

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



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1998

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



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1998

ÍNDICE

1

ALOCUCIÓN DEL
DIRECTOR GENERAL
EN LA 101ª REUNIÓN DEL
CONSEJO EJECUTIVO
Ginebra, 19 de enero de 1998

7

ALOCUCIÓN DEL
DIRECTOR GENERAL
EN LA 51ª ASAMBLEA MUNDIAL
DE LA SALUD
Ginebra, 11 de mayo de 1998

ALOCUCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL EN LA 101ª REUNIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

Ginebra, 19 de enero de 1998

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

La OMS cumplirá 50 años en el año actual. Al celebrar este cincuentenario podemos mirar hacia atrás con legítimo orgullo ante las numerosas mejoras sanitarias que juntos hemos conseguido en beneficio de todos los pueblos del mundo. Al propio tiempo, plenamente conscientes de nuestras responsabilidades hacia la presente y las futuras generaciones, deberemos evaluar los nuevos retos sanitarios mundiales y velar por que nuestras políticas y estructuras estén bien adaptadas y nos permitan responder a las expectativas de los pueblos a cuyo servicio está nuestra Organización.

En mayo de 1998, reactualizando los principios y valores enunciados hace 50 años en la Constitución de la OMS, adoptaremos una nueva declaración sobre la salud en el mundo y una nueva política de salud para todos. Ambas constituirán el marco de las actividades de la OMS en el siglo XXI, cuando la cooperación internacional, a mi entender, tendrá que centrarse cada vez más en los aspectos de la salud vinculados con el desarrollo. En todo nuestro proceso de reforma, de hecho, nos hemos guiado por el deseo de atender con mayor eficiencia las necesidades en constante mutación de nuestros Estados Miembros, de forma que el desarrollo sanitario y el socioeconómico se refuercen mutuamente.

Hace 50 años, entre las principales prioridades de la OMS figuraban la inmunización, las enfermedades infecciosas y parasitarias, la malnutrición, la higiene y el saneamiento, la infraestructura sanitaria básica, la formación teórica y práctica de los agentes de salud y el desarrollo o la reconstrucción de los servicios asistenciales. En gran medida, éstos siguen siendo motivos de preocupación y esferas de actividad importantes de la Organización. Sin embargo, la dimensión de los desafíos que tenemos que encarar y nuestros enfoques para hacerles frente han cambiado considerablemente.

En materia de inmunización contra las enfermedades de la infancia, hemos aumentado la tasa mundial de cobertura de los niños menores de un año desde un promedio inferior al 5% en 1974 hasta un 80% aproximadamente en 1994. En 1980 pudimos declarar la erradicación de la viruela, y luego emprendimos otras acciones, ambiciosas pero realizables. Nos propusimos erradicar la poliomielitis y eliminar otras enfermedades prevenibles, como son el sarampión y el tétanos neonatal. Para 1996 la incidencia mundial del sarampión se había reducido en un 70% aproximadamente. La erradicación de la poliomielitis se ha conseguido en la Región de las Américas y está a punto de lograrse totalmente en la Región del Pacífico Occidental, mientras que en África y en Asia Sudoriental se están realizando enormes progresos.

Disponemos de medios y estrategias eficaces y se están organizando periódicamente días nacionales de inmunización en todos los países y regiones afectados. Nuestra tarea consiste ahora en velar por la sostenibilidad de esos esfuerzos y en promover el desarrollo de vacunas polivalentes que sean a la vez más fáciles de utilizar y asequibles para quienes más las necesitan. Por consiguiente, se ha complementado el eficaz Programa Ampliado de Inmunización mediante la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil, movilizándolo el apoyo conjunto de diversos órganos tanto del sector público como del privado. A medida que vayamos ampliando la cobertura de inmunización deberemos hallar la manera de llegar hasta las poblaciones que siguen estando excluidas a causa de la pobreza y otras desventajas. También aquí habrá que idear soluciones en colaboración con otros sectores.

La OMS ha prestado apoyo para establecer coaliciones mundiales y promover la cooperación intersectorial contra varias otras enfermedades como la lepra, la dracunculosis, la oncocercosis y la enfermedad de Chagas. Los resultados son impresionantes: entre 1985 y 1996, la prevalencia mundial de la lepra se redujo en un 82%; durante aproximadamente el mismo periodo, la prevalencia mundial de la dracunculosis pasó de 3,5 millones de casos a sólo 130 000 casos; se ha eliminado la oncocercosis en 11 países de África occidental y 1,5 millones de personas antes infectadas no corren ya el riesgo de quedarse ciegas; emprendida en 1991, la acción destinada a eliminar la transmisión de la enfermedad de Chagas está logrando notables progresos en América Latina.

Hasta hoy, durante muchos años, la OMS ha puesto en guardia a la comunidad internacional contra las desastrosas consecuencias que pueden resultar para el desarrollo humano y económico de los países si no se atienden las necesidades de salud. Hemos subrayado la necesidad de un entorno sano para atraer inversiones internas y exteriores en apoyo del desarrollo socioeconómico.

