



Renovación de la estrategia de salud para todos

Resumen de una reunión interregional sobre salud para todos en el siglo XXI

Como parte de la respuesta de la OMS a los cambios mundiales y a la necesidad de afrontar los retos del siglo XXI, la 48ª Asamblea Mundial de la Salud inició un proceso consultivo mundial destinado a renovar la estrategia de salud para todos (resolución WHA48.16). En septiembre de 1996 casi el 90% de los Estados Miembros de la OMS habían emprendido ese proceso. Todas las regiones han establecido mecanismos de coordinación y facilitación para apoyar la renovación de la salud para todos, y en las reuniones de los comités regionales celebradas en 1996 se han analizado los progresos conseguidos. Las consultas con los países toman como base las reformas vigentes del sector de la salud y los procesos nacionales de planificación del desarrollo. En la Sede, un comité directivo vela por la convergencia de las principales iniciativas de política dentro de la OMS. Desde la 97ª reunión del Consejo Ejecutivo se han celebrado dos importantes reuniones sobre la renovación de la salud para todos. En la primera se examinaron los éxitos y los fracasos registrados desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978 y se examinaron las principales tendencias previstas de la situación sanitaria hasta el año 2020. En la segunda, celebrada en agosto de 1996, se propusieron «escenarios sanitarios» para 2020 y se definieron estrategias para alcanzar la salud para todos. En el presente informe se resumen las conclusiones de esta última reunión, complementadas con aportaciones de una reunión CIOMS/OMS sobre ética y renovación, del Consejo establecido por el Director General sobre el Programa de Acción para Salud y Medio Ambiente de la Cumbre para la Tierra y de comunicaciones de Estados Miembros y de personal de la OMS.

Las consultas con los países y la síntesis de sus aportaciones en forma de políticas regionales y mundiales habrán concluido para junio de 1997. Durante ese periodo se conseguirán contribuciones de «asociados clave» de la OMS, a fin de obtener apoyo para intervenir en los elementos principales y de definir las funciones singulares y complementarias de la OMS y de sus asociados en el desarrollo sanitario en el siglo XXI. Entre junio de 1997 y principios de 1998 se elaborará una carta de la salud de ámbito mundial basada en componentes básicos de la política. En mayo de 1998, en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, se propondrá la adopción de la política y la carta.

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI

1. Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978 la aplicación de la atención primaria de salud ha redundado en importantes mejoras de la situación sanitaria en todo el mundo: la esperanza de vida ha aumentado, las tasas de mortalidad infantil han disminuido, y el acceso a los servicios sanitarios ha mejorado. Pese a estos progresos, el mundo afronta importantes retos políticos y económicos, ambientales, sociales y demográficos, pero el futuro le depara también oportunidades tecnológicas. Sigue habiendo profundas desigualdades en lo que respecta a la salud y la riqueza, incluso dentro de muchos países, lo cual, unido a los cambios experimentados por otros determinantes de la salud, afectará a la futura situación sanitaria.

2. En la reunión interregional sobre salud para todos en el siglo XXI, celebrada en agosto de 1996, se subrayó la importancia de los **siguientes determinantes generales**, entre los que figuran factores tanto del sector sanitario como ajenos al mismo que influyen en el estado de salud de los individuos, los grupos y las sociedades. Los cambios macropolíticos, macroeconómicos, sociales, demográficos y ambientales, la tecnología y la educación son todos ellos factores que repercuten en la salud. No son directamente modificables por los cambios que afectan al sector sanitario, pero, debido a sus efectos, las medidas adoptadas para controlarlos siguen siendo fundamentales para la futura política sanitaria. La ampliación de los conocimientos científicos y técnicos, el acceso a alimentos inocuos y suficientes, el suministro de agua y el saneamiento, la actividad industrial, diversos factores sociales y comportamentales, los mecanismos de apoyo familiar y comunitario y los factores genéticos tienen un impacto más directo en la salud y se hallan bajo la influencia directa de las medidas adoptadas en el sector sanitario.

