

Informe de la Directora General

1998 - 2003



Organización Mundial de la Salud



Johannesburgo (Sudáfrica), septiembre de 2002,
con ocasión de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible

DGO/2003/1

Informe de la Directora General 1998-2003

ÍNDICE

- I. El contexto más amplio 5
 - Creación de una estrategia institucional para la Organización Mundial de la Salud 7
 - Atención centrada en los países 10
 - Invertir en la salud de los pobres: la Comisión sobre Macroeconomía y Salud 12
 - Ética 13

- II. Ampliación de la respuesta a las enfermedades 14
 - VIH/SIDA 14
 - La alianza Hacer Retroceder el Paludismo 18
 - Alto a la Tuberculosis 19
 - Lucha contra otras enfermedades transmisibles 22
 - El tabaco mata 23
 - Salud mental 26
 - La inmunización y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización 27
 - Erradicación de la poliomielitis 28
 - Salud infantil 29
 - Reducir los Riesgos del Embarazo 30

- III. Riesgos para la salud 31
 - Riesgos para los lactantes y los niños pequeños 32
 - Género, riesgos para la salud de la mujer y salud reproductiva 33
 - Factores de riesgo relacionados con la dieta e inactividad física 35
 - Enfermedades no transmisibles 36
 - Envejecimiento activo 37
 - Abuso de sustancias 38
 - Sostenimiento del desarrollo y reducción de los riesgos ambientales 38
 - Garantizar la inocuidad de los alimentos 39
 - Traumatismos y violencia 40

- IV. Formulación de políticas sanitarias y desarrollo de sistemas de salud 41
 - Ampliación del acceso a los medicamentos esenciales 45
 - Fortalecimiento de los sistemas nacionales de vigilancia 47
 - Mejoramiento de los sistemas de salud en situaciones de emergencia 49
- V. Investigación e información sanitaria 51
 - Investigación 51
 - La genómica y la salud humana 52
 - Información sanitaria 53
- VI. Reforma administrativa 54

Recuadros

- Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas 9
- La salud y los derechos humanos 11
- Nuevo mecanismo mundial de financiación de la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo 22

I. El contexto más amplio

1. Cuando asumí el cargo de Directora General en julio de 1998, la Organización Mundial de la Salud se encontraba en un momento crucial de su historia: 50 años de existencia y enfrentada con **complejos procesos de transición en un contexto mundial en rápida transformación**. La globalización no sólo estaba abriendo nuevos caminos de crecimiento y progreso, sino también generando nuevas amenazas de decisiva importancia para la salud.

2. En el siglo XX se habían registrado notables avances en materia de salud y desarrollo humano: la esperanza de vida al nacer había aumentado en más de 30 años, el acceso a los servicios de salud había mejorado significativamente, se habían alcanzado altas tasas de cobertura de inmunización en el mundo entero, se había erradicado la viruela, y el progreso de la investigación y el desarrollo científicos había sido extraordinario. Teníamos una comprensión considerable de los diferentes determinantes de la salud - moleculares y sociales - y de las condiciones necesarias para una vida sana.

3. Sin embargo, la comunidad mundial estaba lejos de su objetivo de alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. **Quedaban por cumplir muchas tareas decisivas**: se extendía la pobreza absoluta, y una tercera parte de los niños del planeta sufrían hambre y desnutrición; las desigualdades iban en aumento, entre los países y dentro de éstos; el clima del mundo estaba cambiando y generaba nuevas amenazas para salud y el medio ambiente; la población seguía haciendo frente a amenazas mortales de enfermedades como el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), la tuberculosis y el paludismo; las enfermedades no transmisibles eran cada vez más prevalentes; la posición de la mujer seguía siendo vulnerable en muchas partes del mundo; y los conflictos armados continuaban obstaculizando los avances en materia de salud y desarrollo. Seguía habiendo una gran desigualdad de acceso a los servicios de salud: los países en desarrollo, que soportaban el 90% de la carga mundial de morbilidad, sólo tenían acceso al 10% de los recursos dedicados a la salud. Una quinta parte de la humanidad no tenía acceso a servicios de salud modernos y la mitad carecía de acceso a los medicamentos esenciales.

4. Era imperativo definir una clara estrategia para resolver esos problemas cruciales. Y para ello, era preciso acercar la agenda de la salud al debate sobre el desarrollo; **situar la salud en una perspectiva más amplia**; hacer comprender que las inversiones en salud son buenas inversiones

para la seguridad mundial, la reducción de la pobreza y el crecimiento económico; y transmitir este mensaje a los líderes políticos del mundo.

5. Quería estar segura de que la OMS se encontraba en una posición adecuada para dar la mejor orientación técnica posible para la acción encaminada a promover la salud de los pueblos del mundo. Esto significaba que la OMS tenía que llegar a un claro entendimiento de los riesgos para la salud de la población, las cargas impuestas por las enfermedades, los problemas que planteaba el mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud, y el contexto político e institucional de la acción sanitaria. La OMS debía fortalecer su función como fuente de información fiable acerca de las intervenciones para prevenir y resolver los diferentes problemas de salud; y esa información debía basarse en los mejores datos científicos disponibles. Además de ser una fuente fiable de asesoramiento de alta calidad basado en datos pertinentes y actualizados, teníamos que ayudar a los demás - que no necesariamente poseían un conocimiento detallado acerca de la salud - a hacer buen uso de esa información. Esto significaba que la OMS tenía que estar en condiciones - y ser capaz - de reunir a los diferentes grupos interesados en la salud, particularmente en los países, y ser un intermediario y negociador con miras al mejoramiento de la salud. La OMS ha podido hacer tal cosa por medios que permiten a los diferentes interesados elaborar estrategias para aplicar medidas concertadas en pro de la salud, y medir los progresos, particularmente entre las personas más pobres del mundo.

6. Dadas las extremas limitaciones del presupuesto de la OMS - con su crecimiento nominal nulo - y la dependencia de la OMS de la financiación voluntaria, esas crecidas exigencias han requerido de la Organización un particular esfuerzo a fin de potenciar al máximo su impacto, manteniendo una cohesión adecuada entre los equipos en los países, las oficinas regionales y los departamentos de la Sede. Para ello era preciso que la OMS fuera más eficiente y eficaz, más responsable, más transparente, y que respondiera mejor a un mundo en transformación.

7. Para alcanzar nuestros objetivos era necesario **llegar hasta otros socios**: a otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, a los gobiernos, al sector privado, a la sociedad civil. Vi a la OMS como un sólido organismo director en materia de salud, que entablaba alianzas creativas e innovadoras con los diversos actores clave en la esfera de la salud y el desarrollo humano. Establecí dos proyectos del Gabinete: Hacer Retroceder el Paludismo y la iniciativa Liberarse del Tabaco, como precursores de esas nuevas fórmulas de trabajo, en toda la OMS y con las organizaciones asociadas.

Creación de una estrategia institucional para la Organización Mundial de la Salud

8. El cumplimiento de las tareas que tenía por delante también requirió una considerable **reorganización interna**. Estimé que había una necesidad urgente de reunir la OMS en una entidad única y crear una unidad de propósito centrando nuestros esfuerzos en nuestras actividades básicas; de reconectar la Organización por medio de una estructura más uniforme, mejor comunicación, más transparencia y una distribución más clara de las responsabilidades; y de crear una cultura institucional guiada por los resultados, la eficiencia, la productividad y la satisfacción laboral.

9. Mi meta era idear una estrategia institucional que permitiera a la OMS ser más eficaz en su trabajo para y con los países, estar más focalizada, seleccionar prioridades y ser más creativa e innovadora en el establecimiento de alianzas.

10. Teniendo todo esto en cuenta, presenté la estrategia institucional en enero de 2000 al Consejo Ejecutivo, que aprobó cuatro orientaciones estratégicas para las actividades de la OMS. Estas orientaciones estratégicas forman la base del Programa General de Trabajo 2002-2005 y del Presupuesto por programas 2002-2003 así como del Proyecto de presupuesto por programas 2004-2005:

- reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en las poblaciones pobres y marginadas;
- promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana que tienen causas ambientales, económicas, sociales y comportamentales;
- establecer sistemas de salud que permitan mejorar de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias de la población y sean financieramente justos;
- elaborar una política propicia y crear un entorno institucional para el sector de la salud, y promover una dimensión sanitaria eficaz para la política social, económica, ambiental y de desarrollo.

11. Las funciones básicas de la Secretaría de la OMS se definieron en la estrategia institucional como sigue: fijar posiciones normativas y de promoción coherentes, éticas y basadas en pruebas científicas; gestionar la información sanitaria y alentar la investigación; prestar apoyo técnico y normativo para fomentar la acción y contribuir a la creación de capacidad nacional en el sector de la salud; negociar y sustentar fórmulas de asocia-

ción a nivel mundial; establecer, validar y vigilar normas y patrones y velar por su adecuada aplicación; y propiciar el desarrollo y la utilización de nuevas tecnologías y directrices para la lucha contra las enfermedades, la reducción de riesgos, la administración de la asistencia sanitaria y la prestación de servicios.

12. Sobre la base de estas orientaciones estratégicas se han concebido y llevado a cabo las diversas actividades y programas de la OMS desde 1998, con el objetivo más amplio de la consecución de la salud para todos.

Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York, los líderes mundiales acordaron una serie de objetivos de desarrollo de alcance mundial. Tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, ocho de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores se refieren a asuntos que conciernen directamente a la labor de la OMS. Entre ellos, la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna, la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, y el acceso a los medicamentos esenciales a precios razonables en los países en desarrollo. Otros, como la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, y el fomento de la igualdad entre los géneros y la potenciación de la capacidad de acción de la mujer, tienen una dimensión sanitaria. El logro de estos objetivos requiere una estrategia mundial concertada encaminada a aumentar el acceso de la población pobre del mundo a los servicios de salud esenciales.

En la resolución WHA55.19, adoptada en mayo de 2002, se instaba a los Estados Miembros a que intensificaran y ampliaran sus esfuerzos para el logro de los objetivos de la Declaración del Milenio. Creo firmemente que mejorar la salud de los desfavorecidos es no sólo un objetivo del desarrollo económico sostenible sino también un medio de alcanzarlo. Los objetivos se están teniendo en cuenta tanto en la labor en curso de la OMS como en el establecimiento de prioridades para el estratégico proyecto de presupuesto por programas 2004-2005. Mediante la creación de nuevas alianzas, el desarrollo de nuevos mecanismos de financiación, el fortalecimiento de nuestra presencia en los países y de nuestro apoyo a las iniciativas locales, y el mejoramiento de nuestros mecanismos de presentación de informes, la OMS sigue cooperando con la comunidad internacional en la consecución de estos objetivos.

Nuestro compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio quedó reforzado en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en Monterrey (México) en marzo de 2002, en la que pedí mayores y más eficaces inversiones para hacer frente a la carga que representan el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. En Monterrey se acordó empezar a movilizar los fondos necesarios para ello. Los gobiernos donantes mostraron una nueva disposición para apoyar actividades nacionales de desarrollo que sean eficaces y arrojen resultados.

Atención centrada en los países

13. En enero de 1999 inicié un proyecto del Gabinete para volver a examinar la manera en que las diferentes partes de la OMS colaboran entre sí, con los países y con los asociados para el desarrollo. Uno de los resultados principales del proyecto es un instrumento institucional para la formulación y aceptación del programa estratégico de la OMS en el plano nacional, a saber: **las estrategias de cooperación en los países.**

14. Después de la segunda reunión de los Representantes de la OMS en los países, celebrada en 2001, comencé a planificar una nueva iniciativa para aumentar el grado de atención de la OMS a los países. En la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (2002), expliqué cómo esta iniciativa de atención centrada en los países mejoraría la capacidad de la OMS para colaborar con los países en la medida en que éstos procuran intensificar su acción en pro de la equidad en la salud y ejercer una mayor influencia en las actividades de salud pública mundiales y regionales. Las estrategias de cooperación en los países son instrumentos clave para mejorar nuestra eficacia en cada país. Está en curso el trabajo sobre 50 de estas estrategias; en algunos países las estrategias se han finalizado. Elaborar una estrategia exige colaboración entre las autoridades nacionales y la OMS. La preparación de una estrategia de cooperación en un país asocia una evaluación realista de las necesidades nacionales, las peticiones de las autoridades nacionales, los intereses de otras partes, y las prioridades regionales y mundiales de la OMS que los Estados Miembros han aprobado en los órganos deliberantes de la Organización.

15. La iniciativa se inspira en la labor que ya están realizando la OMS y los países a fin de establecer estrategias de cooperación. Involucra a la Organización en su conjunto en la respuesta al programa estratégico en pro de la salud en cada país. Su finalidad es conseguir que la OMS centre mejor su atención en las necesidades de los países, apoyando actividades de salud eficaces mediante la elaboración de normas y la cooperación técnica. Permitirá mejorar las competencias básicas de los equipos en los países, de modo que sean más idóneos para aplicar la estrategia convenida, así como la forma en que los programas de la OMS regionales y localizados en Ginebra, prestan apoyo a las actividades en los países. Contribuirá a transformar los sistemas administrativos de la OMS posibilitando un funcionamiento más eficaz de las oficinas de la OMS en los países. También permitirá mejorar el intercambio de información entre la OMS y los países, y potenciará la capacidad de la OMS para colaborar con otros componentes

del sistema de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y otros asociados y mecanismos nacionales para el desarrollo.

16. Se han determinado seis áreas prioritarias clave para la iniciativa de atención centrada en los países: ampliar la utilización de estrategias de cooperación en los países; mejorar las competencias básicas y la capacidad de los equipos en los países; aumentar el apoyo técnico y programático integrado de las regiones y la Sede a las actividades en los países en respuesta a las estrategias de cooperación en los países; posibilitar el funcionamiento eficaz de las oficinas de la OMS en los países; recoger y cotejar información y datos por países; y mejorar la colaboración con las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los asociados para el desarrollo.

17. Los objetivos y los resultados esperados de la iniciativa de atención centrada en los países y de las inversiones centradas en los países quedan reflejados en el proyecto de presupuesto por programas 2004-2005. La iniciativa se vigilará, examinará y modificará con objeto de mejorar continuamente nuestra labor encaminada a hacer frente a los problemas sanitarios y la pobreza en los Estados Miembros.

