidad de la OMS para satisfacer las necesidades de los Estados Miembros y de sus pueblos.

Los desafíos que afronta la OMS son los mismos que afrontan sus Estados Miembros. Juntos hemos de combatir la enfermedad y promover un desarrollo sanitario sostenible. Juntos hemos de hacer frente a emergencias complejas y epidemias. Juntos nos hemos comprometido a erradicar la poliomielitis y la dracunculosis y a eliminar la lepra y las carencias de yodo y de vitamina A para el año 2000. Juntos hemos de investigar y desarrollar vacunas, medicamentos, protocolos de inmunización, infraestructuras de salud y campañas de promoción y educación sanitaria, ya sea contra el paludismo, el VIH/SIDA, la tuberculosis, las nuevas enfermedades, el cáncer o las afecciones cardiovasculares.

Para alcanzar nuestros objetivos y metas, necesitamos buenos instrumentos de gestión, y por eso seguiremos trabajando en la mejora de nuestras estructuras y procedimientos. Para acercarnos a nuestra meta de la salud para todos, necesitamos formas nuevas y más amplias de asociación en pro de la salud, que se basen en la equidad, la solidaridad y el respeto. También debemos conseguir una comprensión común y un consenso respecto del alcance y de los cauces de la acción de salud pública y de la cooperación internacional. Quiero, pues, proponer al Consejo que trabajemos juntos con miras a 1) renovar nuestro compromiso con la meta de la salud para todos, 2) revitalizar nuestra estrategia y 3) sacar a la luz una declaración clara de la misión que la OMS estará llamada a desempeñar en el nuevo entorno mundial.

Si el Consejo y la Asamblea de la Salud están de acuerdo con esta propuesta, el proceso de consulta comenzará ahora, y en 1997 todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud podrán reunirse para adoptar lo que podría convertirse en nuestra nueva Carta para la cooperación sanitaria internacional en el siglo XXI, basada en el principio de una salud para todos y alcanzada por todos.

Muchas gracias.

ALOCUCION DEL DIRECTOR GENERAL ANTE LA 48ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Ginebra, 2 de mayo de 1995

REDUCIR LAS DESIGUALDADES

Señor Presidente, excelentísimos señores, distinguidos delegados, señoras y señores:

Cada año mueren más de 12 millones de niños menores de cinco años, la mayoría de ellos en países en desarrollo y por lo general a consecuencia de una conjunción de causas evitables. Dieciséis millones de personas mueren de enfermedades infecciosas y parasitarias. En la población adulta, el tabaco produce tres millones de defunciones. Además, habida cuenta de los 6000 casos nuevos de infección por el VIH que se producen cada día, cabe prever que hacia el año 2000 el número total de personas infectadas – que en la actualidad asciende a casi 20 millones – alcanzará los 30 o incluso los 40 millones.

Pero estas cifras alarmantes son sólo una muestra de los datos recogidos en el *Informe sobre la Salud en el Mundo (1995)*, evaluación de la situación sanitaria mundial preparada a petición de ustedes en el marco de las reformas emprendidas por la OMS en respuesta a los cambios mundiales. Con su subtítulo, «Reducir las desigualdades», este primer número del *Informe sobre la Salud en el Mundo* nos recuerda una vez más que ciertas tragedias como la muerte prematura, la enfermedad y la discapacidad no se distribuyen al azar sino que son reflejo de desigualdades en el ámbito de la salud, atribuibles a la desigualdad demográfica, la desigualdad asociada a la pobreza y la desigualdad epidemiológica.

Reducir las desigualdades del estado de salud ha sido siempre la tarea básica de la OMS y su principal objetivo en el campo de la promoción sanitaria. El acceso a la salud para todos, incluidos los países y grupos de población más pobres y vulnerables, sigue siendo la finalidad fundamental

de los programas de la OMS y de su cooperación con los países. Y, como pusieron ustedes de relieve en sus intervenciones sobre salud y ética en la Asamblea del pasado año, también sigue siendo la preocupación ética dominante de los Estados Miembros de la OMS. En enero de 1995 el Consejo Ejecutivo reafirmó esta actitud mediante los criterios que propuso para jerarquizar las intervenciones sanitarias de la OMS y la asignación de recursos en el presupuesto por programas para el ejercicio 1996-1997.