3. La mayor liberalización de las **comunicaciones y el comercio internacionales**, facilitados por el fin de la guerra fría, junto con el desarrollo tecnológico y los cambios experimentados paralelamente por las relaciones comerciales, los viajes y las comunicaciones, que también influyen en los valores y las ideas, tendrán repercusiones significativas en la salud. Las posibilidades de nuevos avances en lo tocante a asegurar el respeto de los derechos humanos, profundizar en la democratización y salvaguardar los progresos sociales parecen muy remotas en la mayoría de los países. Aunque el nivel global de riqueza aumentará, el incremento del número de pobres (estimados en 1300 millones en 1995) y la creciente desigualdad entre ricos y pobres, incluso dentro de muchos países, amenazan los progresos hacia la equidad en materia de salud. El **crecimiento económico** y, en algunos países, los programas de ajuste estructural han conducido a un aumento de las desigualdades. Además, el crecimiento de la participación del sector privado en la atención sanitaria se ha acompañado de un aumento de las desigualdades en el acceso a dicha atención.

4. Los **cambios demográficos**, en particular el rápido ritmo de la urbanización y del crecimiento de la población en los países en desarrollo, el aumento de las migraciones nacionales e internacionales y el envejecimiento de la población pondrán a prueba los futuros servicios sanitarios y sociales. Amenazas **ambientales** mundiales y locales tales como el cambio climático, el agotamiento de la capa de ozono, la contaminación atmosférica y del agua y otros cambios ecológicos contribuirán de forma significativa a la futura carga de morbilidad. Las nuevas modalidades de **prestación de servicios sanitarios**, incluidos entre otros los «sistemas mixtos privado-público», el aumento de los costos asistenciales y la descentralización podrían afectar considerablemente al acceso a los servicios de salud.

5. Las tendencias de la **situación sanitaria** parecen indicar que la mortalidad infantil seguirá disminuyendo, y la esperanza de vida al nacer aumentando, durante los primeros años del siglo XXI. El envejecimiento de la población, unido a cambios del modo de vida y del comportamiento - alimentación y consumo de tabaco y alcohol, por ejemplo - dará lugar probablemente a un aumento del número y de la proporción de defunciones causadas por enfermedades no transmisibles. A medida que se logre reducir la incidencia de enfermedades tales como la poliomielitis y la dracunculosis, cuya erradicación se ha fijado como objetivo para el año 2000, la mortalidad y la morbilidad por otras enfermedades transmisibles también debería disminuir como consecuencia de la aplicación de sistemas de vigilancia y estrategias de lucha eficaces y de la posible disponibilidad de vacunas nuevas y mejoradas. Se prevé que, aunque puede que la carga de morbilidad por enfermedades

infecciosas sea pequeña en el siglo XXI, la frecuencia de los viajes podría facilitar su propagación entre distintas regiones del mundo. Otras personas expuestas a riesgos para la salud podrían verse aquejadas más fácilmente de enfermedades no transmisibles, la mayoría de carácter crónico y debilitante. Sin embargo, durante varios años, millones de personas entre las más pobres del mundo seguirán padeciendo enfermedades transmisibles como el paludismo, la tuberculosis, la diarrea y la neumonía. El papel de la OMS como organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas en el sector de la salud es pues especialmente importante en un momento en que se está imprimiendo nuevo impulso a la prevención y la lucha contra las enfermedades y prestando especial atención a enfermedades nuevas y emergentes tales como la fiebre hemorrágica de Ébola y la encefalopatía espongiforme bovina, así como a enfermedades reemergentes como el cólera y la tuberculosis.

6. La mayor disponibilidad de **tecnología** eficaz en relación con el costo, con una capacidad y unos medios analíticos mejorados y, en particular, nuevos sistemas de información y telecomunicaciones que reportan enormes ventajas en términos de tiempo y de espacio, brindan oportunidades de mejoramiento de la situación sanitaria. El aumento de la demanda de servicios de salud de alta calidad por parte del público hará de ellos un tema de gran trascendencia política para la mayoría de los países.

7. Estos cambios del contexto sanitario justifican la formulación de una **nueva política sanitaria**. A falta de políticas renovadas que aborden los determinantes y tendencias de la situación sanitaria, las desigualdades en esa situación y en el acceso a los servicios de salud probablemente persistirán.