La salud y los derechos humanos

Cuando asumí el cargo en 1998, pedí a la comunidad internacional que defendiera como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, según se consagra en la Constitución de la OMS. Desde entonces, la OMS no ha cejado en su empeño de profundizar la comprensión de los vínculos entre la salud y los derechos humanos. En general, hay tres grandes áreas de trabajo: desarrollar en la OMS un enfoque basado en la salud y los derechos humanos, promover la salud como uno de los derechos humanos, y apoyar a los países para que integren los derechos humanos en las políticas y estrategias sanitarias.

Se han emprendido proyectos para examinar los derechos humanos en relación con las discapacidades mentales y físicas, la salud reproductiva, la tuberculosis, los medicamentos esenciales y el agua y el saneamiento. Se ha iniciado la publicación de una serie sobre la salud y los derechos humanos. Se han realizado actividades de capacitación para mejorar la comprensión de la salud y los derechos humanos en toda la Organización. La OMS entabló estrechos vínculos con el recientemente designado Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda

persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y se preocupó por que la organización hiciera una aportación más sistemática a los órganos del sistema de las Naciones Unidas encargados de supervisar la aplicación de los tratados de derechos humanos. La OMS está dotada ahora de los medios para apoyar a los Estados Miembros en la promoción del derecho a la salud y la integración de los derechos humanos en el desarrollo sanitario.

Invertir en la salud de los pobres: la Comisión sobre Macroeconomía y Salud

18. Tomé la iniciativa de crear la Comisión sobre Macroeconomía y Salud para estudiar la interacción entre la salud y el desarrollo económico. La Comisión, presidida por el Profesor Jeffrey Sachs e integrada por 18 miembros, entre ellos los más importantes economistas del mundo, expertos en salud pública, profesionales del desarrollo y responsables de la formulación de políticas, presentó su informe en diciembre de 2001, confirmando mi convicción de que una mejor salud puede actuar como catalizador del crecimiento y la reducción de la pobreza.

19. El informe concluía que las pérdidas económicas debidas a la mala salud se han subestimado y que los países con las condiciones de salud y educación más deficientes tienen mayor dificultad para conseguir un crecimiento sostenido. Se señalaba que la inmensa mayoría de las defunciones están causadas por enfermedades transmisibles, trastornos maternos y perinatales, infecciones infantiles, enfermedades relacionadas con el tabaco y factores nutricionales. Se preconizaba el aumento de las inversiones en intervenciones sanitarias esenciales y bienes públicos mundiales, y se estimaba que con una inversión anual de US\$ 66 000 millones a lo largo de 15 años se podrían salvar ocho millones de vidas por año y multiplicar por seis el rendimiento del crecimiento económico. Se abogaba también por el establecimiento de objetivos concretos y calendarios bien definidos para intervenciones costoeficaces y eficientes.

20. Las conclusiones del informe nos alientan a proseguir nuestro trabajo encaminado a ampliar el acceso a medicamentos que salvan vidas, a favorecer el desarrollo de nuevas vacunas y medicamentos, a dar orientación y asesoramiento técnico a los países sobre cuestiones de salud, y a proporcionar a los encargados de las decisiones de política información basada en pruebas científicas que sea de interés local. Respecto al tema de la financiación, la Comisión determinó los requisitos previos de una financiación eficiente de las intervenciones de salud. Destacó la necesidad de un «pacto

por la salud» - un mecanismo que reúna a los ministros de finanzas, los ministros de salud, los organismos de desarrollo, el sector privado y la sociedad civil - para multiplicar las intervenciones sanitarias esenciales, dando un nuevo impulso a la labor de la OMS a este respecto.

21. En el informe se subraya la necesidad de invertir en recursos humanos, en particular el perfeccionamiento de dirigentes. La OMS está preparando directrices basadas en datos objetivos en consulta con expertos de todas las regiones para responder a las solicitudes de los Estados Miembros de asesoramiento técnico sobre la manera de desarrollar el trabajo de la Comisión en el plano nacional.

22. Para ayudar a los países a aplicar las recomendaciones de la Comisión, la OMS está colaborando en el establecimiento de comisiones nacionales sobre macroeconomía y salud, cuando procede. Estas comisiones trabajarán junto con la OMS para analizar la situación sanitaria del país y el desempeño de sus sistemas de salud, definir parámetros epidemiológicos, y elaborar estrategias para intervenciones sanitarias esenciales. La OMS está ayudando a los países a preparar planes de salud de ámbito comunitario y nacional y propuestas de financiación. También colaboramos con el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, así como con la comunidad internacional de donantes, para conseguir que los programas de salud y de reducción de la pobreza ocupen un lugar central en las actividades de desarrollo y contribuyan eficazmente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Ética

23. Los rápidos avances de la ciencia en el último decenio están suscitando nuevos problemas éticos. En las reuniones de los comités regionales de la OMS celebradas en 2001, anuncié la puesta en marcha de la iniciativa sobre ética y salud con objeto de coordinar el apoyo a los Estados Miembros en relación con los aspectos éticos de la atención sanitaria, la biotecnología y la genética y genómica humanas. Mediante la iniciativa también se presta asistencia para examinar las cuestiones éticas que se plantean en el curso de las actividades de la OMS y se coordina la acción en materia de bioética con otras organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones regionales.

II. Ampliación de la respuesta a las enfermedades

24. Hay una serie de intervenciones sanitarias que pueden reducir espectacularmente la mortalidad debida a las principales enfermedades mortíferas: regímenes medicamentosos supervisados para la tuberculosis; mosquiteros impregnados con insecticida contra los mosquitos, y amplia distribución de tratamientos antipalúdicos entre los niños y las mujeres embarazadas; programas de prevención del VIH/SIDA y programas de atención que pueden prolongar considerablemente la vida de las personas que viven con el SIDA. Se describen a continuación los criterios de la OMS en estas esferas, junto con otras actividades conexas, por ejemplo el control del tabaco y la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

VIH/SIDA

25. El VIH/SIDA es hoy la principal causa de defunción en África. Es un grave problema en el Caribe y va en aumento en Asia y en muchas partes de Europa oriental. Pese a la disminución de la prevalencia en algunos países y a significativos progresos en el tratamiento y la atención, hoy están infectadas por el VIH 42 millones de personas, en su mayoría en los países en desarrollo, la mitad de las cuales tienen menos de 25 años de edad. Cada día se infectan más de 15 000 personas. A falta de una intensificación de la lucha en gran escala, se estima que otros 45 millones de personas quedarán infectadas por el virus antes de 2010 y casi 30 millones habrán muerto.

26. Las consecuencias de la epidemia de VIH/SIDA van más allá de la pérdida de vidas y de los costos de la atención sanitaria directamente relacionados con la enfermedad. Se trata de un obstáculo al desarrollo, y sus repercusiones sociales y económicas son de gran alcance. Un reciente estudio de África austral ha revelado que el SIDA, junto con otros factores (sequías, inundaciones e incluso políticas nacionales e internacionales poco previsoras), está causando una disminución de la producción agrícola al tiempo que impone una mayor carga sobre los ingresos familiares. El VIH socava los beneficios del desarrollo en varios países de África, en la medida en que descienden la esperanza de vida y las tasas de supervivencia infantil.

27. Estaba convencida de que la OMS, como patrocinadora del ONUSIDA, debía fortalecer su mandato técnico. La OMS tiene que guiar la respuesta del sector de la salud a la enfermedad proporcionando instrumentos normativos, como orientación sobre la prevención y el tratamiento de la infección por VIH, elaborando normas, suministrando información

estratégica, promoviendo la investigación y el desarrollo, prestando apoyo técnico, y facilitando actividades de promoción en forma sostenida. La 53ª Asamblea Mundial de la Salud (2000) adoptó la resolución WHA53.14 en la que se pedía a la OMS que estableciera una estrategia mundial del sector sanitario para combatir la epidemia, que concediera prioridad en el presupuesto ordinario de la OMS a la prevención y el control del VIH/SIDA, que movilizara fondos en apoyo de los programas nacionales, y que promoviera y apoyara la labor de investigación y desarrollo. También se instaba a los Estados Miembros a que adecuaran su compromiso político a la magnitud del problema, asignando un presupuesto apropiado para la prevención y atención del VIH/SIDA, a que reforzaran la educación del público, y a que aplicaran estrategias clave.

28. En diciembre de 2000 se reforzaron las actividades relacionadas con el VIH/SIDA en la sede de la OMS a fin de coordinar una respuesta estratégica a nivel de toda la Organización a la epidemia y hacer posible que la OMS prestara un mejor apoyo técnico a las regiones y los países.

29. Observamos que en todo el mundo se asumen compromisos políticos para ampliar la respuesta al VIH/SIDA. Gobiernos, empresas del sector privado, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil se están aunando en una acción de alcance mundial proporcional a la magnitud de la epidemia. En junio de 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró su primer periodo extraordinario de sesiones dedicado al VIH/SIDA. La Declaración de Compromiso aprobada por los países miembros representa un compromiso político mundial sin precedentes para hacer frente a la epidemia.

30. Hay varios ejemplos prometedores de cómo el compromiso político, una estrategia clara contra el SIDA y las respuestas multisectoriales redundan en la reducción de la incidencia del VIH. En Uganda, las tasas de infección de mujeres embarazadas en áreas urbanas han disminuido del 30% a menos del 10%. En Tailandia, gracias a amplias medidas de prevención se ha podido reducir significativamente el número de nuevas infecciones por VIH en relación con una década atrás. La incidencia del VIH también ha descendido en el Senegal. Es importante alentar estos esfuerzos y promover las mejores prácticas en otros países.

31. Al mismo tiempo, hemos prestado atención a la necesidad de las personas que viven con el SIDA de tener acceso a un tratamiento, en particular el tratamiento clínico de su enfermedad, a atención de enfermería, a servicios de orientación, y a un apoyo social y psicológico. Un conjunto de indicios cada vez mayor revela que es posible brindar atención y tratamien-

to a las personas que viven con el SIDA en situaciones de escasos recursos. Hace años que muchos de los tratamientos de las infecciones oportunistas asociadas están disponibles sólo por unos centavos de dólar. Los recientes avances en la investigación, los planes de tratamiento simplificado y las drásticas reducciones de los precios ya hacen posible prever que millones de personas pobres que necesitan terapias antirretrovíricas podrán efectivamente obtenerlas, tener así la posibilidad de vivir una vida plena. Hay que esforzarse por que los medicamentos antirretrovíricos sean más fácilmente accesibles a todos.

32. El tratamiento en los países desarrollados ha tenido como resultado una espectacular disminución de las defunciones debidas al SIDA. Pero en África y en otras partes del mundo en desarrollo, muchas personas carecen de acceso a medicamentos paliativos, y más aún a terapias antirretrovíricas o medicamentos para el tratamiento de las infecciones oportunistas. En suma, los medicamentos están en el Norte y la enfermedad en el Sur. El acceso a los medicamentos es un componente de decisiva importancia de una estrategia del sector de la salud. Los gobiernos se enfrentan con opciones difíciles: invertir en unos pocos medicamentos relativamente costosos o bien centrarse en otros aspectos de la atención. Es función de la OMS ayudar a hacer menos difíciles esas elecciones. La OMS está trabajando con el ONUSIDA y otros asociados, en particular la industria farmacéutica dedicada a la investigación y los productores de medicamentos genéricos, con objeto de hacer más abordables los medicamentos contra el VIH. Mediante un diálogo constructivo, procuramos negociar con la industria farmacéutica el costo de los distintos medicamentos así como diferentes criterios de fijación de precios. Cuando procede, apoyamos la promoción de la competencia genérica y las compras al por mayor. Hemos incluido los medicamentos prioritarios contra el VIH en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y estamos vigilando los efectos de la competencia creciente en el mercado de los antirretrovíricos.

33. Una de las altas prioridades de la OMS es ampliar el acceso a estos medicamentos, no sólo gracias a la reducción de precios sino también mediante sistemas de suministro fiables, el respaldo de los laboratorios, la supervisión de los pacientes, la vigilancia de la farmacorresistencia, y el necesario establecimiento de prioridades éticas claras para las subvenciones públicas. En 2002 se añadieron diez medicamentos antirretrovíricos a la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales. Se han publicado directrices sobre la utilización simplificada de antirretrovíricos y la vigilancia clínica. El 12 de diciembre de 2002 se puso en marcha la Coalición Internacional para el Acceso al Tratamiento contra el VIH a fin de intensificar

los esfuerzos por extender el acceso a los medicamentos antirretrovíricos a un mayor número de personas en los países en desarrollo. La Coalición agrupa a más de 50 asociados, entre ellos organizaciones no gubernamentales, donantes, gobiernos, personas que viven con el VIH/SIDA y sus grupos de apoyo, el sector privado, instituciones de investigación y organizaciones internacionales.

34. La OMS está firmemente empeñada en promover medidas para prevenir la infección por el VIH, especialmente entre los jóvenes. Para ello es importante difundir el conocimiento de las causas y consecuencias de la epidemia y posibilitar el acceso a los medios de prevención. Los estudios indican que va en aumento el conocimiento que tienen las personas acerca de la manera de protegerse.

35. La OMS también está ampliando sus programas de control de la transmisión del virus de la madre al niño, que actualmente representa el 90% de la infección por VIH en los niños. Las investigaciones han revelado que ciertos regímenes medicamentosos, en combinación con cambios de las prácticas de alimentación y, cuando las condiciones son favorables, la cesárea electiva, pueden prevenir la transmisión de madres infectadas a sus hijos. La OMS está dedicada asimismo a fomentar el uso seguro y apropiado de las inyecciones, mediante la educación de los agentes de salud y velando por la disponibilidad de equipo para inyecciones seguras y la gestión adecuada de los desechos clínicos. Además, sigue promoviendo los programas nacionales de sangre para conseguir suministros sanguíneos de calidad que sean inocuos, y adecuados. El Día Mundial de la Salud 2000 se dedicó al tema de la seguridad de la sangre.

36. Igualmente importante es sensibilizar al público y luchar contra los tabúes asociados con el virus. Las pruebas para determinar la presencia del VIH son decisivas, y se debe facilitar el acceso a los exámenes voluntarios en tal sentido, sin que ello sea causa de estigma. También se debe tener fácil acceso a una orientación confidencial y objetiva. La infección por VIH es en gran medida un problema de orden social. Para cambiar las prácticas y comportamientos que contribuyen a la infección se requiere una acción intersectorial en la que se aborde la violencia contra la mujer y se tenga en cuenta el medio social de los jóvenes. Esto es particularmente pertinente cuando se procura reducir el consumo de drogas por los jóvenes.

