



# ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO  
107<sup>a</sup> reunión  
Punto 8.4 del orden del día provisional

EB107/35 Rev.1  
12 de enero de 2001

---

## Asuntos relativos a los órganos deliberantes

### Informe del Presidente del Consejo Ejecutivo

1. El presente informe es un resumen de los asuntos examinados en el retiro de los miembros del Consejo Ejecutivo (Hertenstein, Suiza, 12 a 14 de noviembre de 2000).
2. El retiro fue posible gracias al generoso apoyo del Gobierno de Suiza. Asistieron 26 miembros del Consejo Ejecutivo (Bangladesh, Bélgica, Brasil, Cabo Verde, Chad, Chile, China, Côte d'Ivoire, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Guinea Ecuatorial, India, Irán, Italia, Japón, Jordania, Líbano, Lituania, Qatar, República Democrática Popular Lao, Suecia, Suiza, Vanuatu, Venezuela y Yemen), y dos miembros suplentes del Consejo (Federación de Rusia y República Popular Democrática de Corea). El ambiente que reinó en Hertenstein fue cálido y cordial, lo que estimuló la interacción abierta y el espíritu de cooperación entre los participantes.
3. Los principales asuntos examinados fueron los siguientes:
  - las expectativas de los miembros en lo que respecta al papel y las funciones del Consejo Ejecutivo;
  - el *Informe sobre la salud en el mundo*, la salud pública y sus repercusiones en la sociedad civil;
  - la intensificación de la lucha contra las enfermedades de la pobreza (esfuerzo masivo);
  - los vínculos entre la medicina clínica y la salud pública.

### FUNCIONES DEL CONSEJO EJECUTIVO

4. El Presidente presentó una nota sobre el funcionamiento del Consejo, con las siguientes propuestas para incrementar la participación de los miembros:
  - el establecimiento de un foro de debate en el sitio web de la OMS para la comunicación entre los miembros del Consejo (un Consejo Ejecutivo virtual);
  - la participación más temprana de los miembros en los temas del orden del día del Consejo;
  - el establecimiento de un periodo de preguntas y respuestas con la Directora General durante las reuniones del Consejo;

- un proceso oficializado de orientación inicial para los nuevos miembros.

5. Los miembros respaldaron en general estas propuestas. Opinaron asimismo que debían aumentarse los nexos entre el Consejo y los comités regionales, y que el Consejo debía ejercer más plenamente su función de garantizar la aplicación de las resoluciones y decisiones de la Asamblea de la Salud. El periodo de enero a mayo debía utilizarse para informar a las delegaciones ante la Asamblea de la Salud sobre de las cuestiones examinadas por el Consejo y para determinar los asuntos que pudieran plantear dificultades en las deliberaciones de la Asamblea.

6. Otras reflexiones e ideas sobre las orientaciones futuras para el Consejo Ejecutivo fueron las siguientes:

- la necesidad de estudiar mecanismos encaminados a aumentar la participación del Consejo en el establecimiento de directivas y orientaciones estratégicas para la labor de la OMS;
- la necesidad de conseguir que el Consejo Ejecutivo se vuelva más proactivo en lugar de reactivo;
- el establecimiento de prioridades en el orden del día del Consejo con el fin de disponer de suficiente tiempo para los temas delicados o conflictivos;
- la necesidad de asegurar que las resoluciones de la Asamblea de la Salud estén orientadas a la acción y puedan aplicarse;
- la preparación de un manual para los nuevos miembros, con inclusión de estudios de casos que aclaren los métodos de trabajo y las formas de tratar los diferentes asuntos.

## **EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

7. El planteamiento del *Informe sobre la salud en el mundo 2000* se debatió en profundidad. Hubo consenso en que el informe había ayudado a crear conciencia acerca de los sistemas de salud en todo el mundo, que se pidió que se aumentara la participación de los Estados Miembros en el acopio de datos y que se estableciera un examen colegiado de la metodología. Se expresaron opiniones sobre la frecuencia de la evaluación, que podría ser anual o cada dos a cuatro años, y sobre la aplicación de una clasificación por franjas en lugar de numérica.