VISIÓN GENERAL, VALORES, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS

8. A fin de responder a los nuevos retos, los profesionales de la salud pública y los Estados Miembros deberán renovar urgentemente su compromiso colectivo con los objetivos de la Constitución de la OMS y la **perspectiva de salud para todos** proclamada unánimemente en 1981, que se resume en el logro de un nivel de salud para todas las personas que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Sobre esa base la OMS definirá estrategias de aplicación de su política que reafirmen principios y valores que siguen siendo válidos, adaptando la política a las necesidades presentes y a las nuevas circunstancias e incorporando nuevos enfoques. La OMS tiene la oportunidad de beneficiarse de los resultados de conferencias recientes de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en las que se reconoce que **la salud es fundamental para el desarrollo humano a largo plazo** y, a la inversa, que la mala salud desestabiliza y debilita a las comunidades y los países. La salud para todos trae así consigo la promesa de **estabilidad social y progreso económico**.

9. La futura política deberá reforzar los valores mundiales que representan la **equidad y los derechos humanos**. Para asegurar la equidad es necesario igualar las oportunidades de acceso a la salud y reducir al máximo las desigualdades en términos de diferencias sanitarias. La promoción y la protección de los derechos humanos están indisolublemente ligadas a la promoción y la protección de la salud.

10. Los **objetivos** de la nueva política de salud para todos se centrarán en la mejora de la esperanza de vida, de la calidad de la vida y de las perspectivas y los servicios sanitarios, previniendo o reduciendo la aparición de enfermedades y discapacidades. Estos objetivos se perseguirán con especial empeño entre las comunidades más pobres y marginadas, a fin de reducir las desigualdades.

11. Los participantes en la reunión interregional celebrada en agosto definieron **10 principios operacionales** para la aplicación de la política sanitaria mundial, respetando la diversidad de valores y normas culturales; dichos principios tienen por finalidad reflejar los determinantes de la salud futura y hacer frente a la actual carga de morbilidad. Urge aplicarlos cuanto antes para que los progresos sanitarios logrados desde Alma-Ata no se vean erosionados, y son los siguientes:

- 1) acción mundial para proteger la salud a nivel nacional y local (véanse los párrafos 14 y 15);

- 2) reconocimiento de que la salud contribuye al desarrollo sostenible y se beneficia de él (véase el párrafo 16);
- 3) enfoques para el desarrollo de políticas sanitarias basados en datos fiables y científicos (véase el párrafo 17);
- 4) adopción de decisiones mediante fórmulas participativas en todos los aspectos de la política sanitaria, desde el nivel comunitario hasta el nivel mundial;
- 5) incorporación del mismo grado de preocupación por la mujer y por el hombre («perspectiva relacionada con las diferencias en función del sexo») en la nueva estrategia (véase el párrafo 18);
- 6) acción intersectorial a todos los niveles de gobierno (véase el párrafo 19);
- 7) fortalecimiento de los sistemas de salud y de los vínculos de «asociación» nacionales y subnacionales que otorguen prioridad al fomento de la salud y la prevención de las enfermedades (véase el párrafo 20);
- 8) compromiso en pro de la calidad y de la efectividad en relación con el costo en el diseño y aplicación de medidas sanitarias;
- 9) aplicación de un enfoque del desarrollo sanitario que abarque la totalidad de la vida;
- 10) adaptabilidad a cambios constantes.

APLICACIÓN DE VALORES Y PRINCIPIOS PARA LOGRAR MEJORAS SANITARIAS Y PROMOVER LA EQUIDAD

12. El logro de la **equidad** es tanto una responsabilidad ética como un reto práctico, y de él depende el logro de la salud para todos. Unos criterios equitativos son útiles para mantener la estabilidad social, mejorar la calidad de vida de cada generación y asegurar un futuro más pacífico. La adhesión al logro de la equidad debe incorporarse a todas las actividades y programas de la OMS y de los países. Los gobiernos deben crear un entorno en el que se pueda desarrollar, seguir de cerca y evaluar la equidad de las políticas y estrategias; al hacerlo deberán adoptar fórmulas apropiadas para redistribuir los recursos nacionales en pro de la salud y el desarrollo de acuerdo con las necesidades.

13. El **fomento de la equidad** deberá basarse en datos sobre la situación sanitaria y sus determinantes, desagregados para tener en cuenta factores tales como la situación relativa entre zonas urbanas y rurales, la edad y el sexo, evitando cualquier discriminación por razones de sexo, posición social o raza. Fortaleciendo los lazos de la OMS y los gobiernos con las organizaciones no gubernamentales y otras entidades no estatales se podría asegurar el recurso a una vigilancia independiente para determinar si se están aplicando políticas equitativas. La equidad será una base importante para una cooperación técnica que esté más centrada en las poblaciones y en los países aquejados de mayor pobreza y mala salud. Los sistemas financieros que aseguran la ayuda de los ricos a los pobres, de los jóvenes a los ancianos y de las personas sanas a las enfermas, y que prevén garantías internas y externas para el desarrollo sanitario nacional, son mecanismos importantes y prácticos para promover la equidad.