37. A ello debe añadirse la cuestión crucial de los recursos. Se ha estimado que la suma adicional requerida cada año para dar una respuesta mundial adecuada al SIDA es de US\$ 10 000 millones. Será preciso emprender una acción internacional concertada para movilizar los fondos ne-

cesarios a fin de aumentar la capacidad de los sistemas de salud de las comunidades afectadas por el VIH y el SIDA y para ayudar a que esos recursos se utilicen en forma adecuada. Con tal finalidad, la OMS ha actuado en estrecha colaboración con la comunidad internacional en lo que respecta al establecimiento y funcionamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

La alianza Hacer Retroceder el Paludismo

38. La alianza Hacer Retroceder el Paludismo se presentó a la 51ª Asamblea Mundial de la Salud (1998) y se puso en marcha en octubre de 1998 con el objetivo de reducir a la mitad la carga mundial de paludismo para 2010. Sus socios fundadores, a saber, la OMS, el UNICEF, el PNUD y el Banco Mundial, comparten sus recursos y competencias técnicas en una acción concertada con miras a reducir la carga de paludismo en el mundo entero, prestar apoyo técnico y operacional a los países, alentar la investigación y el desarrollo, y vigilar los progresos y resultados. La OMS alberga la secretaría de la alianza y presta servicios de dirección técnica.

39. El proyecto se desarrolló con carácter pionero. Aprovechó distintos recursos de la OMS: expertos en enfermedades tropicales, expertos en salud infantil, expertos en higiene del medio y expertos farmacéuticos. Se basó en fórmulas de asociación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, el sector privado, la comunidad científica y las organizaciones no gubernamentales. Se hizo hincapié en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.

40. En abril de 2000, la alianza patrocinó la primera cumbre internacional sobre el paludismo, celebrada en Abuja (Nigeria). Altos funcionarios de 44 países africanos, junto con representantes de los asociados fundadores, adoptaron la Declaración y el Plan de Acción de Abuja, en los que reiteraron su compromiso con el programa y con la consecución de las metas de la alianza. Expresaron también su resolución de mejorar el acceso al tratamiento, facilitar medidas preventivas como los mosquiteros tratados con insecticida, y poner a disposición de las mujeres embarazadas tratamientos de quimioprofilaxis o tratamientos intermitentes de presunción. Desde entonces, los asociados internacionales para el desarrollo han prometido otros US\$ 750 millones para recursos destinados al África en los próximos años.

41. Se han establecido nuevas y eficaces alianzas con gobiernos, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y grupos del sector privado. Un notable ejemplo es la Operación Medicamentos Antipa-

lúdicos, alianza publicoprivada para el desarrollo de nuevas terapias antipalúdicas mediante la colaboración estratégica, puesta en marcha en noviembre de 1999. La Operación representa una respuesta estratégica al grave problema creado por la rápida propagación de la resistencia a los fármacos existentes. En sus proyectos participan la industria, instituciones académicas y otras instituciones del sector público, y la industria hace contribuciones en especie (instrumentos, personal, competencias técnicas, etc.). La Operación financia investigaciones y presta asistencia en los aspectos técnicos relacionados con la gestión de los proyectos. Los nuevos medicamentos antipalúdicos se comercializarán en última instancia a precios razonables por una empresa farmacéutica asociada. En los primeros tres años de existencia, la cartera de investigaciones de la Operación ha pasado de cuatro proyectos planificados a 11 proyectos plenamente operacionales, en su mayoría con un asociado de la industria farmacéutica. En una escala más amplia, el gasto internacional en investigaciones sobre el paludismo creció de aproximadamente US\$ 84 millones en 1984 a más de US\$ 1000 millones en 2002, en gran medida a causa de un aumento significativo de la inversión en investigaciones sobre una vacuna antipalúdica.

42. En 2002 se realizó una amplia evaluación externa de la alianza Hacer Retroceder el Paludismo. Se llegó a la conclusión de que en la primera fase (1998-2002) se habían conseguido logros significativos en la lucha contra el paludismo, aunque era necesario incrementar las actividades nacionales. Se estimó que la estructura y los medios de funcionamiento de la alianza no estaban suficientemente bien definidos. Estudios realizados en los países revelaron progresos desiguales en la lucha contra el paludismo en las comunidades afectadas.

43. Cerca de una tercera parte de los países africanos, que representan casi la mitad de la población expuesta, han demostrado su compromiso de hacer retroceder el paludismo y han finalizado la fase inicial de la planificación estratégica. Gracias a la labor de promoción estratégica realizada a nivel mundial se ha conseguido que el problema del paludismo reciba ahora más atención que nunca.

Alto a la Tuberculosis

44. La epidemia de tuberculosis va en aumento y se cobra aproximadamente dos millones de vidas por año, registrándose la mayor carga numérica en Asia sudoriental. La tuberculosis es una enfermedad curable. Existen medicamentos que salvan vidas y una masa crítica de agentes de salud está capacitada para utilizarlos. Es inaceptable, pues, que no podamos facilitar suministros de medicamentos antituberculosos en cantidad suficiente

para combatir la propagación de esta enfermedad. En 1993, la OMS declaró la tuberculosis emergencia mundial y confirió carácter prioritario a la lucha contra la enfermedad.

45. Para combatir la enfermedad, la OMS y sus asociados elaboraron la estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa), una estrategia integral para la detección y cura de la tuberculosis que incorpora cinco elementos: compromiso político, detección de casos mediante servicios de microscopía, regímenes de tratamiento normalizado administrados bajo observación directa, suministro regular e ininterrumpido de medicamentos, y sistemas de vigilancia y seguimiento. Esta estrategia ha resultado ser muy eficaz, habiéndose observado tasas de curación de hasta el 95% incluso en los países más pobres. El Banco Mundial ha clasificado la estrategia DOTS entre las más costoeficaces de todas las intervenciones de salud.

46. En el Congreso Mundial sobre Salud Pulmonar celebrado en Tailandia en noviembre de 1998, puse en marcha la iniciativa de la OMS Alto a la Tuberculosis y prometí el firme apoyo de la Organización a una nueva fórmula de colaboración publicoprivada conocida como alianza Alto a la Tuberculosis, con los objetivos siguientes: promover una utilización más amplia y acertada de las estrategias existentes para interrumpir la transmisión de la tuberculosis; adaptar las estrategias existentes para resolver los problemas planteados por las nuevas amenazas; y acelerar la eliminación de la tuberculosis fomentando las investigaciones sobre pruebas de diagnóstico, medicamentos y vacunas nuevos y mejorados, y promover la adopción de nuevos y mejores instrumentos.

47. Las metas fijadas por la alianza eran: para 2005, diagnóstico del 70% de las personas con tuberculosis infecciosa y curación del 85%; para 2010, disminución de la carga mundial de tuberculosis (defunciones y prevalencia) a la mitad de los niveles de 2000; y para 2050, reducción de la incidencia mundial de la tuberculosis a menos de un caso por millón de habitantes.

48. La función de la OMS en la alianza es dar orientación sobre políticas mundiales. La OMS también alberga la secretaría de la alianza Alto a la Tuberculosis, y facilita un marco de gestión eficiente y eficaz para las actividades de la alianza.

49. Con objeto de reforzar el compromiso con la alianza mundial, en marzo de 2000 se celebró en Amsterdam una conferencia ministerial sobre la tuberculosis y el desarrollo sostenible, organizada por la OMS y el Banco Mundial. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, así

como organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, donantes y el sector privado se comprometieron a velar por que la tuberculosis tuviera prioridad en las asignaciones presupuestarias y por que todas las personas que necesitan tratamiento tuviera acceso a él, a combatir la tuberculosis polifarmacorresistente, a trabajar en régimen de asociación y a responder positivamente a las solicitudes de apoyo para luchar contra la epidemia mundial. En mayo de 2000, la 53ª Asamblea Mundial de la Salud alentó a todos los Estados Miembros a que adoptaran la Declaración de Amsterdam y se comprometieran política y financieramente a alcanzar las metas fijadas por anteriores Asambleas de la Salud en relación con la tuberculosis.¹

50. Se están realizando investigaciones encaminadas a reducir la duración total del tratamiento y la frecuencia de la administración de medicamentos así como el grado de supervisión de los pacientes por los agentes de salud. Tales progresos podrían hacer descender significativamente los costos que pesan sobre los países en desarrollo. También se necesitan nuevos medicamentos para combatir el aumento de la tuberculosis polifarmacorresistente. Para apoyar esas iniciativas en materia de investigación, en octubre de 2000 se puso en marcha una alianza publicoprivada denominada Alianza Mundial para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis. La Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Rockefeller ya han contribuido a esta Alianza.

51. Igualmente importante es mejorar el acceso a los medicamentos disponibles. En 2001, la OMS y la alianza Alto a la Tuberculosis establecieron el Servicio Mundial de Medicamentos contra la Tuberculosis, mecanismo encargado de ampliar el acceso a medicamentos antituberculosos de alta calidad y su disponibilidad para facilitar la difusión del tratamiento DOTS. En 2001 se estableció también una fórmula de asociación con la industria farmacéutica para proporcionar medicamentos a precios preferenciales. Esta nueva fórmula de asociación, denominada Comité Luz Verde, está ayudando a mejorar el acceso a los medicamentos antituberculosos de segunda línea en los países en que la polifarmacorresistencia está generalizada. A través de estos mecanismos, el precio de los medicamentos de primera línea se ha reducido en un 30% y el precio de los medicamentos de segunda línea ha disminuido un 95%.

¹ Resolución WHA53.1

Nuevo mecanismo mundial de financiación de la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo

El **Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria** es un nuevo mecanismo de apoyo a las actividades en el plano nacional, y se ha creado como fórmula de asociación entre los países pobres y ricos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, en particular la OMS, el sector privado y la sociedad civil. Se estableció oficialmente en enero de 2002. La finalidad del Fondo es atraer, administrar y desembolsar recursos adicionales para mitigar las repercusiones del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo en los países necesitados, contribuyendo así a la reducción de la pobreza como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

La OMS comparte y apoya los objetivos del Fondo y ayuda activamente a sus Estados Miembros a obtener recursos del Fondo para proyectos de salud. Se ha creado un equipo en la Sede, con coordinadores en las oficinas regionales, para velar por que las oficinas en los países dispongan de información y asesoramiento sobre el Fondo. La OMS también presta una serie de servicios administrativos al Fondo. Estamos empeñados en conseguir el éxito y la sostenibilidad de este mecanismo de financiación así como el aumento de los recursos generados y desembolsados por él.

En la primera ronda de financiación, en abril de 2002, se desembolsaron US\$ 616 millones destinados a 40 países. Hoy, los compromisos financieros con el Fondo son superiores a US\$ 3000 millones. Estos recursos pueden operar un cambio significativo en los resultados de los programas nacionales al permitir un mejoramiento de la cobertura y hacer posibles nuevas iniciativas.

Lucha contra otras enfermedades transmisibles

52. La **Alianza Mundial para la Eliminación de la Lepra**, iniciativa lanzada en noviembre de 1999, reunió a gobiernos de países afectados, la OMS, fundaciones, empresas farmacéuticas y organismos bilaterales con el objetivo de asegurar que todos los enfermos de lepra tengan acceso gratuito y equitativo al tratamiento. La estrategia de eliminación de la OMS, basada en el uso generalizado de la terapia multimedicamentosa, ha permitido reducir en un 90% la prevalencia de lepra durante los últimos 15 años. En mayo de 2001 la OMS anunció que se había alcanzado la meta mundial general de eliminación de la lepra, fijada en un caso por

10 000 habitantes. Prosiguen los esfuerzos en los países endémicos que aún no han logrado controlar la enfermedad.

53. La **Alianza Mundial para la Eliminación de la Filariasis Linfática** fue lanzada en mayo de 2000 con el objetivo de interrumpir la transmisión de la infección y de aliviar y prevenir el sufrimiento y la discapacidad causados por la enfermedad. Uno de sus objetivos explícitos es la reducción de la pobreza. El número de personas en riesgo a las que se ha conseguido alcanzar y tratar aumentó de 2,9 millones (en 12 países) en 2000 a 65 millones (en 34 países) en 2002.

54. Se han intensificado también los esfuerzos tendentes a controlar la **tripanosomiasis africana**. En mayo de 2001 la OMS y el sector privado sellaron una alianza para combatir la tripanosomiasis en los países más afectados de África, alianza que abarca la donación de medicamentos, el manejo y control de la enfermedad, y actividades de investigación y desarrollo. En 1998 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución¹ en la que se exhortaba a todos los Estados Miembros con poblaciones aún afectadas por la **enfermedad de Chagas** (países andinos y de América Central) a elaborar planes de acción para conseguir eliminar la transmisión de la enfermedad para el año 2010. La OMS apoya a los países en sus actividades de vigilancia y de desarrollo y aplicación de programas, y se están logrando progresos notables.

El tabaco mata

55. Analizando las tendencias detectadas en el estudio de la carga mundial de morbilidad, vi en el **tabaco un grave motivo de preocupación**, y en 1998 lancé una nueva iniciativa.

56. Se estima que, de mantenerse las pautas actuales de tabaquismo, unos 500 millones de personas hoy con vida acabarán muriendo a causa del tabaco. Según estimaciones, éste causa actualmente cada año 4,9 millones de muertes. Si no se adoptan nuevas medidas, se prevé que para 2020 la carga de mortalidad atribuible al tabaco se habrá doblado. Aproximadamente un 70% de las defunciones se registrarán en los países en desarrollo. Después del VIH/SIDA, el consumo de tabaco es la causa de defunción que más rápidamente está creciendo en el mundo, y se vislumbra como la causa principal de muerte prematura en la década de 2020. Cada vez son más las mujeres y los niños que fuman. La epidemia de tabaco es una enfermedad

¹ Resolución WHA51.14

comunicada: comunicada mediante la publicidad y mediante la idealización del hábito de fumar. Los niños son especialmente vulnerables al humo de tabaco ambiental. El tabaco supone una carga para los sistemas de salud y merma la productividad de las economías. El control del tabaco constituye un reto mundial, que exige un esfuerzo concertado en tres frentes: legislación, impuestos y educación.