La OMS ha alertado a la opinión pública y ha dirigido la labor de movilización mundial contra flagelos tales como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Como copatrocinadora activa del ONUSIDA, la OMS proporciona también a los países un apoyo específico para fines de vigilancia

epidemiológica, investigación, lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, educación e información sanitarias, fomento de la seguridad hematológica y facilitación del acceso a los fármacos antirretrovíricos y otros productos sanitarios. El lanzamiento de una iniciativa africana basada en la estrategia mundial revisada de lucha contra el paludismo y el satisfactorio desarrollo de la estrategia de tratamiento bajo observación directa (DOTS) contra la tuberculosis son otros ejemplos del constante papel que desempeña la OMS dirigiendo la lucha contra las enfermedades infecciosas.

Hace 50 años parecía evidente que la ciencia y la tecnología nos traerían el progreso y que éste sería irreversible. Estos supuestos se han cuestionado tras la aparición de nuevos agentes infecciosos, de nuevos riesgos ambientales para la salud, y de la resistencia a los medicamentos. Se han producido brotes de ciertas afecciones como la peste, el cólera, la disentería, la infección por *E. coli* O157, las fiebres hemorrágicas virales de tipo dengue, Ébola y Hantaan, la fiebre amarilla, la fiebre del Valle del Rift, las meningitis bacteriana y vírica, las encefalopatías espongiiformes transmisibles y, más recientemente, la gripe aviar A(H5N1) en el ser humano. Todo ello ha planteado nuevos desafíos a la OMS, que ha realizado una considerable labor para establecer redes destinadas a mejorar el grado de preparación mundial frente a las epidemias y ha conseguido crear capacidad suficiente para responder a las peticiones de apoyo formuladas por los países en situaciones de emergencia. Se está revisando asimismo el Reglamento Sanitario Internacional para elevar al máximo la protección sanitaria a la vez que se reducen al mínimo las restricciones sociales y económicas.

La salud de la madre y del niño ha ocupado siempre un lugar privilegiado entre las prioridades de la OMS, y a lo largo de los años se han conseguido reducciones considerables a escala mundial en las tasas de mortalidad y morbilidad de lactantes y de niños pequeños. Estamos cumpliendo nuestros compromisos contraídos en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, pero nos hemos apartado de la estrecha definición de los grupos de edad y de las enfermedades para adoptar un enfoque más amplio de la salud comunitaria y familiar. Se basa esto en nuestra preocupación por que toda la población tenga acceso fácil y continuo a la atención y el apoyo esenciales en todas las fases de la vida, en el hogar, en el medio escolar, en el trabajo y en la comunidad.

Este enfoque integrado para abordar cuestiones tales como la morbilidad infantil, la salud de los adolescentes y de la mujer, la salud reproductiva, la nutrición, el abuso de sustancias, las enfermedades no transmisibles, la salud de los ancianos y las discapacidades, puede encontrarse en la definición exhaustiva de la salud que figura en nuestra Constitución. Cabe considerarlo asimismo como una ampliación directa de la estrategia de atención primaria de salud de la OMS que se definió hace 20 años en Alma-Ata. En gran parte, la terminología utilizada hoy puede mantenerse, pero creo que ha habido un cambio fundamental de perspectiva cuyas consecuencias tienen que reconocerse aún plenamente. En mi opinión, el nuevo enfoque adoptado para desarrollar la atención primaria de

salud de forma integrada se centra más en la población que en las estructuras y los sistemas. En el futuro habrá que realizar un esfuerzo mayor todavía para comprender las necesidades y expectativas de los usuarios y cómo pueden éstos contribuir a la definición y puesta en práctica de las prioridades e intervenciones sanitarias.

Este cambio de perspectiva es reflejo de la creciente conciencia que se tiene de la importancia de promover un diálogo abierto y mutuamente respetuoso entre los profesionales de la salud y el público. Capacitar a la población en todos los contextos culturales y sectores de la sociedad mediante la necesaria información y dándole oportunidades de desarrollo sanitario es un imperativo tanto ético como técnico.

Ciertos males no transmisibles como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los trastornos de salud mental van en aumento en todas partes y son una causa importante de sufrimiento y discapacidad. Influyen en ellos una combinación de factores, entre los que cabe citar los estilos de vida, los riesgos medioambientales, la predisposición genética y el envejecimiento general de la población mundial. En su inmensa mayoría, los datos epidemiológicos sobre esos trastornos y afecciones se han obtenido en todo el mundo gracias a la labor de investigación coordinada por la OMS. Habiendo como hay intervenciones y estrategias eficaces en relación con su costo, lo que ahora debemos hacer con urgencia es ayudar a integrarlas en las políticas de salud nacionales, sobre todo en los países en desarrollo, para poner en marcha actividades de promoción y educación sanitaria y de localización y tratamiento de casos, así como los servicios de rehabilitación y apoyo social necesarios. El éxito dependerá cada vez más de nuestra capacidad para comunicar con el público y convencerlo de la necesidad de adoptar estilos de vida propicios para la salud.