El primer paso consiste siempre en conocer los hechos. Tenemos que identificar los problemas de salud y vigilar las intervenciones sanitarias y sus resultados, prestando más atención a las desigualdades y las prioridades. La publicación anual del *Informe sobre la Salud en el Mundo* será especialmente útil con ese fin.

* * *

En el Informe de este año se subraya que algunos de nuestros principales retos sanitarios – las desigualdades que hemos de reducir – están determinados por las tendencias demográficas mundiales. La población mundial se ha duplicado desde 1950, y en la actualidad asciende a 5600 millones de personas, de las cuales 4000 millones viven en países en desarrollo. Se estima que 2300 millones de personas – es decir, el 40% de la población mundial – tienen menos de 20 años de edad. Sin embargo, en los últimos cinco años, con una tasa global de crecimiento demográfico próxima al 1,7% anual, el aumento del número de personas mayores de 65 años ha sido de un 2,7% anual aproximadamente, con un espectacular aumento de la población de más de 80 años.

Estas tendencias muestran con claridad que nuestros esfuerzos e inversiones se deben seguir centrando en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Al mismo tiempo, hemos de prepararnos para dedicar una atención considerablemente mayor a los problemas sanitarios y sociales relacionados con la asistencia y la ayuda a los ancianos, incluidos los que viven en países en desarrollo. Debemos garantizar para todos una vida no sólo más larga sino también más satisfactoria, productiva y libre de discapacidades.

La desigualdad más sorprendente y – en mi opinión – más inaceptable es la que se observa en la supervivencia de los niños. Ciertamente es que en tan sólo 33 años, entre 1960 y 1993, se redujo en un 50% la desigualdad entre los países desarrollados y en desarrollo en lo que respecta a la mortalidad

infantil. Pero durante este mismo periodo aumentó de hecho la desigualdad entre los países menos desarrollados y los países en desarrollo. Hoy día, las tasas de mortalidad infantil acusan enormes diferencias: entre 5 y 160 por 1000 nacidos vivos. Si estas cifras no mejoran, es poco probable que las personas afectadas recurran a la planificación familiar y posibiliten así un crecimiento controlado de la población. También las tasas de mortalidad materna difieren considerablemente, pues varían entre 50 y 700 por 100 000 nacidos vivos. En el mundo, hoy, sólo la mitad de las mujeres que dan a luz tienen a su alcance personal de salud adiestrado que les pueda ayudar si las cosas se complican. En la actualidad, el 99% de las defunciones maternas tienen lugar en países en desarrollo.

La OMS se ha fijado como una de sus máximas prioridades conseguir una importante reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad de las madres y los niños en el año 2000. Una de nuestras principales metas a este respecto consiste en reducir en más de dos millones el total anual de defunciones de menores de cinco años. No cabe duda de que ello es una obligación moral para todos nosotros. Su cumplimiento ayudará además a reducir el peso de la morbilidad total que soportan en la actualidad los países en desarrollo. Hemos demostrado que podemos conseguirlo combinando los instrumentos y enfoques empleados en el Programa Ampliado de Inmunización, la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil, las actividades de nutrición, la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, las diversas medidas de protección de la madre y el niño, y la lucha contra las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en septiembre de 1994, fue para nosotros un acontecimiento decisivo, pues respaldó la definición de salud reproductiva, el principio de la asistencia universal en materia de salud reproductiva como parte de la atención primaria de salud y nuestro tratamiento prioritario de la salud familiar. En enero de 1995, el Consejo confirmó la estrategia de la OMS y la decisión de dar prioridad a la salud reproductiva, la salud de la mujer y la salud familiar.

* * *

Como claramente muestra el *Informe sobre la Salud en el Mundo*, la pobreza, con todo el sufrimiento y desintegración social que conlleva, es otro factor determinante en nuestros retos sanitarios a escala mundial.