57. Se acumulan además las pruebas de que varias compañías tabacaleras han interferido en investigaciones científicas e iniciativas políticas y de salud pública para oponerse a todas las actividades de control del tabaco y seguir vendiendo sus productos. En 1999 pedí que se hiciera una investigación para determinar si la industria tabacalera había influido injustificadamente en las actividades de control del tabaco de la OMS. Tras la publicación del consiguiente informe, la 54ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre la transparencia en el control del tabaco e instó a los Estados Miembros a tener presente toda relación entre la industria tabacalera y los miembros de sus delegaciones en la Asamblea de la Salud y en otras reuniones de la OMS.¹

58. En 1999, la Asamblea de la Salud decidió por unanimidad establecer un órgano que redactara un proyecto de **convenio marco para el control del tabaco**.² Las negociaciones dieron comienzo formalmente en la 53ª Asamblea Mundial de la Salud.³ El convenio establecerá normas mundiales básicas para el control del tabaco y abordará una gran diversidad de temas, como la prohibición de la publicidad y la promoción, los impuestos y los precios, el comercio ilícito, la regulación del producto, el tratamiento de la dependencia del tabaco, y el envasado y etiquetado. El Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ha celebrado seis reuniones. Al término de la sexta reunión, en febrero de 2003, los Estados Miembros acordaron transmitir el proyecto final de convenio a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003. Los Estados Miembros de la OMS están considerando ya la subsiguiente negociación de acuerdos sobre protocolos iniciales en materia de publicidad, promoción y patrocinio y de comercio ilícito.

59. En 1998 el Secretario General de las Naciones Unidas aceptó que se designara un Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional de las Naciones

¹ Resolución WHA54.18.

² Resolución WHA52.18.

³ Resolución WHA53.16.

Unidas sobre Lucha Antitabáquica bajo el liderazgo de la OMS. Dicho Grupo de Trabajo está integrado por 15 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la OMC y la Organización Mundial de Aduanas. Esta iniciativa proporciona un mecanismo multisectorial para hacer frente al problema del tabaco, y en sus cuatro años de actividades ha brindado oportunidades sin precedentes para compartir la información, así como para ampliar la colaboración multisectorial en el sistema de las Naciones Unidas y para desarrollar proyectos interorganismos contra la epidemia de tabaco. La OMS está colaborando activamente con la OIT, la FAO, el UNICEF, el Banco Mundial y la Organización Mundial de Aduanas en cuestiones relacionadas con el control del tabaco.

60. A fin de concienciar al público en torno a los problemas de salud relacionados con el tabaco, la **iniciativa Liberarse del Tabaco** ha organizado muchas campañas y eventos en colaboración con otros interesados directos. El tema del Día Mundial sin Tabaco 2002 fue Deporte sin Tabaco, para resaltar el hecho de que el tabaco y el deporte están reñidos y para hacer campaña contra la presencia del tabaco en los acontecimientos deportivos en forma de consumo, exposición a humo ajeno, publicidad, promoción, comercialización y patrocinio de los acontecimientos. Esta iniciativa contó con el apoyo del Comité Olímpico Internacional, la FIFA, Olympic Aid y otras organizaciones deportivas regionales y locales. Se organizaron así eventos sin tabaco en todo el mundo, entre ellos los Juegos Olímpicos de Invierno de 2002 y la Copa del Mundo de la FIFA de 2002.

61. El tema del Día Mundial sin Tabaco 2003 se centra en la promoción de las películas y la moda sin tabaco. Se han organizado también campañas especiales para llamar la atención sobre el aumento del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes.

62. Muchos Estados Miembros han tomado ya medidas para controlar el consumo de tabaco a nivel nacional, incluidas medidas legislativas y fiscales y programas educativos. Varios países han dado ya algunos pasos para limitar la publicidad del tabaco y reforzar la protección de los niños. Muchos de ellos han aumentado los impuestos que gravan los productos de tabaco. La iniciativa Liberarse del Tabaco apoya y fomenta todas las medidas de ese tipo. La negociación del Convenio Marco para el Control del Tabaco ha impulsado ya una poderosa cooperación multisectorial en y entre los países, proceso que no puede por menos que intensificarse con la entrada en vigor y la aplicación del Convenio.

Salud mental

63. El número de personas afectadas por algún tipo de enfermedad mental está aumentando. Se estima que una de cada cuatro personas que buscan asistencia sanitaria presentan al menos un trastorno mental, neurológico o comportamental, en la mayoría de los casos ignorado o ni siquiera diagnosticado. La depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la dependencia del alcohol y el Alzheimer son algunas de las principales causas de discapacidad. Estos problemas se ven agravados por las transiciones socioeconómicas rápidas, el envejecimiento de la población, la violencia, los disturbios sociales y las guerras, los padecimientos físicos y, por supuesto, la pobreza. Cada año intentan suicidarse entre 10 y 20 millones de personas. El abuso del alcohol es un problema cada vez más grave entre los hombres jóvenes. Los problemas mentales son comunes en todos los países; sin embargo, en la mayoría de ellos existen barreras a la asistencia y la reinserción de los afectados por esos trastornos.

64. Desde 1998 la OMS viene destacando la importancia de la salud mental. En las mesas redondas ministeriales celebradas durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (2001) se debatieron la situación de la atención de salud mental y los obstáculos encontrados para atender las necesidades de salud mental de las poblaciones. El Día Mundial de la Salud 2001 se dedicó al tema de la salud mental en más de 155 países. El *Informe sobre la salud en el mundo 2001* también se centró en la salud mental. El **Programa de Acción Mundial sobre Salud Mental**, una iniciativa quinquenal adoptada en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, se centra en la creación de alianzas estratégicas que promuevan el bienestar mental de las poblaciones y reduzcan la carga de enfermedades mentales.¹ El Programa se centra en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, sobre todo de las poblaciones más vulnerables. Pretende fomentar la toma de conciencia y la capacidad de respuesta de los gobiernos, mejorar la calidad y la relación costo-eficacia de los servicios, y fomentar las investigaciones en el ámbito de las neurociencias y la medicina del comportamiento. Exhorta asimismo a tomar medidas para reducir la estigmatización, la discriminación y la violación de los derechos de las personas afectadas por enfermedades mentales. La salud mental debe ser una parte esencial del sistema general de salud, y el costo de los tratamientos debe ser asequible para todos los necesitados. Se dedica también especial atención a las nece-

¹ Resolución WHA55.10.

sidades de las poblaciones rurales, remotas y dispersas, de los refugiados y las poblaciones afectadas por desastres, y de los niños y adolescentes.

La inmunización y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización

65. La inmunización es una de las intervenciones más costoeficaces de que se dispone. Pese a ello la cobertura inmunitaria ha caído a niveles desesperadamente bajos en muchos países. En algunas zonas de África la cobertura se sitúa hoy muy por debajo del 50%. Los progresos logrados en los años ochenta se invirtieron o frenaron en la década de los noventa. Se estima que las enfermedades prevenibles mediante vacunación causan cada año unos dos millones de defunciones; de cada cuatro niños que nacen, uno queda sin inmunizar.

66. En 1999, la OMS y el UNICEF, conjuntamente con gobiernos nacionales, organismos de desarrollo, fabricantes de vacunas, organizaciones filantrópicas, organizaciones no gubernamentales e instituciones de investigación establecieron la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). Los objetivos estratégicos de la Alianza son: mejorar el acceso a servicios de inmunización sostenibles, ampliar el uso de todas las vacunas seguras y costoeficaces existentes y promover la implementación de otras intervenciones apropiadas en los contactos de inmunización; apoyar las metas nacionales e internacionales de lucha acelerada contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación; acelerar el desarrollo e introducción de nuevas vacunas y tecnologías; y acelerar los esfuerzos de investigación y desarrollo de las vacunas más necesarias en los países en desarrollo.

67. La OMS copreside el Grupo Especial para la Aplicación de la GAVI, que apoya a los países en sus esfuerzos de coordinación, en las actividades de vigilancia y evaluación y en la prosecución de la integración de los programas de inmunización en los sistemas de salud. La OMS copreside también el Grupo Especial de la GAVI sobre Investigación y Desarrollo.

68. Una peculiaridad de la GAVI son los innovadores métodos de trabajo que emplea. La Alianza concede ayudas basadas en los resultados, procurando sobre todo cerciorarse de que los sistemas de salud que reciban los recursos funcionen correctamente. La Junta de la GAVI alienta además el uso de las mejores prácticas en los programas nacionales, lo que significa que los países tienen que controlar la eficacia de sus medidas y documentar sus logros a lo largo del tiempo. Se ha procurado reducir al mínimo el peso de la administración, para evitar unos costos de transacción elevados y para

asegurar que la Alianza no se vea atrapada en procedimientos complejos y laboriosos.

69. En 2000 la GAVI invitó a 74 de los países más pobres del mundo a presentar solicitudes de ayuda a la Secretaría; 54 países respondieron, de manera que los fondos han empezado ya a circular, y las vacunas a llegar a los países. Ello ha sido posible gracias al compromiso inicial, sustancial y multianual de la Fundación Bill y Melinda Gates, así como de los Gobiernos de los Estados Unidos de América, Noruega, los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Se han suministrado ya más de 30 millones de dosis de vacunas a 27 países, y se han transferido fondos a programas nacionales de inmunización de 34 países. Es necesario proseguir los esfuerzos para ampliar la cobertura inmunitaria, mediante mejoras de la gestión, estrategias innovadoras y eficaces que permitan alcanzar a poblaciones a las que actualmente no se llega, y actividades tendientes a hacer la inmunización más segura y a reducir el desaprovechamiento del material. La OMS colaborará con los países elegibles que están solicitando ayuda a la GAVI.

Erradicación de la poliomielitis

70. Cuando inicié mi mandato como Directora General, la poliomielitis era aún motivo de preocupación y el mundo seguía aún lejos de la meta, fijada en mayo de 1998, de erradicar la enfermedad para el año 2000. La iniciativa mundial, lanzada en colaboración con el UNICEF, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y la Asociación Rotaria Internacional, ha logrado importantes avances hasta ahora. El número de países con poliomielitis endémica ha caído de 125 en 1988 a 50 en 1998, y a siete en la actualidad. La Región de las Américas y las Regiones de Europa y el Pacífico Occidental han sido declaradas libres de poliomielitis. El número de casos registrados en África y en Asia Sudoriental está disminuyendo. Los gobiernos nacionales están demostrando un notable compromiso en lo relativo a movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para suministrar la vacuna contra el poliovirus a millones de niños, en particular a los difícilmente accesibles pero muy vulnerables a la infección. Se han celebrado días de inmunización en los países considerados prioritarios, muchos de ellos con el apoyo de la GAVI. El éxito de estas iniciativas ha demostrado que podemos superar las condiciones adversas sobre el terreno: una abrumadora mayoría de países está hoy libre de la poliomielitis. El factor clave es ahora el compromiso político en la erradicación que demuestren a todos los niveles del gobierno los países endémicos restantes,



Inscripción de pacientes de tuberculosis para recibir el tratamiento DOTS en un dispensario de salud integrado de Rabat (Marruecos)



Delhi (India)



Imunización en Bolivia (foto cortesía de la OPS)



Inmunización contra la poliomielitis, Côte d'Ivoire, abril de 1999

así como los fondos necesarios para ultimar esta tarea. No podemos perder tiempo.

Salud infantil

71. El recurso fundamental para el desarrollo humano, social y económico son los niños y los adolescentes. Son éstos uno de los grupos más vulnerables a las consecuencias de las necesidades sanitarias no cubiertas; en torno a un 40% de la carga mundial de morbilidad recae en ellos. Pese a la considerable reducción de la mortalidad infantil, en 2000 fallecieron 10,8 millones de menores de cinco años, más de la mitad a causa de sólo cinco enfermedades transmisibles prevenibles, agravadas por la malnutrición. En muchos países los progresos en la reducción de la mortalidad se han ralentizado, y en algunos incluso se han invertido. Una razón es la incapacidad para combatir eficazmente la mortalidad neonatal, pero intervienen también otros factores, entre ellos los escasos progresos de la lucha contra determinantes de la mala salud como son la malnutrición, los entornos insalubres y los bajos niveles de acceso a servicios asistenciales de buena calidad y de uso de los mismos. Poseemos más amplios conocimientos sobre la gestión y la prevención de las enfermedades y los traumatismos en la infancia, pero la cobertura de intervenciones esenciales contra esos problemas es aún exigua.

72. La **Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia** refleja un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Dicho enfoque tiene por objeto reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad y fomentar un mejor crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años. En el contexto de los servicios de salud, promueve la identificación precisa de las enfermedades infantiles en los ambulatorios, el tratamiento combinado idóneo de todas las enfermedades más importantes, el apoyo psicológico a los cuidadores y la derivación rápida de los niños gravemente enfermos. En el entorno domiciliario, promueve comportamientos apropiados de búsqueda de existencia, mejoras de la nutrición y la atención preventiva, y una correcta administración de los tratamientos prescritos.

73. Para lograr nuevas reducciones de la mortalidad y las discapacidades prolongadas en la población infantil, hay que otorgar más prioridad a la salud de las madres y de los recién nacidos. La salud y la supervivencia del niño, sobre todo en la primera infancia, están estrechamente ligadas a la salud de la madre, a su estado nutricional y a la atención de salud reproductiva que reciba. La reducción de la mortalidad infantil depende de la reducción de la mortalidad materna. Se ha identificado un conjunto de prác-

ticas asistenciales básicas para asegurar el buen desenlace de los embarazos, y basta un número limitado de intervenciones de bajo costo para asegurar que tanto las madres como los lactantes recién nacidos reciban la mejor atención posible.

74. Se ha formulado una estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente, que será examinada en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003.