14. En la política integrada de la OMS en pro de la salud se debería propugnar asimismo una **acción política para asegurar la salud** a todas las poblaciones. Con ese fin, la OMS colaborará con los órganos de las Naciones Unidas que se ocupan de derechos humanos y con diversos asociados en la acción sanitaria para garantizar la inclusión del derecho a la salud en las políticas nacionales. En la nueva política se propondrán

formas alternativas de administración sanitaria que correspondan a las exigencias de un mundo caracterizado tanto por la descentralización de las instituciones como por la mundialización de las comunicaciones y el comercio. La repercusión de los **factores macroeconómicos** en la salud se abordará preconizando políticas macroeconómicas y sociales equitativas que prevean entre otras cosas la inversión directa en medidas de salud eficaces en relación con su costo a favor de los niños y los pobres, y previendo una «red de seguridad» especial para las poblaciones vulnerables.

15. Los efectos sanitarios de una mayor libertad de los intercambios comerciales y los viajes internacionales y la transferencia de tecnologías se abordarán mediante el **fortalecimiento de la acción internacional en pro de la salud**, que comprenderá una mayor vigilancia de los determinantes de la salud y de la situación sanitaria; mecanismos legislativos o reglamentarios para prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas y de productos y estilos de vida poco saludables; una acción de salud pública para hacer frente a emergencias y prever la reconstrucción; apoyo a las investigaciones de gran duración; y una mayor cooperación sanitaria a nivel mundial. Juntas, esas medidas pueden considerarse como un nuevo componente del plan sanitario mundial.

16. El concepto de **desarrollo humano sostenible** anunciado mediante la ronda de conferencias celebradas por diversas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas durante los seis últimos años no se consideró en Alma-Ata en 1978. La necesidad de ver en la salud un elemento esencial del desarrollo sostenible se puso de manifiesto durante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1992. Desde entonces, algo más de la tercera parte de los 74 países que han informado a la Comisión sobre el Desarrollo Sostenible acerca de los progresos realizados han abordado el tema de la salud en sus informes. En algunos países se han preparado planes de salud y medio ambiente para su inclusión en los planes nacionales de desarrollo sostenible. En otros se han revisado los planes sectoriales y se han modificado para incorporar las preocupaciones de la salud y el medio ambiente. Entre los resultados espectaculares de la Conferencia de Río cabe citar el gran número de iniciativas locales adoptadas en el marco del «Programa 21», especialmente en ciudades, pero también en zonas rurales e incluso en islas. Muchas de ellas contienen objetivos y actividades en pro de la salud y sus aspectos conexos. Una iniciativa paralela y estrechamente relacionada ha sido el movimiento «ciudades sanas», en el que han participado autoridades municipales, profesionales y grupos de ciudadanos. Es mucho lo aprendido sobre la manera de promover la salud en las ciudades basándose en los recursos y aptitudes locales.

17. En todo **enfoque basado en datos científicos** será preciso explicar claramente los valores y supuestos correspondientes, toda vez que la elaboración de políticas entraña elegir entre diversas opciones y tiende a la eficacia o la eficiencia. Los datos en apoyo de la política sanitaria dependen de una sólida **base de investigación sanitaria**, de las investigaciones epidemiológicas y de la información conexa sobre las preferencias del público y sobre la disponibilidad de recursos. Para esto a su vez será preciso reforzar la infraestructura científica y tecnológica (creación de capacidad, particularmente en los países en desarrollo), promover las investigaciones sobre política sanitaria y sistemas de salud, e innovar en la metodología relativa a la labor de medición, así como recurrir a técnicas analíticas y modelos de asignación de recursos. Al utilizar los mejores datos científicos habrá que respetar valores éticos bien definidos. En un enfoque de esa naturaleza se tomarán disposiciones para velar por que se utilicen los medios más eficaces en relación con su costo para reducir la carga de morbilidad en las comunidades, pero se procurará asimismo definir la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores interesados (véase también el párrafo 20 en lo relativo a las «investigaciones sobre sistemas de salud»).