En la actualidad, más de mil millones de personas – es decir, más de una quinta parte de la población mundial – viven en condiciones de extrema pobreza. Carecen de alimento, agua y vivienda adecuados, y son especialmente vulnerables a la enfermedad. Si la pobreza absoluta priva a la gente de productos de primera necesidad, la pobreza relativa – que afecta a un número de personas mucho mayor – limita gravemente su acceso a la salud, la educación y otros servicios esenciales. La pobreza también limita el acceso de la gente a la información, de manera que, incluso cuando hay servicios sanitarios, quienes más los necesitan no pueden utilizarlos. En la actualidad, se estima que la mitad de la población mundial no puede disponer de medios de tratamiento para las enfermedades comunes ni de los fármacos más necesarios.

Si aspiramos seriamente a reducir las desigualdades en materia de salud, tendremos que ganar la batalla contra la pobreza. Sencillamente, no hay otra opción.

Un grave error estratégico cometido en el pasado por los economistas y los responsables de las políticas fue su enfoque exclusivamente económico del desarrollo. En la actualidad se admite en general que el crecimiento económico es necesario, pero no suficiente, para un desarrollo general y sostenible. Actualmente en algunos países la economía crece, pero ello no conlleva una reducción importante del desempleo y de la pobreza. He aquí un motivo de grave preocupación para nosotros, que vemos amenazados los logros del pasado y las perspectivas futuras en materia de desarrollo sanitario por la suma de las convulsiones producidas por las devaluaciones de moneda, los programas de ajuste estructural y la transición económica.

Así como la pobreza es el principal obstáculo para el desarrollo de la salud, no puede haber crecimiento económico sostenido ni desarrollo social sin salud. Este fue el sencillo mensaje de la OMS que yo transmití a la Conferencia Mundial en la Cumbre sobre el Desarrollo Social, celebrada en Copenhague en marzo de 1995. Subrayé allí que, si bien se han realizado importantes progresos en la lucha contra la ceguera fluvial en África, ciertas enfermedades tales como el paludismo siguen matando a la gente y obstaculizando el desarrollo humano y agrícola. Hice hincapié en que la mera amenaza de brotes de cólera, peste o difteria era suficiente para desestabilizar los sistemas económicos nacionales y el comercio internacional. También advertí que la pobreza, que es una forma de violencia sufrida por grupos e individuos, siempre genera violencia a modo de represalia.

Los problemas sanitarios relacionados con el abuso de sustancias, la prostitución, la violencia familiar, la depresión, el suicidio y la delincuencia

nos remiten no sólo a comportamientos individuales, sino también a presiones económicas y a problemas de sociedad. Como mostraremos en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, que se celebrará en Beijing el próximo mes de septiembre, la vulnerabilidad biológica específica de la mujer se ve muy agravada por su habitual postergación social y económica. A menudo, la desigualdad en materia de salud obedece a un trato diferencial por razón de sexo.

La pobreza y la desigualdad en las posibilidades de desarrollo crean tensiones entre grupos y comunidades, y en los casos extremos pueden producir conflictos y complejas situaciones de emergencia. Las políticas sanitarias y de desarrollo social basadas en la justicia y la equidad son algunos de los instrumentos más poderosos para fomentar la paz, el consenso político y la cohesión social. La salud se ha convertido en uno de los principales motivos de preocupación del público en todos los países y en uno de los asuntos de política más importantes para todos los gobiernos, en las más altas esferas del Estado. Como se señala en el Noveno Programa General de Trabajo, la salud y el desarrollo humano deben integrarse en todas las políticas públicas.

* * *

Por último, el *Informe sobre la Salud en el Mundo* muestra que las tendencias epidemiológicas son decisivas para determinar las desigualdades sanitarias que debemos reducir y los desafíos que todos afrontamos. Nuestras estrategias mundiales de salud y nuestros enfoques específicos a nivel nacional deben basarse en una información epidemiológica fiable. El número total de casos, es decir la prevalencia general de una enfermedad, constituye la primera llamada a la acción. Pero una base aún más sólida para nuestros criterios y para la determinación de prioridades debe ser la carga real de mortalidad, sufrimiento y discapacidad que una enfermedad determinada impone a la población y a los países. Nuestras posibilidades de acción se ven frecuentemente limitadas por la insuficiencia de conocimientos, tecnología y recursos. Pero es *responsabilidad nuestra* encontrar la forma de superar esas limitaciones con objeto de aliviar el sufrimiento de la población y mejorar su bienestar.