La Constitución de la OMS puso ya de relieve la relación existente entre la salud, los estilos de vida y el medio ambiente en el contexto de lo que entonces se denominó «higiene del medio». Tradicionalmente, la OMS ha desarrollado su acción con particular energía en ciertos sectores como la nutrición, el saneamiento y la lucha antivectorial, y sigue participando activamente en iniciativas tales como la denominada «África 2000», destinada a promover el saneamiento básico, en especial mediante sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de desechos. Pero, sobre todo durante los dos últimos decenios, la higiene del medio ha pasado a ser en el mundo entero un motivo de seria preocupación totalmente nuevo y estrechamente relacionado con cuestiones como el desarrollo sostenible y la justicia. La Comisión OMS de Salud y Medio Ambiente desempeñó un papel decisivo a este respecto en la Conferencia de Río. Hoy, tanto el público general como los gobiernos están debatiendo acaloradamente temas tales como la contaminación del aire y del agua, el desarrollo urbano e industrial, los riesgos ocupacionales, el cambio climático y la seguridad química y alimentaria.

Al haber cambiado la naturaleza y el alcance de los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente y los de origen humano, la OMS ha redefinido su capacidad para aportar socorro en situaciones de emergencia. Ha dado nueva prioridad a la necesidad de estar preparados para atenuar las consecuencias sanitarias tanto de los desastres naturales como de los provocados por el hombre, y a prestar respaldo técnico en los aspectos sanitarios de la acción humanitaria y de rehabilitación.

Cincuenta años después de su creación, la principal responsabilidad de la OMS sigue siendo la de promover el acceso a la salud para todos mediante la cooperación internacional. Lo hace colaborando con los países para formular políticas y estrategias de salud coherentes y para establecer y gestionar servicios asistenciales eficaces y sostenibles. Deberá promoverse la creación de capacidad, requisito indispensable para la sostenibilidad de los servicios, no sólo desarrollando los recursos humanos sino también adoptando medidas de apoyo financiero e institucional para asegurar que esos servicios sean plenamente operacionales.

En esta época de transformaciones sociales, políticas y económicas de gran trascendencia, prácticamente todos los países del globo se están viendo obligados a redefinir sus estrategias de desarrollo y a reformar sus sistemas asistenciales. En su nueva política de salud para todos, la OMS ofrece apoyo a sus Estados Miembros en el empeño de éstos por conseguir que la acción de desarrollo sanitario sea pertinente, eficaz y sostenible. La definición de las funciones esenciales de la salud pública constituye la base sobre la que pueden organizarse y funcionar los servicios nacionales de salud. Los servicios asistenciales del futuro seguirán realizando actividades de prevención y control de enfermedades recurriendo a los métodos tradicionales, pero aprovecharán asimismo en pro de la salud pública las aplicaciones de nuevos conocimientos y tecnologías tales como la genética, la biología molecular, la inmunología y la imagenología de diagnóstico.

En este contexto reviste particular importancia reforzar las investigaciones en colaboración de acuerdo con las necesidades reales de la salud pública y velar por la difusión de los hallazgos pertinentes entre los usuarios potenciales. Es precisamente tan importante que evaluemos cuidadosamente el desarrollo y la puesta en práctica de las investigaciones, la tecnología y los servicios asistenciales, que deberán guiarse por sólidos principios técnicos y éticos. La rápida evolución de la ciencia y del ejercicio de la medicina en campos tales como el trasplante de órganos, la clonación, la ingeniería genética y la investigación clínica tendrá importantes consecuencias éticas y sociales para la humanidad. La OMS constituye un foro que permitirá llegar a un consenso internacional sobre las numerosas cuestiones cruciales que se vayan planteando en esos campos.

Las preocupaciones éticas ocupan asimismo un lugar central en nuestra política de salud para todos. El objetivo perseguido por la OMS de promover el

acceso equitativo de todos a los servicios de salud, en particular a la asistencia y a los medicamentos esenciales, se basa en el principio de la justicia y en el reconocimiento de que todos los seres humanos deben disfrutar de iguales derechos y oportunidades. Nuestros nuevos lazos de colaboración en pro de la salud estimularán la innovación y la participación a nivel nacional e internacional de todas las instituciones y todos los sectores interesados, incluidas la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales.

Durante 1997 se ha proseguido la labor de reforma emprendida en la OMS como un proceso continuo de cambio, centrado en la mejora de la responsabilización y una mayor eficiencia. En la preparación del Décimo Programa General de Trabajo se ha tenido especial cuidado en velar por su coherencia con la reforma de la política sanitaria y con las orientaciones estratégicas del presupuesto. Los principales elementos de la reforma, que se van a examinar en la presente reunión del Consejo, tienen que ver con la revisión de la Constitución y los arreglos regionales de la Organización Mundial de la Salud, así como con las propuestas revisadas referentes a los mecanismos de representación y cooperación de la OMS a nivel de país. Entre otros puntos importantes del orden del día del Consejo figuran la propuesta de nombramiento del próximo Director General y el análisis del proyecto de nueva declaración sobre la salud y nueva política de salud para todos que adoptará la Asamblea de la Salud en mayo de 1998.