18. Para que haya **igual preocupación por la mujer y por el hombre** en los asuntos de salud será necesario analizar sus diferentes roles sociales, poder de decisión y acceso a los recursos, así como la manera en que sus diferencias biológicas se reflejan y afectan a su salud: por ejemplo, cómo determinan esas diferencias la exposición al riesgo y el acceso a los beneficios de la tecnología y a la información y los servicios. Ese enfoque contribuirá a mejorar el conocimiento y la comprensión de la epidemiología de las enfermedades y permitirá a las autoridades determinar los factores de riesgo específicos de cada sexo para idear las medidas apropiadas.

Como con otros aspectos de la equidad, será indispensable incorporar una preocupación igual y explícita por la mujer y por el hombre en todas las políticas y estrategias (incluida la investigación correspondiente) a nivel local, nacional o mundial, subrayando la manera en que la condición inferior reservada a la mujer en la sociedad afecta negativamente a su salud, por cuanto le da un acceso deficiente a la atención sanitaria o limita su aptitud para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo. Esas desigualdades surten un efecto negativo también en el hombre, pues le inducen a comportamientos de mayor riesgo, como son el abuso del alcohol y la violencia. El papel específico de la mujer en la atención sanitaria, tanto en el hogar como en los servicios de salud, habrá de tenerse asimismo en consideración y recibir el apoyo adecuado, habida cuenta sobre todo de la escasa representación femenina en las funciones de elaboración de políticas.

19. En el marco de la **acción intersectorial en pro de la salud a nivel nacional y subnacional (ciudad/distrito)**, deberá darse prioridad a los sectores que pueden generar ganancias o pérdidas sanitarias definibles. Así, debe darse prioridad a los sectores agrícola e industrial y a los que se ocupan del medio ambiente y de la infraestructura correspondiente (en particular, agua, transporte y energía). Conviene estimular a los Estados Miembros a que promuevan el apoyo a las «políticas públicas favorables a la salud» velando por que sean objeto de una evaluación sanitaria a nivel de gabinete (ministerial). A nivel local, donde mayores son las posibilidades de lograr mejoras tangibles para la salud mediante la acción intersectorial, la OMS, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, otras entidades no estatales y los círculos universitarios deberían contribuir al éxito de una serie de proyectos intersectoriales - entre ellos los de «ciudades y aldeas sanas» y «escuelas promotoras de la salud» - y de proyectos en otros contextos encaminados a crear un entorno donde pueda florecer la salud.

20. En la reunión interregional sobre salud para todos en el siglo XXI se examinó la manera en que los **sistemas y servicios de salud** se están adaptando para hacer frente a los nuevos desafíos. La continuación del proceso de descentralización deberá apoyarse en el mejoramiento de la capacidad de gestión y de los recursos humanos y financieros. Deberá estimularse la solidaridad de los ricos con los pobres, de los sanos con los enfermos y de los jóvenes con sus mayores por conducto de los sistemas nacionales de seguros y otros sistemas financieros; se están elaborando mecanismos financieros sostenibles a fin de asegurar la cobertura sanitaria para todos a largo plazo. Donde esté indicado, se integrarán mejor en los sistemas asistenciales los programas de lucha contra una enfermedad concreta que abarquen todo el periodo vital y en los que se reconozca que los individuos y familias requieren un apoyo específico según la edad, así como las actividades de promoción sanitaria y de higiene del medio que den una prioridad mayor a la prevención. Dicho apoyo debería permitir un envejecimiento sano. Se estimularán, a nivel subnacional y nacional, las **investigaciones sobre sistemas de salud**, dentro del contexto más amplio de las investigaciones sobre política sanitaria. Habida cuenta de la evolución de la epidemiología y la demografía, es preciso que los sistemas asistenciales elaboren un enfoque más amplio para la prestación de asistencia que sobrepase el ámbito institucional para incluir la autoasistencia y la atención familiar.