En conjunto, las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen cobrándose el mayor número de vidas, es decir, más de 16 millones al año, principalmente en los países en desarrollo. Sólo el paludismo causa unos dos millones de víctimas mortales, la mitad de las cuales son niños. La tubercu-

losis, cuyo tributo en vidas se cifró en unos tres millones en 1993 y cuya cifra de casos nuevos prevista para 1995 ronda los nueve millones, ha sido declarada emergencia mundial por la OMS. Compañera de la pobreza, la tuberculosis va en aumento incluso en los países industrializados.

La OMS ha asumido un papel rector en la aportación de esfuerzos y recursos destinados a aliviar la carga mundial de mortalidad y morbilidad, y ha fijado metas concretas para el año 2000. Hemos realizado progresos inmensos en nuestra lucha para erradicar la poliomielitis, gracias a la movilización de innumerables y abnegados profesionales sanitarios, agentes voluntarios, líderes políticos y ciudadanos privados, la participación destacada de las organizaciones no gubernamentales y el apoyo continuo de otros organismos y programas de las Naciones Unidas. Análogamente, la labor de erradicación de la dracunculosis ha contado con un apoyo entusiasta y está ya casi ultimada. La lepra quedará pronto borrada como problema de salud pública. La eliminación del tétanos neonatal y del sarampión es asimismo una meta para el año 2000.

Esas actividades no sólo están librando al mundo de temibles enfermedades, sino que también contribuyen a extender la infraestructura de servicios sostenibles de atención primaria de salud hasta los rincones más alejados de cada país. Quisiera rendir público homenaje a cuantos nos ayudan a hacer realidad esa parte de nuestro sueño de «salud para todos», y animar a los demás a participar, con miras a lograr la plena culminación de esa gran empresa.

En el pasado reciente, hemos asistido a algunos hechos alarmantes: la reaparición de la peste, brotes graves de meningitis, difteria y cólera, y aparición de nuevas amenazas, tales como el SIDA, una cepa de cólera recién identificada y resistencia multimedamentosa en cepas de disentería y tuberculosis. Estos fenómenos han puesto de manifiesto la necesidad general de actualizar los sistemas de vigilancia epidemiológica y de reforzar la capacidad de los laboratorios, especialmente en los países en desarrollo. Una mejor coordinación de la información permitirá responder con más rapidez y eficacia a las epidemias y reducir el pánico. La mundialización del turismo, del trabajo y del comercio exige asimismo una revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

La pandemia de VIH/SIDA se ha propagado a todas las regiones y países. En los próximos años, cabe prever un aumento vertiginoso del número de casos de SIDA en el mundo. La pandemia hará estragos en la vida de los individuos y las familias e impondrá un tremendo tributo a todas las sociedades, a su potencial económico y a sus infraestructuras de atención y

apoyo a la salud. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA se ha creado para evitar la fragmentación y para velar por que los recursos y actividades se combinen en un frente común y se traduzcan en un compromiso sin reservas contra ese azote universal. Durante el periodo de transición, la OMS atenderá ante todo a que no corra peligro la continuidad de las operaciones en los países. Quisiera pedir a todos los Estados Miembros de la OMS que nos ayuden a mantener nuestro nivel de apoyo a los países hasta que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA sea plenamente operacional.

Muchas enfermedades no transmisibles, tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, se han venido considerando reflejo de los modos de vida del mundo desarrollado, y con frecuencia se ha pensado que el desfase sanitario jugaba en este caso a favor de los países en desarrollo. Sin embargo, se sabe ya que el número de personas afectadas en estos países está siendo ya igual al de los países desarrollados y, en algunos casos, mucho mayor. Las tasas de letalidad son asimismo más elevadas allí donde el acceso a los servicios de detección, prevención primaria, atención y rehabilitación es limitado.