Señor Presidente, distinguidos miembros del Consejo, estimados colegas, señoras y señores:

A lo largo de sus 50 años de existencia como elemento vital del sistema de las Naciones Unidas, la OMS ha realizado una ingente labor para promover la salud y la paz en el mundo entero. Debemos celebrar el aniversario de nuestra Organización con un sentimiento de orgullo, de gratitud y de humildad. Podemos estar orgullosos de haber podido tomar parte en la inspiradora labor de la OMS. Debemos sentirnos agradecidos hacia todos cuantos, hoy y en el pasado, han contribuido a hacer posibles nuestros logros. Por último, deberemos reconocer, con toda humildad, la enorme tarea que tenemos por delante. Esto tiene que movernos a actuar con renovada determinación, movilizando nuestros recursos y esfuerzos en pro de nuestra meta común consistente en poner la salud al alcance de todos. La lucha contra las enfermedades y el alivio del sufrimiento humano seguirán necesitando la dedicación y la cooperación de todos nosotros. Con este espíritu invito hoy al Consejo a que pase a examinar las importantes cuestiones que figuran en el orden del día de la presente reunión.



ALOCUCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL EN LA 51^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Ginebra, 11 de mayo de 1998

Señor Presidente, Excelencias, ilustres delegados, señoras y señores:

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud entró en vigor el 7 de abril de 1948, tras su aceptación por 26 Estados Miembros de las Naciones Unidas. Era hace 50 años, cuando se estimaba en más de 160 por 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad de lactantes; ésta se sitúa hoy en 57 por 1000 nacidos vivos. El promedio de la esperanza de vida era entonces de 46 años aproximadamente y es hoy de 66 años. Entonces la viruela era todavía un temible flagelo, pero hoy hace ya 20 años que murió la última persona de esa enfermedad. La parálisis debida a la poliomielitis se abatía por igual sobre ricos y pobres, mientras que hoy esta enfermedad está a punto de ser erradicada en el mundo entero. Las perspectivas son igualmente buenas en lo que respecta a la eliminación de la lepra, el sarampión, la dracunculosis, la enfermedad de Chagas, el tétanos neonatal y las carencias de micronutrientes. Se van a emprender nuevas iniciativas contra la oncocercosis, la filariasis linfática y el tracoma. Hemos acumulado un considerable caudal de conocimientos sobre la relación existente entre la salud, los estilos de vida y el medio ambiente, conocimientos que constituyen la base para estrategias eficaces de prevención y control. Como se señala en el *Informe sobre la salud en el mundo 1998*, podemos abrigar la esperanza de que, en el futuro, la vida no sólo será más larga sino también de mejor calidad, con menos enfermedades y discapacidades.

En el mundo en su conjunto, la salud humana ha mejorado más durante el último medio siglo que en cualquier otro periodo conocido de la historia. Es un hecho que refleja los notables logros conseguidos en el sector de la salud, así como el proceso mucho más amplio del desarrollo económico y social. La Organización Mundial de la Salud, que hoy cuenta con 191 Estados Miembros, está orgullosa con razón del papel preponderante que ha desempeñado para ayudar a hacer posibles esos logros mediante la cooperación internacional.

Hace 50 años se encomendó a la OMS, dentro del sistema de las Naciones Unidas, la responsabilidad central de dirigir y coordinar la acción sanitaria internacional. Su finalidad consistía en ayudar a conseguir que todas las

personas, en todos los países, pudieran tener acceso al grado máximo de salud que se pueda lograr, expresado en nuestra Constitución en términos de bienestar físico, mental y social. Se afirmaba así el derecho de todo ser humano no sólo a la seguridad básica en lo que respecta a la salud sino también a la posibilidad de desarrollar al máximo su potencial individual. Al propio tiempo, los fundadores de la OMS reconocieron la interdependencia de los pueblos y países del mundo en su lucha por una salud, una paz y una prosperidad sostenibles. En palabras del Dr. Scheele, Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América y Presidente de la Asamblea de la Salud en 1951, el mundo no puede seguir estando medio sano y medio enfermo y mantener a la vez su equilibrio económico, moral y espiritual.

En el periodo de la posguerra, en muchos países estaba todo por construir o reconstruir prácticamente a partir de la nada: políticas, infraestructuras, servicios públicos, personal y capacitación. Durante sus 10 primeros años, la OMS contribuyó enormemente, con la ayuda de toda la comunidad científica, a esa labor de reconstrucción. Sin embargo, ya en el decenio de 1960 empezaron a ponerse de manifiesto las limitaciones de un enfoque exclusivamente biomédico en materia de salud pública. De modo análogo, se veía ya claramente que la cooperación internacional no era una cuestión de mera transferencia de tecnologías y de políticas ideadas para otras sociedades y situaciones.