8. Parecía haber un conflicto con los países insatisfechos de los conceptos utilizados y la metodología aplicada en vista de la insuficiente cantidad o calidad de los datos. Se dijo que algunos ministerios deseaban más aclaraciones y ciertas modificaciones de la actividad. El caso del Brasil y el apoyo a éste manifestado por los ministros de la Región de las Américas parecía ser el más importante.

9. En el debate se plantearon también varios otros puntos:

- la existencia de información y su calidad y fiabilidad debían examinarse junto con los países y en el ámbito de las regiones;
- la fórmula para el índice que expresaría la evaluación del desempeño debía ser aceptada y compartida por los países como una manera adecuada de realizar la evaluación;

- las evaluaciones del desempeño por puntaje dan lugar a conflictos; deberían examinarse otras opciones para indicar el desempeño, por ejemplo franjas o agrupaciones de países;
- debería examinarse la posibilidad de ejecutar proyectos piloto para aplicar la metodología en los países que proporcionarían toda la información necesaria;
- la autoevaluación de los países de acuerdo con una metodología común y aceptada debería ser una forma de evaluar el desempeño.

## **ESFUERZO MASIVO CONTRA LAS ENFERMEDADES DE LA POBREZA**

10. Los miembros del Consejo manifestaron interés en recibir más información acerca de la génesis y evolución del esfuerzo masivo contra las enfermedades de la pobreza - una contribución al mejoramiento de la salud de los pobres y al fomento de la prosperidad. La Directora General explicó que el concepto de «esfuerzo masivo» se había gestado en respuesta a la creciente conciencia de que la buena salud debía ocupar el lugar central en el desarrollo económico. La voluntad política no faltaba en el Grupo de los 77, ni en los otros países con los problemas más graves; en el Grupo de los 8, la Unión Europea y las nuevas «megafundaciones» estaba aumentando el compromiso político a favor de una financiación mayor y más sostenida.

11. Los principales objetivos de ese esfuerzo son:

- reducir el impacto en las comunidades pobres de las enfermedades de alta mortalidad asociadas a la pobreza - las infecciones respiratorias agudas, el SIDA, las enfermedades diarreicas, el paludismo, el sarampión, las enfermedades parasitarias y la tuberculosis -, junto con los embarazos peligrosos;
- hacer un uso más amplio (y acertado) de las vacunas, los medicamentos, y los productos ahora disponibles;
- ofrecer incentivos a la prestación de servicios de salud a las comunidades pobres, recompensando el buen trabajo;
- estimular las actividades de investigación y desarrollo para utilizar mejor los instrumentos existentes y desarrollar nuevas tecnologías.

El propósito es llevar a cabo el esfuerzo, con orientación de los gobiernos, mediante una diversificación de los servicios de salud (una combinación de servicios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, grupos de carácter religioso, dispensadores privados, empleadores, comunidades y otros medios de probado valor). Los miembros dispensaron a esta iniciativa una acogida muy favorable y pidieron que se les mantuviera informados de las novedades y los progresos.

## **VÍNCULOS ENTRE LA MEDICINA CLÍNICA Y LA SALUD PÚBLICA**

12. En uno de los grupos pequeños se examinó un documento sobre la medicina clínica y la salud pública preparado por el Presidente. Los miembros propusieron que el documento se anexara al informe del Presidente al Consejo (véase el anexo al presente documento). Se reconoció en general que hacía falta más trabajo para definir la forma y la configuración de la iniciativa propuesta. Algunos miembros sugirieron que se preparara una resolución para la ejecución de un plan de acción.