Reducir los Riesgos del Embarazo

75. El embarazo es un componente normal del desarrollo humano y debería ser un periodo de alegría y felicidad. Desgraciadamente, sin embargo, se estima que cada minuto fallece en el mundo una mujer a causa de complicaciones del embarazo o el parto. Estas mujeres pierden la vida porque no puede atenderlas una persona calificada que sepa manejar esas complicaciones, o porque han sido derivadas al hospital demasiado tarde. Algunas incluso mueren en el hospital porque no reciben el tratamiento que necesitan. La mayoría de ellas sufren y mueren como consecuencia de alguno de estos cinco problemas: hemorragias, infecciones, hipertensión, parto obstruido o complicaciones de un aborto inducido. Por añadidura, más de 20 millones de mujeres sufren trastornos de salud de resultados de un embarazo. El problema es más grave en las zonas rurales y remotas que en las ciudades, especialmente en las zonas donde la infraestructura y los servicios básicos son aún insuficientes. Muchas de estas defunciones son prevenibles, pero los esfuerzos hasta ahora desplegados para reducir la mortalidad materna han tenido escaso éxito en muchos países.

76. Como parte del movimiento mundial Maternidad sin Riesgos, que aspira a reducir la mortalidad materna y neonatal con miras a alcanzar las metas establecidas en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, la OMS lanzó en 2001 la **iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo**. El mensaje clave del programa es que la maternidad sin riesgos no es sólo una cuestión sanitaria, sino también social y moral. Se trata de una inversión en la salud y el desarrollo futuros. Todos los embarazos deberían ser deseados, y todas las mujeres embarazadas y sus niños deberían tener acceso a atención cualificada. Se están forjando nuevas alianzas entre dispensadores de atención sanitaria y grupos de mujeres a nivel nacional, regional y mundial en tres áreas clave: el acceso a la información y los servicios de planificación familiar; el acceso a la atención sanitaria durante el embarazo y el parto, y la movilización de las familias, las comunidades y las naciones en apoyo de las mujeres embarazadas y las madres jóvenes. En este momento la aplicación de la iniciativa se centra en diez países: Bolivia, Etio-

pía, Indonesia, Mauritania, Mozambique, Nigeria, la República Democrática Popular Lao, la República de Moldova, el Sudán y Uganda.

77. La OMS ha intensificado las actividades encaminadas a promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes haciendo hincapié en el embarazo, para procurar que no se olvide a los adolescentes al redoblar los esfuerzos para reducir la mortalidad materna.

III. Riesgos para la salud

78. Aunque desde muchos puntos de vista el mundo se ha convertido en un lugar más seguro, gracias a los avances de los conocimientos médicos y de los sistemas de salud pública, de la tecnología y de la legislación, desde otros ángulos puede considerarse sin embargo que la gente vive hoy más peligrosamente, como atestiguan los poco saludables estilos de vida, la alimentación inapropiada, el consumo de tabaco y alcohol, las prácticas sexuales peligrosas, la contaminación ambiental y otros riesgos.

79. A fin de poner de relieve la magnitud de los riesgos más importantes que amenazan a la salud de la gente hoy día, así como de alentar a los gobiernos a intensificar las respuestas de salud pública a esos riesgos, decidí que el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* se dedicase a los riesgos para la salud. Este informe es el resultado de uno de los mayores proyectos de investigación jamás emprendidos por la OMS. Empezamos planteándonos dos preguntas básicas: ¿cuáles son los principales riesgos para la salud, pero no sólo para una población o un grupo determinado de personas, sino para todo el mundo? ¿Y qué podemos hacer para reducir esos riesgos?

80. Seleccionamos los 25 riesgos prevenibles más destacados para estudiarlos a fondo. De todos ellos, observamos que los 10 primeros explican aproximadamente el 40% de los 56 millones de defunciones que se producen anualmente en todo el mundo y una tercera parte de las pérdidas mundiales de años de vida sana. Estos 10 riesgos son los siguientes: insuficiencia ponderal del niño y la madre; prácticas sexuales peligrosas; hipertensión arterial; consumo de tabaco; consumo de alcohol; agua insalubre y saneamiento e higiene deficientes; carencia de hierro; humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; colesterol alto, y obesidad.

81. Uno de los hallazgos más sorprendentes del informe es que la mayoría de los riesgos guardan relación con el consumo, pues se deben bien a un consumo excesivo o bien a un estado de desnutrición. Este dato ilustra espectacularmente la disparidad existente entre los países desarrollados y

los países en desarrollo. El informe preconiza resueltamente una acción internacional concertada que fomente la mejora de la salud pública y la vigilancia de los riesgos en todo el mundo, y ayuda a los países a identificar las medidas más costoeficaces que pueden adoptar para reducir los riesgos para la salud de sus poblaciones. El informe proporciona una guía de las opciones de que disponen las sociedades para abordar un amplio espectro de enfermedades prevenibles que están matando prematuramente a millones de personas y arrebatando una vida sana a decenas de millones. La OMS está colaborando con los países para establecer sistemas de vigilancia del riesgo a fin de reunir datos comparables en el tiempo basados en definiciones y normas comunes.

Riesgos para los lactantes y los niños pequeños

82. Desde sus comienzos, la OMS no ha cesado de promover la buena nutrición y la prevención y eliminación de la malnutrición entre los lactantes y los niños pequeños. Se estima que en el mundo en desarrollo hay unos 174 millones de menores de cinco años que están malnutridos. La malnutrición infantil se traduce en un menor desarrollo físico y cognitivo y en una menor resistencia a las enfermedades. La malnutrición contribuye directa o indirectamente al 35% de la mortalidad de niños pequeños en los países en desarrollo. Aunque está claramente asociada a la pobreza y al subdesarrollo, otro factor determinante son las prácticas de alimentación inadecuadas. La OMS presta apoyo a los países para evaluar y vigilar los indicadores nutricionales básicos en la infancia, así como para establecer intervenciones destinadas a mantener, promover y apoyar una alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños, incluido el manejo de la malnutrición.

83. En 2000 la OMS organizó en colaboración con el UNICEF una reunión consultiva a fin de evaluar las políticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, examinar las intervenciones clave en ese sentido y formular una estrategia amplia para la siguiente década. En 2001 se elaboró, sobre la base de reuniones consultivas regionales, una nueva Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la cual fue respaldada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud¹ y por la Junta Ejecutiva del UNICEF. Se consiguió asimismo ampliar la evidencia disponible en cuanto a la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y a la alimentación complementaria con prolongación de la lactancia natural, lo que

¹ Resolución WHA55.25.

ha dado lugar a una revisión de las recomendaciones. Se prestará atención también a la mejora del estado nutricional de las mujeres jóvenes antes de la maternidad, así como durante el embarazo y la lactancia. En colaboración con otros organismos, se han hecho progresos en la reducción de la malnutrición de micronutrientes, sobre todo en lo que atañe a los trastornos por carencia de vitamina A y por carencia de yodo.

84. Prosiguen los esfuerzos para reducir la mortalidad por **sarampión**. Pese al enorme impacto conseguido con esta enfermedad gracias a los eficaces programas de inmunización, el sarampión sigue infectando a casi 30 millones de niños cada año, y arrebató la vida a 750 000 de ellos. La mayoría de estas defunciones se dan en los países pobres de las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental. Una más amplia cobertura inmunitaria, la rápida derivación de los casos graves, la identificación pronta y consiguiente tratamiento de otros problemas de salud asociados al sarampión y una mejor nutrición son fundamentales para combatir esta enfermedad. La OMS está colaborando con el UNICEF, USAID y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, entre otros, a fin de formular un nuevo plan estratégico para combatir el sarampión y reducir la mortalidad mundial por esa causa a la mitad para 2005. En la Región de las Américas se han hecho grandes progresos en lo tocante a la reducción de la prevalencia del sarampión y las defunciones que provoca.

Género, riesgos para la salud de la mujer y salud reproductiva

85. La salud reproductiva constituye un área prioritaria para la OMS, sobre todo en el mundo en desarrollo. Medio millón de mujeres fallecen cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo, las causas de las cuales se ven agravadas por la pobreza. En algunas zonas de África las mujeres afrontan una probabilidad de 1/16 de morir como consecuencia del embarazo o el parto. Para mejorar la salud de la mujer es forzoso reducir el riesgo de morir al dar a luz. Todas las mujeres deberían contar con la asistencia de un trabajador sanitario calificado durante el parto.

86. Aunque el uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas ha aumentado de menos de un 10% en los años sesenta a más del 60% en la actualidad, se estima que 123 millones de mujeres siguen sin tener cubiertas sus necesidades de planificación familiar. La OMS prosigue los esfuerzos que desde hace tiempo dedica a ampliar el acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad mediante el desarrollo de métodos anticonceptivos nuevos y mejorados, la evaluación de la seguridad y eficacia de los métodos existentes, la evaluación de los determinantes sociales y compor-

tamentales de la eficacia de los anticonceptivos, y la creación e implementación de normas e instrumentos de planificación familiar basados en la evidencia.

87. Las cuestiones de género están estrechamente relacionadas con la salud y la pobreza. De los 1200 millones de personas que viven en la pobreza, el 70% son mujeres. La malnutrición proteinoenergética y la carencia de hierro afectan considerablemente más a las mujeres que a los hombres. La pobreza es también un factor relevante como sustrato del estrés y la depresión entre las mujeres, y otro factor confluyente es la violencia doméstica. La discriminación, unida a la pobreza, limita el acceso de las mujeres a la atención sanitaria. Es necesario dar poder efectivo a las mujeres para que puedan tomar decisiones saludables para sí mismas y para sus hijos. La OMS está contribuyendo considerablemente a abordar las cuestiones relacionadas con el género, la salud y la pobreza mediante actividades de investigación y sensibilización y programas adaptados a las necesidades de las regiones y los países.

88. Otro aspecto crucial para la salud de la mujer hoy día es el VIH. Las mujeres son más vulnerables a este virus por razones biológicas, económicas, sociales y culturales. En algunas zonas de África las tasas de infección de las adolescentes son hoy entre tres y seis veces superiores a las de los muchachos de la misma edad. Además las mujeres padecen a menudo la carga psicológica y física que supone la atención a los enfermos de SIDA, y sufren así una discriminación añadida. Es necesario introducir cambios en las actitudes y las prácticas sexuales. Se debe dar a las mujeres el derecho a protegerse de la infección y los medios para ello. Considerando que reciben más transfusiones de sangre que los hombres, deben tener acceso a sangre segura, sobre todo durante el parto y después del mismo. La iniciativa de la OMS Reducir los Riesgos del Embarazo comprende la incorporación de los servicios contra el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual en la atención maternoinfantil de distrito.

89. Se estima que hay en el mundo entre 100 y 140 millones de mujeres que han sufrido mutilación genital, la mayoría de ellas en África. Se estima asimismo que cada año hay dos millones más de niñas que corren el riesgo de sufrir ese tipo de mutilación. Además de las complicaciones inmediatas, entre ellas dolor severo, choque y hemorragia, esta práctica puede entrañar también la transmisión del VIH, otras complicaciones físicas, y traumas psicológicos y psicosexuales. La OMS propugna la eliminación de la mutilación genital femenina y se opone enérgicamente a la medicalización de cualquier práctica de esa naturaleza. Tras una declaración de polí-

tica conjunta OMS/UNICEF/FNUAP sobre la mutilación, se ha publicado un plan regional de aceleración de la eliminación de la mutilación genital femenina con miras a promover el desarrollo de políticas y medidas a nivel mundial, regional y nacional. Además, la OMS ha publicado documentos y preparado material didáctico para agentes comunitarios, enfermeras y parteras, a fin de ampliar su conocimiento del problema y de promover la prevención de la mutilación a nivel popular.

Factores de riesgo relacionados con la dieta e inactividad física

90. En mayo de 2002 la 55ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA55.23, en la que se lanzó un proceso amplio e inclusivo de consultas a fin de formular una **estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud**. Los principios orientativos de este proceso son la necesidad de acumular datos más sólidos sobre la relación entre la dieta, la actividad física y la salud con miras a la formulación de políticas, la promoción de la modificación de las políticas al respecto, la implicación de los interesados directos en la aplicación de la estrategia mundial, y el desarrollo de un marco de acción con políticas e intervenciones adaptadas a los países. Se está preparando ya la estrategia para someterla a la consideración de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en 2004.

91. Un informe de la Reunión consultiva mixta OMS/FAO de expertos en régimen alimentario, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas ha aportado nuevos datos que pueden servirnos como base para preparar la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud en colaboración con los Estados Miembros y otros asociados, incluidas otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales y el sector privado.¹

92. La actividad física es tan importante como la alimentación para gozar de una buena salud. La inactividad prolongada conduce a la aparición de cardiopatías, hipertensión, diabetes, osteoporosis y obesidad. A fin de situar este problema en el primer plano, el tema elegido para el Día Mundial de la Salud 2002 fue «Por tu salud, muévete». El lanzamiento de la jornada se hizo en el Brasil, donde el movimiento *Agita São Paulo* había empezado ya a recomendar la actividad física para mejorar la salud. El

¹ *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (OMS, Serie de Informes Técnicos N° 916).

mensaje clave de la campaña «Por tu salud, muévete» es que el aumento de la actividad física es la opción más costoeficaz para mejorar la salud. Se alienta a las instancias normativas, los profesionales sanitarios, los maestros y los urbanistas a otorgar mayor prioridad a la actividad física.

Enfermedades no transmisibles

93. Un motivo de preocupación surgido en los últimos años es la amenaza potencial que supone la escasa atención prestada a la prevención de las enfermedades no transmisibles, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios. Las principales enfermedades no transmisibles, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades reumáticas y respiratorias crónicas y los trastornos genéticos, aparecen con frecuencia asociadas a la urbanización y a los nuevos estilos de vida y representan un reto cada vez mayor para los sistemas nacionales de salud en muchos países en desarrollo. Estos países están afrontando así una doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Se estima actualmente que esas enfermedades son las responsables de casi el 40% de las defunciones registradas en los países en desarrollo, y del 75% en los países industrializados.

94. La OMS está interviniendo cada vez más en el campo de la **prevención de las enfermedades no transmisibles**. Nuestras actividades se han centrado en las siguientes áreas prioritarias: fomentar la salud escolar y de los jóvenes a nivel mundial, regional y nacional, subrayar la importancia y la viabilidad del envejecimiento sano, promover la vigilancia de los comportamientos sanos y los factores de riesgo, la nutrición y la prevención de las enfermedades no transmisibles, fomentar la salud bucodental y fomentar la actividad física.