Esa nueva percepción halló por fin su expresión en 1978 en la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud como camino hacia la salud para todos. Fue un cambio decisivo de orientación en la historia de la OMS y en la cooperación sanitaria, pues en ella se delineaba un nuevo enfoque de la atención de salud, especialmente en los países en desarrollo, y se llamaba la atención sobre el esfuerzo social y económico mucho mayor que requería el desarrollo sanitario. Percatados de la necesidad de desviarse de las políticas tradicionalmente seguidas en materia de ayuda, se ponía de relieve la importancia de la autosuficiencia y de establecer sistemas nacionales de salud. Se subrayó la responsabilidad de los gobiernos a este respecto, así como la importancia de la participación comunitaria y la necesidad de una tecnología apropiada y de un acceso adecuado a los medicamentos y vacunas esenciales.

Los ministerios de salud se adhirieron decididamente a dicho enfoque, pero tuvieron que hacer frente a importantes obstáculos. Entre ellos cabe citar la grave escasez de recursos humanos debidamente adiestrados, en particular en los países recién llegados a la independencia, la falta de datos de base para una adecuada labor de planificación y vigilancia de los esfuerzos sanitarios, y el recurso continuo y excesivo a la asistencia y a la tecnología hospitalarias, con el consiguiente incremento de los costos. Además, a nivel tanto nacional como internacional, la mayoría de las instituciones y de los procesos decisivos siguieron estando firmemente centralizados. Esto dejaba escaso margen y pocos recursos para involucrar a las comunidades locales en la definición de las

prioridades y en la adopción de las medidas necesarias. Por último, muchos países se enfrentaban a grandes dificultades debidas a la situación económica mundial, a la crisis de la deuda y a los efectos sociales sumamente negativos de las medidas de ajuste estructural. La propia OMS, desde 1986, ha tenido que funcionar con un presupuesto de crecimiento cero en términos reales mientras que las demandas a que ha tenido que hacer frente han seguido aumentando sin cesar.

Por consiguiente, al final del decenio de 1980, a pesar de las considerables mejoras registradas por los indicadores de salud mundiales, la situación se caracterizaba por las crecientes desigualdades en el estado de salud y en el acceso efectivo a la asistencia. Se cernía sobre la salud pública la nueva gran amenaza que representaba el VIH/SIDA, mientras que ciertas enfermedades como el paludismo y la tuberculosis, cuya fuerza se había subestimado, volvían con renovada virulencia.

Los servicios de salud por sí solos no podían dar una respuesta eficaz a problemas de tanta magnitud y complejidad. Se necesitaba una mejor comprensión del sector de la salud y hubo que establecer nuevas fórmulas de asociación en pro de la salud para movilizar y coordinar los esfuerzos de otros organismos, del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales.

La promoción de esos tipos de asociación ha pasado a ser una de las tareas centrales de la OMS. El Programa Mundial contra la Tuberculosis, el Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química y el Programa Mundial de Vacunas e Inmunización son ejemplos de los nuevos vínculos de asociación establecidos durante los 10 últimos años, aprovechando así la experiencia que hemos adquirido en sectores tales como las investigaciones sobre el cáncer, la salud de la madre y el niño, la reproducción humana, las enfermedades tropicales, la seguridad alimentaria y la asistencia humanitaria. La OMS ha implantado asimismo redes innovadoras para la vigilancia epidemiológica y la respuesta a las enfermedades emergentes, a la resistencia microbiana y a las epidemias. El papel de los centros colaboradores de la OMS dentro de dichas redes y fórmulas de asociación está resultando ser determinante.

En las campañas especiales emprendidas contra enfermedades como la lepra, la poliomielitis y la oncocercosis han aunado sus esfuerzos los servicios nacionales de salud, fundaciones privadas, organizaciones locales e internacionales y el público en general. Esas campañas han constituido a menudo el primer punto de contacto entre los agentes de salud y los grupos de población insuficientemente atendidos, brindando así una oportunidad para reforzar el entendimiento mutuo y el enfoque de la atención primaria de salud. Nuestra experiencia en el Programa Mundial sobre el SIDA, en particular, ha demostrado la necesidad de reconocer que los usuarios del sistema de salud son asociados clave para la labor de desarrollo sanitario y habilitación local.

Habilitar a la gente y a las comunidades locales en una escala mucho mayor, proporcionándoles la necesaria información y capacitación para que se hagan cargo de su propia salud, contribuiría de modo significativo a reducir algunas de las disparidades que aún debemos afrontar en materia de salud. La mortalidad de niños menores de cinco años se ha reducido de 21 millones en 1955 a 10 millones en 1997, pero esta cifra sigue siendo inadmisiblemente elevada. En lo que respecta a algunos países, que representan más de 50 millones de habitantes, el promedio de la esperanza de vida es aún de menos de 45 años. Aproximadamente 585 000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, el 99% de ellas en los países en desarrollo. El riesgo de muerte materna es de 1 por 1400 en Europa, de 1 por 65 en Asia y de 1 por 16 en África. Entre dos y tres millones de adultos mueren cada año de tuberculosis, aunque existen medios curativos eficaces y de costo asequible para esa enfermedad. Las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen constituyendo una grave amenaza para todos, especialmente en los países en desarrollo. Acogemos con satisfacción el compromiso suscrito por los ministros de relaciones exteriores del Grupo de los Ocho la semana pasada en Londres de apoyar a la OMS para establecer redes mundiales de vigilancia y crear capacidad en los países contra esas enfermedades.