## ANEXO

### MEDICINA CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA: EN BUSCA DE UN REENCUENTRO

1. En los dos últimos siglos, el ejercicio de la medicina y la práctica de la salud pública han evolucionado por sendas divergentes, convirtiéndose en dos facetas de una misma disciplina. Han pasado a ser profesiones independientes una de otra, a veces incluso en competencia una con otra. En el presente documento se esboza una propuesta para un reencuentro en la cooperación.
2. Desde hace tiempo, los políticos y expertos vienen promoviendo soluciones de salud pública a las enfermedades relacionadas con la pobreza, a las que se derivan, por ejemplo, de un entorno contaminado, de alimentos en mal estado, del hacinamiento y de las malas condiciones de trabajo. Los primeros en crear conciencia y proponer soluciones respecto de estos problemas fueron los médicos clínicos, quienes, una vez entendidas las correlaciones con la enfermedad gracias al contacto con los pacientes, comenzaron a presionar a los gobiernos y parlamentos para que promulgaran leyes, impusieran reglamentos y consiguieran recursos para efectuar intervenciones.
3. Junto con los importantes avances de la ciencia, en particular de la microbiología, esas correlaciones echaron firmes raíces en los conocimientos, formando una base coherente de políticas de salud pública en todo el mundo a comienzos del siglo XX. Después de la segunda guerra mundial, la medicina clínica y la salud pública comenzaron a seguir sendas independientes, en muchos casos con actividades que competían entre sí, cuando no se contraponían. También en las universidades se produjo la escisión, y la salud pública pasó a ser una asignatura independiente. Los responsables de la salud pública no podían competir, en cuanto a prestigio, con la popular imagen del clínico exitoso que salvaba vidas con tecnologías modernas. La salud pública se convirtió en el terreno de los burócratas y tecnócratas, atrincherados en los ministerios y los organismos internacionales. Los ministerios de salud pública, establecidos en la mayoría de los países en la primera parte del siglo XX, han sido objeto de poca atención y han ejercido escasa influencia en la mayoría de los gobiernos.
4. La **medicina clínica**, por otra parte, ha abrazado en medida creciente la biología - celular y molecular - y la genética. Gracias a los recientes avances biomédicos y científicos, los clínicos han podido hacer importantes progresos, por ejemplo con nuevos medicamentos e intervenciones quirúrgicas de alta tecnología, como los trasplantes y las terapias génicas. Los clínicos, protegidos en sus hospitales y concentrados en el desenlace de casos individuales, fueron quedándose aislados. Sus éxitos provocaron un aumento tanto de los costos como de las expectativas del público. El hecho de que esas expectativas no se cumplieran para todos, sino sólo para los que podían pagar, fue alimentando una frustración que encontró expresión popular en la frase «mejorar para sentirse peor».
5. En varios países, los costos médicos han aumentado al 10%-14% del PNB y se han convertido en un problema macroeconómico. En todas partes han comenzado a aplicarse iniciativas para contener los costos y asignar recursos, con soluciones estándar o forzosas tales como los topes financieros, los nuevos métodos de presupuestación y la atención controlada. La medicina clínica quedó atrapada en su propio éxito; las utopías de los médicos comenzaron a desmoronarse ante esas presiones.

## LA REVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL AHONDAMIENTO DE LA BRECHA

6. Durante los años setenta, la OMS inició su propia revolución: la atención primaria de salud cobró forma en la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 y en la Declaración de Alma Ata, que juntas expresaron una democratización de la atención sanitaria. Los actores de este nuevo esfuerzo desplegado en las poblaciones pobres y subatendidas fueron médicos «descalzos», curanderos tradicionales y personal auxiliar, dedicados a trabajar en y con las comunidades. Pero la brecha entre la salud pública y la medicina clínica siguió ahondándose. En muchos países, la salud pública, con inclusión de la atención primaria para los pobres y del saneamiento básico, no recibía más del 20% del presupuesto de salud; la parte del león se la llevaba la medicina clínica.

7. Reaccionando ante este cisma entre la salud pública y la medicina clínica, los decisores políticos de alto nivel comenzaron a proponer formas de colmar la brecha. Un ejemplo de respuesta encaminada a dar a los investigadores clínicos una visión más amplia de la atención de salud en el mundo en desarrollo fue la Red Internacional de Epidemiología Clínica, que la Fundación Rockefeller respalda desde hace más de 20 años. Otra iniciativa fue la Cochrane Collaboration for evidence-based medicine, iniciada por la Universidad de Oxford y la Universidad McGill (Canadá). Definida como «la utilización concienzuda, explícita y acertada de la mejor información científica disponible para adoptar decisiones acerca de la asistencia a los pacientes»,<sup>1</sup> la medicina basada en pruebas científicas se ha venido afianzando progresivamente como un instrumento de racionalización del uso de los recursos que permitirá reducir los costos y mejorar el nivel ético en este campo. La ética, siempre fundamental en el ejercicio de la profesión médica, ha desempeñado y seguirá desempeñando una función crucial en los adelantos clínicos, pero también en la salud pública, en particular en la asignación de los recursos.