En 1993, las enfermedades del sistema circulatorio causaron unos 10 millones de defunciones en el mundo, el 44% de ellas en los países en desarrollo. A este respecto, merece la pena señalar que los hombres corren un riesgo de sufrir ataques cardíacos cuatro o cinco veces mayor que las mujeres. El cáncer causa en promedio 6 millones de defunciones al año, el 58% de las cuales corresponden al mundo en desarrollo. Se ha estimado que el 20% de las muertes por cáncer que se producen en el mundo podrían evitarse si se eliminara el tabaquismo. El aumento mundial de las enfermedades no transmisibles se puede asociar a factores tales como los modos de vida, el régimen de alimentación y los riesgos para la salud relacionados con el trabajo o el medio ambiente.

Como siempre, la mejor respuesta es la previsión y la prevención. La educación sanitaria y el fomento de la salud son estrategias decisivas para reducir la carga de morbilidad, como se ha demostrado claramente en el caso de las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA. La Declaración sobre el SIDA, adoptada por la Cumbre Mundial celebrada en París en diciembre pasado por iniciativa del Gobierno francés, pide con razón el establecimiento de un entorno social, legal y político que promueva eficazmente la información y educación sobre esa enfermedad y el acceso a los métodos y productos preventivos. Fomentar la educación sanitaria en la escuela y en la familia es fundamental. Además, en un mundo que experi-

menta un rápido proceso de urbanización junto con una marginación de los pobres de las ciudades, se deben planificar actividades específicas para solucionar los problemas sanitarios de los adolescentes.

La educación sanitaria, que es esencial para mejorar los conocimientos generales sobre salud e higiene, modificar las actitudes y los modos de vida y poner coto a los comportamientos peligrosos, fomenta en las personas la confianza en sí mismas y las hace sentirse responsables de su propia salud y de la de sus familias. Desde el punto de vista de la prevención de enfermedades, es también una inversión para el futuro.

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de la nutrición para promover la salud tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Nuestra decisión de conceder prioridad al sector de la nutrición fue ratificada por el Consejo el pasado mes de enero. La seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos deben mejorar para todos, y hay que promover una mejor alimentación en todas las sociedades. La OMS se ha propuesto eliminar, para el año 2000, las carencias de ciertos micronutrientes tales como la vitamina A y el yodo, que causan muchos casos de discapacidad física y mental en todo el mundo. Promoviendo modos de vida y hábitos nutricionales sanos en las primeras fases de la vida podremos conseguir también una marcada reducción de las enfermedades no transmisibles.

Pero la promoción por sí sola no basta. Para mantener el desarrollo sanitario hay que poner los servicios de atención primaria de salud al alcance de todos, acercándolos a las personas que los necesitan. En enero de 1995, el Consejo Ejecutivo seleccionó el fomento de la atención primaria de salud, incluidas las vacunas y los medicamentos esenciales, como un sector prioritario. A este respecto, la OMS está haciendo todo lo posible para que todos tengan acceso a la vacuna antipalúdica obtenida en Colombia. El fomento de la salud y el desarrollo de la atención primaria suponen asimismo la existencia de cierta infraestructura básica que asegure a las personas el acceso al agua salubre y al saneamiento. La iniciativa «Africa 2000», lanzada por la OMS en la Región africana, está encaminada específicamente a alcanzar este objetivo. Para reducir los desequilibrios entre países y entre grupos de población se requiere un compromiso firme por parte de los dirigentes políticos y de todos los interlocutores nacionales e internacionales. Si eso se consigue, la recompensa será inestimable, tanto en términos económicos como humanos.

* * *

Para poder afrontar estos complejos desafíos de manera más eficaz, la OMS ha emprendido un proceso de reforma de gran alcance. Ha reestructurado sus programas para orientarlos más directamente hacia las prioridades. Ha revisado sus procedimientos administrativos y presupuestarios y está desarrollando un sistema completo de información para la gestión, a fin de mejorar la coordinación y el rendimiento de cuentas. Asimismo, está experimentando nuevos métodos de trabajo, tanto en la Secretaría como en los órganos deliberantes. La mayoría de las reformas ya se han efectuado y la OMS está ahora mejor preparada para responder a los cambios mundiales.