La pobreza sigue siendo un importante factor de mala salud y de falta de acceso a los servicios sanitarios, pero los nuevos enfoques en materia de desarrollo sanitario y cooperación para la salud pueden atenuar considerablemente ese problema mediante una mejor utilización de los recursos y del potencial humano actuales. Nuestro análisis de los logros y deficiencias en la aplicación de la política de salud para todos nos ha ayudado a definir algunos de esos enfoques. Entre ellos cabe citar, en primer lugar, la prestación de asistencia integrada a lo largo de todo el ciclo vital; en segundo lugar, la colaboración intersectorial e interdisciplinaria; y, en tercer lugar, la labor de fomento en pro de la salud en el desarrollo social y económico. Los nuevos vínculos de asociación, a diferentes niveles y en diferentes campos de actividad, abren el camino hacia la adopción de esos tres enfoques, que se refuerzan mutuamente.

1) La prestación de asistencia integrada a lo largo de todo el ciclo vital es necesaria para superar las limitaciones inherentes a la adopción de un enfoque fragmentario para las enfermedades, los servicios y los grupos de edad. Asegurando la prestación de asistencia a todos como un proceso continuo se podrán mejorar no sólo las cifras correspondientes a los indicadores seleccionados sino también el estado de salud y el bienestar efectivos.

La salud es multidimensional: los problemas de infección, nutricionales, psicológicos, de alergia o de predisposición genética pueden coexistir y reforzar o desencadenar otras afecciones. Los logros sanitarios pueden anularse asimismo en cualquier momento si se deja de asegurar el acceso a los

medicamentos esenciales y una asistencia y unas condiciones de vida adecuadas. Muestra de ello, en el pasado reciente, es la disminución efectiva de la esperanza de vida registrada hasta 1995 en 16 países que contaban con una población total de unos 300 millones de habitantes. De modo análogo, la infección por el VIH podría reducir a la nada algunos de los grandes logros conseguidos en materia de salud infantil durante los 50 últimos años; se estima que, sólo en el año pasado, 590 000 niños menores de 15 años de edad quedaron infectados por el VIH.

Además, el estado de salud se ve influido por acontecimientos sanitarios ocurridos durante la generación precedente o en una fase anterior de la vida. La salud de las mujeres y el acceso de éstas a la atención y al asesoramiento en materia de salud reproductiva determinan en gran medida el estado de salud de sus hijos. Unos cuidados y una nutrición adecuados en los primeros años de la vida son importantes no sólo para resistir a las enfermedades de la infancia sino también para preparar el camino hacia una mejor salud en la adolescencia y la edad adulta. El abuso de ciertas sustancias y otros comportamientos de riesgo entre los jóvenes tienen efectos de gran trascendencia en el estado de salud en la edad adulta y en la tercera edad. Por ejemplo, como consecuencia del consumo temprano y prolongado de tabaco, el cáncer de pulmón en las mujeres se ha cuadruplicado en los 30 últimos años en muchos países industrializados y está aumentando también en los países en desarrollo.

La necesidad de asegurar una asistencia integrada y de promover la salud durante toda la vida se hace sentir con más urgencia en todos los países como resultado del envejecimiento, de los cambios en el modo de vida y del aumento concomitante de enfermedades no transmisibles como el cáncer, la diabetes, las afecciones cardiovasculares y los trastornos mentales.

En los 30 próximos años se prevén en muchos países en desarrollo, especialmente en América Latina y Asia, aumentos de hasta un 300% en el número de ancianos. En 2025 habrá en el mundo más de 800 millones de personas mayores de 65 años de edad, el doble que hoy, dos terceras partes de las cuales en los países en desarrollo. Uno de los mayores desafíos, en todos los países, consistirá en determinar cuál es la mejor manera de prevenir y retrasar las enfermedades y discapacidades, y de mantener la salud y la autonomía de una población que envejece.

Habida cuenta de esas tendencias, el mejoramiento de la eficiencia del financiamiento y de la prestación de asistencia sanitaria ha pasado a ser una grave preocupación para todos los países, muchos de los cuales han introducido reformas en sus sistemas asistenciales en un esfuerzo por asegurar su buen funcionamiento y su sostenibilidad. La contención de los costos de la atención sanitaria es un objetivo ineludible, pero no deberá dar lugar al racionamiento de la asistencia y de los servicios de salud esenciales. Gran parte de las enfermedades y discapacidades que gravan los presupuestos de salud pueden

evitarse mediante inversiones racionales en atención preventiva. Las recientes tendencias observadas en los países industrializados muestran la eficacia de las actividades de fomento sanitario en la prevención, el aplazamiento y la atenuación de la gravedad de las enfermedades crónicas y de las discapacidades conexas. La prevención de enfermedades debería reconocerse como un componente esencial de toda estrategia de contención de costos.