UNA POLÍTICA INTEGRADA PARA EL DESARROLLO SANITARIO

21. El logro constante de mejoras sanitarias y el aumento de la igualdad dependen de medidas que afecten a los grandes determinantes de la salud (para reducir la incidencia de enfermedades) y a la carga de morbilidad y sufrimiento (para reducir la prevalencia). Con la renovación de la salud para todos se aspira a lograr esto, entre otras cosas destacando la importancia de la acción intersectorial en un marco de desarrollo global de acuerdo con el concepto de desarrollo sostenible adoptado por las Naciones Unidas, con su enérgico apoyo a la participación de la comunidad. Además, en una estrategia integrada se dará prioridad a la colaboración sanitaria a nivel mundial, regional, nacional y local/distrital. En la reunión de agosto y en consultas subsiguientes se determinaron **varios componentes clave de la nueva política**. Cabe citar los siguientes:

- a) acción política y de fomento en pro de la salud en todos los aspectos del desarrollo;

- b) acción mundial en pro de la salud;
- c) acción intersectorial a nivel nacional y subnacional;
- d) sistemas y servicios de salud;
- e) funciones de salud pública esenciales;
- f) tecnología para la salud;
- g) recursos humanos;
- h) investigaciones y ciencia en apoyo de la salud;
- i) vínculos de asociación en pro de la salud;
- j) movilización de recursos para la salud; y
- k) vigilancia y evaluación.

22. En la lista que figura en los párrafos 11 y conexos se han descrito varios de esos componentes (*a, b, c y d*). Otros (*e, f, g e i*) se describen a continuación, mientras que el componente *h* se va a desarrollar con el CCIS, y el *j*, con varios de los «asociados» de la OMS. Programas de lucha específicos (inclusive los de erradicación y eliminación de enfermedades) irán integrados en los citados componentes. Por ejemplo, el paludismo, el VIH/SIDA o los problemas relacionados con el tabaco requieren acción intersectorial para reducir su incidencia; fomento de la salud para asegurar la participación individual y comunitaria en la prevención; y servicios de salud accesibles y eficaces para asegurar el tratamiento y la rehabilitación.

23. El concepto de **atención primaria de salud** sigue siendo válido. Los ocho elementos definidos en Alma-Ata han sido ampliados; por ejemplo, la salud de la madre y el niño se ha vuelto a configurar para incluir la salud reproductiva; el concepto de medicamentos esenciales se va a ampliar de modo que comprenda otras tecnologías para la salud, y la prioridad hasta ahora asignada a la lucha contra las enfermedades transmisibles y contra la desnutrición se ampliará a las enfermedades no transmisibles y a la lucha contra los traumatismos; la inocuidad de los alimentos se considerará con otros aspectos sanitarios de los alimentos y la nutrición; y la educación sanitaria pasará a formar parte de una estrategia ampliada de fomento de la salud que se base en la experiencia adquirida desde la Carta de Ottawa de 1986. El suministro de agua y el saneamiento, la inmunización y la nutrición inocua y adecuada siempre serán de vital importancia.

24. En las **funciones de salud pública esenciales** se da prioridad a la prevención identificando los determinantes de la salud, protegiendo ésta y tratando las enfermedades. La función preventiva consiste en atajar los principales factores que contribuyen a la carga de morbilidad recurriendo a métodos o a factores disuasivos de carácter técnico, legislativo y administrativo y otros destinados a modificar el modo de comportamiento. Esa función corre a cargo de organismos públicos (a nivel local y nacional), organizaciones no gubernamentales y comunitarias, personas individuales y entidades del sector privado. Al igual que la atención primaria de salud, las funciones de salud pública esenciales abarcan elementos tales como la inmunización, el agua salubre y el saneamiento, y comprenden lo siguiente:

- gestión de la información sanitaria;
- protección del medio ambiente;
- fomento de la salud y educación sanitaria;

- prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles;
- legislación y reglamentación sanitarias;
- investigaciones sanitarias;
- elaboración y aplicación de políticas, programas y servicios de salud;
- desarrollo de recursos humanos para la salud;
- evaluación y normalización de la tecnología sanitaria;
- salud ocupacional;
- prestación de servicios de salud específicos a determinadas poblaciones.

25. La ejecución de varias de esas funciones se efectúa dentro de los sistemas asistenciales de distrito o locales y se atenderá a las normas de evaluación de resultados establecidas por la OMS y a los métodos aplicables a la vigilancia sobre el terreno; con ello se aspira a mejorar la calidad de vida y reducir la incidencia de enfermedades mediante una labor previsor de promoción sanitaria y de prevención, seguimiento y vigilancia de enfermedades, así como a reducir la carga de morbilidad adoptando medidas eficaces en relación con su costo. Los Estados Miembros, al considerar sus cambiantes funciones, deben poner mayor empeño en asegurar que las principales funciones de salud pública se ejecuten adecuadamente y los servicios se hallen al alcance de todos.