Entre tanto, sin embargo, las actividades de la Organización siguen estando rigurosamente restringidas por un presupuesto de crecimiento cero en términos reales. Durante el último año las limitaciones presupuestarias se han visto agravadas por las amplias fluctuaciones de los tipos de cambio y las altas tasas de inflación que han afectado a los costos en los países y en las oficinas regionales. Hemos hecho todo lo posible para absorber los costos en el marco del proyecto de presupuesto por programas para 1996-1997. Pero eso reduce necesariamente nuestra capacidad de ejecutar los programas y la flexibilidad de nuestra respuesta a las necesidades mundiales y de los países. Nuestros esfuerzos deben ir emparejados con otros análogos en las regiones y los países para asegurar la racionalización, la autoayuda y el establecimiento de prioridades en todos los niveles. La solidaridad nos exige que compartamos los recursos de conformidad con las necesidades y prioridades en constante evolución. Juntos debemos garantizar a la Organización un nivel de recursos que le permita desarrollar programas y actividades que satisfagan las necesidades sanitarias del mundo, especialmente de los países y poblaciones más necesitados. El examen de los asuntos presupuestarios que efectuarán ustedes en esta Asamblea será de extrema importancia para la viabilidad de nuestras actividades y para el logro de nuestros objetivos y metas comunes.

La reforma de la OMS es un proceso continuo. Juntos debemos seguir de cerca los problemas y las oportunidades en el sector sanitario. Con resolución, arduo trabajo y un pensamiento innovador podremos afrontar con éxito los desafíos sanitarios del mañana y dirigir la cooperación internacional en el sector de la salud. Lo haremos en coordinación con los demás organismos del sistema de las Naciones Unidas, así como con nuestra red mundial de centros colaboradores, y con el apoyo de todos ellos. También procuraremos aumentar la participación de organizaciones no gubernamentales y de otras partes de la sociedad civil.

La OMS tiene hoy 190 Estados Miembros. Damos una muy calurosa bienvenida entre nosotros al pueblo y al Gobierno de Palau. Es siempre alentador ver que la familia de la OMS crece y se fortalece.

La misión de la OMS es promover la salud, el desarrollo humano y la paz a través de la cooperación internacional. Nuestra función consiste, antes que nada, en prestar apoyo técnico a los países. Este apoyo puede consistir en actividades de promoción, directrices sobre estrategias y políticas o cooperación técnica directa con los países a medida que ellos mismos crean su infraestructura, forman a sus agentes de salud y llevan a efecto sus políticas e intervenciones sanitarias. El apoyo técnico de la OMS puede consistir también en orientación normativa a los países. La OMS tiene la responsabilidad constitucional de proponer normas técnicas y éticas y de armonizarlas a nivel mundial. Esto se aplica a una amplia gama de esferas, como las investigaciones y prácticas biomédicas, las preparaciones farmacéuticas y, más en general, la salud pública y la cooperación internacional, y comprende la tarea de velar por que se establezcan asociaciones equitativas y por que los países en desarrollo tengan un justo acceso a la nueva tecnología de la información y a las nuevas bases de datos a medida que se desarrollen y apliquen al sector de la salud.

Nuestra misión no se termina en el año 2000. El concepto de «salud para todos» de la OMS sigue siendo un ideal generoso y muy necesario, en pos del cual pueden trabajar, con un fuerte sentimiento de solidaridad, las comunidades locales, nacionales e internacional. Para ello hay que colmar las brechas entre los débiles y los fuertes; entre los ricos y los pobres; entre los conocimientos científicos y el acceso efectivo a la atención, la información y la tecnología; y, por último, entre lo que sería deseable y lo que es factible. En todos los niveles, en todas las políticas públicas y en todos los sectores de la sociedad, debemos movilizar los recursos y las formas de asociación que hacen falta para satisfacer las necesidades sanitarias de hoy y de mañana.

Muchas gracias.