2) En cuanto al segundo enfoque de desarrollo sanitario - colaboración intersectorial e interdisciplinaria -, es reflejo del creciente reconocimiento de que muchos determinantes importantes de la salud se hallan fuera del control directo del sector sanitario. El establecimiento de diversas fórmulas de asociación hace posible seguir de cerca las novedades de interés surgidas en otros sectores y disciplinas, prever los riesgos conexos y las oportunidades para la salud, y proporcionar el correspondiente asesoramiento técnico sobre políticas y actividades.

Por consiguiente, la labor de la OMS sobre higiene del medio, seguridad química, vivienda, saneamiento, salud ocupacional y prevención de la violencia y del abuso de ciertas sustancias se ha llevado a cabo en colaboración con asociados en sectores tales como la enseñanza, la agricultura, la ingeniería, el urbanismo, las asociaciones de consumidores y los medios de comunicación. Esto ha resultado ser indispensable para combatir no sólo las epidemias sino también las enfermedades no transmisibles y las consecuencias sanitarias de los desastres naturales o causados por el hombre.

La incidencia de muchas enfermedades infecciosas como el paludismo, la fiebre hemorrágica de tipo Ébola, la esquistosomiasis y la fiebre del Valle del Rift está estrechamente vinculada con diversos factores como la migración, el clima y el modo de utilización del agua y de la tierra, que habrán de ser analizados y afrontados de manera coordinada. La compartimentación y las deficiencias de la comunicación entre los expertos y las instituciones pueden causar importantes problemas, como se ha visto durante los brotes de encefalopatía espongiiforme bovina y de *E. coli* O157. El año pasado, la Asamblea de la Salud instó a la OMS a que siguiera dirigiendo y coordinando la labor de evaluación de los riesgos químicos, con especial atención a los contaminantes orgánicos persistentes, a sus posibles efectos a nivel endocrino y a sus posibles vínculos causales con el cáncer y los trastornos reproductivos, neurológicos e inmunitarios.

La colaboración intersectorial es también decisiva para las investigaciones sobre desarrollo sanitario. Debe reafirmarse enérgicamente la importancia de las investigaciones biomédicas básicas, pero igualmente indispensable será el recurso a otras disciplinas para tener en cuenta los aspectos comportamentales, sociales, antropológicos, tecnológicos, económicos y jurídicos del desarrollo sanitario.

3) Un aspecto importante y complementario de la responsabilidad de la OMS consiste en reafirmar los requisitos sanitarios que se han de satisfacer en un entorno mundial en rápida mutación. Esto define nuestro tercer enfoque, a saber, la labor de fomento en pro de la salud en el desarrollo social y económico.

De hecho, esa labor de fomento en pro del desarrollo sanitario ha sido siempre una de las responsabilidades que la OMS como órgano intergubernamental ha asumido participando en las actividades de investigación, intercambio de información, formulación de políticas, cooperación técnica, creación de capacidad y establecimiento de normas y patrones. Pero, hasta fecha reciente, esas actividades de la OMS se han llevado a cabo esencialmente con las profesiones sanitarias y los ministerios de salud y para el propio uso inmediato de éstos y de sus asociados «naturales» en esferas relacionadas con la salud. Dirigida principalmente a la comunidad sanitaria, la labor de fomento de la OMS se ha realizado dentro de sus propios comités de expertos y órganos deliberantes y, en cierta medida, dentro de los comités de coordinación interna del sistema de las Naciones Unidas.

En los 10 últimos años, los enfoques adoptados en las actividades de desarrollo y en la cooperación internacional han cambiado enormemente. Como señal de este cambio cabe citar la reciente serie de conferencias «en la cumbre» sobre prácticamente todo el espectro de actividades del sistema de las Naciones Unidas. Entre ellas figuran las cumbres sobre medio ambiente (Río de Janeiro), población (El Cairo), desarrollo social y económico (Copenhague), habilitación de la mujer (Beijing), alimentación (Roma) y asentamientos humanos (Estambul). Es digno de notar que, sea cual fuere su mandato técnico inicial, todas esas reuniones terminaron ocupándose de la cuestión del desarrollo sostenible, esto es, un desarrollo para toda la humanidad, en todo el mundo y para las generaciones futuras. La OMS ha participado activamente en todas esas conferencias, en su preparación y en la labor de seguimiento actualmente en curso.

Otro aspecto importante de esas conferencias mundiales, y una desviación importante con respecto al pasado, ha sido su apertura a la participación del ingente número de organizaciones no gubernamentales que han ido surgiendo y multiplicándose en el mundo entero, como reflejo de una nueva determinación por parte de la sociedad civil de participar no sólo en las actividades de desarrollo locales sino también en el proceso decisorio político tanto a nivel nacional como mundial. Esta necesidad, hondamente sentida, de una mayor democratización de la acción y del desarrollo sanitarios está configurando además la nueva política de la OMS y sus nuevas fórmulas de asociación en pro de la salud. Las reformas actualmente en curso en la OMS van encaminadas a aumentar la eficacia a nivel de país precisamente mediante ese más amplio intercambio de conocimientos y responsabilidades.