26. **¿Por qué son esenciales esas funciones?** Porque 1) tienen por objeto prevenir las epidemias y la propagación de enfermedades (a nivel nacional e internacional); 2) están destinadas a proteger a la población contra los riesgos ambientales; 3) van dirigidas a prevenir los traumatismos; 4) estimulan los comportamientos saludables; 5) ayudan a dar respuesta a los desastres; 6) aseguran la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud; 7) proporcionan apoyo para la gestión de los sistemas de protección de la salud y atención sanitaria, y para su planificación, desarrollo y evaluación; y 8) proporcionan apoyo para desarrollar los recursos de salud, en particular los medios financieros, los recursos humanos y la tecnología.

27. En lo que respecta a la **tecnología**, la política entraña un concepto ampliado de tecnología sanitaria esencial, que comprende la biotecnología, los alimentos y las preparaciones farmacéuticas, los sistemas de telecomunicaciones/información y la tecnología ambiental. Insiste en la necesidad de usar más ampliamente y adaptar la actual tecnología que es eficaz en relación con su costo, de desarrollar nueva tecnología para establecer un orden de prioridad en las actividades destinadas a combatir la carga principal de enfermedades, de elaborar principios éticos para el uso de la tecnología, y de promover la calidad. La OMS aportará las condiciones necesarias para una mejor colaboración entre el mundo universitario, la industria y las organizaciones no gubernamentales promoviendo el uso apropiado y el futuro desarrollo de la tecnología para la salud. Facilitará la adaptación de la tecnología de la información para facilitar el acceso de todos los Estados Miembros y otros asociados en la salud a la información y las comunicaciones.

28. Las estructuras institucionales y los **prestadores de servicios sanitarios** necesitan adaptarse a las rápidas y complejas transformaciones. La capacitación (si es posible por conducto de las escuelas de salud pública) y el despliegue adecuado de los profesionales de la salud pública, la realización de investigaciones, y el tipo y la distribución del personal precisarán una labor constante de adaptación y reevaluación. Se prestará especial atención a la formación permanente de todos los profesionales de la salud, a la adopción de enfoques intersectoriales en la capacitación (para los profesionales de la salud y los de sectores conexos) y al fortalecimiento de la capacitación para las disciplinas de salud pública esenciales y su aplicación. El desarrollo de recursos humanos

se centrará en constituir y mantener (evitando así la «fuga de cerebros») un núcleo local de expertos, en vez de traerlos del exterior. Se centrará en particular la atención en la creación de capacidad para gestionar los sistemas asistenciales y mejorar las condiciones de empleo.

PAPEL DE LA OMS Y DE SUS ASOCIADOS

29. La renovación de la salud para todos presupone una **importante revisión de los roles, funciones y estructuras de la OMS**, así como de las relaciones entre ésta y sus «asociados» en el desarrollo sanitario. Las funciones recomendadas por quienes contribuyen al proceso de renovación fueron analizadas en recientes reuniones de la OMS y se exponen a continuación. Para poder ultimarlas es preciso proceder antes a estrechas consultas con dichos asociados. (Puede decirse que la OMS, junto con sus Estados Miembros, mantiene vínculos oficiales de «asociación» con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas (véase el párrafo 34) y otras organizaciones intergubernamentales, así como con organizaciones no gubernamentales (con muchas de las cuales existen relaciones oficiales) (párrafo 35) y otras entidades no estatales, también en el sector privado (párrafos 33 y 36).

30. Una de las funciones principales de la OMS consiste en actuar a modo de **conciencia sanitaria mundial**, desarrollar una enérgica acción de fomento político en pro de la salud en todos los ámbitos del desarrollo y velar por que se conceda prioridad a la salud y a los pobres. Otra función consiste en asumir la labor de **previsión, análisis y orientación estratégica** en materia de desarrollo sanitario, ejerciendo funciones normativas en apoyo de la política, incluidas las tareas de vigilancia y evaluación de esa política, precaviendo contra futuras amenazas para la salud, determinando contramedidas eficaces y, con sus asociados en las investigaciones, ideando nuevas maneras de promover la salud para todos. La OMS deberá recurrir asimismo a la capacidad analítica existente en la Organización, en sus centros colaboradores y en otros centros especializados en las investigaciones sobre política sanitaria, en asociación con las instancias decisorias de los Estados Miembros.