8. La garantía de la calidad ha sido otra respuesta a los excesos en la práctica clínica y sus consecuencias negativas; algunos países han establecido organismos dedicados a su promoción. Otras iniciativas, como la de la «buena gestión clínica», han dado lugar a un mejoramiento de la calidad, del uso racional de los recursos y de la excelencia médica. La garantía de la calidad es un criterio valioso e interesante.

## EN BUSCA DE UN REENCUENTRO

9. Este cambio en el comportamiento cultural está generando un mejor conocimiento y una mayor colaboración entre los clínicos y los funcionarios de salud pública. Todos comparten las mismas metas, y se ven constreñidos por las mismas condiciones externas de escasez de recursos y de competencia por ellos. La OMS con su interés en los problemas y enfermedades que afectan a la mayor parte de las poblaciones del mundo, pone el acento en las mayorías - los pobres, los enfermos y los subatendidos. Las prioridades que la OMS define, como las enfermedades relacionadas con la pobreza, la lucha contra el tabaco y la capacidad y el desempeño de los sistemas de salud, significan un compromiso con todos, incluidos los que viven en países de altos ingresos y se ven afectados por epidemias comunes tales como las enfermedades relacionadas con el tabaco, que causan un tercio de las defunciones en el mundo de hoy. Cabe sostener, pues, que la medicina y la salud pública, reconciliadas, deben ahora avanzar juntas, compartiendo los métodos de interés mutuo y afrontando los problemas comunes. El reto para el futuro es cómo aunar fuerzas para mejorar la eficacia de los esfuerzos en común. Los pro-

---

<sup>1</sup> D.L. Sackett et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996, 312 (January 13), 71-72.

fesionales de la salud pública deben convencer a los clínicos de la necesidad de unirse en esta empresa y demostrar al resto de la sociedad que las dos profesiones pueden trabajar juntas en bien de todos.

## PROPUESTA

10. Se propone realizar un proyecto que promueva el reencuentro de la salud pública y la medicina clínica sobre la base de los siguientes principios:

- los clínicos deberían utilizar las pruebas epidemiológicas y la información sanitaria de base poblacional para reconocer el interés de asuntos más amplios que el bienestar individual y distribuir sus esfuerzos en consecuencia;
- las prioridades de la práctica clínica deberían establecerse sobre la base de la información poblacional, y las intervenciones deberían diseñarse y ejecutarse con arreglo a su eficacia y eficiencia; y
- los clínicos deberían reconocer claramente las repercusiones económicas de sus decisiones y ser conscientes de los aspectos administrativos de su actuación.

11. El *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* ha sido importante, con sus propuestas de un nuevo paradigma para el análisis de los sistemas de salud, teniendo en cuenta a los usuarios y a los dispensadores y distinguiendo entre los servicios personales y no personales, y la generación de recursos, incluidos los recursos físicos y humanos, junto con la investigación y el conocimiento. Este paso adelante contribuirá grandemente al acercamiento de la medicina clínica y la salud pública.

12. El proyecto propuesto debería apuntar a:

- señalar explícitamente a los clínicos y a los responsables de la salud pública los antedichos principios y su interdependencia;
- identificar a los principales actores y evaluar su conocimiento de los temas en cuestión y su disposición a participar en el proyecto;
- proponer actividades que reúnan a los clínicos y a los profesionales de la salud pública en todos los niveles; y
- elaborar directrices operacionales para el proyecto.

13. Los resultados deberían incluir lo siguiente:

- reuniones de análisis y debate;
- documentos que establezcan metas, objetivos y esferas de colaboración;
- análisis de los métodos e instrumentos necesarios para lograr el reencuentro entre las dos profesiones, como la garantía de la calidad, la buena gestión clínica y la medicina basada en pruebas científicas; y
- niveles más altos de mutuo aprecio y comprensión.