95. La OMS está aunando esfuerzos con destacadas organizaciones implicadas en la prevención y el control del cáncer con miras a crear una alianza para controlar esta enfermedad y reducir la carga de cáncer en todo el mundo. El pasado año se publicó la segunda edición de *National cancer control programmes*, donde se ofrece orientación a los países respecto a la aplicación de programas integrados de control del cáncer. El programa sobre enfermedades cardiovasculares ha lanzado un proyecto multicentros sobre la prevención secundaria de las principales enfermedades de esa índole en los países de ingresos bajos y medios, procurando sobre todo reducir la distancia entre la práctica y los conocimientos basados en la evidencia. Además estamos promoviendo un sistema integrado y costoeficaz de manejo de los riesgos cardiovasculares. Recientemente se han desarrollado

y difundido modelos e instrumentos que facilitan la aplicación de ese enfoque integrado, incluso en entornos con recursos limitados. En colaboración con organizaciones no gubernamentales, la OMS se ha embarcado además en una campaña mundial de sensibilización sobre la diabetes. Estamos trabajando para proporcionar a las personas con enfermedades respiratorias crónicas instrumentos de automanejo como programas de deshabituación tabáquica, evitación de alérgenos, gestión correcta de los productos farmacéuticos, y rehabilitación.

96. En mayo de 2000, la 53ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Mundial OMS de Prevención de las Enfermedades no Transmisibles.¹ Se lanzó además un foro mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, cuyas metas son desarrollar programas nacionales integrados para la prevención y el control de esas enfermedades, prevenirlas teniendo en cuenta los factores de riesgos principales, reducir la morbilidad y la mortalidad prematura, y mejorar la calidad de vida. Se hace hincapié en la necesidad de desarrollar para los países estrategias costoeficaces, basadas en la evidencia y sostenibles.

Envejecimiento activo

97. El envejecimiento de las poblaciones es una prueba incontestable del mayor nivel de salud alcanzado en todo el mundo; pero es también un reto que repercutirá en todos los aspectos de la sociedad en el siglo XXI. La OMS ha elaborado un marco de política sobre el envejecimiento activo, que aspira a asegurar los niveles más altos posibles de salud y bienestar para las personas de edad. Éstas son cada vez más numerosas, tanto a nivel mundial como en términos de proporción de la población en muchos países. Ese marco de política fue la principal contribución de la OMS a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002. A fin de destacar el problema del envejecimiento, el Día Mundial de la Salud 1999 se centró en el tema «Seguir activos para envejecer bien». En la resolución WHA52.7 adoptada ese mismo año se exhortaba a emprender actividades intersectoriales que propiciaran un envejecimiento activo y sano; realizar investigaciones en ese campo; fomentar estilos de vida sanos; emprender acciones para abordar las necesidades de las poblaciones que envejecen en materia de prevención de enfermedades y prestación de servicios, y velar por que se tengan en cuenta las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres en este sen-

¹ Resolución WHA53.17.

tido. La aplicación de la resolución y el Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento fueron objeto de debate en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002.

Abuso de sustancias

98. El consumo de alcohol supone una seria amenaza para la salud y para el tejido social y económico de las familias, comunidades y naciones. Hay en todo el mundo 76 millones de personas que dependen del alcohol, y se estima que un 5% de todas las defunciones de jóvenes son atribuibles al abuso de esta sustancia. La OMS desempeña aquí una función primordial ayudando a los países a prevenir y atenuar los problemas relacionados con el abuso de sustancias, lo que incluye la sensibilización, el intercambio de información sobre la epidemiología del abuso de alcohol y drogas, las intervenciones y la regulación de las sustancias psicoactivas. Se creó un grupo especial mundial sobre políticas en materia de alcohol, a fin de estudiar y recomendar opciones de política para la prevención primaria del abuso del alcohol. Se dedica especial atención al problema del abuso del alcohol entre los jóvenes, considerando las medidas legislativas y de regulación, el apoyo psicológico y los programas de acción comunitaria, así como las técnicas de comercialización agresiva de productos de alcohol dirigidas a los jóvenes.

Sostenimiento del desarrollo y reducción de los riesgos ambientales

99. Actualmente no se pone en duda la estrecha correlación que existe entre la salud, el alivio de la pobreza y el desarrollo sostenible. En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, celebrada en 1992 en Río de Janeiro (Brasil), los países aprobaron el Programa 21, un plan de acción mundial sobre el desarrollo sostenible. Diez años más tarde, en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica), los países reafirmaron su compromiso con los objetivos establecidos en el Programa 21 y coincidieron en considerar que la salud es tanto un factor determinante como un resultado del desarrollo sostenible. El mensaje fundamental de la OMS en dicha Cumbre consistió en señalar que las inversiones en la salud producen beneficios generales a largo plazo que favorecen el desarrollo en sus aspectos sociales, económicos y ambientales. Hicimos hincapié en la necesidad de establecer una base de pruebas científicas que permita evaluar el impacto de las prácticas y políticas de desarrollo en la salud de la población y crear asociaciones y alianzas como medio de hacer frente a las amenazas para la salud y promover el desarrollo sostenible.

100. Con ocasión de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, la OMS fundó una nueva asociación: la alianza en favor de los **Ambientes Saludables para los Niños**, que agrupa a una variedad de asociados, como gobiernos, entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, organismos de desarrollo, bancos y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y que tiene por objeto llevar a la práctica el número cada vez mayor de llamamientos internacionales y nacionales en favor de la acción, promover el compromiso político al más alto nivel, aprovechar las ventajas complementarias de los diversos interesados y servir de eje para establecer una amplia red de asociados que trabaje en favor de los Ambientes Saludables para los Niños (salubridad del agua y los alimentos, saneamiento para todos y aire puro).

Garantizar la inocuidad de los alimentos

101. Las enfermedades de transmisión alimentaria plantean un problema de salud pública cada vez más grave tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Los consumidores, los profesionales de la salud pública y los planificadores de políticas se preocupan cada vez más por la cuestión de la inocuidad de los alimentos, en particular en relación con la introducción de nuevos productos alimenticios derivados de la biotecnología. La 53ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció que las enfermedades de transmisión alimentaria tienen una incidencia importante en la salud de la población e instó a los Estados Miembros a que establecieran y fortalecieran programas de inocuidad de los alimentos, elaboraran y mantuvieran mecanismos de vigilancia e integraran los temas relativos a la inocuidad de los alimentos en los programas de educación e información sanitaria y nutricional destinados, entre otros, a los consumidores, los agricultores y el personal de la industria agroalimentaria.¹ En 2002, la OMS ultimó una estrategia mundial en materia de inocuidad de los alimentos que contiene un nuevo y enérgico mensaje relativo a la necesidad de velar por la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena de producción, desde el productor hasta el consumidor. La OMS desempeña, junto con la FAO, la Secretaría de la Comisión del Codex Alimentarius, que elabora directrices internacionales sobre inocuidad de los alimentos y vigilancia de los contaminantes químicos y microbiológicos en los alimentos. Recientemente se ha completado, por primera vez en 40 años, una evaluación del Codex, que está siendo examinada por los órganos rectores de la OMS y de la FAO.

¹ Resolución WHA53.15.

102. En enero de 2003, la OMS publicó unas directrices sobre el establecimiento de mecanismos nacionales para contrarrestar los posibles actos terroristas contra los suministros de alimentos.¹ En este folleto se describen diversos procedimientos que los países pueden utilizar para establecer una capacidad básica en materia de prevención, vigilancia y respuesta. También se hace hincapié en la necesidad de fortalecer los actuales sistemas de alerta y respuesta mejorando los vínculos tanto con todos los organismos pertinentes como con la industria alimentaria.

103. En 2002 la OMS y la FAO organizaron en Marrakesh (Marruecos) el Foro Mundial de Autoridades de Reglamentación sobre Inocuidad de los Alimentos, que se centró en la colaboración internacional para fortalecer los sistemas de inocuidad alimentaria y compartir experiencias entre los países.

Traumatismos y violencia

104. La violencia es la principal causa de defunción entre las personas que tienen entre 15 y 44 años de edad. Se estima que cada día mueren 4500 personas como consecuencia de actos de violencia, mientras que otras sufren secuelas físicas y psicológicas que a menudo persisten durante toda la vida. Entre los factores que contribuyen a la violencia se puede mencionar el abuso de sustancias, el hecho de haber sido una víctima habitual de actos de agresión, los conflictos domésticos, la disponibilidad de armas de fuego, la ausencia de redes sociales, el comercio y los ingresos ilícitos, y las desigualdades de género. Al igual que en el caso de otras causas de mala salud, los pobres soportan un porcentaje desproporcionado de la carga de violencia.

105. En 2002 la OMS puso en marcha una amplia campaña sobre la violencia y la salud, que hace particular hincapié en la necesidad de prevenir la violencia. En octubre de 2002 se publicó el primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, que demuestra la magnitud y las consecuencias de la violencia - la ejercida tanto contra sí mismo como contra los demás, y la violencia colectiva - en todo el mundo, señalando también las diversas formas de respuesta a este problema, con el fin de promover la sensibilización acerca del mismo como una cuestión de salud pública. En el informe se recomienda a los gobiernos la creación, la aplicación y el seguimiento de planes de acción nacionales para prevenir la violencia, mejo-

¹ *Terrorist threats to food: guidance for establishing and strengthening prevention and response systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

rar su capacidad de reunión de datos sobre la violencia, promover la prevención primaria, fortalecer las respuestas en favor de las víctimas de la violencia, aumentar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia, e integrar esta dimensión en las políticas sociales y educativas.

106. Actualmente, los accidentes de tráfico ocupan el noveno puesto entre las principales causas de defunciones a nivel mundial. En 2000, la OMS, en estrecha colaboración con muchos otros participantes, elaboró una estrategia quinquenal para la prevención de los accidentes de tráfico. Esta estrategia será la base de nuestras futuras acciones sobre el terreno. Para el Día Mundial de la Salud de 2004, se ha seleccionado el tema «Carreteras seguras», a fin de recalcar que la seguridad de las carreteras es un grave problema de salud pública. Será una oportunidad importante para centrar la atención mundial en los costos humanos y económicos cada vez mayores, pero prevenibles, de los traumatismos y las muertes causadas por los accidentes de tráfico. Asimismo, se está preparando un informe mundial sobre prevención de los accidentes de tráfico.

IV. Formulación de políticas sanitarias y desarrollo de sistemas de salud

107. Una de las cuatro orientaciones estratégicas básicas de la OMS ha consistido en promover el desarrollo de sistemas de salud equitativos y mejor adaptados. En el último decenio, los sistemas de salud tanto en los países ricos como en los países pobres han registrado cambios importantes y se han vuelto más complejos. En respuesta al compromiso de los Estados Miembros de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se ha reafirmado la necesidad de mejorar los resultados sanitarios para los pobres. Para ello es preciso asumir el compromiso político de aumentar las inversiones, crear nuevas asociaciones y llevar a cabo actividades de promoción. En 1999, la 52ª Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a que siguiesen desarrollando sistemas de atención de salud equitativos, económicos, asequibles y sostenibles, y pidió a la comunidad internacional y a las instituciones multilaterales que respaldaran los esfuerzos encaminados a fortalecer los sistemas de salud de los países en desarrollo.¹ En el transcurso de la 53ª Asamblea Mundial de la Salud se celebraron me-

¹ Resolución WHA52.23.

sas redondas ministeriales para examinar los principales problemas que deben afrontar los sistemas de salud.

108. Para mejorar los sistemas de salud es preciso disponer de datos fiables, que sólo podemos obtener midiendo el desempeño de estos sistemas, porque, ésa es la única forma de evitar que grupos de intereses reducidos pero capaces de hacer oír su voz puedan tener más influencia en las políticas que miembros de nuestras sociedades más marginales y con menos capacidad de expresión, cuyas necesidades suelen ser mayores. Si queremos mejorar el desempeño, debemos aplicar lo que hemos aprendido de la experiencia con respecto a las medidas que han resultado eficaces, así como a su oportunidad y forma de aplicación.

109. El *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, que se centró en los sistemas sanitarios y su desempeño, estableció un marco para el análisis para los sistemas nacionales de salud. En el Informe se puso de relieve que, si bien el objetivo esencial de todo sistema sanitario consiste en mejorar la salud de la población, ésta espera que el sistema contribuya también al logro de otros objetivos sociales: que responda a las expectativas de la población, garantice que la carga financiera del pago por la atención de salud se distribuya en forma equitativa, y mejore el grado de salud y su distribución en la población. Asimismo, se presentaron por primera vez resultados de mediciones relativas al logro de estos tres objetivos y se comprobó que el desempeño varía mucho, incluso entre países con niveles de gastos sanitarios similares.

110. En el Informe se determinaron cuatro funciones del sistema de salud: prestación de servicios, financiación, creación de recursos - con inclusión de capital humano e intelectual - y rectoría, que es la función más general. La rectoría de los sistemas de salud incumbe fundamentalmente a los gobiernos y en muchos aspectos es la función más importante. Consiste en ofrecer liderazgo a todos los participantes, establecer normas que ayuden a los diversos actores a desempeñarse con arreglo al interés público, hacer un seguimiento de su desempeño y garantizar la adopción de medidas correctivas cuando sean necesarias. Esto es así incluso en el caso en que los ministerios de salud no ejercen un control directo sobre los servicios sanitarios, ya sea porque dependen del gobierno local o porque están en manos privadas. La buena rectoría se basa en el establecimiento de normas claras que se apliquen correctamente y de la manera más efectiva y eficiente posible en el contexto local.

111. La publicación del Informe dio lugar a controversias, pero creo que fue importante para centrar más la atención en los sistemas de salud. Des-

de entonces se han hecho muchos avances. El marco de evaluación se ha sometido a un examen riguroso, con contribuciones de la comunidad académica internacional y de planificadores de políticas, aportadas con ocasión de diversas consultas regionales y de un proceso de examen científico colegiado, así como por conducto de un grupo consultivo especial que yo misma he establecido. Como resultado de esta labor ahora disponemos de un marco más sólido.