31. Una tercera función consiste en **promover y coordinar el apoyo eficaz** de toda la comunidad internacional, reforzando los vínculos de «asociación», movilizandolos recursos y creando capacidad institucional y humana a largo plazo. Mientras que los Estados Miembros han suscrito el compromiso de aplicar la nueva política, **la OMS se ha comprometido a prestar apoyo a los Estados Miembros en la renovación de sus políticas y estrategias de salud**, asegurándose de que disponen de la capacidad y los recursos para ello.

32. En el siglo XXI la OMS habría reforzado ya, por consiguiente, su capacidad de análisis, fomento y apoyo de la acción sanitaria internacional, y para asumir sus funciones de modo eficiente deberá determinar dónde puede tener el máximo impacto en la salud a largo plazo.

33. Los **vínculos de asociación** a largo plazo, en el contexto de la nueva política, deben ir más allá de las actuales relaciones de asociación mantenidas por la OMS para asegurar la movilización de más recursos para la salud, de forma que incluyan lazos directos con el sector privado, para reforzar las relaciones con los círculos universitarios y constituir redes locales de asociación, como son las redes de «ciudades sanas» y «comunidades seguras». Esos vínculos de asociación demuestran la importancia de una participación comunitaria y una acción intersectorial que se apoyen en las relaciones existentes con los Estados Miembros.

34. La OMS, conjuntamente con **otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, especialmente las que pueden influir en los determinantes de la salud**, debe seguir tomando iniciativas para el seguimiento de las conferencias internacionales de esas organizaciones en beneficio de la salud. Mediante **vínculos más estrechos de asociación entre la OMS y el Banco Mundial** debe destacarse el carácter excepcional y complementario de los conocimientos teóricos y prácticos de que dispone cada organización. La competencia del Banco Mundial en materia económica y su papel destacado en el financiamiento de la acción sanitaria internacional deberán armonizarse mejor con los valores, los objetivos y la capacidad de análisis de la OMS. Ésta debe

ampliar asimismo su colaboración con los bancos de desarrollo y las instituciones financieras y políticas regionales para que reserven un lugar más destacado a la salud en sus planes de acción.

35. En el marco de los **vínculos de asociación de la OMS con las organizaciones no gubernamentales**, se velará por que sus respectivas opiniones vayan reflejadas en las políticas y estrategias de salud. La amplia experiencia que han adquirido trabajando directamente con la comunidad, en especial con los pobres, puede ser útil para asegurar la equidad en la atención sanitaria y servir de sistema de «pronta alarma» en caso de crisis sanitaria.

36. Puede ser mutuamente beneficioso reforzar las relaciones de «asociación» con el **sector privado**, siendo preciso que haya unas reglas básicas claras para dicha colaboración, de forma que sus recursos y conocimientos especializados puedan utilizarse más sistemáticamente para atender las necesidades de salud pública.

VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

37. Según se ha indicado, la nueva política incluiría metas e indicadores mundiales para la evaluación en nuevas circunstancias para el decenio de 2020. En esas metas se reflejará lo que se aspira a conseguir, mientras que los indicadores tendrán por objeto medir los progresos ya realizados en el fomento de la equidad y los derechos humanos y en la aplicación de los principios operacionales clave mencionados en el párrafo 11. Quedan por elaborar todavía los indicadores de «vida sana». La nueva política llevará incorporado un sistema, más amplio que el actual, para la vigilancia y evaluación constante. Los cambios tecnológicos, en lo que afecten a los sistemas de información, a las telecomunicaciones y a la capacidad analítica en los países, reforzarán considerablemente su capacidad de vigilancia y evaluación.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

38. El Consejo Ejecutivo tal vez estime oportuno formular observaciones sobre:

- los «determinantes de la salud en el próximo siglo» (párrafos 1-7) y retos conexos;
- «visión general, valores, objetivos y principios» (párrafos 8-18);
- las funciones de la OMS, sus Estados Miembros (párrafos 19-28) y otros «asociados clave» (párrafos 29-36);
- los sectores y temas en los que se necesitan nuevas metas.

= = =