Poderosas tendencias como la privatización del sector sanitario y la globalización de la economía mundial, de las corrientes financieras, del comercio, del trabajo, de la tecnología y de los sistemas de información van a obligar a redefinir aún mejor la naturaleza y el alcance de la labor de fomento y de establecimiento de normas de la OMS. Han surgido importantes foros y grupos de intereses internacionales a nivel regional y mundial cuyas decisiones tienen repercusiones de gran trascendencia para la salud y el desarrollo en nuestros Estados Miembros.

Incumbe a la OMS la responsabilidad de representar los intereses de la salud - de la salud de **todas las personas** - en esos foros y grupos de intereses, a la vez que se reafirman los requisitos técnicos y normativos que habrá de satisfacer el desarrollo sanitario para ser equitativo y sostenible. La OMS tiene la autoridad moral y científica para ello, y la obligación para ello le ha sido impuesta por su Constitución, aunque el entorno en que ha de cumplir esa obligación ha cambiado considerablemente.

Desde su creación, la Organización ha participado en la fijación de normas técnicas y en la propuesta de directrices y códigos de prácticas en numerosos sectores importantes de la salud, en particular en materia de productos farmacéuticos, sucedáneos de la leche materna, trasplante de órganos y patrones biológicos. Más recientemente, ciertos países y grupos regionales se han dirigido a la OMS para solicitar asesoramiento científico sobre normas mundiales para asegurar la inocuidad y la calidad de los alimentos y de los productos y servicios sanitarios objeto de comercio. Hemos venido ocupándonos de esos temas con una gran variedad de asociados, en particular la UNCTAD, la Organización Mundial del Comercio, el Grupo de los Ocho, la Organización de la Unidad Africana, la Unión Europea, la ASEAN y el MERCOSUR. En esas actividades, el papel de la OMS debe consistir en proteger la salud de los consumidores y facilitar a la vez el comercio en interés de toda la población mundial. Tenemos que insistir en que los fines de la rentabilidad y la generación de recursos no eximen de los requisitos relativos a la seguridad y la justicia.

Pues nunca debemos olvidar que nuestra responsabilidad no es sólo de carácter técnico. Las investigaciones y la asistencia sanitaria plantean importantes cuestiones de ética en sectores tales como los ensayos clínicos con participación de seres humanos, la clonación, los xenotrasplantes, los derechos del paciente, la genética, la confidencialidad de los datos y la propiedad intelectual. En todos los casos, lo que debe prevalecer es la preocupación por la salud de las personas, su seguridad y su autonomía. En nuestro compromiso con la acción sanitaria y la cooperación internacional, nuestro principio orientador habrá de ser el respeto a la igual valía y dignidad de todos los seres humanos.

En la Declaración Mundial de la Salud que se somete a la adopción de ustedes se reafirman ese principio y los valores incorporados en la Constitución de la OMS. Se reitera la interdependencia de todos los pueblos y naciones y su común responsabilidad en la acción encaminada al logro de la salud para todos. La nueva política de salud para todos, que examinarán ustedes para su adopción, propone las principales orientaciones para nuestras actividades en el siglo XXI. Forma parte de un proceso de planificación ya iniciado y debe considerarse como un punto de partida, un marco flexible, más que como un programa fijo. Y, más importante aún, reafirma nuestra adhesión a la cooperación internacional en materia de desarrollo sanitario, basada en los valores de la equidad, la solidaridad y el respeto.

La Organización Mundial de la Salud ha obtenido grandes logros en sus 50 años de existencia y posee un enorme potencial para servir al mundo en el próximo siglo. Confío plenamente en el vigor y la adaptabilidad de la Organización, así como en la sabiduría y la competencia de sus futuros dirigentes.

Gran parte de mi vida profesional ha estado dedicada a la OMS y a la colaboración con nuestros Estados Miembros en pro de la salud para todos. Estoy profundamente agradecido por esos numerosos años de una labor a veces difícil pero que siempre mereció la pena. Deseo rendir un homenaje especial al personal de la OMS, a mis colegas, por la elevada calidad de su trabajo y por su dedicación a los objetivos y valores de la Organización. Deseo darles las gracias por todo el apoyo que me han prestado a lo largo de estos años.

Señor Presidente, ha sido un honor muy especial para mí servir a los Estados Miembros de la Organización. El compromiso de éstos con la salud - desde sus funcionarios de más alto rango político hasta los trabajadores de sus comunidades más remotas - ha sido siempre y será siempre uno de los ingredientes esenciales de nuestro éxito. Estoy profundamente reconocido a todos aquellos de ustedes que, cada cual en su función respectiva, han trabajado con nosotros en un ambiente de amistad y con la determinación de mejorar la salud de todos los pueblos del planeta, en pro de la paz y la prosperidad en el siglo XXI.