112. También hemos colaborado con los países para mejorar el desempeño de sus sistemas de salud. Los problemas de financiación y recursos humanos, y sus posibles soluciones, suelen ser un motivo básico de preocupación para los ministros de salud. Los resultados de nuestra labor indican que los países cuyo gasto sanitario per cápita es inferior a US\$ 60, aproximadamente, tropiezan con serias dificultades para prestar incluso unos servicios mínimos. Se ha empezado a trabajar para proporcionar orientaciones sobre financiación de la atención sanitaria en diferentes contextos. Estamos colaborando con la OIT, el Banco Mundial y otras instituciones para analizar los efectos de estrategias como la utilización de seguros de enfermedad comunitarios. Estamos reuniendo pruebas científicas sobre cuestiones básicas, como la cantidad de recursos que deben gastarse en salud y los criterios para su asignación. Estamos llevando a cabo exámenes sistemáticos de la eficacia en función de los costos en muchas intervenciones. Los Estados Miembros ya disponen de una base de datos pública llamada WHO-CHOICE (Selección de intervenciones eficaces en función de los costos), que representa una aportación al diálogo sobre políticas para determinar la mejor manera de utilizar unos recursos escasos. Estamos colaborando con ministerios de salud de diversos países para elaborar políticas de financiación de la salud.

113. En 2001, la 54ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA54.12, en la que se reconoce la importancia de los **servicios de enfermería y de partería** como núcleo de todo sistema sanitario y se insta a los Estados Miembros a que establezcan programas integrales que favorezcan la formación, la contratación y la retención en los servicios de salud de un personal de enfermería y partería cualificado y motivado. En 2002, la OMS, junto con un amplio número de asociados, puso en marcha una estrategia para prestar apoyo a los países en el fortalecimiento de los servicios de enfermería y de partería.

114. La escasez de **agentes de salud** capacitados es una limitación importante para la prestación de servicios. La OMS está colaborando con diversos organismos y fundaciones para definir medios prácticos que per-

mitan paliar los efectos de esta limitación. Un objetivo fundamental de los programas de salud consiste en llevar a cabo intervenciones sanitarias en beneficio de las poblaciones pobres y vulnerables. A menudo en el propio sistema de salud hay obstáculos que impiden lograr este objetivo. La OMS ha elaborado un método para prestar apoyo a los países a fin de que puedan identificar la magnitud de las deficiencias en materia de cobertura y analizar los factores que las determinan (acceso, asequibilidad, disponibilidad, aceptabilidad).

115. La OMS también colabora con los países para hacer frente a la tendencia a la cronificación. Nuestro proyecto sobre atención innovadora de las afecciones crónicas colabora estrechamente con entidades profesionales sanitarias de todo el mundo para suministrar modelos, métodos e instrumentos que presten asistencia a los sistemas sanitarios a fin de que puedan responder a esta tendencia. Mejorar el seguimiento de las terapias a largo plazo supone un importante desafío para el tratamiento de enfermedades como la hipertensión, la diabetes, la depresión, las enfermedades respiratorias crónicas, la tuberculosis y el VIH/SIDA. Se están elaborando métodos de bajo costo que permitirán mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir considerablemente los costos de la atención sanitaria.

116. En las estrategias de cooperación en los países (véase el párrafo 13) se ha determinado con frecuencia que los sistemas de salud constituyen una esfera prioritaria en la que es preciso aumentar el apoyo técnico de la OMS. Las cuestiones relativas a los sistemas de salud afectan a todos los departamentos y niveles de la Organización. El fortalecimiento de la capacidad de la OMS para proporcionar con rapidez asesoramiento técnico de alta calidad es un elemento clave de la iniciativa centrada en los países.

117. Por último, y en el contexto del compromiso de la OMS en favor del desarrollo mundial, el *Informe sobre la salud en el mundo 2003* se centrará en los sistemas de salud y su contribución al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la Encuesta Mundial de Salud, que este año cuenta con la participación de más de 70 países, se miden 13 Objetivos del Milenio que están relacionados con la salud. Esto supondrá una contribución importante para mejorar la capacidad de los países a fin de que puedan hacer un seguimiento de los efectos de sus políticas sanitarias. La OMS también ha emprendido un análisis detallado de las políticas de salud en una diversidad de países para saber con más precisión en qué consiste una política sanitaria capaz de actuar en favor de los pobres en diferentes contextos; a este respecto sigue habiendo un margen de incertidumbre considerable.

Ampliación del acceso a los medicamentos esenciales

118. Los medicamentos esenciales son uno de los medios más eficaces en función de los costos en la atención de salud moderna. Sin embargo, más de un tercio de la población mundial y más de la mitad de los países más pobres de África y Asia todavía no tienen acceso a dichos medicamentos. En más de 30 países el gasto público en medicamentos aún es inferior a US\$ 2 por persona al año. Cuando asumí mis funciones, en 1998, la OMS como Organización estaba enzarzada en un agitado debate acerca de las orientaciones futuras del programa de la OMS sobre medicamentos esenciales, que debía hacer frente a los desafíos de la globalización, la liberalización del comercio, la privatización de los servicios de atención sanitaria, el desarrollo de tecnologías de atención de salud cada vez más refinadas, la revolución en la tecnología de la información, y la protección de los derechos de propiedad intelectual. En 2000, y después de celebrar amplias consultas con Estados Miembros, instituciones académicas, centros colaboradores de la OMS, otras organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y expertos, se formuló una nueva estrategia de la OMS en materia de medicamentos. La finalidad del programa no ha variado: aprovechar al máximo las posibilidades de los medicamentos esenciales para salvar vidas y mejorar la situación sanitaria.

119. El uso racional de los medicamentos depende fundamentalmente de la selección racional de aquellos que reúnan las mejores condiciones de seguridad, eficacia y calidad, y generen más beneficios sanitarios. Desde 1977 la OMS ha publicado periódicamente una Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, que varios países utilizan para establecer sus propias listas nacionales. La Lista se actualiza cada dos años. A fin de lograr que la Lista resulte más útil para los Estados Miembros y que haya una mayor transparencia en el proceso de selección de los medicamentos, se han adoptado medidas para fortalecer la base de pruebas científicas, ampliar el proceso de examen, vincular la selección con directrices clínicas, velar por la independencia del Comité de Expertos sobre el Uso de Medicamentos Esenciales, de la OMS, y crear una biblioteca de medicamentos esenciales. En 2001 se difundieron directrices clínicas sobre el tratamiento del paludismo, las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis y varias enfermedades no transmisibles. En 2002 se publicó por primera vez un Formulario Modelo de la OMS, que proporciona a los prescriptores información independiente sobre los medicamentos.

120. La importancia asignada al fortalecimiento de los organismos nacionales de reglamentación de los medicamentos, junto con las actividades de

definición de normas, elaboración de materiales de referencia internacionales y formulación de directrices sobre buenas prácticas de fabricación, han supuesto un impulso para la labor de la OMS en materia de calidad y seguridad de los medicamentos. Numerosos organismos nacionales de reglamentación de los medicamentos forman parte actualmente de la red de centros colaboradores de la OMS. En muchos países se presta más atención a la farmacovigilancia y a los problemas que entraña la falsificación de medicamentos. Junto con organizaciones hermanas del sistema de las Naciones Unidas, la OMS ha establecido un plan de precalificación para los medicamentos antirretrovíricos, los medicamentos de primera línea para el tratamiento de la tuberculosis y los antipalúdicos.

121. Para ampliar el acceso a los medicamentos esenciales también es necesario contar con precios asequibles, sistemas de suministro fiables y una financiación sostenible. Por consiguiente, he establecido un diálogo permanente con la industria farmacéutica basada en la investigación y con los fabricantes de medicamentos genéricos para buscar medios que permitan reducir los precios a fin de lograr que las personas que los necesitan puedan tener mayor acceso a esos medicamentos. En colaboración con los Estados Miembros y la industria, la OMS está explorando diversos mecanismos encaminados a lograr que los productos existentes resulten más asequibles, con inclusión de acuerdos de compra a granel, fijación de precios de distinto nivel, donaciones de empresas y cesión voluntaria de licencias. Se trata de los mecanismos conocidos como «arreglos sobre fijación de precios diferenciados». En abril de 2001, la OMS y la OMC organizaron en Høsbjør (Noruega), un taller sobre fijación de precios diferenciados en el que participaron algunos de los agentes más importantes en materia de acceso a los medicamentos esenciales a nivel mundial. Los debates celebrados en Høsbjør sentaron la base para la formulación de una serie de medidas que podrían adoptarse. Por ejemplo, el Gobierno del Reino Unido ha creado un grupo de trabajo dependiente del Primer Ministro, cuya función consiste en prestar asesoramiento sobre los medios idóneos para llevar a la práctica las ideas estudiadas en Høsbjør; por su parte, la Comisión Europea ha elaborado un programa de trabajo sobre la fijación de precios diferenciados.

122. La cuarta Conferencia Ministerial de la OMC, celebrada en Doha (Qatar), en noviembre de 2001, emitió una Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio y la salud pública, que supuso un hito importante en la labor de la OMS. La Declaración aportó mayor claridad y fuerza a las orientaciones que la OMS proporciona a los Estados Miembros para eva-

luar las consecuencias de las negociaciones comerciales y las oportunidades que éstas ofrecen.

Fortalecimiento de los sistemas nacionales de vigilancia

123. La globalización - y la consiguiente intensificación de los movimientos de población (migración y turismo), la expansión del comercio internacional de productos alimentarios y biológicos, y los cambios sociales y ambientales vinculados con la urbanización - ha supuesto una mayor conciencia de que la propagación de las enfermedades infecciosas representa un importante problema de salud pública internacional. Para contener la propagación de estas enfermedades es indispensable la cooperación internacional en materia de vigilancia, alerta y respuesta ante las epidemias.

124. El papel fundamental de la OMS en la contención de la amenaza mundial de salud pública creada por las enfermedades infecciosas emergentes y potencialmente epidémicas consiste en recoger información, coordinar una estrategia internacional de lucha contra las enfermedades, establecer normas internacionales y prestar apoyo a los países en materia de vigilancia y respuesta ante las enfermedades. En 2001, la 54ª Asamblea Mundial de la Salud reafirmó este compromiso expresando su apoyo a la elaboración de una estrategia mundial para contener y, cuando sea posible, prevenir la resistencia a los medicamentos antimicrobianos, e instó a los Estados Miembros a que participaran activamente en la verificación y la validación de los datos y la información de vigilancia relativos a las emergencias sanitarias de interés internacional.¹ En 2001 se publicó la *Estrategia mundial de la OMS para contener la resistencia a los medicamentos antimicrobianos*.

125. Puesto que las asociaciones desempeñan una función fundamental para garantizar la eficacia de la vigilancia y el control de las enfermedades, la OMS creó en 2000 la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, fruto de la colaboración entre redes e instituciones para la rápida identificación, confirmación y respuesta ante los brotes epidémicos. La OMS presta apoyo de secretaría a la Red y utiliza sus recursos para coordinar - las actividades internacionales de respuesta a los brotes epidémicos. La información relativa a los brotes epidémicos verificados se publica inmediatamente en el sitio web de la OMS.

¹ Resolución WHA54.14.

126. La OMS hace hincapié en la elaboración de mecanismos de vigilancia y alerta a nivel nacional, en particular en los países pobres, aplicando un método eficiente y eficaz en función de los costos que abarca varias enfermedades. En febrero de 2001 inauguré una nueva oficina de la OMS en Lyon (Francia), cuya función consiste en impartir capacitación en epidemiología práctica y técnicas de laboratorio. Esta oficina se ha establecido en colaboración con el Gobierno de Francia y la Fundación Mérieux, que se dedica a ampliar la capacidad de detección y respuesta en los países de alto riesgo epidemiológico.

127. Al definir los elementos básicos de la vigilancia, también hemos podido elaborar un método común que los países pueden utilizar para el seguimiento de las enfermedades no transmisibles y los riesgos ambientales, químicos o nucleares. La vigilancia de esas enfermedades y sus factores de riesgo ha cobrado una importancia creciente en muchos países que tratan de contener el aumento de los costos de la atención sanitaria como consecuencia del envejecimiento de la población. Concretamente, los datos relativos a los factores de riesgo son fundamentales para predecir la carga que supondrán las enfermedades crónicas en el futuro y también para determinar las posibles intervenciones encaminadas a reducirla. Mientras que en algunos países desarrollados se realizan encuestas sanitarias que incluyen determinados factores de riesgo, muchos países obtienen la información, en el mejor de los casos, mediante pequeñas encuestas ocasionales. Hemos elaborado un conjunto de instrumentos de encuesta que permiten obtener datos válidos y comparables sobre las tendencias: la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, el enfoque de vigilancia progresiva de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (método PASOS) y la Encuesta Mundial de Salud. La Encuesta sobre el Tabaco y los Jóvenes, que se realiza en colaboración con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, es el sistema de vigilancia más amplio del mundo y abarca los principales riesgos de salud pública. La Encuesta se realiza en 150 países y se han completado cuestionarios sobre más de un millón de niños de entre 13 y 15 años de edad en escuelas seleccionadas al azar. Su método se está ampliando para utilizarlo en la vigilancia de otros riesgos importantes que se pueden medir eficazmente en contextos escolares.

128. En respuesta a numerosas peticiones de información sobre el **uso deliberado de agentes biológicos y químicos para causar daño**, en especial después de los acontecimientos registrados el 11 de septiembre de 2001 en los Estados Unidos de América, la OMS preparó una segunda versión del documento titulado *Public health response to biological and*

chemical weapons. Se ha publicado información pertinente en el sitio web de la OMS. En mayo de 2002, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA55.16, relativa a la respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud. Se instó a los Estados Miembros a que se asegurasen de que contaban con planes nacionales de vigilancia de las enfermedades y a que colaborasen y se prestasen apoyo mutuo para mejorar la capacidad nacional en epidemiología práctica, diagnóstico de laboratorio, toxicología y tratamiento de casos. En respuesta a esta resolución, la OMS ha formulado una estrategia que abarca cuatro esferas principales: preparación a nivel internacional, alerta y respuesta mundiales, preparación a nivel nacional y preparación para hacer frente a determinadas enfermedades e intoxicaciones.

Mejoramiento de los sistemas de salud en situaciones de emergencia

129. La salud es la piedra angular de la asistencia humanitaria. En las situaciones de emergencia, la OMS proporciona información actualizada y coordina las contribuciones que aportan los gobiernos, otras organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales para abordar cuestiones sanitarias básicas como la evaluación de los riesgos sanitarios, la vigilancia epidemiológica y nutricional, el control de las causas prevenibles de enfermedad y muerte, la atención preventiva y curativa básica, la prevención de la malnutrición, la gestión de los riesgos sanitarios en el medio ambiente, la protección de los agentes sanitarios, y los servicios y estructuras de salud, promoción de la salud como un derecho humano y la mitigación de los efectos de los desastres en el futuro. La OMS se ha comprometido a apoyar a los Estados Miembros para que establezcan sistemas sanitarios que estén en condiciones de soportar el impacto de las situaciones de emergencia, recibir la asistencia humanitaria y recuperarse una vez superadas las crisis.

130. En 1999, la OMS estableció una oficina en Timor-Leste para prestar apoyo a las autoridades locales en la reconstrucción de los servicios sanitarios. En el Afganistán, la OMS colabora estrechamente con las autoridades nacionales, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y donantes para mantener servicios básicos de atención de salud, contribuir a garantizar la disponibilidad de información precisa sobre las necesidades sanitarias y nutricionales de la población, generar sinergias entre las distintas intervenciones y llevar a cabo un seguimiento de los resultados. En Kosovo, la OMS participó en 1999 en la

formulación de una política de rehabilitación del sector de la salud. En 2001, después del terremoto registrado en Gujarat (India), la OMS emprendió la evaluación de las necesidades iniciales y colaboró en actividades de inmunización infantil y mejoramiento de la salud ambiental. Ese mismo año, la OMS nombró a su primer Representante en la República Popular Democrática de Corea, encargado de proporcionar apoyo y orientación en la reconstrucción del sistema sanitario y contribuir a mejorar el acceso a los medicamentos esenciales y el equipo básico. Durante la fase más reciente de la crisis registrada en la región de los Grandes Lagos de África, la OMS prestó apoyo para coordinar la respuesta sanitaria, en particular en la República Democrática del Congo. En Sierra Leona, la OMS lleva a cabo una amplia variedad de programas sobre el VIH/SIDA, la poliomielitis y el paludismo. En diciembre de 2002, la OMS envió a Etiopía 164 lotes sanitarios de emergencia para hacer frente a la situación creada por la grave sequía. En relación con la crisis humanitaria que se registra actualmente en el África austral, la OMS está trabajando con miras a fortalecer el sistema sanitario y velar por que se reconozca que la situación sanitaria de la población es un factor importante para lograr una recuperación sostenible. Durante los cinco últimos años, la OMS ha logrado mantener una presencia técnica y humanitaria en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza.

131. La protección del personal sanitario y de los hospitales, así como de los servicios e infraestructuras de salud que se utilizan con fines humanitarios, es indispensable para el éxito de toda intervención en situaciones de emergencia. La 55ª Asamblea Mundial de la Salud exhortó a todas las partes en conflictos armados a que aplicasen plenamente las normas del derecho internacional humanitario que protegen tanto a los civiles como a los combatientes que están fuera de combate, así como al personal médico y de enfermería y a todo otro personal de salud y humanitario.¹ El sistema SUMA de manejo de suministros humanitarios, fruto del esfuerzo conjunto de los países de la Región de las Américas, es un instrumento precursor en materia de situaciones de emergencia. Más de 3000 voluntarios en más de 30 países han recibido capacitación para utilizar el programa informático SUMA, que actualmente se considera como la norma en materia de manejo de suministros después de los desastres.

132. Asimismo, consideramos que la promoción de la salud puede contribuir a la elaboración de medidas de prevención y preparación en materia

¹ Resolución WHA55.13.

de emergencias humanitarias. La OMS ha iniciado un estudio sobre sus posibilidades de prestar ayuda a los países y las poblaciones que se encuentran al borde de una crisis. Al asignar a los servicios sanitarios esenciales una posición prioritaria en el programa político y económico, contribuimos a reducir la vulnerabilidad de las poblaciones y, a largo plazo, a evitar la necesidad de prestarles asistencia humanitaria. Para ello es necesario asumir un compromiso concertado que permita movilizar recursos y conocimientos especializados a nivel internacional.

V. Investigación e información sanitaria

Investigación

133. La investigación es un elemento fundamental en todas las actividades de promoción de la salud. Proporciona instrumentos, conocimientos y pruebas para la aplicación de políticas y programas. Es importante que los resultados de las investigaciones estén disponibles rápidamente y sean accesibles a nivel mundial para garantizar el aprovechamiento generalizado de sus ventajas. Aún quedan por resolver muchos de los problemas fundamentales planteados en el pasado decenio en materia de investigación sanitaria internacional: sólo un 10% de los recursos disponibles para investigación sanitaria a nivel mundial se destina a mejorar la salud del 90% de la población mundial (la brecha 10/90); se desarrollan muy pocos medicamentos para el tratamiento de enfermedades desatendidas; la capacidad de investigación de los países en desarrollo es limitada. La labor de la OMS en materia de investigación sanitaria es esencial para responder al interés creciente en la definición de prioridades y métodos de financiación de los bienes públicos mundiales. Los adelantos en materia de biotecnología y genómica ofrecen muchas posibilidades de innovación en materia de instrumentos y tecnologías.

134. Todos los programas de la OMS promueven y apoyan la investigación y la gestión y los conocimientos. El **Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales PNUD/Banco Mundial/OMS** y el **Programa Especial de Investigaciones y Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial** son iniciativas que reúnen a organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, donantes, empresas del sector privado, instituciones de investigación públicas y privadas, y fundaciones con objeto de impulsar y apoyar la investigación en materia de enfermedades infecciosas desatendidas y salud reproductiva. Cada año se reúne un foro mundial para la investigación de vacunas en

cuyo marco agentes clave de los sectores público y privado comparten información sobre el desarrollo y la aplicación de innovaciones tecnológicas y metodológicas en materia de vacunas, además de contribuir al establecimiento de prioridades a escala mundial.

135. Nuestra labor de investigación se centra en el desarrollo de instrumentos y criterios nuevos y mejorados para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el control, en especial con respecto a las enfermedades que suponen una elevada carga sanitaria, las enfermedades desatendidas por el sector comercial y las que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo. He apoyado la participación de los países en desarrollo en la dirección, el establecimiento de prioridades y la aplicación de las investigaciones. Para establecer la política sanitaria mundial, utilizamos las pruebas científicas derivadas tanto de nuestras investigaciones como de las realizadas por otras instituciones. La OMS también presta apoyo a los Estados Miembros para transformar los resultados de las investigaciones en estrategias aplicables, aceptables y asequibles que se puedan integrar fácilmente en los servicios de salud.

La genómica y la salud humana

136. Durante los 20 últimos años, las investigaciones genómicas han progresado a una velocidad notable, lo cual ha supuesto una transformación de nuestro conocimiento de los genes humanos y la patología subyacente a las enfermedades, además de ofrecer nuevas oportunidades para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Esta revolución, cuyo punto culminante ha sido la secuenciación del genoma humano, también ha planteado problemas nuevos y controvertidos con respecto a las consecuencias científicas y éticas de la manipulación genética.

137. La OMS debe desempeñar una función fundamental de liderazgo en relación con la investigación genómica, la bioética y sus consecuencias para la equidad en la salud a nivel mundial. En 2001, pedí al **Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias de la OMS** que preparase un informe sobre la genómica y la salud mundial. El informe, publicado en 2002,¹ presenta una relación detallada de los progresos de la investigación y alerta sobre los posibles riesgos, incluido el incremento de las desigualdades en materia de salud además de plantear diversas cuestiones éticas. Se reco-

¹ *Genómica y salud mundial*, Informe del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias, Ginebra, OMS, 2002.

mienda que la OMS preste apoyo a los Estados Miembros para establecer sistemas de reglamentación que prevean salvaguardias contra los riesgos y peligros de la investigación genómica y sus aplicaciones. También se recomienda que los países en desarrollo empiecen a desarrollar capacidades tecnológicas apropiadas para aprovechar al máximo las posibilidades de la genómica en función de sus propias necesidades sanitarias, y se promueve una distribución equitativa de los beneficios de estas investigaciones.

Información sanitaria

138. Se han hecho progresos considerables en diversos frentes. Se han introducido muchas mejoras en la organización, el diseño, el almacenamiento de datos y las normas de publicación de la información disponible en el **sitio web de la OMS**. Se han fusionado varias publicaciones periódicas de la OMS para crear una nueva publicación mensual: el *Boletín de la Asamblea Mundial de la Salud*, que se edita en formato impreso, en línea y en CD-ROM. Desde que empezó a publicarse en 1999, el Boletín se ha convertido en una importante revista internacional sobre salud pública, como lo demuestra tanto la frecuencia con que se citan los artículos incluidos en sus páginas como su repercusión. La concertación de acuerdos con editores externos, tanto comerciales como no comerciales, ha permitido que los libros e informes de la OMS lleguen a un público más amplio en más de 50 idiomas. Al mismo tiempo, los acuerdos concertados con proveedores de información y servicios de datos comerciales han hecho posible que la información de la OMS resulte accesible desde los ordenadores de centenares de miles de instituciones de enseñanza, bibliotecas y empresas.

139. La **Biblioteca de la OMS** ha ido introduciendo mejoras en el acceso a la información sanitaria, entre otras: la posibilidad de que el personal de la OMS en las oficinas regionales y de países tenga acceso por medios electrónicos al texto completo de más de mil revistas; el acceso público por Internet al texto completo de miles de productos de información de la OMS; y el constante incremento de las colecciones de la Biblioteca, que utilizan tanto el personal de la OMS como quienes visitan la Sede.

140. En julio de 2001, la OMS y las principales revistas médicas del mundo pusieron en marcha la **Iniciativa de Acceso a Investigaciones** para facilitar a escuelas de medicinas e institutos de investigación de los países en desarrollo el acceso gratuito, o con tarifas subvencionadas, a casi 2000 de las principales revistas médicas y científicas del mundo. Hasta enero de 2003, más de 100 países ya se habían beneficiado de esta Iniciativa. Entre las actividades intersectoriales recientes figuran la realización de in-

investigaciones y debates sobre mejores prácticas en materia de gestión e intercambio de conocimientos, así como sobre comunidades colaboradoras e instituciones de enseñanza.

VI. Reforma administrativa

141. Un resultado importante de la estrategia institucional ha sido la formulación del Programa general de actividades para 2002-2005. Se decidió que el Programa abarcaría un periodo de cuatro años (en lugar de los seis que abarcaba anteriormente) y se presentaría como un breve documento normativo que pudiera proporcionar orientación con respecto al presupuesto por programas y los posteriores planes de trabajo operacionales.

142. El **Presupuesto por programas** para 2002-2003, que, con arreglo a la nueva estrategia institucional, fue elaborado conjuntamente por las oficinas regionales y la Sede - y no por separado como se hacía hasta entonces -, se centra en 35 áreas de trabajo que abarcan toda la Organización y establece 11 programas prioritarios bien definidos sobre la base de las metas fijadas en el programa general de actividades. Esta distribución refleja la independencia de los diferentes sectores de la OMS en el marco de las estrategias y objetivos mundiales acordados. Por primera vez se ha aplicado el concepto de presupuestación basada en los resultados, con arreglo al cual las asignaciones presupuestarias para cada área de trabajo se vinculan con el logro de los objetivos fijados y los resultados previstos. Para poder hacer un seguimiento del logro de los resultados se estableció un sistema de supervisión en toda la Organización. Asimismo, en 2000 se revisó el Reglamento Financiero con objeto de establecer un método de contabilidad más moderno.

143. En el Proyecto de presupuesto por programas para 2004-2005 se introducen mejoras en el proceso de presupuestación basada en los resultados y se facilitan indicadores medibles para cada uno de los objetivos de la OMS.

144. En 2000 se creó un grupo especial sobre la reforma de la gestión de los recursos humanos, cuya función consiste en examinar la política en esa materia y formular recomendaciones para simplificar los procedimientos y aumentar la productividad, eficiencia y satisfacción laboral de los funcionarios. Se ha hecho hincapié en el perfeccionamiento del personal mediante la potenciación de su capacidad de comunicación y negociación o mediación, así como en el mejoramiento del acceso a las oportunidades de perfeccionamiento y capacitación en todos los niveles de la Organización mediante el uso de nuevas tecnologías y la promoción del desarrollo autó-

nomo mediante la formación en el trabajo y la supervisión. También se han adoptado medidas para lograr la paridad de género en dotación de personal de la Organización. Se introdujo un nuevo método para evaluar el desempeño de los funcionarios. Se fortaleció la capacidad de responder a las necesidades de seguridad de nuestro personal en todo el mundo. También estamos elaborando adecuadas para abordar los problemas planteados por los conflictos de intereses que afectan a los funcionarios.

145. En julio de 1999, revisamos nuestras directrices sobre interacción con las empresas comerciales para velar por que la integración de la Organización con el sector privado fuese efectiva y transparente y no suscitase conflictos de intereses.

146. Se adoptaron diversas medidas para mejorar la comunicación interna y la administración. Un Gabinete Mundial, integrado por la Directora General y los Directores Regionales se reúne seis veces al año. Se estableció un Gabinete integrado por los Directores Ejecutivos. Por primera vez se celebró una reunión de todos los Representantes de la OMS, que se reunirán cada dos años. Se estableció una red de comunicaciones mejorada y ya están plenamente en funciones los servicios mundiales de videoconferencia, así como una red telefónica interna de alcance mundial. Se han establecido unidades de apoyo administrativo en las que se han delegado competencias relacionadas con los programas técnicos. Se celebraron por primera vez retiros del Consejo Ejecutivo. Los jóvenes tuvieron acceso a la OMS en el marco de las *Global Health Leadership fellowships*. El Consejo Mundial Personal/Administración se reúne una vez al año.

147. La lucha contra la mala salud y las enfermedades sigue adelante. Para librar tantas batallas en tantos frentes distintos, la OMS necesita fortalecerse. Cada vez se nos pide que prestemos más apoyo a las autoridades nacionales en su labor encaminada a mejorar los resultados sanitarios en beneficio de la población. También se nos pide que ayudemos a los países para que puedan tener más influencia en las actividades de salud pública a nivel mundial y regional. Hemos establecido unos cimientos sólidos. Es mucho lo que se ha conseguido y la OMS puede estar orgullosa de estos resultados. Sin embargo, aún queda mucho por hacer. Estoy segura de que la OMS seguirá desempeñando su legítima función rectora en pro de un mundo más sano en el que se viva mejor.

= = =



Clausura de la última reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Ginebra, febrero de 2003